



HAL
open science

Les freins et les moteurs à la pratique libérale de la masso-kinésithérapie en maison de santé pluriprofessionnelle

Axel Gravier

► **To cite this version:**

Axel Gravier. Les freins et les moteurs à la pratique libérale de la masso-kinésithérapie en maison de santé pluriprofessionnelle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03476792

HAL Id: dumas-03476792

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03476792>

Submitted on 13 Dec 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.



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



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

Les freins et les moteurs à la pratique libérale de la masso-kinésithérapie en maison de santé pluriprofessionnelle

GRAVIER AXEL

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021

Session « juin 2021 »

REMERCIEMENTS

A Laurence Alexandre pour m'avoir aidé à définir mon sujet. Tu as dû me laisser en cours de route, mais je te remercie pour tous tes conseils jusqu'à ton départ. Je te remercie aussi, avec tous les formateurs ainsi que Dominique pour votre accueil à l'IFMK.

A Fanny Gargadennec, ma super formatrice référente. Tu m'as toujours soutenu, je tiens à te remercier profondément pour ça.

A tous les masseurs-kinésithérapeutes ayant pris de leur temps pour participer à mon étude. Vous m'avez tous partagé du mieux possible votre expérience, j'espère que vous apprécierez ce travail.

A tous mes amis et amies de l'IFMK qui m'ont accueilli à bras ouverts, je vous remercie pour tous les bons moments qu'on a passé ensemble.

A Élodie qui m'a souvent rassuré. Je te remercie de m'avoir partagé ton expérience dans cette histoire de mémoire et d'avoir pris le temps de me relire.

A Vincent Bouedec d'avoir accepté d'être mon directeur de mémoire. Ton expertise, ta patience, ton aide et tous tes conseils, m'ont permis de réaliser ce travail. Je voulais te remercier sincèrement pour ça. J'en profite pour te remercier à nouveau avec tous tes collègues de Châteauneuf pour le super stage de clinicat que vous m'avez proposé. J'en suis sorti grandi et prêt pour vous remplacer cet été.

A mes parents pour leur soutien tout au long de mes études. Merci de m'avoir entouré toutes ces années. Et à Camille, ma grande sœur, qui répond toujours présente quand j'ai besoin d'aide, je la remercie énormément pour ça.

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	1
I.1	SITUATION D'ANCRAGE	2
I.2	QUESTIONNEMENT AUTOUR DES MSP.....	2
I.3	QUESTIONNEMENT AUTOUR DE L'INTERPROFESSIONNALITE	3
II.	LE SYSTÈME DE SANTÉ	4
II.1	PROBLEMATIQUES ACTUELLES.....	4
II.2	LE PROGRAMME MA SANTE 2022	5
II.3	LES SOINS DE PROXIMITE ET LES SOINS PRIMAIRES	6
II.4	L'EQUIPE DE SOINS PRIMAIRES.....	8
II.5	LES MODALITES D'EXERCICE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE	8
III.	LES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE.....	9
III.1	DEFINITION ET CADRE JURIDIQUE	9
III.2	ENGAGEMENTS ET MISSIONS.....	11
III.3	DIFFERENCES AVEC LES AUTRES MODES DE COLLABORATION.....	12
IV.	LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	15
IV.1	DEFINITIONS	15
IV.2	APPORT DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....	16
V.	PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	17
VI.	MÉTHODOLOGIE	19
VI.1	L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF CENTRE.....	19
VI.1.1	<i>Justification du choix de l'entretien semi-directif centré.....</i>	<i>19</i>
VI.1.2	<i>La détermination du cadre de l'entretien</i>	<i>20</i>
VI.1.3	<i>Méthodes de recrutement et critères d'inclusion.....</i>	<i>21</i>
VI.2	LE GUIDE DE L'ENTRETIEN	23
VI.2.1	<i>La construction du guide de l'entretien</i>	<i>23</i>
VI.2.2	<i>Les différents thèmes abordés</i>	<i>24</i>
VI.3	LA METHODOLOGIE D'ANALYSE.....	25
VI.4	LIMITES DE LA METHODOLOGIE.....	29
VII.	RÉSULTATS.....	30
VII.1	QUELLES RAISONS OU MOTIVATIONS ONT POUSSÉ LES MK A INTEGRER UNE MSP ?	30
VII.1.1	<i>Améliorer l'échange avec les autres professionnels de santé</i>	<i>30</i>
VII.1.2	<i>Suivre une dynamique actuelle</i>	<i>31</i>
VII.1.3	<i>Changer de local professionnel.....</i>	<i>31</i>
VII.1.4	<i>Conclusion de la partie.....</i>	<i>32</i>
VII.2	L'EXERCICE EN MSP EST GÉNÉRATEUR DE NOUVELLES TÂCHES OU OBLIGATIONS	33
VII.2.1	<i>Des changements insignifiants dans la gestion administrative et comptable du MK.....</i>	<i>33</i>
VII.2.2	<i>Quelle implication pour les MK dans la gestion pluriprofessionnelle de leur MSP ?</i>	<i>34</i>
VII.2.3	<i>Les réunions pluriprofessionnelles concernant des cas patients : plus souvent informelle que formelle pour les MK</i>	<i>36</i>
VII.2.4	<i>Projet de santé, protocoles pluriprofessionnels, missions de santé publique : quelle implication des MK ?</i>	<i>37</i>
VII.2.5	<i>Conclusion de la partie.....</i>	<i>40</i>
VII.3	L'EXERCICE COORDONNÉ EN MSP : DES AVANTAGES, DES INCONVÉNIENTS MAIS SURTOUT DES MOTEURS POUR LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE.....	41
VII.3.1	<i>L'amélioration des relations entre professionnels : agréable et nécessaire.....</i>	<i>41</i>
VII.3.2	<i>L'amélioration de l'échange entre professionnels : la clé d'une collaboration efficace... ..</i>	<i>43</i>
VII.3.3	<i>Une amélioration des conditions d'exercice matériel et immatériel.....</i>	<i>44</i>
VII.3.4	<i>L'exercice en MSP : un développement professionnel quasi-permanent.....</i>	<i>45</i>
VII.3.5	<i>Un avantage financier : oui et non.....</i>	<i>46</i>
VII.3.6	<i>Conclusion de la partie.....</i>	<i>47</i>
VII.4	DE NOMBREUX AVANTAGES POUR LES PATIENTS QUI MOTIVENT LES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES.....	48
VII.4.1	<i>Des soins coordonnés à différentes échelles</i>	<i>48</i>
VII.4.2	<i>Une meilleure réactivité au service des patients</i>	<i>50</i>
VII.4.3	<i>Une réponse aux problématiques de santé</i>	<i>51</i>

VII.4.4 Conclusion de la partie.....	53
VII.5 CONCLUSION DE L'ANALYSE.....	54
VIII. DISCUSSION	57
VIII.1 CONFRONTATION DES HYPOTHESES AUX RESULTATS DE L'ETUDE.....	57
VIII.1.1 <i>L'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP améliore les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes</i>	57
VIII.1.2 <i>La collaboration interprofessionnelle est un moteur pour les masseurs-kinésithérapeutes</i>	59
VIII.1.3 <i>L'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP est une réponse adaptée aux problématiques actuelles du système de santé</i>	61
VIII.1.4 <i>Il existe des freins à l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP tels que la méconnaissance de l'autre, la question du financement et le manque de performance des logiciels</i>	63
VIII.2 LIMITES, INTERETS ET AXES D'AMELIORATION DE L'ETUDE	65
VIII.3 CONCLUSION DE LA DISCUSSION ET PROJECTIONS PROFESSIONNELLES	67
IX. CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE.....	70

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AERES : Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

ESDC : Entretien Semi-Directif Centré

ESSORT : Équipe de Soins et d'Organisation Territoriale

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaire et Sociaux

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IRDES : Institut de Recherche en Documentation et Économie de la Santé

Loi HPST : Loi Hôpital Patients Santé Territoires

MIRMK : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Masso-Kinésithérapie

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PS : Professionnel de santé

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 : Indicateurs socles-prérequis

Tableau 2 : MK participants à l'étude : critères les concernant

Tableau 3 : MK participants à l'étude : critères concernant leurs MSP

Tableau 4 : Analyse transversale des entretiens semi-directifs centrés

Tableau 5 : Récapitulatif des moteurs et des freins de la partie VII.1

Tableau 6 : Récapitulatif des moteurs et des freins de la partie VII.2

Tableau 7 : Récapitulatif des moteurs et des freins de la partie VII.3

Tableau 8 : Récapitulatif des moteurs et des freins de la partie VII.4

Schéma 1 : Plan d'analyse détaillé

Schéma 2 : Conclusion de l'analyse : les moteurs et les freins identifiés

Diagramme 1 : Éléments avantageux, contraignants et neutres de la partie VII.2

Diagramme 2 : Éléments avantageux, contraignants et neutres de la partie VII.3

Diagramme 3 : Éléments avantageux, contraignants et neutres de la partie VII.4

Diagramme 4 : Éléments avantageux, contraignants et neutres toutes parties confondues

I. INTRODUCTION

Fin 2019, le monde entier entre sans le savoir dans une crise sanitaire historique. En mars 2020, la France entière se retrouve confinée pour limiter la propagation de la Covid-19. Malgré cela, ce qu'on appelle la première vague a mis à rude épreuve les hôpitaux, mais plus généralement tous les professionnels de santé du pays. Cette crise sanitaire mondiale n'est toujours pas contrôlée aujourd'hui, mais nous pouvons déjà en tirer quelques enseignements. Parmi eux, nous retenons que la coopération entre tous les professionnels de santé est indispensable à la bonne performance de notre système sanitaire et social.

Cet enseignement n'est pourtant pas une nouveauté puisque « *les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif.* » (1) Quelques années avant cette grande crise sanitaire, la loi Ma santé 2022, annoncée par le président de la république en 2018 et adoptée en 2019, est mise en place pour répondre à certains objectifs majeurs de notre système de santé. Un de ses grands axes est de « créer, dans tous les territoires, un collectif de soin au service des patients. » (2) Ce travail a pour objectif de réaliser un état des lieux sur la pratique de la masso-kinésithérapie en MSP afin de répondre à la question suivante : **Quels sont les freins et les moteurs à la pratique de la masso-kinésithérapie en maison de santé pluriprofessionnelle ?** Pour répondre à cette question nous allons nous appuyer sur des entretiens semi-directifs centrés réalisés auprès de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en MSP sur les différents départements du territoire breton. Cette étude qualitative permettra, en plus de déterminer les freins et les moteurs de l'exercice en MSP pour le masseur-kinésithérapeute, de montrer quels sont les avantages et les inconvénients de ce mode d'exercice, d'après l'expérience des masseurs-kinésithérapeutes interrogés.

I.1 Situation d'ancrage

L'intérêt que je porte à ce sujet est né en 2018, à la suite de l'obtention d'un diplôme de masso-kinésithérapie au Maroc. Ce diplôme ouvre l'accès aux concours extra-communautaires conformément à l'article 27 de l'arrêté du 02.09.2015 (3) dans le but d'intégrer un IFMK français. Pour réussir ces concours, une première épreuve écrite porte sur la connaissance du système social et sanitaire en France. C'est en travaillant pour ce concours que j'ai pris connaissance de l'actualité de notre système de santé et découvert la loi Ma santé 2022. Lors de ma formation initiale à l'école HEK de Casablanca (Maroc) j'ai réalisé un mémoire de fin d'étude sur la gestion d'un cabinet de masso-kinésithérapie libéral en entreprise individuelle et je me suis rendu compte, même si ce n'était pas l'objet principal du mémoire, de l'importance parfois cruciale d'exercer en groupe. C'est donc tout naturellement que j'ai décidé de travailler sur l'exercice de la masso-kinésithérapie en maison de santé pour ce MIRMK. Même si d'après le rapport sur la santé dans le monde de l'OMS, version 2008, « *les soins primaires : c'est maintenant ou jamais* » (4) l'exercice libéral coordonné en maison de santé pluriprofessionnelle prend encore plus de poids dans le contexte sanitaire actuel.

I.2 Questionnement autour des MSP

Pour bien comprendre comment l'exercice en MSP peut modifier la pratique du masseur-kinésithérapeute libéral, il faut déjà avoir une idée complète et précise de ce qu'est une maison de santé pluriprofessionnelle. Quel est son cadre juridique ? A quelles obligations est-elle soumise ? Comment est-elle financée ? Quels sont ses objectifs ? Autant de questions auxquelles il est indispensable de répondre. En effet, autour de nous, dans nos villes et nos campagnes, de nombreux projets voient le jour. Certains par exemple sont des maisons médicales, d'autres des centres de santé, et dernièrement, on pouvait lire dans le journal qu'un projet de maison bien-être serait en cours dans une commune rurale du Finistère, avec l'objectif de redynamiser le bourg du village. Mais à quoi correspond réellement la Maison de Santé Pluriprofessionnelle ? En quoi se différencie-t-elle de ces autres projets ? Comment ces modes d'exercice collectif peuvent-ils améliorer l'offre de soin dans nos territoires ruraux ? Pourquoi sont-ils autant d'actualité et ancrés dans le projet Ma santé 2022 ?

I.3 Questionnement autour de l'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité, ou l'action de collaborer, de communiquer entre professionnels de santé, est quelque chose d'assez récent dans le système de santé en France. Le fait d'être regroupé dans un même lieu n'induit pas forcément une dynamique d'interprofessionnalité. Est-il réellement possible d'intégrer ce concept dans le secteur libéral ? Si oui, comment cela peut-il se faire ? N'est-il pas trop contraignant pour les professionnels de santé libéraux ? Quels bénéfices peuvent-ils en tirer ? Et qu'en est-il pour les patients ? Depuis quelques années en tout cas, des formations à l'interprofessionnalité sont proposées et des journées interprofessionnelles sont organisées pour les étudiants en santé. L'avenir du secteur libéral se joue de manière certaine autour de cette dimension. Mais que peut réellement apporter la MSP pour favoriser l'interprofessionnalité ?

II. LE SYSTÈME DE SANTÉ

Cette deuxième partie explique les enjeux du système de santé français pour mieux comprendre l'importance et la dimension que prend et que doit prendre l'exercice coordonné dans les années à venir.

II.1 Problématiques actuelles

En France, nous bénéficions d'un système de santé réputé parmi les plus performants au monde où chacun peut accéder à des soins d'excellence. (5) Pourtant, selon la synthèse de l'IRDES sur la littérature concernant la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé, « *il ne répond plus aux attentes des patients, nourrit le mécontentement des professionnels de santé, il est historiquement marqué par de profondes rigidités organisationnelles, et enfin, il est confronté à des tensions financières croissantes.* » (6)

Selon les statistiques de l'assurance maladie, l'accès aux soins est inégal sur le territoire. (7) **L'inégalité dans l'accès aux soins** est multifactorielle. Elle peut concerner la proximité avec les professionnels de santé mais concerne aussi les services proposés et les ressources des malades. (8) D'un point de vue géographique c'est une des conséquences du phénomène de **la désertification médicale**. Le désert médical peut se définir comme une zone sous-médicalisée où la population peine à trouver une offre de soin dans un périmètre ou dans un délai suffisant. (9)

D'après l'IRDES, les structures d'exercice pluriprofessionnel seraient l'outil le plus efficace dans la lutte contre les zones de désertification médicale (10). D'ailleurs, le maintien d'une offre de soins de zone déficitaire permet de lutter contre **le renoncement aux soins**. (11)

Parallèlement, la sécurité sociale accumule **un déficit financier** depuis de nombreuses années que la loi de financement de la sécurité sociale, actualisée à plusieurs reprises, cherche à contrer. Ce déficit est multifactoriel. La sécurité sociale fait face notamment à **l'augmentation du coût des soins**, associée à un contexte de **développement des maladies chroniques** et du **vieillessement de la population**. (12)

D'ailleurs, on peut lire dans le rapport du HCAAM, que le système de santé actuel est « *de plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, ce modèle ne pourra pas prendre en charge le vieillissement de la population et les maladies chroniques.* » (13)

L'objectif pour notre système de santé est donc déjà d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins. Pour cela « *la perspective actuelle est donc de considérer les soins de santé primaires comme le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé sur un territoire de proximité. En termes de qualité, d'équité et de coût, ils se révèlent particulièrement performants.* » (6)

En effet, « **Les soins de santé primaires sont peu structurés en France** [...] *La littérature scientifique argumente la nécessité de recentrer le système de santé sur les soins primaires : ils améliorent en particulier la morbi-mortalité et l'efficience des soins.* » (14) La morbi-mortalité étant le taux de mortalité pour une maladie donnée.

C'est dans cette dynamique que la loi Ma santé 2022 a été mise en place. Comme nous l'expliquerons dans le chapitre sur les MSP, ces dernières assurent une offre de soin de santé primaire.

II.2 Le programme ma santé 2022

La loi Ma santé 2022 correspond à la SNS, stratégie nationale de santé. Cette SNS constitue le cadre de la politique de santé en France. (15)

« *Annoncée en septembre 2018 par le président de la république, la stratégie Ma santé 2022 propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Tout d'abord, des inégalités dans l'accès aux soins, avec de plus en plus de Français qui connaissent des difficultés à accéder à un médecin dans la journée et sont parfois contraints de se rendre aux urgences par défaut. Ensuite, des aspirations chez les professionnels à mieux coopérer entre eux, à disposer de davantage de temps pour soigner leurs patients et à être formés autrement.* » (16)

Pour cela, cette loi s'organise autour de trois engagements prioritaires (17) :

- Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme
- Organiser l’articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Un des objectifs de cette loi est donc de « *favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients.* » Pour cela, l’idée est de « *rassembler les soignants en ville et les soignants à l’hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires.* » Le rassemblement des soignants en villes notamment se fera par une réorganisation du système de soin primaire. « *Les soins de proximité doivent s’organiser au sein de structures d’exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).* » (16)

C’est d’ailleurs dans cette optique que le HCAAM, qui a activement participé à l’élaboration de cette loi, considère qu’à terme « *l’ensemble des professionnels de santé devrait exercer dans des structures collectives. Ils devraient ainsi assumer collectivement des responsabilités sur leur territoire : garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins.* » (13)

II.3 Les soins de proximité et les soins primaires

Comme nous l’avons vu, les soins de premiers recours ou soins primaires sont peu structurés en France. (14) Dans cette partie il est question de comprendre à quoi ils correspondent.

Les soins de proximité :

Les soins de proximité permettent d’assurer le plus de services possibles au plus près des personnes mais pas seulement puisque les notions d’accessibilité (géographique et financière), de sécurité et d’efficience sont étroitement liées.

Les soins de proximité se différencient des soins de haute qualité technique par les moyens mis en place, qui sont relativement réduits mais plus nombreux.

Les soins de premier recours ou soins primaires :

La déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires définit ces derniers comme « *des soins de santé essentiels [...] rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté [...] à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. [...] Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé.* » (20)

D'après l'IRDES (21), les soins de premier recours comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé.

L'OMS a élaboré une définition commune fondée sur trois composantes. Il s'agit de :

- « *Veiller à ce que les personnes puissent bénéficier, pour leurs problèmes de santé, de services complets de promotion, de protection, de prévention, de soins curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs tout au long de leur vie, et donner la priorité stratégique aux services de santé pour les individus et les familles à travers les soins de santé primaires et la population à travers la santé publique, en tant qu'éléments essentiels permettant de fournir des services de santé.*
- *Prendre systématiquement en compte les déterminants plus larges de la santé (y compris les déterminants sociaux, économiques, environnementaux ainsi que les caractéristiques et les comportements des personnes) grâce à des politiques publiques et des mesures fondées sur des données factuelles, à travers tous les secteurs.*
- *Doter les individus, les familles et les communautés de moyens pour améliorer leur santé, afin qu'ils se placent en défenseurs des politiques de promotion et de protection de la santé et du bien-être, qu'ils participent à la mise en place des services de santé et des services sociaux, et qu'ils puissent s'auto-administrer des soins et en prodiguer aux autres.* » (22)

II.4 L'équipe de soins primaires

Selon l'article L1411-11-1 issu de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, « *Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.* » (23)

L'équipe de soins primaires, désireuse de prendre la forme d'une maison de santé pluriprofessionnelle, doit être composée au minimum de deux médecins généralistes et un professionnel paramédical. (24)

II.5 Les modalités d'exercice de la masso-kinésithérapie

On distingue deux secteurs d'activité dans l'exercice de la masso-kinésithérapie : le secteur libéral et le secteur salarié. Selon l'ordre national des masseurs kinésithérapeutes, « *les 88 000 kinésithérapeutes exercent principalement en cabinet libéral, mais également à l'hôpital, en centre de rééducation, en maison de retraite, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou dans des établissements thermaux.* » (18)

Un masseur-kinésithérapeute exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle appartient forcément au secteur d'activité libéral. (19) Dans le secteur d'activité libéral, le MK peut être titulaire, c'est-à-dire qu'il s'est installé. L'installation peut se faire seul sous forme d'entreprise individuelle ou en groupe. L'installation en groupe est possible de plusieurs manières. La SCM (société civile de moyen), la SEL (société d'exercice libéral) ou la SCP (société civile professionnelle). Sinon, trois statuts s'offrent au masseur-kinésithérapeute désireux d'accéder au secteur libéral sans s'installer. Le statut de remplaçant, le statut d'assistant ou le statut de collaborateur.

III. LES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE

Dans cette troisième partie il est question de définir la notion de maison de santé pluriprofessionnelle, de comprendre quelles sont ses missions, ses obligations et de cerner ses objectifs.

III.1 Définition et cadre juridique

« Ce qu'évoque le concept de « maison », c'est d'abord un environnement domestique et quotidien, simple et accessible qui sécurise, aussi bien les professionnels de santé que les patients. » (25) Comme l'explique Isabelle Kustoscz, la maison de santé pluriprofessionnelle est un concept récent, une nouvelle façon d'aborder la médecine. Cependant, les différents membres d'une MSP ne sont pas obligatoirement rassemblés dans un même lieu. On différencie alors les MSP monosites des MSP multisites. « Une MSP pouvant associer des professionnels exerçant au sein d'un local commun ou dans des lieux différents mais sur un territoire géographique de proximité. » (24)

Les maisons de santé pluriprofessionnelles ont été introduites en 2009 par la loi HPST, Hôpital Patients Santé Territoires. (26) En 2011, la loi Fourcade a modifié certaines dispositions de la loi HPST en ajoutant notamment un nouveau statut juridique pour les équipes de soins primaires : la SISA, société interprofessionnelle de soins ambulatoires. (27) La SISA, permet à une MSP de percevoir les NMR, nouveaux modes de rémunérations. Rien n'oblige cependant le MK ou n'importe quel professionnel de santé faisant partie d'une MSP d'en intégrer une.

Toujours est-il que selon la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019 (28) « la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. » (29)

AVECsanté a été créé en parallèle de la loi HPST pour construire l’avenir des équipes coordonnées. Cet organisme correspond à la fédération nationale des maisons et pôles de santé. On peut lire sur leur site internet que « *comme il n’y a pas de « labellisation », toute structure peut s’appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS : au moins deux médecins et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte.* » (30)

En effet, une MSP peut percevoir des aides financières en signant l’ACI (accord conventionnel interprofessionnel). L’ACI est une convention tripartite entre une MSP, la caisse d’assurance maladie à laquelle elle est rattachée et l’ARS de la région dans laquelle elle se situe. Les aides financières versées se nomment NMR pour nouveaux modes de revenus. Introduits dans le champ conventionnel depuis 2015, les NMR sont actuellement régis par l’arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l’ACI. (31) Leur objectif est de financer l’exercice coordonné dont la rémunération à l’acte est impossible.

Pour signer l’ACI une MSP doit répondre à deux critères : celui d’être sous forme de SISA ou de certifier l’être dans les 6 mois à compter de la signature du contrat et celui d’avoir élaboré un projet de santé validé par l’ARS. (32) Par ailleurs, si une MSP souhaite percevoir des NMR elle doit répondre impérativement à des indicateurs socles-prérequis (Cf. Tableau 1.) Des indicateurs socles et des indicateurs optionnels existent en supplément (Cf. Annexe I) pour inciter les MSP à favoriser l’exercice coordonné et la réalisation d’actions afin d’augmenter l’aide financière qui leur est versée. (32)

Tableau 1 : Indicateurs socles-prérequis

AXE 1 ACCÈS AUX SOINS	AXE 2 TRAVAIL EN ÉQUIPE EN COORDINATION	AXE 3 SYSTÈME D’INFORMATION
Être ouvert de 8h à 20h, samedi matin et congés scolaires	La fonction de coordination doit être assurée par des personnes exerçant dans la structure ou par un recrutement spécifique	Mettre en œuvre un système d’information labellisé de niveau standard par l’ASIP santé
Organiser l’accès à des soins non programmés		

Source : ameli.fr (32)

III.2 Engagements et missions

Comme le définit le cadre juridique d'une MSP, cette dernière doit participer à « *des actions de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé, et à des actions sociales dans le cadre d'un projet de santé validé par l'ARS.* » (29)

Le projet de santé est l'élément prédominant d'une MSP. Il témoigne notamment d'un exercice coordonné entre les différents acteurs de cette dernière. Il a pour objectif de « *faciliter l'exercice professionnel, optimiser le temps médical, apporter une meilleure réponse à la prise en charge des patients.* » (25)

Le projet de santé, « *à la fois projet professionnel (organisation, coordination, partage de l'information médicale) et projet de prise en charge des patients (continuité des soins, prévention, éducation thérapeutique)* », (25) est structuré autour de trois grands axes (24) :

1. **l'organisation de l'accès aux soins** (horaires d'ouverture, consultations non programmées, continuité des soins, missions de santé publique, ...)
2. **l'organisation du travail en équipe pluriprofessionnelle** autour de thématiques, pathologies et/ou de publics (protocoles pluriprofessionnels, réunions de concertation, formation, accueil de stagiaires, etc.)
3. **l'organisation du partage d'informations** (système d'information partagé via l'utilisation d'un logiciel labellisé par l'ASIP Santé, utilisation d'une messagerie sécurisée).

D'autre part, une MSP s'engage à favoriser l'offre de soins primaires en garantissant aux patients :

- « *L'égal accès à des soins de qualité.*
- *La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé.*
- *La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.* » (33)

On peut alors définir les objectifs des MSP comme étant :

- L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients
- L'amélioration des conditions d'exercice des professionnels
- Attirer de nouveaux professionnels sur un territoire
- Favoriser la prévention et l'éducation à la santé (34)

Pour conclure, la MSP doit créer un projet de santé et mettre en place autour de celui-ci des actions appropriées afin de répondre et améliorer l'offre de soins primaires pour une population donnée. Si elle a des missions et des objectifs, elle n'est par ailleurs soumise à aucune obligation tant qu'elle ne s'engage pas avec l'ARS et l'assurance maladie autour d'un ACI.

III.3 Différences avec les autres modes de collaboration

« Le mode d'exercice pluriprofessionnel regroupe un modèle salarié déjà ancien, les centres de santé (municipaux ou associatifs), et un modèle libéral plus récent, les maisons de santé pluriprofessionnelles. » (33) Il convient donc dans un premier temps de faire la différence avec les centres de santé. Ensuite nous expliquerons à quoi correspondent les CPTS (communauté professionnelles territoriales de santé) ou anciennement pôles de santé. Et nous terminerons par la différence avec les hôpitaux de proximité, nouveau mode de collaboration que la loi Ma santé 2022 espère particulièrement développer depuis 2020. (35)

Différence avec les centres de santé :

Les centres de santé, plus anciens que les MSP puisqu'ils existent depuis la loi du 8 janvier 1991, sont des lieux de soins de proximité avec des équipes salariées pluriprofessionnelles ou monodisciplinaires (centre de soins infirmiers ou dentaires par exemple). Selon la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, *« les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales. »* (23)

Comme le rappelle la FNCS, « *ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements de santé.* » (36)

Différence avec le pôle de santé ou CPTS:

Selon l'article L6323-4 du code de la santé publique, « *les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Le pôle de santé est le regroupement constitué entre professionnels de santé libéraux et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et de groupements de coopération sociale et médico-sociale.* » (37)

Le pôle de santé est nouvellement nommé CPTS pour communauté professionnelle territoriale de santé.

Selon l'ARS, « *les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Une CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.* » (38)

Les MSP peuvent donc faire partie des CPTS, qui correspondent à une organisation des professionnels et structures de santé à une plus grande échelle, que ce soit en nombre de professionnels de santé et/ou en taille de territoire. Les objectifs restent similaires mais à différentes échelles puisque les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. (38)

Différence avec les hôpitaux de proximité

Selon l'ARS, les hôpitaux de proximité constituent le trait d'union entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Leurs missions sont assurées en coopération avec les professionnels ambulatoires, médicaux et soignants, implantés en maison et centre de santé ou membres d'une équipe de soins primaires. (39)

Les hôpitaux de proximité sont des établissements qui doivent répondre à un besoin de soins de proximité. Selon l'ATIH, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (40), ils sont donc soumis à plusieurs critères :

- « *Coordination des activités de médecine au sein d'un territoire :*

Pour répondre à cet objectif il y a plusieurs conditions : il faut que l'établissement possède une autorisation de médecine, il faut qu'il refuse les séjours en chirurgie ou en obstétrique et qu'il soit associé à l'activité d'au moins une USLD ou d'une unité SSR.

- *Coordination entre les activités de médecine et les activités médico-sociales :*

Pour répondre à cet objectif l'hôpital de proximité doit être associé à l'activité d'au moins un EHPAD.

- *Liens avec la médecine de ville :*

L'hôpital de proximité doit compter parmi son effectif au moins un médecin libéral »

En conclusion les hôpitaux de proximité, offriront aux médecins de villes le cadre hospitalier nécessaire pour suivre leurs patients.

IV. LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Selon l’OMS « *les améliorations attendues de la CIP (collaboration interprofessionnelle) regroupent tant la qualité et la sécurité du patient que l’augmentation de leur satisfaction lors de la prise en charge.* » (41) Des bénéfices se retrouvent également au niveau des équipes de soins, notamment avec une augmentation de la satisfaction et de la motivation au travail. (42)

IV.1 Définitions

La collaboration est définie dans le dictionnaire Larousse comme l’action de collaborer, de participer à une œuvre avec d’autres. (43)

Pour l’AERES, **la pluridisciplinarité** se définit comme « *une juxtaposition de perspectives disciplinaires qui élargit le champ de la connaissance, en accroissant le nombre des données, des outils et des méthodes disponibles* » alors que **l’interdisciplinarité** correspond plutôt à « *la coopération de plusieurs disciplines autour de projets communs.* » (44)

Selon D’Armour, **l’interprofessionnalité** s’opère quand « *plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins* ». (45)

D’après ces définitions, on peut définir la maison de santé pluriprofessionnelle comme une organisation pluridisciplinaire où chacun des membres travaille en collaboration afin d’œuvrer d’une part de manière interprofessionnelle et d’autre part de manière interdisciplinaire. De plus, comme l’explique D’Armour, les patients, familles et accompagnants doivent être inclus dans cette logique de collaboration interprofessionnelle. Enfin, « *ce travail collectif se fait aussi avec des professionnels extérieurs, des institutions sanitaires et sociales du territoire, parfois les collectivités locales, en repositionnant les maisons de santé comme un interlocuteur visible participant à la régulation territoriale des soins primaires* ». (46)

En effet selon l'Organisation Mondiale de la Santé la **collaboration interprofessionnelle** a lieu « *lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention* ». (47)

IV.2 Apport dans la prise en charge des patients

Comme le clame le HCAAM, il faut envisager que, dans un avenir proche, tous les professionnels de santé libéraux exerceront au sein de structures collectives qui assumeront la responsabilité de garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins. (13)

La restructuration de l'offre de soins primaires autour de l'exercice collaboratif devrait permettre d'éviter l'éparpillement des interlocuteurs et des moyens ainsi que de donner une réponse de proximité aux Français quelques soient les ressources des personnes concernées. (48)

D'autre part, travailler en équipe c'est avoir « *un projet commun, des valeurs compatibles et donc partagées, une cohérence des actions, des règles de fonctionnement, des modalités d'échanges et de coordination, l'acceptation des différences et la recherche de complémentarité ainsi que le développement de compétences communes* ». (49)

Les bénéfices de l'interprofessionnalité sont alors multiples et concernent autant les patients que les professionnels de santé. (33)

Pour les professionnels de santé :

1. Élargissement du champ d'activités et de compétences
2. Amélioration des conditions d'exercice professionnel

Pour les patients :

3. Gain d'efficacité et d'efficience pour la prise en charge
4. Amélioration de l'offre de soins de primaires
5. Amélioration de la satisfaction

V. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

L'exercice professionnel en groupe, en collaboration, présente non seulement des avantages indéniables pour les patients mais aussi pour les professionnels de santé, comme le rappelle Jérémie Atalaya « *pour les professionnels de santé, ce nouveau type d'organisation permet de sortir du cloisonnement induit par le système libéral. Les conditions de travail sont améliorées avec la possibilité de davantage concilier vie professionnelle et vie personnelle et l'échange entre professionnels permet d'améliorer les pratiques.* » (50)

De plus, comme l'ont expliqué Bartoli et Sebai en 2015, le système de soins primaires est en grande souffrance, particulièrement dans les zones rurales. L'exercice en MSP apparaît alors « *comme un moyen possible de maintenir une offre de soins de premiers recours dans les zones déficitaires ou fragiles. Elles ont pour vocation d'assurer une plus grande efficacité (atteinte d'objectifs de santé) et efficience (résultats obtenus à moindres coûts)* ». (51)

Cependant, il existe tout de même des freins à la collaboration interprofessionnelle. D'après l'étude d'Elsa Léger, « *les principaux freins sont la méconnaissance de l'autre, la question du financement de l'interprofessionnalité et le manque de performance des logiciels au service de l'interprofessionnalité* ». (33)

Si l'exercice en MSP, qui est prôné par l'OMS à l'échelle mondiale et par la loi Ma santé 2022 à l'échelle nationale, semble innovant et répondre aux défis sanitaires actuels, qu'il semble présenter de nombreux avantages pour les professionnels de santé et pour les patients, on peut se demander quel impact peut-il avoir sur les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Ce travail de recherche s'intéresse donc à la problématique suivante :

Quels sont les freins et les moteurs de l'exercice en MSP pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ?

Pour répondre à cette question nous avons interrogé des MK libéraux travaillant en MSP lors d'entretiens semi-directifs centrés avec pour objectif de confirmer ou d'infirmer ces 4 hypothèses :

- L'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP améliore les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes
- La collaboration interprofessionnelle est un moteur pour les masseurs-kinésithérapeutes
- L'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP est une réponse adaptée aux problématiques actuelles du système de santé
- Il existe des freins à l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP

VI. MÉTHODOLOGIE

L'entretien semi-directif centré est, selon Pierre Romelaer « *un mode d'entretien dans lequel le chercheur amène le répondant à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche* ». (52)

Les informations recueillies constituent à part entière des éléments pouvant être analysés dans le cadre d'un travail de recherche comme l'explique Geneviève Imbert. « *Les entretiens de recherche sont des interviews constituant les éléments méthodologiques d'une démarche scientifique* ». (53)

Dans cette partie méthodologie, il est question de montrer dans un premier temps comment l'entretien semi-directif centré est apparu comme un choix judicieux pour répondre à la problématique de ce travail. Ensuite nous détaillerons les différentes étapes préalables à la préparation des interviews et au choix des MK interviewés.

VI.1 L'entretien semi-directif centré

VI.1.1 Justification du choix de l'entretien semi-directif centré

Pour répondre à la problématique, il est nécessaire de s'appuyer sur l'expertise de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en MSP. Seulement, il existe une multitude de facteurs pouvant biaiser le recueil d'informations si celui-ci n'est pas réalisé avec soins.

Premièrement, l'ESDC est une étude qualitative permettant de recueillir des informations sur les opinions, les représentations et les croyances de la personne interviewée (54). De plus, selon Romelaer, il permet à la personne qui conduit les interviews de s'adapter face aux différences entre les participants en leur permettant de « *communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche, en l'influençant très peu, et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité* ». (52)

Par ailleurs, comme l'explique Geneviève Imbert, l'ESDC « *s'avère en effet particulièrement adapté aux travaux conduits dans le champ de la santé.* » (53) Cette

méthodologie de recherche apparait donc comme particulièrement adaptée pour répondre à la problématique de ce MIRMK.

VI.1.2 La détermination du cadre de l'entretien

La préparation du cadre de l'entretien est indispensable à une bonne réalisation de ce dernier. Selon Hervé Fenneteau, trois facteurs nécessitent une attention particulière lors de la détermination du cadre de l'entretien. Ce sont « *le lieu, le moment et les liens contractuels qui s'instaurent dans les échanges précédant l'entretien* ». (54)

Le lieu et le moment

L'entretien a été fixé à une date et une heure choisies par la personne interviewée. L'objectif est de placer l'interviewé dans les meilleures conditions possibles pour qu'il ne soit pas pressé par le temps ou soumis à une contrainte extérieure. Le temps à prévoir pour l'entretien est donné aux participants puisque le guide de l'entretien, détaillé ci-après, a été testé auprès de mon directeur de mémoire, et la durée est estimée entre 20 et 30 minutes.

Compte tenu de la situation sanitaire actuelle et notamment des contraintes horaires et de déplacements, les ESDC ont été réalisés en visioconférence. Le lieu de l'interview était donc choisi par les participants.

La méthode de visioconférence, bien qu'elle n'ait pas tous les avantages d'une rencontre réelle, est une alternative plutôt convaincante à l'entretien téléphonique puisqu'elle ajoute une dimension visuelle et donc la communication non-verbale reste possible.

Les liens contractuels

« *La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'importance fondamentale car elle conditionne la richesse, la densité (qualité - authenticité, pertinence) du matériel collecté.* » (53) Comme le souligne Geneviève Imbert, la relation de confiance entre l'interviewer et l'interviewé est indispensable. Pour cela elle explique que l'interviewer « *pourra ainsi s'appuyer sur la présentation et l'explicitation d'une lettre de présentation de la recherche ainsi qu'un formulaire de*

consentement éclairé dans lequel il s'engage à garantir et à respecter l'anonymat et la confidentialité des données recueillies. » (53) (Cf. Annexe II)

Enfin, nous avons proposé à tous les MK interrogés de recevoir la version numérique de ce travail de recherche une fois que celui-ci sera terminé car « *l'engagement du chercheur à restituer la synthèse des résultats de la recherche, constituent des éléments importants qui contribuent à l'établissement de la relation de confiance. » (53)*

VI.1.3 Méthodes de recrutement et critères d'inclusion

a) Le choix de la population cible

Les participants sont choisis en fonction de leurs pertinences théoriques par rapport au sujet d'étude mais aussi en fonction de leurs données topologiques (53). Un choix de proximité a été fait pour des raisons pratiques lors de la définition du territoire d'étude. Cette étude se limite alors au territoire breton, comprenant 4 départements (le Finistère, les Côtes-d'Armor, L'Ille et Vilaine et le Morbihan). La taille du territoire a été définie en fonction du nombre d'ESDC envisagé, le département du Finistère n'abritant pas assez de MSP nécessaires pour l'étude, ce territoire a été étendu à la région. De plus, l'extension de la topographie de l'étude à la région permettait d'intégrer plus de types de zonages (sous-doté, normalement doté, sur-doté).

Le recensement des MSP sur ce territoire a été réalisé à partir des informations recueillies auprès de l'ESSORT (55) qui constitue la branche régionale bretonne de AVECSanté, la fédération nationale des maisons et pôles de santé, et avec l'aide de l'Agence Régionale de Santé Bretagne.

b) Les critères d'inclusion des participants

L'objectif de l'échantillonnage est de diversifier les profils. Comme il s'agit d'une étude qualitative, il est nécessaire de s'intéresser plus à la qualité qu'à la quantité, d'où l'intérêt d'obtenir une population hétérogène. (57)

Pour être incluses dans cette étude, les personnes interrogées devaient obligatoirement être titulaires d'un diplôme d'état en masso-kinésithérapie et exercer au sein d'un cabinet de kinésithérapie faisant partie d'une MSP reconnue par l'ARS. Les critères qui ont permis

l'hétérogénéité de l'échantillon sont, d'une part, propres au MK interviewé et, d'autre part, propres à la MSP dans laquelle il ou elle travaille. Ces critères sont :

- Le sexe du MK
- L'année d'obtention du diplôme du MK
- Le temps d'expérience en MSP
- Si le MK est à l'origine ou non de la création de la MSP
- Si la MSP est monosite ou multisite
- Le type de zonage auquel appartient la MSP
- Le nombre de professionnels de santé dans la MSP

c) Le mode de recrutement des participants

Les informations nécessaires pour les contacter ont été trouvées sur le FINESS du gouvernement. (58) Le recrutement des participants a donc été fait par téléphone et par mail. Seule une MSP a été préalablement sélectionnée puisque certains MK de cette MSP sont des intervenants à l'IFMK de Brest.

Une première liste a été établie avec les MSP susceptibles de faire partie de l'étude en fonction de leurs zones géographiques. Après les avoir contactées, toutes celles qui ne comportaient pas de MK dans leurs structures ont été retirées. Toutes celles qu'il était impossible de contacter par téléphone et dont aucune réponse par mail n'a été reçue, ont été retirées. Après cette étape, 10 MSP ont été retenues pour faire partie de l'étude.

Ensuite, le ou la MK de chaque MSP choisi pour faire partie de l'étude a été identifié en fonction des critères d'inclusion des participants. 10 MK ont alors été invités à participer au projet. 2 MK se sont retirés avant la réalisation de l'interview. Au total, 8 ESDC ont donc pu être réalisés.

Ci-dessous, deux tableaux représentent les différentes caractéristiques de chaque participant. Le tableau 2 s'intéresse aux critères concernant le patient, le tableau 3 s'intéresse aux critères concernant la MSP. Les noms des participants ont été modifiés.

Tableau 2: MK participants à l'étude : critères les concernant

Participant	Année d'obtention du DE	Année d'intégration à la MSP	A l'origine de la création de la MSP ?
YANNICK	1985	2008	Oui
LAËTICIA	1999	2018	Non
YVES	2000	2020	Oui
ÉLODIE	2005	2018	Non
ERIC	2007	2019	Oui
LAURE	2010	2017	Non
VINCENT	2011	2017	Non
NICOLAS	2018	2020	Non

Source : Axel GRAVIER. Tableau créé le 15.04.2021

Tableau 3 : MK participants à l'étude : critères concernant leurs MSP

Participant	Nombre de P.S. dans la MSP	MSP monosite ou multisite ?	MSP avec ou sans ACI ?	Quel type de zonage ?
YANNICK	18	Monosite	Avec	Intermédiaire
LAËTICIA	~ 60	Multisite	Avec	Intermédiaire
YVES	11	Monosite	Sans	Très dotée
ÉLODIE	> 50	Multisite	Avec	Intermédiaire
ERIC	> 20	Monosite	Sans	Très sous dotée
LAURE	> 35	Multisite	Avec	Intermédiaire
VINCENT	~ 20	Monosite	Sans	Intermédiaire
NICOLAS	~ 15	Monosite	Sans	Très dotée

Source : Axel GRAVIER. Tableau créé le 15.04.2021

VI.2 Le guide de l'entretien

VI.2.1 La construction du guide de l'entretien

Comme l'explique Geneviève Imbert, « *au début de l'entretien, les questions seront générales puis spécifiques.* » (53) En effet, l'entretien doit se construire du plus global vers le plus précis. Après avoir testé plusieurs guides d'entretien auprès de mon directeur de mémoire, Monsieur BOUEDEC Vincent, MKDE exerçant en MSP, nous avons choisis de retenir un guide d'entretien en 3 grandes étapes. La première étape concerne la personne interviewée, la seconde étape concerne la MSP dans laquelle elle travaille et la

dernière étape vise à recueillir sa perception des freins et des moteurs à l'exercice en MSP.

A l'inverse des techniques d'interview directives et non directives, les entretiens semi-directifs centrés « *combinent à la fois directivité et non-directivité. Dans les entretiens semi-directifs, l'interviewer oriente la personne qui parle vers certains sujets et il lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer.* » (54) C'est dans cette optique que s'est construit le guide d'entretien, en veillant à favoriser la présence de questions ouvertes pour que la personne interviewée ne puisse répondre par oui ou par non sans développer.

Par ailleurs, en dehors du guide de l'entretien, des relances étaient préparées pour palier à une non réponse de la personne interviewée, sans négliger « les blancs », mais en assurant la continuité de l'interview. (52)

VI.2.2 Les différents thèmes abordés

Le guide de l'entretien (Cf. Annexe III) comprend les cinq axes suivants :

- *Un axe sur la **présentation du MK et son parcours professionnel** depuis l'obtention de son diplôme jusqu'à son intégration à la MSP.*

Ce premier axe est nécessaire à la mise en confiance du MK interrogé et permet de refaire un point sur les caractéristiques de chaque participant.

- *Un axe sur la **pratique professionnelle du MK**, ses formations complémentaires et ses spécialités depuis son intégration à la MSP.*

Ici on cherche à comprendre l'impact qu'a eu l'intégration à la maison de santé sur le ou la masseur-kinésithérapeute mais aussi sur son quotidien de MK libéral.

- *Un axe sur le **travail collaboratif et les enjeux actuels** du système de santé*

Dans cet axe, l'objectif est d'essayer de comprendre les modalités de l'interprofessionnalité dans sa pratique et dans sa MSP. De plus, il est question de comprendre si la MSP permet de répondre efficacement aux objectifs qui sont les siens.

- *Un axe sur la **maison de santé, les projets de soin et son rôle** au sein de cette organisation*

Cet axe interroge la personne interviewée sur le rôle qu'elle occupe au sein de sa MSP. Pour cela, on doit aussi comprendre comment est organisée sa MSP.

- *Un axe sur les intérêts et les contraintes du travail en MSP pour le MK et pour le patient.*

Enfin, investigué par une seule question ouverte pour clôturer l'entretien, cet axe cherche à déterminer les avantages et les inconvénients de l'exercice coordonné en MSP pour le MK et le patient d'après le point de vue du MK interrogé.

VI.3 La méthodologie d'analyse

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement et rendus anonymes (Cf. Annexe IV). Tous les éléments permettant de reconnaître un professionnel ou son lieu d'exercice ont été censurés.

Une méthode d'analyse transversale a été utilisée. Cette méthode d'analyse se réalise en 3 temps. D'abord, chaque entretien a été identifié avec une lettre de A à H, et toutes les idées importantes ont été recensées et numérotées. Elles ont ensuite été retranscrites dans un tableau commun avec l'ensemble des entretiens.

La seconde étape consiste à identifier les idées qui convergent, celles qui divergent et les idées uniques pour commencer à établir une structure dans l'analyse. En se basant parallèlement sur les cinq axes du guide de l'entretien, quatre thématiques ont été dégagées. A partir de là, des grands thèmes ont pu être identifiés ainsi que des sous parties pour traiter et analyser l'ensemble des idées. (Cf. Tableau 4. Page 27)

La dernière étape avant de pouvoir écrire l'analyse a consisté à structurer un plan d'analyse complet et cohérent. (Cf. Schéma 1. Page 28)

Enfin, l'objectif de ce travail étant de déterminer quels sont les freins et les moteurs à l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP, chaque partie de l'analyse sera conclue par un tableau récapitulatif des freins et des moteurs énoncés par les participants. Les freins sont définis comme des éléments qui remettent en cause la volonté d'un MK d'exercer en MSP. Les moteurs, au contraire, sont des éléments qui poussent ou ont poussé les MK à vouloir exercer en MSP.

Le caractère moteur ou freinant d'un élément est déterminé d'une part de façon objective, par les propos énoncés par les participants et d'autre part de façon subjective, par l'interprétation du chercheur s'appuyant sur ses rencontres et les entretiens qu'il a réalisés avec tous les participants.

Lors de la réalisation des entretiens semi-directifs centrés, il s'est avéré que les MK trouvent des éléments positifs ou négatifs à l'exercice en MSP mais que ces derniers ne sont pas à l'origine d'une volonté d'exercer ou de continuer à exercer en MSP, ni à l'origine d'une volonté de quitter une MSP. Ces éléments ne peuvent donc pas être définis comme freins ou moteurs, ils sont alors qualifiés d'avantages ou d'inconvénients.

En partant du principe que l'accumulation d'avantages ou l'accumulation d'inconvénients peut devenir un moteur ou un frein, il est apparu comme indispensable de les prendre en compte. Pour cela, tous les avantages et les inconvénients ont été répertoriés (Cf. Annexe V) et comptabilisés. Le but est de montrer une quelconque tendance sur le nombre d'avantages et d'inconvénients pour chaque partie de l'analyse. Certains aspects ont été énoncés par les MK interrogés comme étant ni avantageux ou ni contraignants, ils ont alors été définis comme neutres (pas de changements). Selon l'institut de veille sanitaire (59) « *représenter la décomposition, c'est faire figurer le poids des différentes modalités d'une même variable au sein d'une population* ». Dans notre cas, la population correspond à une partie (partie IV.2.1 par exemple) et la variable correspond aux éléments avantageux, contraignants ou neutres. L'institut de veille sanitaire poursuit en affirmant que les diagrammes par barres empilées « *permettent une meilleure visualisation puisque la perception de la hauteur de la barre est plus immédiate pour l'œil* ». C'est en suivant ces recommandations qu'il s'est avéré judicieux de représenter la part d'éléments avantageux, contraignants ou neutres, en pourcentage, sous la forme d'un diagramme par barres empilées exposé à chaque fin de partie en parallèle du tableau récapitulant les moteurs et les freins.

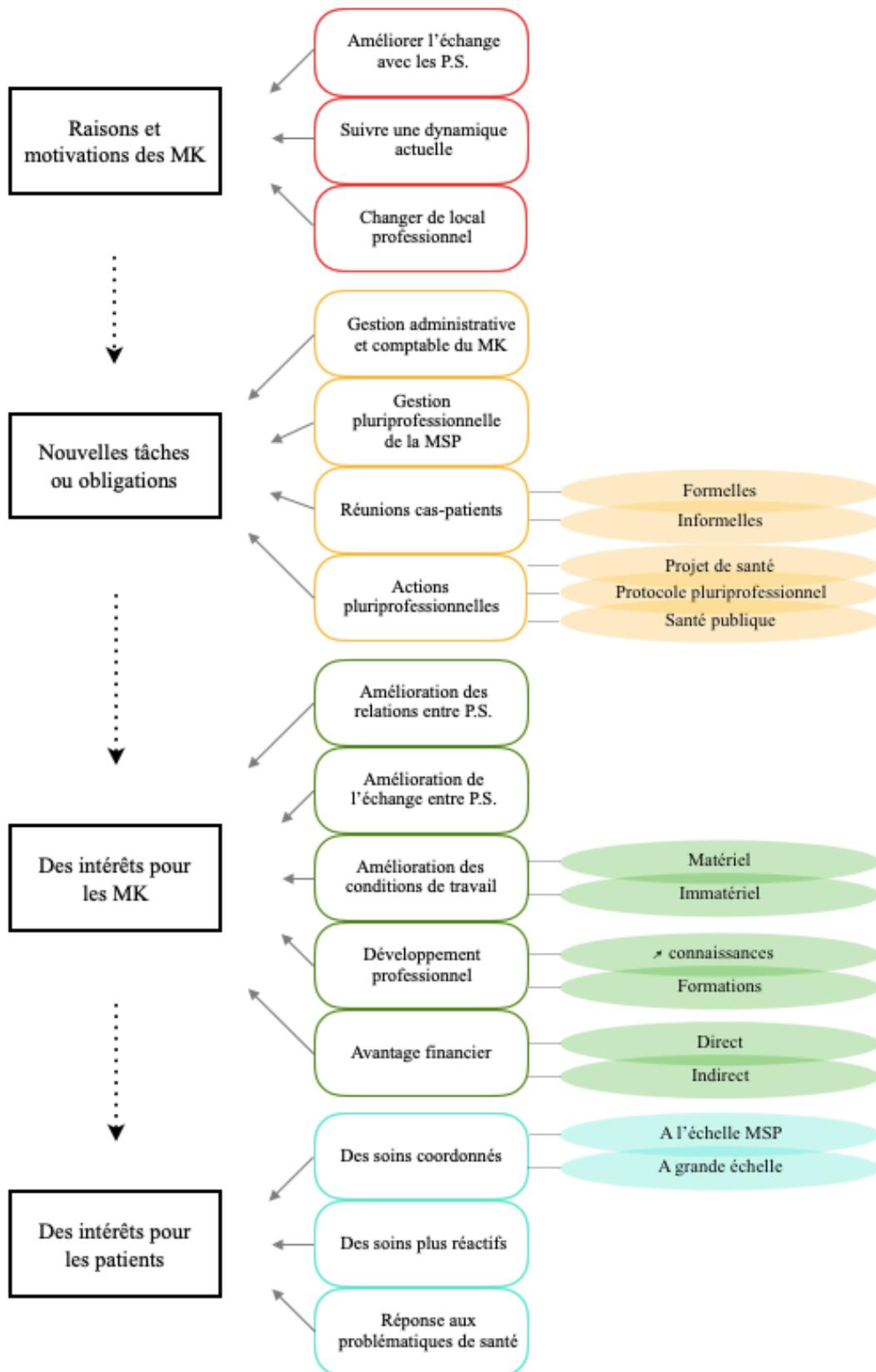
Pour finir, étant donné que la première partie de l'analyse (partie IV.1) correspond aux éléments ayant motivé les MK à intégrer une MSP, l'analyse de cette partie est réalisée différemment puisque ces éléments ont automatiquement été définis comme des éléments moteurs. Une analyse a été faite pour différencier les motivations primaires des motivations secondaires.

Tableau 4 : Analyse transversale des entretiens semi-directifs centrés

THÉMATIQUES	THÈMES	SOUS-PARTIES	NUMÉRO DES ENTRETIENS	
Quelles raisons ou motivations ont poussé les MK à intégrer une MSP ?	Thème 1	Sous-partie 1	A1 « » B1 « » H1 « »	
		Sous-partie 2	A2 « » C1 « » E2 « »	
	Thème 2			
	Thème 3			
	L'exercice en MSP générateur de nouvelles tâches ou obligations	Thème 4		
		Thème 5		
Thème 6				
Des avantages, des inconvénients mais surtout des moteurs pour le MK	Thème 7			
	Thème 8			
	Thème 9			
Des intérêts nombreux pour les patients qui motivent les MK	Thème 10			
	Thème 11			
	Thème 12			

Source : Axel GRAVIER. Tableau créé le 05.04.2021

Schéma 1 : Plan d'analyse détaillé



Source : Axel GRAVIER. Schéma créé le 15.04.2021

IV.4 Limites de la méthodologie

La réalisation de seulement 8 entretiens ne permet pas d'avoir un panel assez large pour généraliser les résultats. De plus, cette étude n'inclue que des professionnels exerçant en MSP et ne compare pas les éléments énoncés par les participants au point de vue de professionnels n'exerçant pas en MSP. Il y a donc un **biais de sélection**. D'autre part, les biais liés à l'enquêteur semblent inévitables dans l'interprétation des données obtenues lors des entretiens. Le **biais affectif**, défini par le fait d'interpréter un élément en fonction de l'humeur actuelle de l'enquêteur et le **biais de confirmation** qui correspond au fait d'interpréter un élément à partir d'une idée préconçue ont inévitablement été mis en jeu dans l'analyse des résultats.

Cependant, ce travail a été réalisé avec soin et rigueur en veillant à respecter une démarche scientifique indispensable à la qualité de celui-ci. Les résultats obtenus, bien qu'ils ne puissent être généralisés à tous les MK exerçant en MSP, peuvent donc refléter une tendance ou être légitimement utilisés comme base d'une nouvelle réflexion.

VII. RÉSULTATS

VII.1 Quelles raisons ou motivations ont poussé les MK à intégrer une MSP ?

Dans cette première partie, il est question de comprendre les raisons qui ont poussé les MK à s'installer en MSP et aussi de savoir quelles étaient leurs motivations. Si certains sont à l'origine du projet de création, que d'autres ont assisté à sa naissance et qu'encore d'autres on rejoint une MSP déjà en place, tous s'accordent à dire que l'exercice en MSP a amélioré l'échange et leurs relations avec les autres professionnels de santé. Pourtant, avant de commencer à y travailler, ce n'était pas la principale motivation pour tous. Même si la décision d'intégrer une MSP est à chaque fois motivée par plusieurs facteurs, pour certains il s'agit entre autres d'une dynamique actuelle tandis que pour d'autres c'est une occasion ou parfois une nécessité de changer de local professionnel.

VII.1.1 Améliorer l'échange avec les autres professionnels de santé

« J'ai assisté à sa création et à certaines réunions par rapport à la création de cette MSP, en tout cas moi et mes collègues ça nous a intéressé vraiment dès le départ ». Laure, 36 ans, en MSP depuis bientôt 4 ans, explique que le projet de créer une MSP dans son secteur l'a tout de suite intéressé. Elle parle ensuite des éléments qui l'ont poussé à participer à ce projet. « Alors moi déjà c'était par curiosité au départ que je suis allée voir et après mes motivations c'était vraiment surtout le fait de se connaître et d'avoir des échanges [...] d'avoir une sorte de trombinoscope des uns et des autres... Et surtout un échange en fait ».

Élodie, 39 ans, fait partie d'une MSP depuis 3 ans. Elle explique ce qui l'a poussé à vouloir intégrer la MSP de son secteur qui existait déjà. « Alors parce que je fais déjà partie d'une équipe et que j'en vois les avantages et que ça faisait assez longtemps que celle de XXXX était créée et on n'en faisait pas partie [...] on était quelque part exclu un petit peu et c'est dommage [...] on s'est dit qu'il était temps d'y rentrer pour connaître les gens du secteur tout simplement parce qu'on en entend parler mais on n'a pas forcément d'échanges directs... on voulait simplifier la communication, c'était vraiment ça notre but à la base ».

Laëtitia, 43 ans, a aussi intégré une MSP déjà en place suite à l'échec du projet de création d'une MSP dans son secteur. « Alors on a essayé il y a 3 ou 4 ans de faire une maison médicale mais sur notre commune mais il s'est avéré qu'il fallait vraiment 2 médecins pour mettre ça en place et que du coup ce n'était pas possible donc on a rejoint la maison médicale de XXXX qui était déjà créée depuis 2 ou 3 ans [...] puisque ça pouvait être intéressant pour échanger entre nous. »

VII.1.2 Suivre une dynamique actuelle

Vincent, 32 ans, en MSP depuis 3 ans et demi, n'est pas à l'origine du projet de création de sa MSP mais a assisté et participé à sa naissance. Pour lui, la volonté d'améliorer les relations et l'échange avec les autres professionnels de santé était indéniable même si ce n'était pas le seul élément moteur. Il explique que pour lui c'était l'occasion « d'avoir des locaux qui étaient neufs, une connexion avec les autres professionnels et c'est aussi dans la dynamique du temps, d'avoir des maisons de santé qui se créent c'est dans l'air du temps ».

Cette dynamique, Yves, 43 ans, en MSP depuis 6 mois en parle aussi. « L'idée effectivement... plus les médecins qui étaient jeunes venaient adhérer dans l'autre cabinet plus il y avait aussi cette dynamique de vouloir travailler avec l'autre. » La problématique de l'accessibilité pour personnes à mobilité réduite, c'est ce qui a poussé Yves à vouloir changer de local, comme plusieurs autres professionnels de santé de son secteur. La dynamique actuelle de coopérer entre professionnels de santé leur a donné l'idée de se regrouper dans un même bâtiment.

VII.1.3 Changer de local professionnel

Éric, 38 ans, en MSP depuis 1 an et demi, à l'origine de la création d'une MSP, a aussi dû faire face à cette problématique d'accessibilité. « Il y a aussi la norme d'accessibilité handicapée qui n'était pas respectée dans mon ancien cabinet parce qu'il y avait des marches et il n'y avait pas de locaux disponibles dans la ville dans laquelle j'exerçais pour pouvoir accéder à un nouveau local adapté. » Éric, explique en effet avoir dû faire face à la problématique de l'accès aux personnes à mobilité réduite. Il évoque aussi que ses locaux professionnels ne lui convenaient plus et ne permettaient pas d'accueillir de

nouveaux MK. Il en a profité pour développer une MSP autour d'un projet de soin bien défini. « La mission première c'était vraiment de s'orienter sur la prévention des risques cardio-vasculaire par rapport aux soins que je voulais prodiguer et la deuxième était aussi de vouloir pérenniser l'offre de soins sur nos communes [...] le fait de ne pas avoir de locaux qui étaient adaptés à l'accès des personnes handicapées mettait un frein pour l'installation de nouveaux praticiens. »

Yannick, 61 ans, en MSP depuis 16 ans, fait sûrement partie des personnes à l'origine de cette dynamique actuelle d'échange pluriprofessionnel, puisqu'il a créé sa MSP il y a 16 ans, officieusement. Elle a officiellement été reconnue en 2008. Il explique pourquoi et ce qui l'a poussé à le faire. « On l'a fondée avec 2 médecins et quelques infirmières à l'époque. [...] Alors, pour être honnête il y avait un médecin qui a divorcé et qui n'avait plus de lieu d'exercice, alors comme il ne trouvait pas de local on s'est dit qu'entre professionnels de santé de la même commune qu'on pouvait essayer de faire quelque chose ensemble... un bâtiment. [...] au départ on a créé un local qu'on a mis en location. » Il explique tout de même qu'il y avait une volonté de travailler ensemble même si cela n'était pas envisageable en 2004. « L'idée y était mais dans les faits c'était surtout il ne fallait pas le dire [...] Ça peut paraître absurde aujourd'hui mais c'était interdit de s'associer entre professionnels de santé. »

VII.1.4 Conclusion de la partie

Les professionnels ont presque tous été motivés par plusieurs éléments à l'idée d'intégrer une MSP. Nous avons donc comptabilisé le nombre de fois où les motivations suivantes ont été énoncées :

- Favoriser l'échange avec les autres P.S. : 4 fois
- Changer de locaux professionnels : 4 fois
- Suivre une dynamique actuelle : 2 fois
- Attirer de nouveaux P.S. pour pérenniser l'offre de soin : 1 fois

Nous pouvons donc affirmer qu'il existe 2 motivations primaires et 2 motivations secondaires. Cependant, tous ces éléments ont motivé les MK à intégrer une MSP, ils sont donc inévitablement des moteurs. Ils sont répertoriés dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Récapitulatif des moteurs et des freins de la partie VII.1

LES MOTEURS	LES FREINS
Intégrer une MSP peut permettre de favoriser l'échange avec les autres P.S.	Aucun frein
Intégrer une MSP peut permettre d'accéder à de nouveaux locaux professionnels	
Intégrer une MSP peut permettre de suivre une dynamique actuelle	
Intégrer une MSP peut permettre d'attirer de nouveaux P.S. et pérenniser l'offre de soin	

Source : Axel GRAVIER. Tableau créé le 15.04.2021

VII.2 L'exercice en MSP est générateur de nouvelles tâches ou obligations

Les différents participants expliquent en quoi l'exercice en MSP a changé leur quotidien de masseurs-kinésithérapeutes. Là encore, les éléments rapportés divergent et se rapprochent en fonction des différentes MSP, mais aussi des responsabilités de chacun au sein des MSP. Lors des interviews, plusieurs thèmes ont été abordés, la gestion administrative et la gestion comptable du MK, la gestion pluriprofessionnelle de la MSP, les réunions pluriprofessionnelles, les projets de soins et protocoles pluriprofessionnels.

VII.2.1 Des changements insignifiants dans la gestion administrative et comptable du MK

« Quand on a des problèmes d'ordonnance ou des choses comme ça on peut aller voir directement les médecins ou les infirmières ça permet de s'organiser plus facilement. »
 Nicolas, 26 ans, a assisté mais n'a pas participé directement à la création de la MSP de son secteur. Il explique que la seule chose qui a changé dans sa gestion administrative depuis l'ouverture de la MSP il y a 6 mois, c'est une facilité dans la gestion des ordonnances des patients par la proximité avec les médecins et infirmières. C'est ce qui fait la force des MSP monosites par rapport aux MSP multisites puisque Éric, aussi en MSP monosite souligne le même point. « Alors au niveau administratif ce qui est beaucoup plus simple c'est l'accès aux ordonnances [...] après le reste au niveau administratif papiers etc. [...] il n'y a pas de changements ni en termes de prise de rendez-vous ni pour les papiers »

Pour Élodie, Yves et Laure, on note que rien n'a changé dans leurs pratiques sur la gestion administrative. Vincent est du même avis depuis qu'il s'est retiré de la SISA de sa MSP. « intégrer une MSP voulait dire intégrer une SISA, ce qui veut dire qu'on était affilié à la CPAM [...] ça nous donnait à la fois des devoirs, des critères à remplir [...] et aussi d'avoir une indemnité répartie sur tous les professionnels de la maison de santé [...] on a essayé au départ mais vu la lourdeur administrative on a décliné le côté engagement envers la sécu » En effet, une MSP peut bénéficier de financements dans le cadre d'un ACI si elle respecte et justifie un certains nombres d'indicateurs socles-prérequis (32) ce qui peut apporter une lourdeur administrative, mais aussi une tâche supplémentaire lors de la gestion comptable comme le souligne Vincent. Les NMR ont notamment été créés pour rémunérer un ou une coordinateur/coordinatrice dans la MSP qui s'occupera entre autres des tâches administratives de la SISA. Il s'avère, d'après l'expérience de Vincent, que ce n'est pas simple à mettre en place.

« En comptabilité on a, alors c'est l'ACI je crois que ça s'appelle maintenant, une aide de la sécu pour faire fonctionner une maison de santé » Il semble que la MSP de Yannick perçoit les NMR dans le cadre de l'ACI. (31) Ces subventions sont données à une SISA qui, ensuite, est libre de l'utiliser ou la distribuer comme elle le souhaite. Si l'indemnité est répartie entre les professionnels de santé, cela rajoute effectivement une attention particulière lors de la gestion comptable du masseur-kinésithérapeute qui perçoit cette aide. Mis à part cela, tous les MK sont unanimes pour dire que le fait d'avoir intégré une MSP ne change rien pour eux au niveau de leur gestion comptable.

VII.2.2 Quelle implication pour les MK dans la gestion pluriprofessionnelle de leur MSP ?

S'il n'y a pas de modification pour la plupart des MK interrogés concernant la gestion de leur comptabilité personnelle, il y a tout de même une gestion comptable obligatoire pour toutes les MSP, comme le rappelle Yannick. « Il y a quand même un comptable au sein de la MSP, parce qu'on est sous forme de SISA, donc il y a une comptabilité... » Par ailleurs, il faut noter que la gestion comptable ne se limite pas seulement aux MSP sous formes de SISA. (24) Dans certaines MSP monosites, comme celle de Yves, Nicolas, Vincent ou Éric par exemple, les professionnels ne sont pas regroupés dans une SISA

mais ont en commun la responsabilité d'un bâtiment dans lequel ils exercent. Cela engendre forcément des frais communs qu'il faut répartir.

Concernant la comptabilité des MSP, les MK peuvent ne pas y être impliqués, comme l'explique Yannick, qui avec sa MSP font appel à un comptable, et comme le souligne Élodie, lorsqu'elle évoque les réunions pluridisciplinaires. « Il y a toujours une petite partie comptabilité de la SISA donc là ça ne m'intéresse pas vraiment » Si Yannick et Élodie n'ont pas à s'occuper de la comptabilité de leurs MSP c'est parce qu'ils font tous les deux parties d'une SISA qui perçoit des NMR permettant de sous-traiter cette tâche à une tierce personne.

Cependant, Éric explique que dans sa MSP tout le monde participe à cette tâche. « On fait une réunion par an avec tous les professionnels de la maison de santé pour établir les comptes »

Si certaines MSP font appel à des prestataires extérieurs, que d'autres gèrent cela ensemble, Laure explique que dans sa MSP ils ont fait le choix de se répartir les tâches. « La MSP c'est les professionnels de santé qui la font vivre [...] il y a aussi des fonctions tu vois, il y a une secrétaire, une trésorière, des petites responsabilités comme ça » En effet, Laure fait aussi partie d'une MSP qui perçoit des NMR et qui peut donc dédommager les professionnels pour les tâches concernant la MSP dont ils ont la responsabilité. Tout cela nécessite une bonne organisation qui se met en place lors d'assemblée générales comme elle l'explique. « il y a tous les temps de réunion pour l'assemblée générale, prendre les décisions, voter les budgets, voter les choses sur lesquelles on travaille » En effet, ce côté pluriprofessionnel implique une certaine logistique, un « vivre ensemble à gérer », surtout lorsque l'on fait partie d'une MSP monosite, comme Yves, qui énumère quelques exemples « Donc de temps en temps il faut causer un petit peu plus de tout ce qui est plus pratique, genre le chauffage qui ne fonctionne pas bien, tel truc qui a l'air bouché, tels travaux qui ont été mal fait ou pas fini »

« Après effectivement il faut être prêt à sacrifier un peu de son temps libre, de ses soirées pour participer à des réunions » Enfin, comme l'exprime Laure, entre autres, ces temps de réunions qui sont malgré tout indispensables présentent un réel désavantage, celui de

prendre du temps. Comme nous allons le voir, ces temps sont parfois dédommagés mais pas pour tout le monde, cela dépend des différentes MSP.

VII.2.3 Les réunions pluriprofessionnelles concernant des cas patients : plus souvent informelle que formelle pour les MK

Parmi les indicateurs socles (Cf. Annexe I) les MSP ont pour objectif de réaliser de manière régulière et formalisée 6 réunions pluriprofessionnelles par an traitant de cas patients. (32) Il apparaît que même dans les MSP conventionnées autour d'un ACI, les MK ne participent que très rarement à ces réunions. Cela ne les empêche pas pour autant de discuter avec les autres professionnels de santé lorsque cela s'avère nécessaire.

A) Des réunions formelles

« Tous les mois [...] il y a le côté échange sur les cas par exemple [...] c'est un moment où justement on peut poser certains problèmes qu'on a eu avec certains patients » Il apparaît que la MSP d'Élodie organise une réunion mensuelle traitant de cas patients. En revanche, comme l'explique Laure, ces réunions qui ont lieu tous les mois ou tous les deux mois dans sa MSP « sont organisées par les médecins » et n'impliquent donc pas forcément les MK à chaque fois, et c'est un fait qui concerne toutes les MSP. Sa MSP a alors mis en place un système pour formaliser les petites entrevues entre les MK et les médecins en dehors des réunions dédiées à cela. « Après nous on a une feuille à remplir quand on a une réunion informelle en fait donc par exemple quand on appelle un médecin pour avoir des infos ou pour avoir un partage d'expérience au sujet d'un patient... »

Ces réunions présentent des avantages pour les patients dont la prise en charge est forcément améliorée mais aussi pour les MK qui peuvent adapter leurs soins. Cependant, ces réunions présentent aussi quelques désavantages notamment comme en fait part Élodie, « ce qui est lourd c'est que tous les mois ça revient vite » et comme l'évoque Yannick « sauf que comme on est quand même une vingtaine dans cette structure des fois on est obligé de patienter parce qu'on parle d'un patient qui n'est pas à nous... » En effet, Yannick n'est pas le seul à avoir souligné cet aspect. Les réunions impliquant de nombreux thérapeutes entraînent souvent des longs moments d'attente entre deux patients d'un MK. De plus, pour Vincent, ces réunions ne sont parfois pas très pertinentes. « Dans

les critères imposés par la sécu il faut parler d'un certain nombre de patients dans chacune de nos réunions, je ne trouve pas ça pertinent ».

B) Des réunions surtout informelles

« Une fois par trimestre lorsqu'elles sont faites de manières formelles. Dans la pratique on se croise dans les couloirs, parce qu'on est tous dans le même bâtiment, en fait on se croise et on discute entre nous » Yannick explique en effet qu'ils réalisent des réunions régulières et formalisées mais que la plupart des échanges sur les patients se réalisent de manière informelle. Il est rejoint par Éric, Yves et Vincent sur ce point. D'ailleurs ce dernier explique que « c'est finalement suffisant pour éclairer sa stratégie thérapeutique ou faire part d'un problème ».

Contrairement à eux, Laëtitia adopte une stratégie d'autonomisation du patient. « Je n'appelle pas beaucoup les médecins en fait, j'essaie déjà de gérer de mon côté, après j'essaie de responsabiliser les patients, je leur dis d'appeler eux même le médecin, j'essaie d'avoir une prise en charge avec eux » Cette manière de procéder s'inscrit aussi dans la logique de la définition de la collaboration interprofessionnelle qui doit impliquer le patient (47). De plus, rendre acteur le patient, c'est une façon de le placer au cœur du système, comme le mentionne la loi Ma santé 2022. (17)

Enfin, dans la MSP de Nicolas, ces échanges, bien qu'ils ne soient pas formalisés, sont réguliers puisqu'il explique que « tous les midis on échange sur les patients qu'on a commun ou des choses comme ça mais il n'y a rien d'officiel. »

VII.2.4 Projet de santé, protocoles pluriprofessionnels, missions de santé publique : quelle implication des MK ?

Comme nous l'avons vu, le projet de santé est l'élément clé d'une MSP, puisqu'il élabore l'organisation de la structure quant à l'accès aux soins, à la collaboration interprofessionnelle et au partage d'informations. (24) Cependant, le projet de soin n'est obligatoire que lorsque l'on veut contractualiser avec l'ARS et l'assurance maladie un accord conventionnel interprofessionnel dans le but d'être rémunéré. (31) Par ailleurs, lorsque l'ACI est mis en place, la MSP doit répondre obligatoirement à des indicateurs

socles-prérequis (Cf. Tableau 1. Page 10) et si elle le souhaite, à des indicateurs socles et optionnels (Cf. Annexe I) pour percevoir des fonds. (32) Parmi ces indicateurs socles et optionnels on retrouve notamment la mise en place de protocoles pluriprofessionnels et l'organisation d'actions de santé publique.

A) Les projets de santé

« On a défini une mission de santé au niveau de l'ARS qui est la prévention des risques cardio-vasculaires et effectivement moi je m'intègre dans ce projet dans le sens où je fais de la réhabilitation respiratoire et de la réhabilitation cardiaque » Éric.

Effectivement, il n'est pas aisé de différencier le projet de santé d'une MSP des protocoles pluriprofessionnels notamment. Mais il est ressorti de ces interviews que seul Éric connaissait le projet de santé et donc s'impliquait dans celui-ci. Cela paraît évident puisqu'il en est à l'origine. Cependant, nous pouvons considérer que d'après les interviews effectuées, le projet de santé pourtant élément clé d'une MSP, ne semble pas si présent dans la pratique des MK. D'autre part, cela n'affecte en rien l'implication des MK dans leurs MSP, notamment lors de protocoles pluriprofessionnels ou d'actions publiques, comme le souligne Laure. « Il faut des protocoles donc on en a développé quelques-uns et finalement le fait de travailler ensemble sur des problématiques qui sont assez... qui concerne notre secteur en fait je trouve que c'est super stimulant aussi »

B) Les protocoles pluriprofessionnels

« Moi j'avais lancé avec d'autres collègues un protocole sur la prévention des chutes chez les personnes âgées » Laure, qui fait notamment partie du collège de sa MSP, semble être à l'origine d'un de ces protocoles. Elle explique par ailleurs que sa collègue MK est coordinatrice d'un projet ETP.

D'un autre côté, la MSP d'Éric essaye de développer des protocoles en rapport direct avec leur projet santé. « On est en train d'essayer de développer la prévention des risques cardio-vasculaires en essayant de développer du loisir thérapeutique notamment avec des parcours de santé, des parcours de marche adaptés et aussi un potager thérapeutique. »

« Je sais qu'il y a des choses sur les diabètes, les suivis de tension qui sont fait mais pas par nous hein » Enfin, Yannick et les autres MK se rejoignent pour dire qu'ils sont au courant des protocoles qui existent dans leur MSP même s'ils ne sont pas forcément moteurs, comme le souligne Nicolas. « Déjà le fait qu'on soit impliqué... informés... ça nous implique même si on n'est pas forcément moteur. » En effet, d'après l'expérience des MK interviewés, ces protocoles sont principalement mis en place par les médecins et les infirmiers/infirmières.

C) Les actions de santé publiques

A l'inverse des protocoles pluriprofessionnels, les MK sont directement impliqués dans la réalisation d'actions de santé publique parce que cela passe principalement par de l'affichage ou de la distribution comme le dit Laëtitia « souvent c'est de l'affichage mais ça permet d'avoir quelque chose d'homogène sur le territoire et d'être orienté un petit peu en local »

L'impact de ces actions n'est pas négligeable lorsqu'une MSP le met en place, notamment dans une MSP multisite qui regroupe de nombreux professionnels de santé comme celle de Laëtitia « ça permet d'échanger sur un plus grand panel quand on fait des actions de prévention sur le tabac, l'alcool par exemple, d'avoir des affiches un peu partout. »

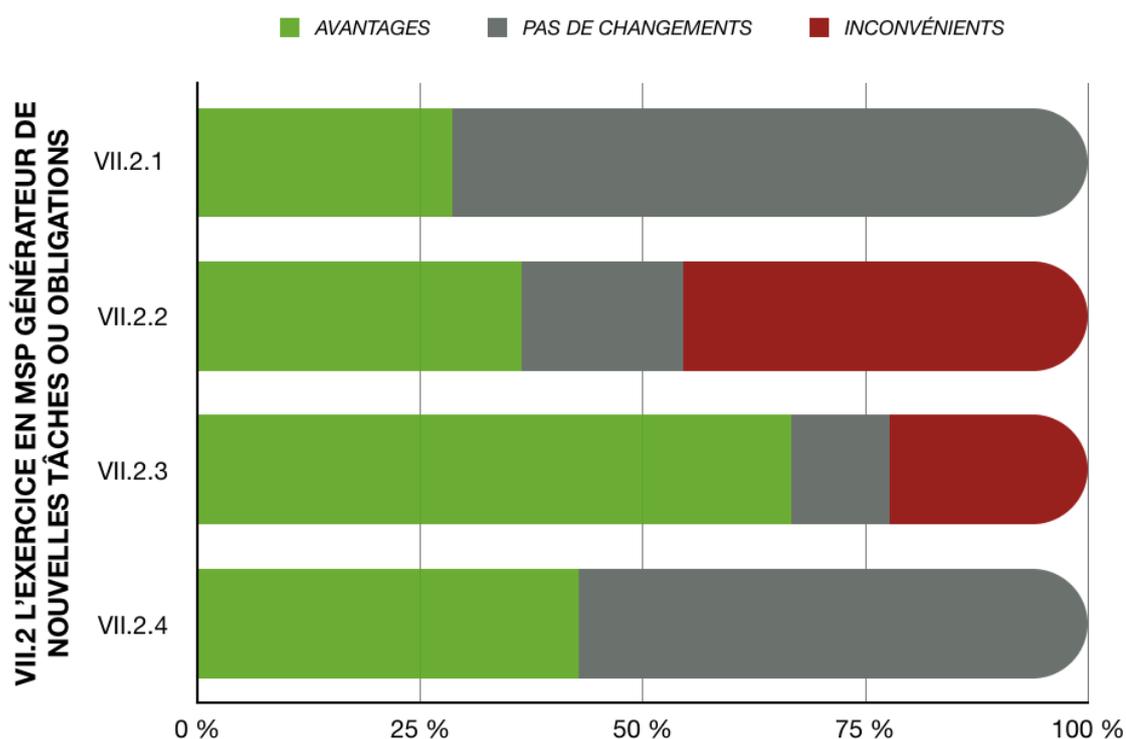
Pour terminer, Laëtitia rappelle un point essentiel, « il y a des choses on n'est pas toujours d'accord. Il y a par exemple une campagne de vaccination contre la grippe nous par exemple on ne l'a pas affiché au cabinet mais ce qui est bien c'est que c'est ouvert il n'y a pas d'obligations »

En effet, comme le mentionnent plusieurs MK, l'intégration à une MSP n'entraîne pas d'obligations et n'entrave pas la liberté des MK libéraux. « Nous notre MSP la cotisation pour s'inscrire c'est 10 euros... tu payes 10 euros pour t'inscrire à la MSP et après tu n'as pas d'engagements. Je pense que dans tous les cas c'est intéressant de le faire. » Laure.

VII.2.5 Conclusion de la partie

Comme le montre la répartition entre avantages, inconvénients et éléments neutres (Cf. Diagramme 1) les nouvelles tâches ou obligations relatives à la pratique de la masso-kinésithérapie en MSP n'impliquent pas de changements majeurs pour la plupart des MK interrogés. Si elles impliquent des changements, ces derniers semblent être plus des avantages que des inconvénients, hormis pour la gestion de la MSP (partie VII.2.3) qui présente une majorité d'inconvénients et surtout un frein, celui d'engendrer une charge administrative trop lourde pour répondre aux indicateurs définis dans l'ACI. Malgré cela, trois moteurs ont été mis en évidence (Cf. Tableau 6. Page 41).

Diagramme 1 : Répartition des éléments avantageux, contraignants et neutres de la partie VII.2



Source : Axel GRAVIER. Diagramme créé le 15.04.2021

Tableau 6 : Récapitulatif des moteurs et des freins de la partie VII.2

LES MOTEURS	LES FREINS
La MSP laisse le choix quant au niveau d'implication pour le MK	L'obtention des NMR pour la MSP peut entraîner une trop grosse lourdeur administrative
La MSP permet de collaborer avec d'autres professionnels de santé sur des problématiques propre à son secteur	
La MSP permet d'associer un projet professionnel à un projet de santé	

Source : Axel GRAVIER. Tableau créé le 15.04.2021

VII.3 L'exercice coordonné en MSP : des avantages, des inconvénients mais surtout des moteurs pour le masseur-kinésithérapeute

Les intérêts pour le MK peuvent être apportés par l'exercice en MSP d'une part, et l'exercice en interprofessionnalité d'autre part. Comme le révèle l'étude d'Elsa Léger (33), les bénéfices attendus sont principalement l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels ainsi que l'élargissement du champ des compétences.

VII.3.1 L'amélioration des relations entre professionnels : agréable et nécessaire

« On se connaît déjà. [...] Après non seulement on se connaît en tant que professionnels mais aussi en tant qu'individu » Yannick.

Pour commencer, Yannick évoque le fait que l'exercice en MSP permet de connaître personnellement les autres professionnels. Cet aspect, Éric le développe aussi. « Le fait de pouvoir échanger et partager avec les professionnels de santé c'est aussi les connaître, c'est créer une famille de professionnels de santé [...] c'est vraiment hyper sain et hyper stimulant ! » En effet, Éric utilise le terme de famille, ce qui reprend la réflexion de Isabelle Kustovs (25) qui définit la maison de santé comme lieu familial, où l'on se sent en sécurité, en proximité. D'ailleurs, Nicolas exprime le même sentiment. « Déjà le midi on mange ensemble [...] ce n'est pas les mêmes relations, c'est des relations directes et beaucoup plus confraternelles » Ici encore, le regroupement des professionnels de santé sur un même lieu à un rôle indéniable. Comme le dit Yves, la proximité permet aussi une

meilleure connaissance des autres. « On les connaît mieux, on voit mieux leur façon de travailler [...] On connaît mieux leurs rythmes de travail, leurs patientèles qui est parfois un peu différente d'un médecin à l'autre »

Pourtant, même si cela paraît ne présenter que des avantages, Yannick et Nicolas font part tous les deux d'une certaine obligation de résultats ou de prise en charge à laquelle ils se sentent parfois soumis lorsqu'ils connaissent personnellement le médecin prescripteur.

« A partir du moment où on connaît le médecin qui nous l'envoie, on se sent presque obligé d'avoir plus de résultats » Yannick.

« Quand les médecins du coup nous envoient des patients et qu'on ne peut pas les prendre parce qu'on est trop chargé au niveau du planning, ce n'est pas vraiment dérangeant mais ça peut être un peu délicat » Nicolas.

Même si Laure n'exerce pas en MSP monosite, elle trouve un intérêt important à l'amélioration des relations entre professionnels puisque cela lui permet de ne pas se sentir isolée professionnellement. « C'est juste trop cool de se retrouver avec d'autres paramédicaux du coin et de discuter de notre quotidien de soignants. »

« Je pense que la communication est bien plus libre avec les médecins, moi j'hésite beaucoup moins à les appeler, et je sais qui j'ai au bout du fil donc ça c'est agréable »

Élodie semble avoir des relations plus faciles avec les médecins. Cet aspect est souligné par plusieurs MK. En effet, les relations entre les professionnels de santé libéraux sont depuis toujours limitées à cause du cloisonnement induit par le système libéral (50). De plus, les médecins qui sont les piliers du parcours de soin d'un malade paraissent parfois inaccessibles pour les professionnels paramédicaux. La MSP permettrait d'abolir ces représentations et de faciliter l'échange entre les professionnels médicaux et les professionnels paramédicaux.

Enfin, comme l'évoque Vincent, au-delà de renforcer les liens entre les professionnels de santé, la MSP permet déjà d'en créer. « Ce qui est particulier est que nous on était inconnus dans la commune [...] donc ça nous a permis d'avoir un dialogue » Si les liens qui unissent les professionnels de santé sont importants pour la collaboration interprofessionnelle, c'est qu'ils sont un prérequis à l'amélioration de l'échange. Cet aspect est exprimé par Yannick. « Alors il faut objectivement qu'on s'entende bien avec

les médecins qui sont prescripteurs, il faut qu'il y ait une relation de confiance. » Et pourtant, comme en fait part Laure « Ce n'est pas évident de s'entendre avec les égots des uns et des autres ». Parmi tous les entretiens réalisés, aucun d'entre eux ne révèle des problèmes relationnels entre les différents membres des MSP. L'exercice en groupe nécessite donc à chacun une capacité d'adaptation aux autres. S'il est préférable, d'après plusieurs MK interrogés, de choisir avec qui on s'installe cela n'est pas toujours simple comme l'explique Yannick. « Le problème c'est la diversité des études parce que kiné on arrive à 5 ans maintenant... médecin il est plutôt sur 8 ans donc finalement quand on s'installe on ne se connaît pas. »

VII.3.2 L'amélioration de l'échange entre professionnels : la clé d'une collaboration efficace

L'amélioration des échanges c'est, dans un premier temps, la simplification de ces derniers, comme l'exprime Vincent. « Avant si j'avais besoin d'un renseignement auprès d'un médecin je l'appelai au téléphone et là je peux voir en direct donc l'échange est un peu plus simple »

Mais l'amélioration des échanges c'est aussi de les rendre plus constructifs. Yannick nous donne un exemple. « Ça nous a permis aussi de discuter avec les médecins sur les problèmes des bronchiolites et des actes de kiné respi... Ils ont reçu un message comme quoi ça ne servait à rien et que c'était nocif etc... Ça nous a permis aussi d'en discuter avec eux » En effet lorsque que cela s'avère nécessaire, l'échange permet de résoudre des problèmes ou dans ce cas d'éviter tout malentendu entre les médecins et les MK. Élodie nous donne un autre exemple « on avait fait une présentation sur qu'est-ce que la kiné et qu'est-ce que l'ostéo parce qu'on sentait qu'il y avait une difficulté au niveau du médecin à ressentir ou est la différence [...] et on a senti quand même qu'il y avait des répercussions après » Élodie trouvait que les prescriptions des médecins n'étaient pas tout le temps adéquats entre masso-kinésithérapie et ostéopathie. Le fait d'être en MSP lui a permis de faire une présentation aux médecins des différences qui existent entre ces deux spécialités.

Finalement, l'amélioration des échanges, qui sont plus simples et plus constructifs, entraînent une meilleure efficacité dans les prises en charge comme le souligne Nicolas

« c'est surtout, je pense que ça permet un meilleur et un suivi beaucoup plus facile des patients [...] ça permet d'avoir des informations plus rapidement »

VII.3.3 Une amélioration des conditions d'exercice matériel et immatériel

« En fait ça m'a permis d'améliorer la qualité de la structure dans laquelle j'exerce » Éric.

« Moi je n'ai jamais regretté m'être engagé là-dedans... moi je conseillerais vraiment de s'y inscrire parce que c'est super intéressant de travailler en pluriprofessionnel [...] Je pense qu'on a besoin d'échanger avec les autres, ça me paraît indispensable en fait dans la pratique en libéral. » Laure.

Comme le souligne Éric dans un premier temps, l'intégration à une MSP permet d'obtenir une amélioration d'un point de vue matériel, notamment lorsque les professionnels intègrent des nouveaux locaux. Intégrer des locaux neufs c'est bénéfique pour les patients qui bénéficient d'un meilleur outil de travail mais aussi d'une amélioration de l'offre de soins puisque comme le rappelait Vincent, « le fait que ce soit une MSP était bien et que le cabinet soit neuf était vraiment attrayant pour les professionnels » cela attire des nouveaux praticiens. D'autre part, comme l'explique Élodie, la MSP peut aussi financer du matériel pour améliorer les conditions d'exercices des professionnels, notamment dans un contexte sanitaire exceptionnel. « Là où on a vu un bénéfice c'est grâce ou à cause du Covid, là on a eu du matériel, grâce à cette MSP, on a eu tout ce qui était gants, masques assez rapidement » De plus, d'après l'expérience de Laure, des investissements peuvent être mis à disposition des MK pour favoriser la collaboration interprofessionnelle. « Grâce au financement ARS on a pu acheter un iPad pour le cabinet de kiné pour pouvoir avoir accès à médistorie et à une partie des dossiers des médecins ».

Hormis l'aspect matériel, la MSP peut aussi améliorer les conditions de travail des professionnels par une stimulation professionnelle au quotidien comme l'évoque Laure en début de partie, et comme l'affirme Nicolas « c'est quand même stimulant d'être en groupe et je conçois mal maintenant qu'on puisse travailler chacun de son côté [...] je pense qu'on a beaucoup de chose à apprendre des autres » Ce sentiment est aussi partagé par Nicolas. « Je conçois mal maintenant qu'on puisse travailler chacun de son côté. »

VII.3.4 L'exercice en MSP : un développement professionnel quasi-permanent

Comme le rappellent les objectifs de la loi Ma santé 2022, il y a des aspirations chez les professionnels à être mieux formés ou formés autrement. (16) De plus, un des avantages des MSP est notamment l'élargissement du champ des connaissances et des compétences des professionnels. (34)

Certes, l'idée autour du mot formation renvoie au fait de participer à un moment d'apprentissage encadré au bout duquel on reçoit la certification de la validation d'une nouvelle compétence. En revanche, l'expérience personnelle est pour autant à la base de nombreuses connaissances. C'est en ce sens que Nicolas perçoit l'exercice en MSP comme un moyen de développer ses connaissances et ses compétences. « C'est surtout dès qu'on a une interrogation [...] on voit directement avec les médecins et comme on a une rhumato dans la MSP ça permet de voir des traitements ou des pathologies qu'on ne connaît pas trop »

Parallèlement, Yves semble trouver un avantage au travail en collaboration puisque d'après lui « ça oriente un petit peu sur d'éventuelles futures formations » En effet, être au contact des autres permet d'échanger sur les formations ou les compétences des uns et des autres. Il est rejoint dans cette idée par Élodie qui exprime que la MSP « ça n'apporte pas toujours des connaissances, mais ça t'ouvre le prisme de l'autre je dirais [...] ça t'ouvre au regard de l'autre, c'est plus ça l'intérêt c'est plus là ou peut-être c'est formateur »

D'autre part, Laëtitia parle d'un aspect particulier, possible grâce à l'échange pluriprofessionnel qui existe en MSP. « Il y a des conférences sur le genou, pour présenter l'ostéo tu vois, des conférences sur certaines pathologies... et c'est intéressant parce que ça permet d'avoir accès à ça »

Pour revenir aux formations « officielles », Éric explique que dans sa MSP ils participent ensemble, toutes professions confondues, à des temps de formations. « On fait des formations communes [...] pour aller dans la même direction dans le soin du patient ». Enfin, d'après l'expérience de Laure, la MSP peut permettre d'accéder à des formations

qui sont proposées sur le lieu d'exercice des professionnels, toujours dans un esprit pluriprofessionnel. « On s'est formé à l'ETP sur place en fait, la formatrice est venue à XXXX nous former tous ».

VII.3.5 Un avantage financier : oui et non

« Ça ne change rien puisque la MSP pour moi ils ne vont pas m'envoyer plus de monde. » L'avantage financier lorsqu'on travaille en MSP est un sujet qui partage. Si comme Laëtitia par exemple, certains pensent qu'il n'y en a pas, d'autres pensent le contraire. D'après leurs expériences, on peut différencier l'intérêt financier direct et indirect.

A) Un avantage financier indirect principalement

« Quand on a besoin d'une ordonnance, d'une modification de l'ordonnance pour un patient, on traverse le couloir, on en discute deux minutes et on revient avec quelque chose de concret » Si cet aspect qu'évoque Yannick est notamment un atout pour les patients dans l'accessibilité aux soins, il semble être aussi un atout financier pour les MK. D'un autre côté, Nicolas pense aussi que la proximité avec les médecins présente un avantage financier puisque cela permet d'éviter des coûts supplémentaires pour le recrutement de patients. « On ne va pas avoir besoin d'avoir des prestataires comme Doctolib ou des choses comme ça ». Il est important de rappeler que Nicolas exerce en milieu urbain et sur-doté, comme Yves, qui partage son avis. « On a quand même un cabinet médical juste à côté donc les gens qui sortent avec des ordonnances de kiné, le lien est vite fait d'aller prendre le rendez-vous dans la foulée ».

D'autre part, Éric explique en quoi l'exercice en MSP est avantageux financièrement pour lui. « Nous c'est une MSP qui a été portée par la communauté de commune et on a négocié un tarif préférentiel de location [...] surtout nous on est en bord de mer »

B) Un léger avantage financier direct

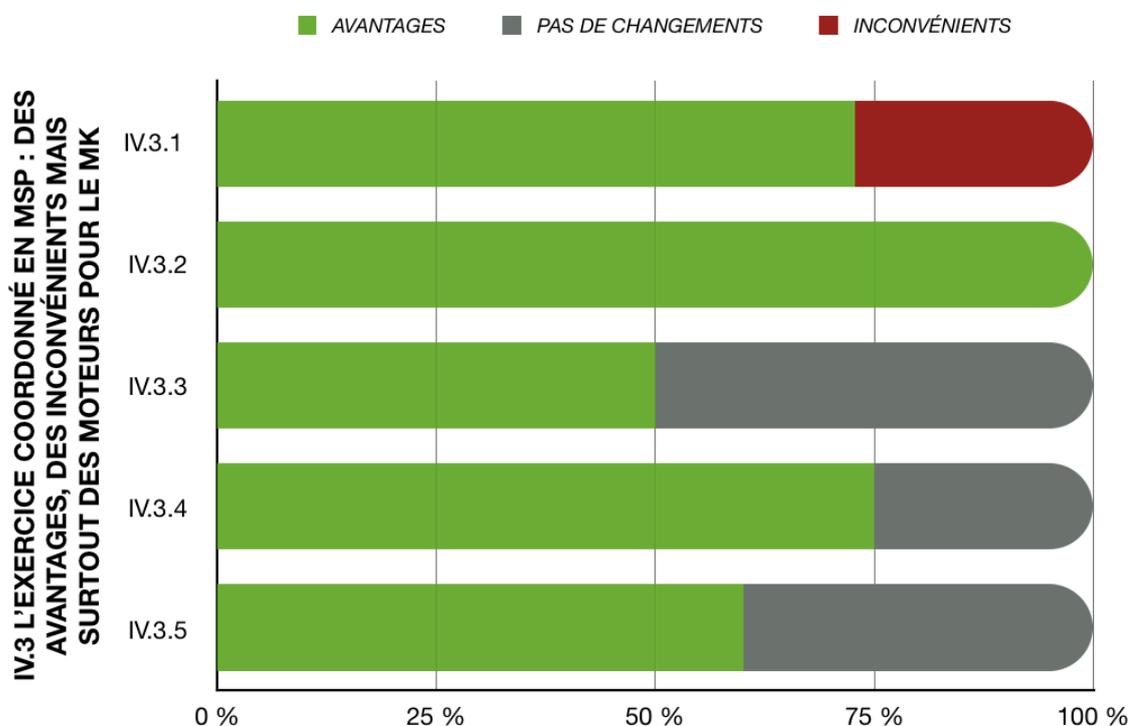
« Rien que ta présence est déjà bien rémunérée [...] voilà de ce point de vue-là il n'y a rien à dire c'est bien rémunéré, mais pour que ça fasse une différence par rapport à quelqu'un qui ne fait pas partie d'une MSP il faudrait vraiment avoir un investissement

dans la MSP qui soit total tout le temps » En effet, comme Élodie le rappelle, les MSP sous forme de SISA qui perçoivent des NMR, peuvent rémunérer les praticiens présents lors des temps de réunions pluriprofessionnelles. (31) Cependant, cela est plus de l'ordre du dédommagement que de la rémunération. D'autre part, il faut noter que toutes les MSP n'obtiennent pas assez de financements pour dédommager correctement tous les professionnels comme l'indique Laure. « Après c'est des heures qui sont dédommagées... normalement, si on a suffisamment de trésorerie... ».

VII.3.6 Conclusion de la partie

L'exercice en MSP présente de nombreux avantages pour les MK interrogés même si quelques inconvénients sont quand même mis en évidence (Cf. Diagramme 2). Dans cette partie, aucun frein n'a pour autant été identifié tandis que cinq éléments moteurs se sont dégagés (Cf. Tableau 7. Page 48).

Diagramme 2 : Répartition des éléments avantageux, contraignants et neutres de la partie VII.3



Source : Axel GRAVIER. Diagramme créé le 15.04.2021

Tableau 7 : Récapitulatif des moteurs et des freins de la partie VII.3

LES MOTEURS	LES FREINS
La MSP améliore les relations et l'échange avec autres professionnels de santé du secteur	Aucun frein
La MSP permet de ne pas être isolé en faisant partie d'une équipe pluriprofessionnelle	
La MSP peut améliorer la qualité de la structure d'exercice professionnel	
La MSP peut favoriser l'élargissement du champ des connaissances et des compétences	
L'exercice en MSP peut procurer un avantage financier indirect	

Source : Axel GRAVIER. Tableau créé le 15.04.2021

VII.4 De nombreux avantages pour les patients qui motivent les masseurs-kinésithérapeutes

VII.4.1 Des soins coordonnés à différentes échelles

L'organisation de la coordination des soins entre les professionnels de santé est un élément prédominant dans l'élaboration d'un projet de santé d'une MSP. (24)

« C'est vrai qu'elle assure vraiment la coordination quand on n'arrive pas à se voir si tu veux elle transmet les messages. C'est vraiment important, c'est elle surtout qui crée le lien finalement. » Yannick évoque le rôle primordial de la secrétaire chargée de la coordination dans sa MSP. En effet, comme il est précisé dans les indicateurs socles prérequis (Tableau 1. Page 10) une fonction de coordination doit être occupée au sein d'une MSP désireuse de percevoir des NMR. Un autre indicateur socle prérequis est la mise en place d'un système de partage d'informations labellisé afin d'assurer un maintien du secret professionnel. Laure y fait notamment référence. « Ils ont mis en route une messagerie sécurisée entre nous et du coup c'est la formation médiastorie » Cependant, tous les logiciels ont un coût de fonctionnement et ne sont pas forcément pris en charge par les MSP comme l'explique Laëtitia. « Au niveau informatique on va devoir payer maintenant un abonnement pour un logiciel sur lequel on peut échanger et que nous finalement on n'utilise pas »

Pour autant, la coordination n'en reste pas moins essentielle tant elle présente de nombreux avantages. Elle permet de mettre en commun les connaissances et les compétences de chaque professionnel pour notamment améliorer la prise en charge des malades. Éric en est convaincu. « Ça permet d'avoir une meilleure prise en charge du patient dans une équipe pluridisciplinaire. » De plus, Yves explique que l'exercice en MSP permet de réaliser des prises en charges un petit peu plus sociale. « En fonction de ce qui est marqué sur l'ordonnance parfois on va comprendre un peu le message... et puis parfois plus ou moins des... des prises en charge un peu sociales quoi. » Cet aspect est en phase avec la réflexion de Nadège Vezinat au sujet des MSP qui explique que les MSP apportent une réponse aux clivages très forts qui existent entre les sphères médicales et sociales. (60)

Le médecin est l'élément socle d'une équipe pluridisciplinaire. (23) C'est pourquoi il est d'autant plus intéressant pour le patient qu'il y ait une bonne coordination entre lui et les professionnels paramédicaux. Notamment lorsqu'il atteint ses limites ou lorsqu'il connaît les limites de ses confrères ou consœurs, comme l'évoque Yves. « Les médecins aussi, ils nous envoient des patients... pour avoir un petit peu notre avis aussi parce qu'ils sont paumés dans leur diagnostic » et « les médecins connaissent un peu mieux nos pratiques et orientent un peu leurs patients chez nous en fonction de ce qu'on fait et de ce qu'ils ont besoin » Comme nous l'avons vu, le fait d'orienter le patient de façon pertinente vers les professionnels paramédicaux rejoint un des objectifs majeurs de la restructuration des soins primaires autour de structures d'exercice coordonné. En effet d'après le HCAAM, les équipes de soins primaires doivent garantir à chacun une orientation pertinente dans le système de soins. (13)

En plus, au-delà d'apporter une coordination entre le médecin prescripteur et le MK, la MSP permet aux MK d'entretenir un échange avec les autres professionnels paramédicaux, comme les infirmières, les podologues ou les orthophonistes par exemple. « Et si vous vous dites tiens il y a quelque chose qui ne va pas avec les pieds de madame machin tu peux l'envoyer voir le podologue qui est en face, qui donne son avis et inversement. C'est quand même assez énorme. » Yannick.

« Avec les orthophonistes aussi c'est très intéressant parce que des fois pour les enfants on arrive à modifier notre prise en charge, à l'adapter, à prendre en compte d'autres trucs qu'on ne savait pas forcément » Laure.

« Par exemple tu vois si les infirmières te disent que ce serait bien que Mme P. se tienne debout pour pouvoir faire sa toilette » Éric.

Enfin, la collaboration interprofessionnelle peut avoir des limites. En effet, lorsqu'elle implique un trop grand nombre d'acteurs ou qu'elle doit s'étendre à un trop grand territoire, son efficacité et sa gestion peuvent devenir compliquées comme l'explique Yves qui, avec les membres de sa MSP, font partie d'une association à une plus grande échelle, qu'on peut imaginer être une CPTS. (38) « Il y a aussi une association qui est née de ça [...] et ça a pris une proportion assez dingue qui limite... moi ça m'a fait un peu décrocher de ce truc là parce que je n'arrivais pas à suivre, il y avait trop de mails, trop de trucs, trop de propositions »

Pourtant, ces limites que semble mettre en avant Yves, Éric aimerait les dépasser en créant un système de collaboration entre sa MSP et l'hôpital de son secteur. « Grâce au fait d'être en MSP [...] on a une meilleure visibilité au niveau de l'hôpital. On peut se permettre d'envisager une coordination hospitalo-libéral via un logiciel et une messagerie sécurisée pour obtenir les comptes rendus hospitaliers ou les examens médicaux directement » En effet, cette démarche est complètement inscrite dans les objectifs de la loi Ma santé 2022 qui vise à développer une coordination entre les soignants de la ville ainsi qu'une coordination entre les soignants de la ville et les soignants hospitaliers. (16)

VII.4.2 Une meilleure réactivité au service des patients

La réactivité des professionnels de santé est effectivement améliorée par l'exercice en MSP. Cette dernière se ressent notamment dans la gestion pluriprofessionnelle des urgences comme le montre Éric en se rappelant d'une situation en particulier. « J'ai un patient qui a fait un malaise dans le cabinet, son médecin traitant était dans la MSP, j'ai été le chercher, il est venu, et il a fait un diagnostic par rapport à son malaise » Cet exemple est parlant et montre à quel point il est avantageux pour les patients d'être pris en charge dans des structures comme les MSP.

D'autre part, la coordination des soins permet de traiter des situations à problèmes de manière rapide et efficace. On peut illustrer ce concept avec un exemple exprimé par Laure. « Quand je vais chez une patiente à domicile qui a mal au pied, je lui demande qui est son pédicure, elle passe le lendemain » Cet aspect est aussi mentionné par Éric. « Certains arrivent à voir des troubles et permettent de venir en amont de gros problèmes... donc soit pour en parler avec le médecin ou avec les infirmières ou le podologue pour essayer de régler les problèmes avant d'arriver à l'hospitalisation. » En ce sens, on peut dire que l'exercice en MSP améliore l'efficacité et l'efficience des soins par une meilleure communication et coordination entre les professionnels.

La réactivité est notamment due à l'augmentation de la relation de confiance entre les différents acteurs qui se connaissent. Ce bénéfice, Nicolas le ressent dans sa pratique quotidienne. « Si on trouve que ce serait bien de faire un examen complémentaire ou des choses comme ça c'est pratique d'avoir les médecins juste à côté, on a juste à aller leur demander ils sont toujours ok, alors que quand on ne les connaît pas... ils risquent d'hésiter à deux fois. »

La réactivité fait aussi suite à l'amélioration du partage des informations entre les professionnels, ce qui permet notamment à Yannick d'accéder rapidement à des informations sur les patients. « Déjà ça nous permet de consulter des résultats d'examen parce que ce n'est pas quelque chose d'évident. Les chirurgiens ne nous envoient pas forcément le compte rendu donc là je traverse le couloir, je fais 2 mètres et je vais le voir sur l'ordinateur central. »

Pour terminer, si la réactivité est un atout majeur pour les patients, elle peut à contrario parfois être délétère pour les MK. « Le problème à l'heure actuelle c'est qu'on a plutôt trop de travail... Et le fait d'être en MSP si tu veux ça génère plus de travail, de patients par jour... C'est un peu fatiguant au bout d'un moment » Yannick.

VII.4.3 Une réponse aux problématiques de santé

« Ils ont face à une équipe et ça c'est très puissant parce qu'il y a des patients pour qui la prise en charge est compliquée [...] le fait d'avoir une équipe qui est soudée, d'avoir l'infirmière, le kiné, le médecin qui se parlent ça permet d'aller dans une cohérence. » Il

apparaît dans le discours d'Élodie que la MSP crée des liens forts entre les professionnels de santé qui font naître non seulement une équipe mais surtout une équipe soudée et coordonnée. Cet aspect est primordial car le HCAAM confie aux équipes de soins primaires de d'assumer collectivement des responsabilités sur leurs territoires. (13)

« Depuis que la MSP a vu le jour donc ça fait 1 an et demi, on a réussi à recruter 2 médecins généralistes supplémentaires [...] on a réussi à recruter une kiné supplémentaire [...] Donc effectivement ça aide à pérenniser l'offre de soin et offrir du soin à tous. » Éric, comme plusieurs autres MK interrogés, explique que la MSP aide énormément dans le recrutement de nouveaux professionnels de santé sur un territoire. Cela améliore et pérennise l'offre de soins, notamment dans les territoires ruraux, ce qui permet donc de lutter efficacement contre les problématiques majeures d'inégalités dans l'accès aux soins (8) mais aussi dans le renoncement aux soins (11) comme l'exprime Nicolas. « Je pense que ça apporte surtout au patient le fait que tout soit centralisé, tu vois il y a la pharmacie qui est juste à côté aussi, donc tout est centralisé, je pense qu'il hésite moins à aller consulter et à se soigner aussi. »

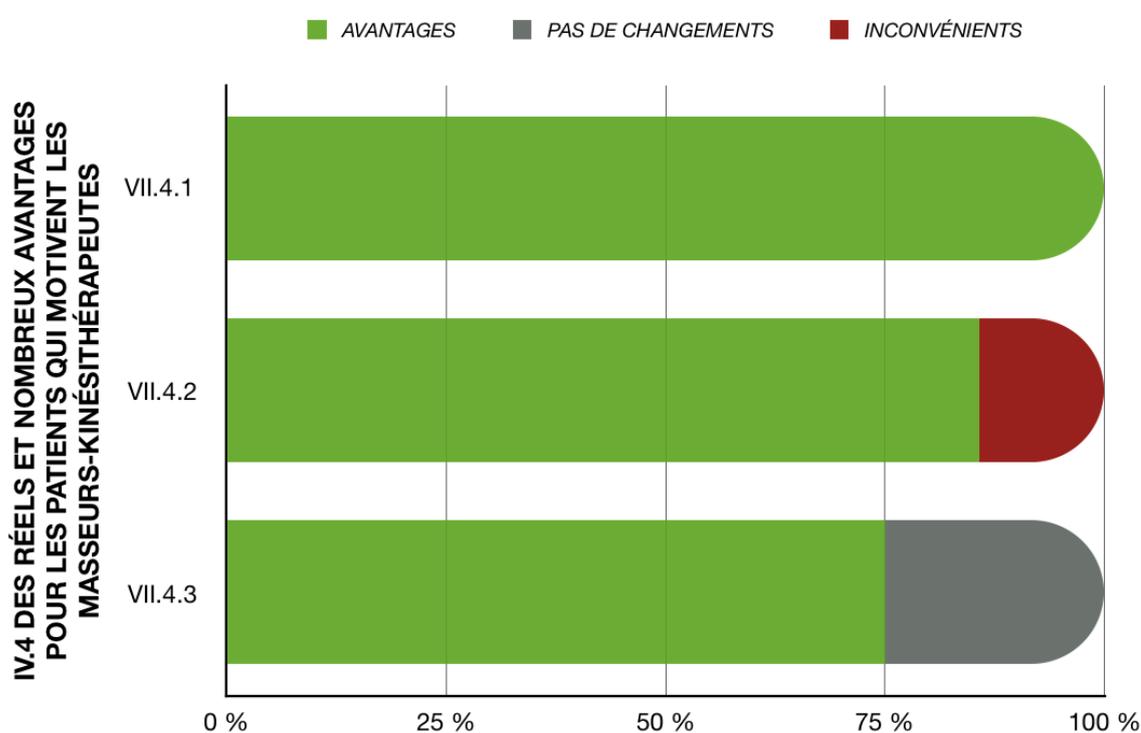
Vincent développe aussi le fait que la MSP, monosite principalement, est pratique et facilite énormément l'accès aux soins pour les patients. Il est appuyé par Yves qui explique que « les gens effectivement vont s'orienter peut-être un peu plus facilement... Le parcours de soin va peut-être se dessiner de façon un peu plus simple pour eux. » Si la MSP permet une orientation plus facile des patients dans le système de soin, elle répond alors de manière concrète à ses objectifs.

« Peut-être que certains de nos projets vont permettre d'avoir un petit peu moins de consultations... Par exemple avec le projet d'ETP peut être que des patients chroniques vont un petit peu plus gérer leurs maladies, avoir peut-être un peu moins besoin de leur kiné » Laure espère que les protocoles pluriprofessionnels vont porter leurs fruits pour aider à lutter contre le déficit financier de la sécurité sociale dû notamment à l'augmentation du coût des soins associée au vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques. Toujours est-il que les actions de préventions ou actions de santé publique mises en place par les MSP s'inscrivent pleinement dans l'objectif de restructurer les soins de première intention.

VII.4.4 Conclusion de la partie

Les MSP semblent donc s'affirmer comme une réponse adaptée aux problématiques actuelles de notre système de santé. En restructurant l'offre de soins de premier recours, en pérennisant et en améliorant l'offre de soin dans certains territoires, elles apportent une multitude d'avantages pour les patients et contribuent à la satisfaction des MK interrogés (Cf. Diagramme 3). Encore une fois, aucun frein n'est identifié alors que deux moteurs se dégagent (Cf. Tableau 8. Page 54).

Diagramme 3 : Répartition des éléments avantageux, contraignants et neutres de la partie VII.4



Source : Axel GRAVIER. Diagramme créé le 15.04.2021

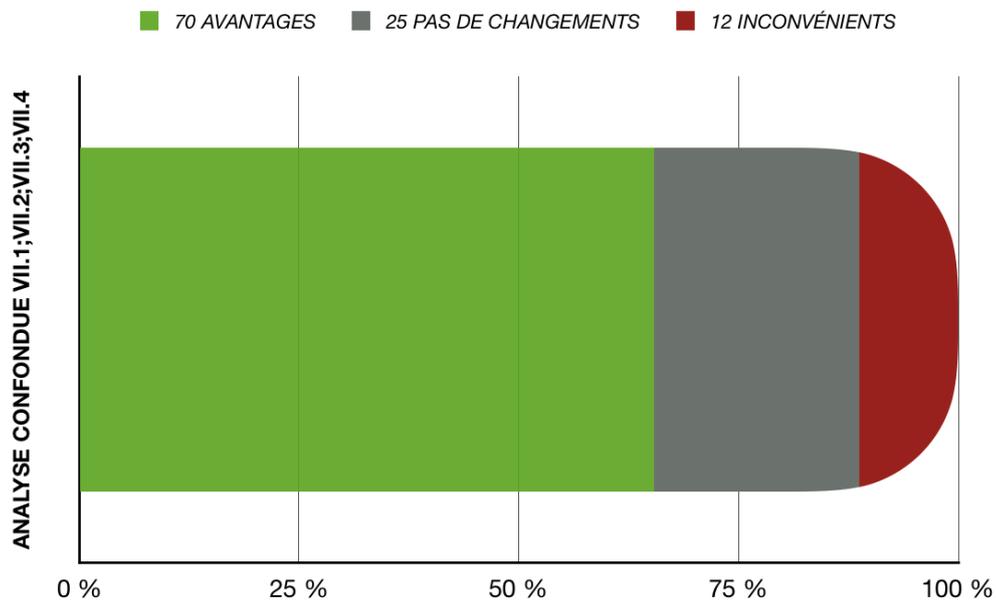
Tableau 8 : Récapitulatif des moteurs et des freins de la partie VII.4

LES MOTEURS	LES FREINS
La MSP permet d'envisager des collaborations interprofessionnelles à de plus grandes échelles	Aucun frein
La MSP permet de recruter de nouveaux professionnels de santé et pérenniser l'offre de soin	

Source : Axel GRAVIER. Tableau créé le 15.04.2021

VII.5 Conclusion de l'analyse

Diagramme 4 : Répartition des éléments avantageux, contraignants et neutres toutes parties confondues

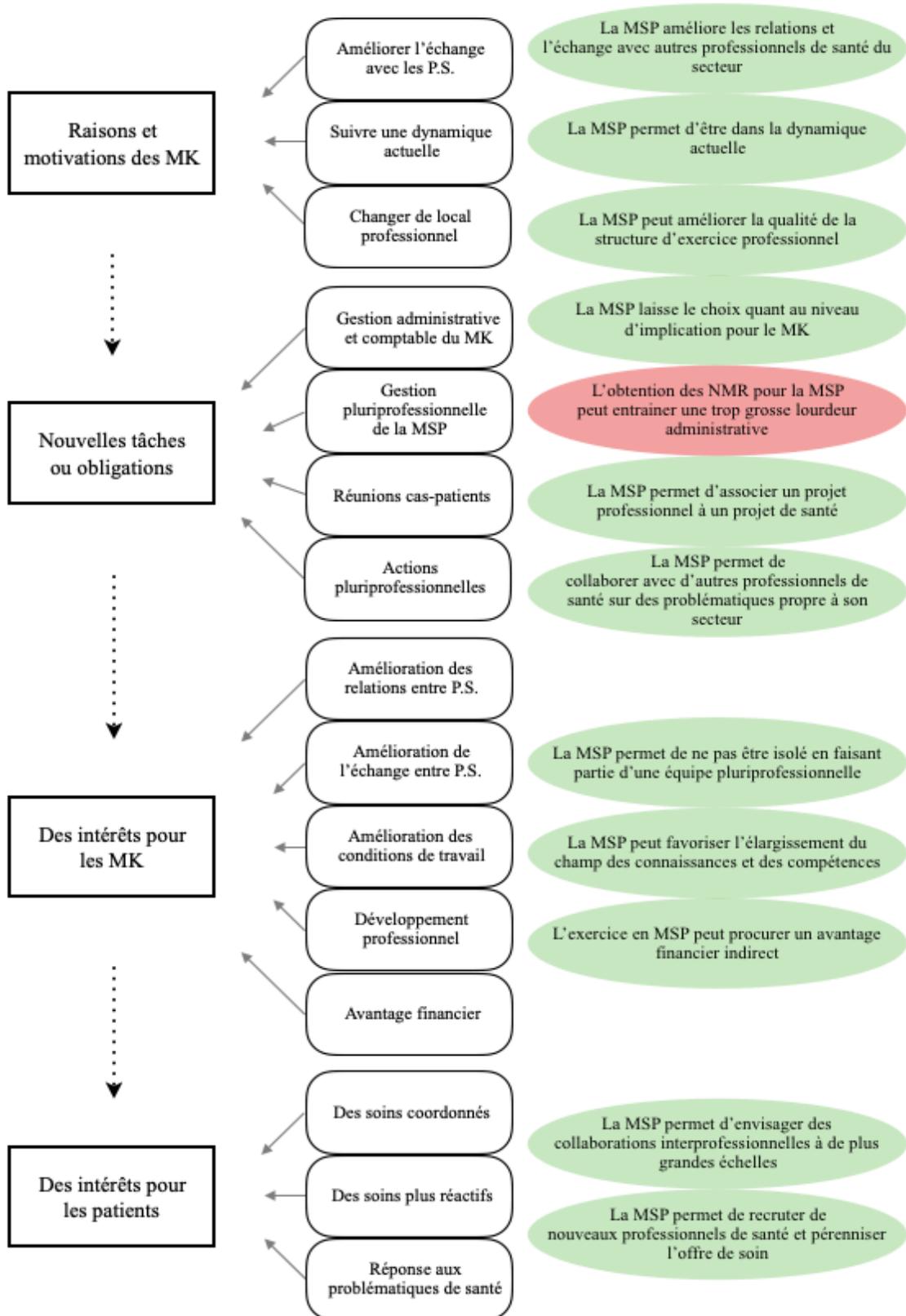


Source : Axel GRAVIER. Diagramme réalisé le 15.04.2021

La comparaison du nombre d'éléments avantageux, contraignants ou neutres recensés dans les entretiens semi-directifs centrés (Cf. Diagramme 4) montre que les MSP présentent majoritairement des avantages pour les MK interrogés. Si une part conséquente d'éléments neutres existe, la part d'éléments contraignants est très faible. Cette tendance va de pair avec le conseil ou l'incitation unanime des 8 MK interrogés à intégrer une MSP. Par ailleurs, tous les éléments avantageux et contraignants recensés sont à retrouver en annexes (Cf. Annexe V).

L'objectif de ce travail était de déterminer quels sont les freins et les moteurs à l'exercice libéral de la masso-kinésithérapie en MSP. Après analyse de 8 entretiens semi-directifs centrés, nous dégageons onze éléments moteurs et un frein (Cf. Schéma 2. Page 55).

Schéma 2 : Conclusion de l'analyse, les moteurs et les freins identifiés



Source : Axel GRAVIER. Schéma réalisé le 15.04.2021

VIII. DISCUSSION

VIII.1 Confrontation des hypothèses aux résultats de l'étude

VIII.1.1 L'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP améliore les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes

L'analyse des ESDC montre que seulement la moitié des MK interrogés trouvent des améliorations dans leurs conditions d'exercice, qu'elles soient matérielles ou immatérielles. Les autres MK ne voient aucun changement. (Cf. Diagramme 2 partie VII.3.3)

Pourtant, parmi les 10 éléments moteurs dégagés dans cette étude (Cf. Schéma 2), 4 s'intéressent à l'amélioration des conditions d'exercice professionnel :

- La MSP améliore les relations et l'échange avec les autres professionnels de santé du secteur
- La MSP permet de ne pas être isolé en faisant partie d'une équipe pluriprofessionnelle
- La MSP peut améliorer la qualité de la structure d'exercice professionnel
- L'exercice en MSP peut procurer un avantage financier indirect

En effet, comme l'évoquent plusieurs MK dans les ESDC, l'amélioration des conditions d'exercice professionnel d'un point de vue immatériel, passe par une amélioration des relations et de l'échange avec les autres professionnels de santé. Si ce sentiment n'est pas exprimé par l'ensemble des MK interrogés, tous s'accordent cependant à dire que l'exercice en MSP améliore l'échange et les relations avec les autres professionnels de santé de leur secteur (Cf. diagramme 2 parties VII.3.1 et VII.3.2) et leur permet de faire partie d'une équipe pluriprofessionnelle, ce qui est bénéfique et stimulant. Nous pouvons donc par conséquent affirmer que l'exercice en MSP améliore les conditions d'exercice professionnel, d'un point de vue immatériel, pour tous les MK interrogés.

En revanche, sur le plan matériel, les avis de chacun témoignent de la première grande divergence des points de vue entre les MK exerçant en MSP monosite et les MK exerçant en MSP multisite. Tous les MK en MSP monosite ont intégré de nouveaux locaux grâce

à la MSP et voient donc une amélioration matérielle de leurs conditions d'exercice. A l'inverse, tous les MK en MSP multisite, ont conservé leurs locaux et ne voient donc pas d'amélioration matérielle de leurs conditions d'exercice à ce niveau.

Cependant, l'amélioration matérielle des conditions d'exercice ne passe pas seulement par l'accès à de nouveaux locaux professionnels, mais aussi par du financement de matériel comme l'évoquent Laure, Élodie et Laëtitia dans leurs ESDC. Ces trois MK représentent par ailleurs les 3 MSP multisites de l'étude. Ces 3 MSP regroupent notamment le plus de professionnels de santé parmi les 8 interrogées et sont toutes conventionnées autour d'un ACI. Il est donc possible d'envisager que les MSP multisites permettent de regrouper plus de professionnels de santé et permettent par conséquent de bénéficier de NMR plus conséquents qui pourraient être à l'origine de financement de matériel pour les MK.

D'autre part, les MSP présentent un avantage financier pour certains MK (Cf. Diagramme 2. Partie VII.3.5) défini comme indirect puisque ce n'est pas de l'argent directement perçu de la part de la MSP. En effet, les MK en MSP multisite par exemple, n'y voient aucun intérêt, contrairement aux MK en MSP monosite qui bénéficient de deux avantages majeurs induits par la proximité avec les médecins prescripteurs, qui sont la facilité dans la gestion des ordonnances et dans le recrutement des patients. Si la facilité dans la gestion des ordonnances est exprimée par plusieurs MK, la facilité pour le recrutement des patients est exprimée seulement par Yves et Nicolas. Il faut noter que Yves et Nicolas représentent les deux et uniques MSP en zone urbaine et très-dotée de l'étude.

A l'inverse, Éric, qui fait partie de la seule MSP en zone très sous-dotée de l'étude explique bénéficier d'un tarif préférentiel de location puisque le projet de MSP dans son territoire a été porté par des financements publics de sa commune notamment. Cet aspect est cependant remis en question par la fédération nationale des maisons et pôles de santé (AVECsanté) selon Amandine Raully, puisque que la municipalisation de la santé pourrait être porteuse d'inégalités de moyen pour MSP. (61)

Nous pouvons alors conclure en affirmant que la première hypothèse est validée puisque l'exercice en MSP améliore les conditions d'exercice de tous les MK interrogés de manière immatérielle. D'un point de vue matériel, les conditions d'exercice sont aussi

améliorées dans les MSP monosites par l'accès à de nouveaux locaux et dans les MSP multisites, si elles sont conventionnées autour d'un ACI, par du financement de matériel. De plus, les MSP présentent un avantage financier indirect pour tous les MK exerçant en MSP monosite par une facilité dans la gestion des ordonnances. Elles présentent aussi des avantages distincts entre les MSP en zone très dotée et les MSP en zones très sous-dotée. En effet, en zone très dotée elle permet un recrutement plus facile des patients tandis qu'en zone très sous-dotée elle peut donner l'accès à un tarif préférentiel de location de local professionnel si le projet de MSP est porté par une commune par exemple.

VIII.1.2 La collaboration interprofessionnelle est un moteur pour les masseurs-kinésithérapeutes

Comme nous l'avons vu, les MSP ont pour vocation de restructurer l'offre de soin primaire autour d'équipes pluriprofessionnelles exerçant dans des structures d'exercice coordonné. (51) L'analyse des ESDC a montré que les MSP permettent des soins plus coordonnés et plus réactifs pour les patients et que cela présente principalement des avantages pour les MK. (Cf. Diagramme 3. Parties VII.4.1 et VII.4.2)

Les seuls désavantages exprimés par les MK ne peuvent pas être généralisés à toutes les MSP puisque qu'ils sont propres au fonctionnement d'une MSP en particulier. En effet, le premier désavantage exprimé par Laëtitia concerne le financement d'un logiciel sécurisé de partage d'informations qu'elle n'utilise pas ou très peu même si cet aspect ne remet pas en question son avis positif sur la collaboration interprofessionnelle. D'autre part, Yannick et Élodie émettent le fait que l'exercice en MSP peut générer une charge de travail plus importante. Ces deux MK exercent dans des structures au fonctionnement différent puisque l'un est en MSP monosite et que l'autre est en MSP multisite, cet aspect ne peut alors être analysé comme conséquence de la proximité avec les médecins. Cependant, comme l'évoquent de nombreux MK interrogés, la MSP n'engendre aucune obligation pour les MK qui restent des professionnels de santé libres et indépendants. L'absence de subordination et de hiérarchie, c'est justement ce qui fédère les professionnels de santé autour du concept de MSP selon Amandine Raully. (61)

Par ailleurs, nous pouvons identifier 5 éléments moteurs dans cette étude qui concernent la collaboration interprofessionnelle :

- La MSP permet d'associer un projet professionnel à un projet de santé
- La MSP permet de collaborer avec d'autres professionnels de santé sur des problématiques propres à son secteur
- La MSP permet de ne pas être isolé en faisant partie d'une équipe pluriprofessionnelle
- La MSP peut favoriser l'élargissement du champ des connaissances et des compétences
- La MSP permet d'envisager des collaborations interprofessionnelles à de plus grandes échelles

L'association d'un projet professionnel au projet de santé d'une MSP a été un élément moteur pour Éric lorsqu'il a créé une MSP avec d'autres professionnels de santé dans son secteur. Pour rappel, le projet de santé mêle plusieurs aspects et en particulier l'organisation du travail en équipe pluriprofessionnelle. (24) Il est notamment ressorti lors de l'analyse des ESDC que seul Éric était au courant du projet de santé de sa MSP. Cet élément ne peut alors être moteur que pour les MK étant à l'origine de la création d'une MSP ou pour les MK étant en adéquation avec le projet de santé d'une MSP.

D'autre part, le fait de faire partie d'une équipe et de collaborer avec les autres professionnels de santé sont des éléments moteurs pour tous les MK. Il existe cependant des différences dans les modalités de la collaboration interprofessionnelle en fonction du mode d'exercice, monosite ou multisite, conventionné ou non, et du nombre de professionnels de santé présents dans une MSP. Effectivement, l'amélioration des relations et de l'échange entre les professionnels de santé est un prérequis à une bonne collaboration interprofessionnelle. Si ces deux aspects sont décrits par tous les MK interrogés, ils sont malgré tout favorisés par la proximité entre les différents acteurs des MSP comme l'explique Yannick. Pour cela, l'exercice en MSP monosite apparaît comme particulièrement avantageux pour la collaboration interprofessionnelle. D'un autre côté, le fait d'être conventionné autour d'un ACI entraîne les différents acteurs d'une MSP à collaborer pour des actions communes, à discuter autour de cas-patients et, par conséquent, serait alors aussi un élément favorisant la collaboration interprofessionnelle. Enfin, comme certains MK l'ont souligné, la collaboration peut devenir difficile lorsqu'elle implique un trop grand nombre d'acteurs, même si comme Éric l'évoque, la

MSP permet aussi pour ceux qui le souhaitent, d'envisager une collaboration à plus grande échelle, notamment entre le secteur libéral et le secteur hospitalier.

Si certains modes d'exercice semblent favoriser la collaboration interprofessionnelle, la MSP permet à tous les MK interrogés de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé, et cela est unanimement décrit comme un élément moteur dans leurs pratiques professionnelles.

De plus, de par la collaboration interprofessionnelle, de par l'échange et la proximité avec les autres professionnels de santé, la MSP apparaît comme un lieu privilégié dans l'élargissement du champ des connaissances, et parfois même des compétences puisque la MSP a permis à Éric et Laure notamment d'avoir accès à des formations. Pourtant certains MK n'y voient pas de changements. (Cf. Diagramme 2. Partie VII.3.4) Yannick par exemple, qui partage cet avis avec Vincent, fait notamment partie d'une MSP monosite conventionnée autour d'un ACI, qui comme nous l'avons vu est un lieu propice à une bonne collaboration interprofessionnelle. Cette différence de point de vue est alors difficilement explicable mais pourrait être induite des interprétations différentes du concept de développement professionnel.

Nous pouvons alors affirmer que la deuxième hypothèse est validée, puisqu'au-delà d'être un moteur pour les MK exerçant en MSP, la collaboration interprofessionnelle est source de plusieurs autres moteurs, notamment ceux de faire partie d'une équipe pluriprofessionnelle et de participer avec d'autres à la lutte contre certaines problématiques propres à leur territoire mais aussi de pouvoir exercer dans un lieu propice au développement professionnel. De plus, certains MK peuvent associer un projet professionnel à un projet de santé d'une MSP et même envisager des collaborations à de plus grandes échelles.

VIII.1.3 L'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP est une réponse adaptée aux problématiques actuelles du système de santé

Face à un système qui ne répond plus aux attentes des patients et nourrit le mécontentement des professionnels de santé (6) les MSP ont été mises en place pour répondre à plusieurs objectifs, comme l'amélioration de la qualité de la prise en charge

des patients et l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels mais aussi pour attirer de nouveaux professionnels sur un territoire et favoriser la prévention et l'éducation à la santé. (34) Comme nous l'avons vu dans l'analyse, les MSP semblent être une réponse adaptée aux problématiques actuelles de notre système de santé.

La collaboration interprofessionnelle permet d'améliorer la prise en charge des patients, par des soins plus coordonnés et plus réactifs, mais présente aussi des avantages pour les MK interrogés. De plus, les MSP améliorent les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes.

D'autre part, les MSP semblent aussi répondre à l'objectif d'attirer de nouveaux professionnels de santé sur un territoire comme l'ont souligné plusieurs MK qui ont pu recruter de nouveaux professionnels de santé. Parmi ces MK, on retrouve Éric dont la MSP est en zone très sous-dotée mais aussi Yves dont la MSP est en zone très dotée. Pour rappel, l'intégration à la MSP a permis à ces deux MK d'accéder à des nouveaux locaux permettant d'accueillir de nouveaux professionnels de santé. Si, selon Éric, c'est le concept de MSP qui attire de nouveaux praticiens, selon Yves c'est la charge de travail supplémentaire générée par la MSP qui a permis l'arrivée de nouveaux MK. Toujours est-il que la MSP semble favoriser le recrutement de nouveaux MK, quelle que soit la zone géographique. Les MSP répondent aussi à l'objectif de favoriser la prévention et l'éducation à la santé par les protocoles pluriprofessionnels et les actions de santé publique mises en place. On peut pour autant penser, d'après l'analyse des ESDC, que les actions de santé publique prennent plus de poids dans les MSP multisites. En effet, comme Laëtitia l'expliquait, cela permet d'avoir un plus grand impact et une homogénéité sur tout un territoire. Cependant, si la place des MK dans ces actions pluriprofessionnelles est différente pour chacun, que certains sont moteurs et d'autres non, tous sont pour autant impliqués.

Nous dégageons notamment 3 éléments moteurs en rapport avec les problématiques du système de santé :

- La MSP permet de ne pas être isolé en faisant partie d'une équipe pluriprofessionnelle
- La MSP permet d'envisager des collaborations interprofessionnelles à de plus grandes échelles

- La MSP permet de recruter des nouveaux professionnels et de pérenniser l'offre de soin sur un territoire

Cependant l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP n'apporte pas de réponses aux problématiques actuelles du système de santé selon 2 MK. (Cf. Diagramme 3. Partie VII.4.3) Leurs arguments correspondent au fait que l'intégration à la MSP ne leur a pas permis de prendre plus de patients en charge. En effet, si les MK étaient déjà présents sur un territoire avant d'intégrer une MSP, l'offre de soin n'est alors pas plus conséquente. Pourtant, les actions pluriprofessionnelles, les actions de santé publique et la collaboration interprofessionnelle auxquelles tous les MK interrogés participent entrent dans le cadre de la restructuration de l'offre de soins de premier recours et de l'amélioration de l'offre de soin. En ce sens, nous pouvons affirmer que l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP permet de lutter contre les problématiques du système de santé. Par ailleurs, les soins plus coordonnés et plus réactifs proposés par les MSP permettent d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins, et comme ont pu l'exprimer certains MK lors des ESDC, les MSP permettent de faciliter l'orientation des patients dans le système de soins, d'éviter le renoncement aux soins.

Nous pouvons alors conclure en validant cette troisième hypothèse puisque les MSP permettent de lutter contre les problématiques actuelles du système de santé en plusieurs axes. D'abord, la prise en charge des patients est améliorée, elle est plus efficace et plus efficiente. L'offre de soin est aussi améliorée par le recrutement de nouveaux masseurs-kinésithérapeutes et la mise en place d'actions pluriprofessionnelles et de préventions. Pour les professionnels, elle apporte une amélioration des conditions d'exercice, le fait de faire partie d'une équipe et la possibilité d'envisager des collaborations à de plus grandes échelles.

VIII.1.4 Il existe des freins à l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP tels que la méconnaissance de l'autre, la question du financement et le manque de performance des logiciels

L'étude qualitative d'Elsa Léger (33) a mis en évidence trois freins à la collaboration interprofessionnelle en MSP tels que la méconnaissance de l'autre, la question du financement et le manque de performance des logiciels au service de

l'interprofessionnalité. Cette dernière hypothèse s'inspire alors de cette étude bien que l'objet de ce MIRMK ne porte pas sur les freins et les moteurs à la CIP en MSP. En comparant les résultats de notre étude avec cette hypothèse, nous pouvons affirmer que seule la question du financement s'est avérée être un frein pour l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP. En effet, cette hypothèse est réfutée puisque qu'un seul frein a été dégagé dans cette étude :

- L'obtention des NMR pour la MSP peut entraîner une trop grosse lourdeur administrative

Ce frein a été exprimé par Vincent. Quelques mois seulement après avoir constitué une SISA et s'être conventionné avec l'ARS et la CPAM de sa région, Vincent et les autres professionnels de sa MSP n'ont pu continuer à répondre aux indicateurs permettant de percevoir des NMR. Vincent explique qu'il a fini par quitter la SISA face à la lourdeur administrative entraînée par des indicateurs toujours plus nombreux, toujours plus compliqués à valider et un manque de pertinence de certains indicateurs.

Parmi les 8 ESDC réalisés, 4 MK exercent en MSP conventionnée autour d'un ACI et perçoivent des NMR. Laure, Élodie et Laëtitia sont en MSP multisite et Yannick en MSP monosite. D'après l'expérience des 3 MK en MSP multisite, leur participation et leur implication se font en fonction de leur volonté puisque, d'après eux, les MK ne sont soumis à aucune obligation. Cet aspect est notamment partagé par la plupart des MK interrogés, ce qui en fait un moteur à l'exercice en MSP pour les MK. D'autre part, Yannick, dont la MSP monosite est conventionnée autour d'un ACI, nous expliquait que sa MSP est gérée principalement par les médecins et une secrétaire coordinatrice et que des prestataires extérieurs sont engagés pour les tâches de comptabilité par exemple.

Ce frein semble alors ne concerner que les MK ayant des responsabilités dans la gestion d'une MSP. Cependant, l'appartenance à une SISA et l'engagement d'une MSP autour d'un ACI ne fondent pas le socle d'une MSP. En effet, dans le cas de Vincent cela n'a pas remis en cause son adhésion à la MSP de son secteur. Cet élément aurait alors pu ne pas être défini comme un frein à l'exercice en MSP mais il s'est avéré que d'après le discours de Vincent, sa vision de la MSP et sa pratique de la CIP ont été particulièrement altérées lors de son retrait de la SISA. Cet élément est alors apparu comme un réel frein d'après mon interprétation et mon expérience lors de la réalisation de l'ESDC de Vincent.

Pour terminer, si la performance des logiciels n'a pas été évoquée dans cette étude, la méconnaissance de l'autre l'a été plusieurs fois. Yannick expliquait notamment qu'on ne peut connaître les professionnels avec qui on s'installe du fait de la différence des cursus et de la durée des études alors que plusieurs MK ont évoqué le fait que l'exercice en MSP nécessite de bonnes relations avec les autres P.S. de la MSP. Parmi les 8 ESDC, les relations interprofessionnelles n'ont été qu'améliorées par l'exercice coordonné en MSP. On note tout de même que la proximité dans les MSP monosites semblent favoriser une meilleure connaissance des uns et des autres et de meilleures relations.

VIII.2 Limites, intérêts et axes d'amélioration de l'étude

Cette étude a permis de dégager des freins et des moteurs à l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP d'après l'expérience de 8 MK interrogés lors d'ESDC. Effectivement la méthodologie utilisée pour cette étude qualitative est adaptée mais elle comporte un biais de sélection par le nombre restreint de MK interrogés et par le choix de n'inclure que des professionnels exerçant en MSP. Les chances de recueillir des éléments avantageux ou des éléments moteurs sont forcément majorées.

Cependant, si on retrouve de nombreuses études montrant les enjeux, les bénéfices et l'organisation de la CIP en MSP, aucune étude ne s'est encore intéressée à l'impact que ces structures pouvaient avoir sur l'exercice libéral de la masso-kinésithérapie. Par ailleurs, il est apparu lors de la réalisation des ESDC que certains MK ne connaissent pas forcément toutes les particularités des MSP liées à leurs objectifs, à leur cadre juridique, à leur fonctionnement et à leur financement. Cet élément interpelle puisque si les modalités de l'exercice en MSP ne sont pas maîtrisées par les MK exerçant dans ces structures, nous pouvons imaginer qu'elles le sont encore moins par les MK n'y exerçant pas. Ce constat est marquant puisque les MSP sont introduites en France depuis 2007 et la loi Ma santé 2022 est en place depuis 3 ans. Les résultats dégagés dans cette étude ont alors un réel intérêt. Ils pourraient bien sûr être confrontés à de nouvelles études mais ils ouvrent aussi de très nombreuses réflexions sur le sujet.

Rappelons déjà, qu'au-delà de la loi Ma santé 2022, c'est l'OMS qui prône la nécessité de restructurer l'offre de soins primaires autour de structures d'exercice coordonné. Le

territoire d'étude est ici limité au département de la Bretagne, qui dépend du système de santé français, mais il pourrait être intéressant de comparer l'impact qu'ont les MSP sur les MK libéraux dans d'autres pays, dans d'autres systèmes de santé à cette étude.

D'autre part, le caractère monosite ou multisite, l'engagement ou non autour d'un ACI, la localisation en zone sur-dotée, intermédiaire ou sous-dotée et le nombre de professionnels de santé conditionnent le fonctionnement d'une MSP. Cette étude a cherché à interroger des professionnels issus de toutes les catégories précédemment citées et l'analyse des résultats à montrer que les points de vue divergent et se rapprochent en fonction de cela. Cette étude pourrait alors être améliorée en réduisant le choix des participants à une structure aux particularités définies comme par exemple une MSP monosite engagée autour d'un ACI comportant moins de 20 professionnels de santé en zone sous-dotée.

Ce biais permet pour autant de nouvelles interrogations. Pour reprendre ce qui est évoqué dans la première partie de l'analyse, cette étude permet de se demander si l'amélioration des relations et de l'échange entre les P.S. est favorisée par le caractère monosite d'une MSP. D'autre part, la CIP est apparue comme très présente et très développée dans certaines MSP multisites lors des ESDC, parfois plus que dans des MSP monosites. On peut alors se demander si cela est lié au fait d'être conventionné autour d'un ACI.

En ce qui concerne l'ACI, parmi les 4 MSP conventionnées représentées dans cette étude, 3 sont des MSP multisites. En effet les indicateurs socles et optionnels (Cf. Annexe I) montrent que des points sont attribués en fonction du nombre de patients traités et du nombre de professionnels de santé équipé d'un logiciel de partage d'informations. L'étude montre aussi que les MSP comportant le plus grand nombre de professionnels de santé sont des MSP multisites, on peut se demander si l'ACI est plus avantageux pour les MSP multisites et d'un autre côté, si la MSP monosite comporte des limites.

De plus, l'exercice en MSP promet un avantage financier indirect d'après l'analyse des ESDC, et cela pour n'importe quel type de MSP. Nous avons quand même mis en évidence que les modalités de cet avantage ne sont pas les mêmes selon l'emplacement géographique des MSP. On est alors en mesure de se demander si finalement, les avantages des MSP en zones très sous-dotées sont les mêmes qu'en zones très dotées.

Enfin, la réponse adaptée des MSP aux problématiques actuelles du système de santé a aussi été objectivée dans cette étude. Cependant, l'inégalité dans l'accès aux soins est multifactorielle mais l'éloignement géographique de certaines populations avec les professionnels de santé est un élément prédominant. Dans cette étude, aucune MSP représentée n'a créé une offre de soin dans un territoire dépourvu de professionnels de santé, Il pourrait alors être intéressant de montrer l'impact de la mise en place des MSP sur les déserts médicaux.

VIII.3 Conclusion de la discussion et projections professionnelles

Parmi les quatre hypothèses que nous avons établi avant la réalisation des interviews, trois ont pu être validées et une a été réfutée. Il faut retenir que l'exercice en MSP améliore les conditions d'exercice des professionnels de manière certaine. La collaboration interprofessionnelle est non seulement un moteur pour les masseurs-kinésithérapeutes mais elle est aussi source de nombreux autres moteurs tant elle apporte des avantages pour les professionnels de santé et pour les patients. D'autre part, les MSP semblent apporter une réponse concrète et adaptée à certaines problématiques du système de santé. Enfin, il n'existe finalement qu'un seul frein à l'exercice de la masso-kinésithérapie en MSP, celui de générer une charge de travail trop lourde pour les MK ayant des responsabilités dans la gestion d'une MSP conventionnée autour d'un ACI.

Cette étude traite d'un sujet encore peu ou pas représenté dans la littérature scientifique et présente donc un réel intérêt. Bien que les résultats ne puissent être généralisés de par la présence d'un biais de sélection induit par un trop faible nombre d'interviews réalisées, cette recherche s'est appuyée sur une méthodologie scientifique rigoureuse. Nous pouvons alors affirmer que les résultats peuvent servir de base pour de nouvelles recherches. Des éléments marquants sont notamment apparus lors de l'analyse des résultats. Parmi eux, la méconnaissance qui existe parfois autour du concept de MSP. De plus, il est envisageable que le caractère monosite ou multisite d'une MSP, que l'ACI et que la zone géographique influent sur les objectifs, sur les avantages et sur les modalités de l'interprofessionnalité dans les MSP. De ces constats, s'ouvrent alors de nombreuses perspectives d'amélioration de l'étude et de nouvelles recherches.

La réalisation de cette étude m'a fait prendre conscience de la stratégie nationale de santé en France. Trop peu connue à mon goût, elle a pourtant des objectifs à très court terme pour les professionnels de santé. Cette prise de conscience arrive à un moment opportun pour moi, seulement quelques mois avant d'intégrer le monde professionnel. Elle remet en question de manière brutale, et concrète à la fois, ma vision de l'exercice libéral de la masso-kinésithérapie. Effectivement, bien que nous ayons pu bénéficier des journées interprofessionnelles récemment mises en place pour les étudiants en santé de Brest, nous ne sommes que trop peu sensibilisés à l'importance de la collaboration interprofessionnelle et aux objectifs de la stratégie nationale de santé actuelle. Mon orientation professionnelle va alors tourner autour de cette dimension, en prenant en compte les conseils et l'expérience dont les MK interrogés dans cette étude m'ont fait part.

D'autre part, la réalisation du cadre conceptuel de ce travail m'a apporté de nombreuses connaissances sur les différentes problématiques actuelles de notre système de santé. Ma vision de la place du masseur-kinésithérapeute dans le système de soin est modifiée et mon implication est renforcée. J'ai aussi énormément appris sur les différentes modalités de l'exercice libéral en MSP. Tant sur l'aspect juridique que sur les bénéfices et les inconvénients qu'elles peuvent apporter.

La mise en place d'une méthodologie par entretien semi-directif centré m'a permis d'apprendre comment établir des liens contractuels avec une personne et comment conduire de façon adaptée une interview. J'imagine que cet aspect va m'apporter de l'expérience et des connaissances dans ma pratique professionnelle pour le recueil d'informations dans mes bilans ou notamment pour conduire un projet d'éducation thérapeutique du patient.

Enfin, les connaissances et les compétences acquises sur la recherche documentaire et sur les différentes bases de données qui existent, me permettront d'accéder plus facilement à des informations scientifiques de qualité en vue de développer mes connaissances théoriques et d'améliorer ma pratique professionnelle.

IX. CONCLUSION

Le système de santé en France a pris une nouvelle orientation en 2018 avec l'adoption de la loi Ma santé 2022. Un des grands objectifs de cette loi est de créer dans les territoires un collectif de soin au service des patients. Les équipes de soins primaires peuvent se regrouper au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles notamment. L'objectif de ce travail de recherche est de montrer quels freins et quels moteurs existent à l'exercice libéral de la masso-kinésithérapie en maison de santé pluriprofessionnelle. Pour cela, des entretiens semi-directifs centrés ont permis de recueillir l'expérience de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en MSP. L'analyse de ces entretiens a montré que ce mode d'exercice présente quelques inconvénients mais surtout de nombreux avantages pour les MK. Onze éléments moteurs et un seul frein se sont dégagés de cette étude qualitative. L'exercice en MSP semble améliorer les conditions de travail des masseurs-kinésithérapeutes d'une part et la collaboration interprofessionnelle d'autre part, permettant d'offrir aux patients une meilleure prise en charge, ce qui apparaît comme un réel moteur pour les MK. Par ailleurs, d'après les MK interrogés, les MSP répondent à leurs objectifs et permettent de lutter contre certaines problématiques du système de santé. Cependant, les résultats de cette étude ne peuvent constituer une vraie réponse à la question de recherche puisque le nombre d'interviews réalisé ne représente pas un panel assez important pour être représentatif de l'ensemble des MK exerçant en MSP. Par ailleurs, le choix de l'échantillon d'étude s'est porté sur une hétérogénéité entre les différents types de MSP. En effet, ont été incluses dans l'étude des MSP monosites et multisites, engagées ou non autour d'un ACI et dans différents types de zonages, très sous-doté, intermédiaire et très doté. Ce choix a complexifié l'analyse des résultats puisque de grandes divergences de points de vue existent entre les MK selon ces critères. De nouvelles études peuvent alors être plus pertinentes si le choix des masseurs-kinésithérapeutes inclus se limite à un seul type de MSP.

BIBLIOGRAPHIE

1. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
2. Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>
3. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/>
4. OMS | Rapport sur la santé dans le monde 2008 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2008/fr/>
5. Monconduit M. Le système de santé français, espoirs et réalités. Etudes. 28 juin 2016;Juillet-Août(7):43-56.
6. Synthèses et bibliographies thématiques - Irdes [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>
7. ameli.fr - Statistiques et publications [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php>
8. Penchansky R., Thomas J. W., 1981, « The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction », Medical Care, vol. 22, n°6, p. 127-140.
9. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>
10. Travaux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) sur l'impact du regroupement pluri-professionnel sur l'offre de soins de 2013 in Questions d'économie de la santé. Juillet-août 2013.
11. Safon M-O. Centre de documentation de l'Irdes. 2020;435.
12. Benamouzig, D. et Alla, F. (2017). "Développer la recherche en services de santé." Questions De Sante Publique(33): 4.
13. HCAAM (2018). Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018. Paris HCAAM: 2 vol. (60 +20)

14. Gay, B. (2013). "Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le rôle de la médecine générale." *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique* 61(3): 193-198.
15. Ministère chargé de la Santé (2018). *Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie*. Paris : Ministère chargé de la santé: 31
16. Ministère des solidarités et de la santé. *Instructions et circulaires récentes* | Legifrance [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/>
17. Ministère chargé de la santé (2018). *Ma santé 2022 : un engagement collectif*, Paris : MSSPS https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf
18. Ordre National des Masseurs kinésithérapeute. *Découvrir le métier* [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/je-suis-etudiant/decouvrir-le-metier/>
19. *S'installer en libéral* [Internet]. URPS MK ARA. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://urps-mk-ara.org/la-profession/s-installer-en-liberal/>
20. OMS | *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires* [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
21. IRDES. *Questions d'économie de la santé - Irdes* [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1354.pdf>
22. OMS Organisation mondiale de la santé. *Les soins de santé primaires* [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
23. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016. [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
24. *Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle* [Internet]. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.bretagne.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-4>
25. Isabelle Kustos. *RENOUVELER LE PREMIER RECOURS PAR LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : UNE APPROCHE PAR LES OUTILS* . 2016. [\(halshs-01463940\)](#)
26. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.

27. 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 (1). 2011-940 août 10, 2011.
28. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
29. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
30. Présentation [Internet]. AVECSanté. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/definitions-et-legislations/presentation-msp/>
31. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.
32. Les rémunérations pour l'exercice coordonné [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/nmr/>
33. Elsa Léger. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2016.
34. URPS médecins libéraux Ile-de-France - Accueil [Internet]. URPS médecins libéraux Ile-de-France. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/>
35. Ma santé 2022 : découplage et réorganisation des soins [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decouplage-et-reorganisation-des-soins>
36. Les articles de loi qui régissent les centres de santé [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.fnsc.org/les-articles-de-loi-qui-regissent-les-centres-de-sante>
37. Ministère des solidarités et de la santé. Code de la santé publique - Article L6323-4. Code de la santé publique.
38. ARS Agence régionale de la santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante>
39. Agence régionale de santé | Agir pour la santé de tous [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/>
40. ATIH. Recherche | ATIH - Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur

https://www.atih.sante.fr/recherche?terms=hopitaux+de+proximit%C3%A9&date_fixed=All&archiving=1

41. World Health Organization (WHO) **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice** World Health Organization, Health Professions Networks Nursing + Midwifery & Human Resources for Health, Geneva (2010) [Internet; cited 2021 March 6; available from: http://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=4F7DE4ADD9B0F749824F45FE9D93518F?sequence=1
42. Office fédéral de la Santé publique, OFSP Rapport du groupe thématique « Interprofessionnalité » Confédération Suisse, département fédéral de l'intérieur DFI (2013), p. 119 [Internet; available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html>
43. Larousse É. Définitions : collaboration - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137>
44. AERES. Critères d'évaluation des entités de recherche : le référentiel de l'AERES. 2014.
45. D'AMOUR D. L'action collective au sein d'équipes interdisciplinaires dans les services de santé. Sciences sociales et santé ; 1999 ; 17(3) : 67-74.
46. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. IRDES. 200
47. WHO. WHO | Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO. Available at: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ [Consulté le février 3, 2021]
48. HCAAM (2018). Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 : Avis du HCAAM. Paris HCAAM: 19, annexes.
49. Association Francophone pour le développement de l'Education Thérapeutique | Afdet [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.afdet.net/>
50. Atalaya J. L'exercice coordonné pluri-professionnel comme outil de lutte contre la désertification médicale dans le département des Hautes-Alpes. 2015;85.
51. Bartoli A, Sebai J. L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale. Gestion 2000. 2015;Volume 32(6):17-37.
52. Romelaer P. Chapitre 4. L'entretien de recherche. Methodes Recherches. 2005;101-37.

53. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;N° 102(3):23-34.
54. Fenneteau H. Enquête: entretien et questionnaire. 2015.
55. ESSORT : Equipes de Soins et d'Organisation Territoriale [Internet]. ESSORT. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <http://essort.fr/>
56. AVECSanté - Avenir des Équipes Coordonnées [Internet]. AVECSanté. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/>
57. Romy S. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris: Dunod; 2013. 156 p. (Psycho Sup)
58. FINESS : Accueil [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>
59. De Crouy-Chanel P. Recommandations pour la représentation des résultats au DES. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. 121 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
60. Nadège Vezinat, Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles, Paris, Presses universitaires de France, 2019, 232p.
61. Amandine Raully, « À propos de l'ouvrage de Nadège Vezinat, Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles », Revue de la régulation [En ligne], 26 2nd semestre / Autumn 2019, mis en ligne le 31 janvier 2020, consulté le 15 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/regulation/15767>; DOI : 10.4000/regulation.15767

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : INDICATEURS SOCLES ET OPTIONNELS DE L'ACI	I
ANNEXE II : LETTRE DE PRESENTATION DE LA RECHERCHE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	II
ANNEXE III : LE GUIDE DE L'ENTRETIEN	III
ANNEXE IV : ENTRETIEN TYPE.....	IV
ANNEXE V : RECAPITULATIF DES ELEMENTS AVANTAGEUX ET CONTRAIGNANTS EVOQUES LORS DES	IX

ANNEXE I : Indicateurs socles et optionnels de l'ACI

Accès aux soins		Travail en équipe		Système d'information	
Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
Socles		Socles		Socles	
<p>Ouverture de la MSP et accès à des soins non programmés</p> <p>Ouverture de la MSP :</p> <p>8h-20h (soit 12h/jour) + samedi matin = 800 pts</p> <p>10h à 12h/jour + samedi matin* = -60 pts</p> <p>8h à 10h/jour + samedi matin* = -150 pts</p> <p>Fermeture samedi matin* = -120 pts</p> <p>Fermeture maximum 3 semaines pendant les vacances sociales = -20 pts</p> <p>*sauf organisation territoriale</p>		<p>1. Protocoles pluriprofessionnels, selon les thématiques de santé prioritaires dans la région : 8 au maximum. 100 pts par protocole.</p> <p>2. Fonction de coordination (professionnel de santé ou personnel administratif) 700 pts</p>		<p>Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière autour de cas patients. Comptes rendus intégrés dans le SI, permettant une requête informatique.</p> <p>Objectif: au moins 6 réunions par an et 5% des patients MTE (enfants) en ALD ou âgés de plus de 75 ans sans ALD, par an. 1000 points</p> <p>Fonction de coordination : Patientèle entre 4000 et 8000 patients 1350 pts supplémentaires</p> <p>Fonction de coordination : patientèle au-delà de 8000 patients 1000 pts supplémentaires par tranche de 4000 patients.</p>	
Optionnels		Optionnels		Optionnels	
<p>1. Consultations spécialistes de 2nd recours ou sage-femme ou chirurgien dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure, au moins 1//semaine 250 pts</p> <p>2. Idem, au moins 0,5 ETP/semaine 250 pts</p> <p>3. Au sein de l'équipe: au moins 1 profession médicale (autre que MG, SF, CD)/pharmacien ou au moins 3 professions paramédicales différentes 250 pts</p> <p>4. Au sein de l'équipe : au moins 1 profession médicale (autre que MG, SF, CD)/pharmacien et au moins 3 professions paramédicales différentes 250 pts</p> <p>5. Au moins deux médecins Contrat Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) 200 pts</p> <p>6. Evaluation de la satisfaction des patients 100 pts</p>		<p>Missions de santé publique (en cohérence avec les priorités du projet régional de santé) ou ETP (maximum de 2 projets rémunérés, soit 350 pts pour 1 ou 700 pts pour 2 projets)</p> <p>Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages /an) 450 pts</p> <p>Coordination extérieure : mise en place de procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les services et établissements sanitaires et médico-sociaux (volet de synthèse médicale transmis) (200 pts)</p>		<p>Si labellisé niveau 1 ASIP santé, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature: 500 pts + 200 pts par professionnel à équiper, jusqu'à 16 professionnels (au-delà : + 150 pts par professionnel supplémentaire à équiper).</p> <p>Si labellisé niveau 2 ASIP santé 100 pts</p>	

Source : FEMAS (32)

ANNEXE II : Lettre de présentation de la recherche et formulaire de consentement

Bonjour,

Comme convenu je vous invite à une réunion zoom le mardi jj/mm/aa à 17h00 en cliquant sur le lien suivant :

Je tiens à vous remercier à nouveau de vous être rendu disponible pour participer à mon étude qui vise à déterminer quels sont les freins et les moteurs à l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire pour un masseur-kinésithérapeute libéral.

L'entretien a été testé auprès de mon directeur de mémoire, la durée est estimée entre 20 et 30 minutes. Je vous informe à nouveau que la partie audio de l'entretien sera enregistrée, avec votre accord, pour me permettre de le retranscrire ultérieurement. La retranscription sera ensuite rendue anonyme et effacée après le traitement des données. Veuillez me le signaler si vous ne souhaitez pas que j'enregistre.

Lors de l'entretien nous aborderons 5 axes :

- 1) Un axe sur votre présentation et votre parcours professionnel depuis l'obtention du diplôme d'état jusqu'à votre intégration à la MSP
- 2) Un axe sur votre pratique professionnelle, vos formations complémentaires et vos spécialités depuis que vous avez intégré une MSP
- 3) Un axe sur le travail collaboratif face aux enjeux actuels du système de santé
- 4) Un axe sur la maison de santé pluriprofessionnelle, le projet de soin et les actions coordonnées ainsi que votre rôle au sein de cette structure
- 5) Un axe sur les intérêts et les contraintes du travail en MSP pour vous et pour les patients.

Sachez que je ferai en sorte d'analyser vos dires de manière objective et de représenter au mieux vos idées. Vous recevrez évidemment sur cette adresse mail une version numérique de mon travail lorsqu'il sera terminé.

Hâte de vous retrouver pour l'interview,
Je vous souhaite une bonne journée.

Axel Gravier

ANNEXE III : Le guide de l'entretien

Thème 1: Présentation du MK et de son parcours professionnel depuis l'obtention de son diplôme jusqu'à son intégration à la MSP
- Pouvez-vous vous présenter succinctement ?
- Quel est votre parcours professionnel jusqu'à votre intégration à la MSP ?
Thème 2: la pratique professionnelle du MK, ses formations complémentaires et ses spécialités depuis son intégration à la MSP
- Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cette MSP ?
- Comment êtes-vous arrivé à intégrer une MSP et quelles étaient vos motivations ?
- Qu'est-ce qui a changé dans votre exercice professionnel quotidien hors prise en charge des patients ?
- Dans quelles mesures pensez-vous que l'exercice en MSP permet un développement professionnel ?
- Est-ce qu'il y a d'autres activités ou obligations relatives à la pratique de la masso-kinésithérapie en MSP, ou qui sont propres à votre MSP, dont vous voudriez me parler ?
Thème 2: la maison de santé, les projets de soins et le rôle du MK au sein de cette structure
- Pouvez-vous me présenter votre MSP ?
- Pouvez-vous me parler du projet de soin et des actions pluriprofessionnelles ?
- Quel est votre rôle dans la MSP ?
Thème 4: le travail collaboratif face aux enjeux actuels du système de santé
- Est-ce que l'exercice en MSP a modifié vos relations avec les autres professionnels de santé ?
- Comment s'organise la collaboration interprofessionnelle dans votre MSP ?
- Pensez-vous que l'exercice en MSP apporte une réponse adaptée aux problématiques actuelles du système de santé ?
Thème 5: les intérêts et les contraintes du travail en MSP pour les MK et pour les patients
- L'intégration à une MSP vous a-t-elle permis d'améliorer vos conditions d'exercice professionnel ?
- Dans quelles mesures l'exercice en MSP peut présenter un avantage financier par rapport à un exercice libéral isolé ?
- Quels avantages et/ou inconvénients trouvez-vous à l'exercice collaboratif en MSP pour vous et pour les patients ?
- Quels conseils auriez-vous à donner à un masseur-kinésithérapeute désireux d'intégrer une MSP ?

ANNEXE IV : Entretien type

ESDC d'Éric

A : Est-ce que tu peux te présenter succinctement ?

E : Ok alors XXXXXX, MKDE, 38 ans, installé depuis 2007 en cabinet libéral et depuis 2019 en maison de santé

A : En quelle année tu as été diplômé ?

E : Diplômé en 2007... à XXXXX

A : D'accord, quel est ton parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?

E : J'ai toujours travaillé en libéral dès l'obtention de mon diplôme

A : Ok... Ça fait combien de temps que tu as intégré cette MSP ?

E : Ça fait 1 ans et demi

A : Comment est-ce que t'en es arrivé à intégrer une MSP ?

E : En fait j'avais des projets de soin particulier et le cabinet dans lequel j'exerçais ne me permettait pas d'exercer ces soins particuliers... Premièrement. Et deuxièmement il y a aussi la norme d'accessibilité handicapée qui n'était pas respectée dans mon ancien cabinet parce qu'il y avait des marches et il n'y avait pas de locaux disponibles dans la ville dans laquelle j'exerçais pour pouvoir accéder à un nouveau local adapté

A : Ok... Tu me parlais de projets de soins que tu ne pouvais pas mettre en place, quels étaient ces projets ?

E : Enfaite je fais de la réhabilitation respiratoire et cardiaque donc il faut un plateau technique assez important avec des machines pour mettre en place cette réhabilitation quoi... c'est soit réhabilitation soit maintien des acquis en suite de réhabilitation

A : Ok... On va parler des activités qui ne concernent pas la prise en charge des patients, qu'est-ce qui a changé pour toi depuis ton intégration à la MSP ?

E : Alors au niveau administratif ce qui est beaucoup plus simple c'est l'accès aux ordonnances puisqu'on travaille sous le même toit que les médecins... donc en fait ça permet d'avoir un échange direct avec le médecin d'une part pour avoir les ordonnances et après aussi sur le patient en lui-même... Après le reste au niveau administratif papiers etc, on n'est pas équipés de secrétariat au niveau de la maison de santé donc le reste il n'y a pas d'amélioration... il n'y a pas de changements ni en termes de prise de rendez-vous ni pour les papiers quoi en fait

A : D'accord, et concernant la comptabilité ?

E : Au niveau de la comptabilité ça n'a rien changé... pour ma part je travaille avec un cabinet comptable à qui j'envoie mes papiers tous les ans et ils me font ma compta

A : Ok. Comment s'organise la collaboration interprofessionnelle dans ta MSP ?

E : Alors on fait des pseudo réunions j'appelle ça pseudo parce qu'en fait on est en train de mettre en place un système via la SISA pour pouvoir... financer... en fait nos réunions via l'ARS. Pour l'instant on fait des réunions officieuses entre les portes pour pouvoir parler des patients mais c'est beaucoup plus simple ça c'est sûr parce qu'on est sur place on va toquer à la porte pour parler du patient soit avec nos collègues médecins soit avec les infirmiers infirmières soit avec les podologues

A : Tu trouves des intérêts ou des inconvénients à ces réunions que ce soit pour toi d'une part et pour les patients ?

E : Alors pour ma part je trouve que des intérêts parce que ça permet d'avoir une meilleure prise en charge du patient dans une équipe pluridisciplinaire, pas que médecin kiné mais aussi entre les paramédicaux parce que en fait on a tous des patients en commun et clairement certains arrivent à voir des troubles et permettent de venir en amont de gros problèmes... donc soit pour en parler avec le médecin ou avec les infirmières ou le podologue sur certains troubles pour essayer de régler les problèmes avant d'arriver à l'hospitalisation

A : D'accord. Dans quelles mesures penses-tu que l'exercice en MSP permet un développement professionnel ?

E : Alors nous c'est un peu particulier parce qu'au travers de la MSP on a créé une association... un pôle de santé en fait, la MSP c'est une maison de santé et à côté de ça on a un pôle de santé qui regroupe plusieurs mini maisons de santé plus ou moins grosses, et on fait des formations communes au sein de ce pôle de santé pour aller dans la même direction dans le soin du patient. Donc on fait des formations de tous types... que ce soit la prise en charge de la douleur... que ce soit les sevrages tabagiques... que ce soit sur des pansements enfin mêmes pour nous qui ne sommes pas formés à faire des pansements bah c'est toujours intéressant quand t'as un patient amputé ou qui a un ulcère de pouvoir l'orienter vers l'infirmiers et l'infirmières spécialisé dans ce type de pansements

A : Ok... Est ce qu'il y a d'autres activités ou obligations qui sont relatives à la pratique de la kiné au sein d'une MSP dont tu voudrais me parler ?

E : Alors effectivement on a créé une association au sein de cette maison de santé... alors du coup on fait une réunion par an avec tous les professionnels de la maison de santé pour déjà établir les comptes, pour établir les problématiques qu'on peut rencontrer et puis bah nous comme c'est une maison de santé assez récente, on parle de l'emménagement, comme l'année dernière on a été retardé par la Covid on a encore quelques aménagements à faire... Mais ce n'est pas une problématique au contraire c'est plutôt... c'est toujours assez sympa et puis c'est une occasion aussi de se rencontrer tous ensemble... c'est cool !

A : Ok... Donc tu ne vois pas forcément d'inconvénients à cela ?

E : Non... bon c'est assez récent mais pour l'instant effectivement je ne vois pas d'inconvénients. C'est toujours sympa... en fait on fait ça en bonne intelligence comme on a été moteur pour tous se réunir et que les gens sont contents d'être les uns avec les autres ça c'est cool quoi

A : Dans quelles mesures penses-tu que l'exercice en MSP peut présenter un avantage financier ?

E : Alors ça je vais te dire ça va dépendre des MSP nous c'est une MSP qui a été portée par la communauté de commune et on a négocié un tarif préférentiel de location donc aujourd'hui on est en location à 6 euros du mètre carré et clairement nous comme on a pas non plus de secrétariat ni rien du tout c'est plus avantageux de travailler dans une MSP que de travailler dans un local ou t'es en location... surtout nous on est en bord de mer et clairement le coup d'une location est

beaucoup important que 6 euros du mètre carré... on tourne autour de 18_20 euros du mètre carré en location

A : Ok. Est-ce que l'intégration à la MSP t'as permis d'améliorer tes conditions d'exercices ?

E : Alors si tu veux on a eu des financements par l'ARS pour monter le projet de la MSP, en même temps on a eu des financements de la part du département, de l'intercommunalité, de la région et de l'Europe. La MSP était à la base d'un coup d'environ 1,4 millions d'euros et on a eu 600 000 euros de subventions pour cette maison de santé. Aujourd'hui pour le fonctionnement interne de la MSP donc pour nos réunions ect on n'est pas encore financé parce que on n'a pas encore monté la SISA, donc la SISA c'est quelque chose qui est assez particulier, qui est financé par l'ARS et qui en fait va permettre de payer tous ce qui n'est pas actes côtés et payés par la sécurité sociale.

A : Je reviens sur ma question, est ce que tes conditions de travail finalement ont été améliorées ?

E : Alors oui, en fait ça m'a permis d'améliorer la qualité de la structure dans laquelle j'exerce parce qu'aujourd'hui j'ai ma pièce de pratique qui fait 18 mètres carré plus un plateau technique qui fait 80 mètres carré alors qu'avant j'étais dans un cabinet qui faisait 80 mètres carré en tout dans lequel on était 3 à travailler quoi... Donc en termes de superficie et en termes d'aménagement après mais nous on a aménagé nous-même notre cabinet

A : D'accord. On va parler de la MSP, peux-tu me la présenter ?

E : Alors la MSP se situe à XXXX, une commune de 3500 habitants, en côte d'Armor, et en fait on regroupe autour de nous... je vais te dire en les comptants... en gros à peu près 9 communes autour de chez nous... On a des patients qui viennent de 9 communes autour de nous

A : Ok. Est-ce que tu peux me rappeler en quelle année elle a été créée et qui sont les personnes à l'origine du projet ?

E : Alors elle a été créée en.... Enfin elle est ouverte depuis octobre 2019. Et à l'origine du projet il y avait Docteur B. médecin généraliste et moi-même XXXX, masseur-kinésithérapeute. Et par contre on a été financé bien sûr... on a monté un projet en définissant... ça s'appelle comment... une mission de santé et en fonction de cette mission de santé qu'on a définie qui est la prévention des risques cardio-vasculaires on a eu des financements de l'ARS pour monter cette MSP... pour définir en fait budgétairement... voilà.

A : D'accord... on en reparle juste après. Donc tu étais à l'origine du projet avec un docteur, quelles étaient vos motivations ?

E : La mission première c'était vraiment de s'orienter sur la prévention des risques cardio-vasculaire par rapport aux soins que je voulais prodiguer comme je t'ai expliqué avant et la deuxième était aussi de vouloir pérenniser l'offre de soins sur nos communes parce qu'il y avait des médecins qui sont partis à la retraite et qui n'ont pas été remplacés... nous le cabinet était déjà plein et on avait besoin de recruter de nouveaux kiné et clairement on ne pouvait pas recruter de kiné et pareil comme je te disais tout à l'heure le fait de ne pas avoir de locaux qui étaient adaptés à l'accès des personnes handicapées mettait un frein pour l'installation de nouveaux praticiens.

A : Ok. Vous êtes une MSP mono-site ou multi-sites ? Et quelles sont les professions représentées dans la MSP ?

E : Alors la MSP est mono-site mais par contre il y a des professionnels paramédicaux et deux médecins qui font partie de la MSP mais qui n'ont pas intégré la MSP. Actuellement dans la

maison de santé il y a 6 médecins généralistes, il y a 1 diététicienne, 1 psychologue, 1 thérapeute en hypnose, il y a 3 cabinets infirmiers, 1 podologue et on est 5 kinés

A : Ok. Peux-tu me parler du projet de soin et des actions pluriprofessionnelles ?

E : Donc comme je te disais on a défini une mission de santé au niveau de l'ARS qui est la prévention des risques cardio-vasculaires et effectivement moi je m'intègre dans ce projet dans le sens où je fais de la réhabilitation respiratoire et de la réhabilitation cardiaque. Après il y a de la réhabilitation dans le maintien des acquis et aujourd'hui on est en train d'essayer de développer la prévention des risques cardio-vasculaires en essayant de développer du loisir thérapeutique notamment avec des parcours de santé, des parcours de marche adapté et aussi un potager thérapeutique.

A : D'accord. On change un peu de sujet... est-ce que l'exercice en MSP a modifié tes relations avec les autres professionnels de santé ?

E : Oui. Alors en fait la MSP se décrit en 2 couloirs de professionnels de santé, en fait il y a une coursive qui fait tout le tour et qu'on sépare en deux. Alors nous on est du côté paramédical. Donc déjà effectivement je communique beaucoup plus avec les autres paramédicaux donc podologue, infirmière et pareil avec les médecins on est vraiment assez proche donc on échange beaucoup plus facilement. Pareil on a une petite salle de repos, où on boit le café etc... où on peut se retrouver pour manger un bout, donc c'est sympa. Donc ouais, il y a une amélioration déjà en termes de l'échange, de diffusion, de l'écoute et de connaissances des uns et des autres

A : D'accord. Est-ce que tu vois d'autres intérêts à ce travail collaboratif et des inconvénients ?

E : Alors moi je trouve plutôt que des intérêts dans le sens où on peut mieux prendre en soin le patient... c'est à dire par exemple si moi j'ai un patient qui a fait un malaise dans le cabinet, son médecin traitant était dans la MSP, bah j'ai été le chercher, il est venu, et il a fait un diagnostic par rapport à son malaise. Donc pour moi c'est vraiment beaucoup plus facile... c'est beaucoup mieux pour la prise en charge des patients.

A : Ok. C'était un peu la question qui suit. Est-ce que tu penses que le travail collaboratif améliore la prise en charge des malades ?

E : Ouais. Forcément. Forcément. Travailler chacun dans son coin, en fin de compte, on va pouvoir soigner qu'une seule chose, même si on détecte autre chose, il faut prendre son téléphone obtenir une nouvelle ordonnance pour un examen complémentaire etc... ce qu'on faisait avant dans nos cabinets mais bon en cabinet individuel les horaires font que t'as pas forcément le temps d'appeler le médecin, ou alors tu laisses passer tu te dis il faut que je l'appelle et au final bah... tu ne l'appelle pas. Alors que là c'est vraiment sur place, c'est vraiment plus simple.

A : Ok. On va revenir un peu à ce que t'évoquais juste avant concernant la pérennisation de l'offre de soin dans la zone autour de XXXX, la MSP a été mise en place dans quel type de zonage ?

E : Alors la MSP est dans une région qui plutôt décrite comme sur-dotée, la ville de XXXX a 3900 habitants et actuellement on est à 8 médecins sauf que l'été on est à 35 000 habitants parce que c'est une station balnéaire de bord de mer... donc voilà. Et le problème en fait c'est que les médecins qui sont autour partent à la retraite progressivement et ne sont pas remplacés. Mais la ville de XXXX est sur-dotée mais toutes les villes autour de nous sont très sous-dotées.

A : Par rapport à cela, est ce que tu penses que l'exercice en MSP apporte une réponse aux problématiques actuelles de santé ?

E : Aujourd'hui... depuis que la MSP a vu le jour donc ça fait 1 an et demi, on a réussi à recruter 2 médecins généralistes supplémentaires... alors qu'avant en 14 ans, enfin en 12 ans d'exercice on n'a pas réussi à recruter de médecin généraliste supplémentaire, et on a réussi à recruter une kiné supplémentaire... alors qu'avant on ne pouvait pas recruter... ça c'était régler. Et en fait depuis qu'il y a une annonce de la MSP, on a eu des demandes de kinés avant l'arrivée de la MSP pour venir s'installer. Donc effectivement ça aide à pérenniser l'offre de soin et offrir du soin à tous.

A : D'accord. On va maintenant clôturer l'entretien avec une dernière question, quels conseils aurais tu as donné à un MK désireux de s'installer en MSP ?

E : Alors les éléments moteurs c'est le fait de pouvoir travailler déjà avec d'autres professionnels de santé sous un même toit, de pouvoir échanger sur les patients pour une meilleure prise en charge du patient, ça c'est vraiment quelque chose qui est très moteur, le fait d'avoir une structure qui est adaptée à l'accès aux personnes à mobilité réduite c'est quand même top parce que tu peux prendre tous les patients, tu n'es pas obligé de cibler. Le frein ça va dépendre de comment tu veux faire ta MSP, si c'est une MSP privée ou une MSP publique avec des financements de communauté de commune ou de commune via l'ARS ou là effectivement ça peut prendre du temps et il faut vraiment s'accrocher parce qu'en fonction des envies politiques ça peut être compliqué de monter des maisons de santé. Nous on a été freiné par l'ancienne municipalité qui ne croyait du tout en ce projet et ne croyait pas du tout en la pérennité des soins sur la commune et n'a pas du tout voulu investir dedans. Après l'autre chose qui est motrice c'est que effectivement le fait de pouvoir échanger et partager avec les professionnels de santé c'est aussi les connaître, c'est créer une famille professionnels de santé parce que quand on est chacun dans son cabinet, on travaille chacun dans son coin et on ne va pas à la rencontre des autres professionnels de santé... et ça c'est dommage parce qu'au final on travaille tous la main dans la main, on a besoin de tous les uns des autres et le fait de pouvoir se côtoyer, d'entendre les attentes de chacun c'est vraiment hyper sain et hyper stimulant ! D'une part pour ton exercice et surtout pour la prise en charge des patients. Par exemple tu vois si les infirmières te disent que ce serait bien que Mme P. Se tiennent debout pour pouvoir faire sa toilette ou si toi tu vois que Mr B. Descend rapidement suite à son cancer tu peux prévenir le médecin qui va passer le voir et adapter le traitement pour qu'il aille mieux ou descende un peu moins vite... tout ça c'est ce qui donne une meilleure prise en charge du patient. Quand on est chacun dans son cabinet propre et bah effectivement, les journées sont chargées, on prend du temps pour nos patients, on essaie de les soigner du mieux qu'on peut mais en fin de compte on ne prend pas du temps utile pour essayer de voir avec les autres professionnels de santé ce qui est le mieux pour le patient et comment on pourrait leur améliorer leur quotidien.

Et aussi j'aimerais rajouter que grâce au fait d'être en MSP, d'être une structure qui regroupe pleins de professionnels de santé, on a une meilleure visibilité au niveau de l'hôpital. On peut se permettre d'envisager une coordination hospitalo-libéral via un logiciel et une messagerie sécurisée pour obtenir les comptes rendus hospitaliers ou les examens médico directement. Nous on a fait un appel à projet pour essayer de mettre en place ce projet déjà au niveau du service cardio-respiratoire de l'hôpital de Saint-Brieuc mais à voir si on peut étendre ce dispositif à d'autres services de l'hôpital.

ANNEXE V : Récapitulatif des éléments avantageux et contraignants évoqués lors des interviews

AVANTAGES		
Permet d'ouvrir le dialogue	La communication est facilitée	Permet d'avoir des locaux neufs
Permet de discuter de problématiques	Permet de se retrouver et de discuter avec d'autres P.S.	Permet de créer une relation de confiance avec le médecin
Permet de présenter ses spécialités pour des avoir des prescriptions plus adaptées	Permet d'être impliqué dans des protocoles pluriprofessionnels même sans être moteur	Permet de ne pas être isolé et de faire partie d'une équipe pluriprofessionnelle
Permet des relations plus directes et plus confraternelles	Le poste de coordination fait vraiment le lien entre tout les PS	Il n'y a pas d'obligations pour les MK
La MSP a permis des dons de matériels pendant la période Covid	Permet de se passer de prestataires extérieurs comme doctolib	l'ACI permet d'être rémunéré lors des réunions pluriprofessionnelles
Permet d'apporter une complémentarité entre les disciplines	Permet d'apporter des soins supplémentaires par le recrutement de nouveaux MK	Permet de demander plus facilement examen complémentaire aux médecins
Permet de faciliter la gestion et l'obtention d'ordonnances	Permet de consulter des résultats d'examens facilement	Permet d'avoir une connexion avec les autres P.S.
Permet d'échanger sur les patients à la pause déjeuné	Les patients font plus confiance et hésitent moins à consulter	Permet des PEC coordonnées et coopératives
Permet de connaître les autres P.S. en tant qu'individus	Permet des PEC plus adaptées	Permet de se répartir les frais de la gestion d'un bâtiment
Permet un meilleur suivi et un suivi plus facile des patients	Permet d'être dans la dynamique du temps	Permet d'associer un projet de soin à un projet professionnel
Permet d'avoir accès au logiciel des médecins	Permet de discuter entre les portes avec les autres P.S.	Permet de se répartir les tâches dans la gestion d'un bâtiment
C'est stimulant de travailler avec d'autres P.S. sur des problématiques de notre secteur	Permet de mieux connaître les autres P.S. en voyant leurs façons de travailler	Permet de faire partie d'une famille professionnels de santé
Permet d'orienter vers des nouvelles formations	Permet le partage de connaissances	Permet d'améliorer la réactivité des soins
Permet des collaborations à de plus grandes échelles	Permet une communication bien plus libre	On apprend beaucoup des autres
Permet d'échanger avec les médecins sur une pathologie ou un TTT qu'on ne connaît pas	Permet d'avoir accès à des temps de conférences sur des pathologies par exemple	La proximité avec les médecins favorise le recrutement des patients
Permet d'ouvrir l'esprit et voir les choses avec le prisme de l'autre	Permet de se répartir les coûts d'un bâtiment	Permet de bénéficier de formations
Permet un tarif préférentiel de location	Facilite et centralise l'accès aux soins pour les patients	Permet des prises en charges sociales de façon coordonnées
Les réunions cas-patients sont très bénéfiques pour améliorer les prises en charge	Permet de donner son avis et inversement sur des patients avec les autres P.S	Permet une meilleure orientation pour les patients dans le parcours de soin

INCONVÉNIENTS		
Le travail n'est pas toujours dédommagé	La MSP peut générer trop de travail	Il peut y avoir un sentiment d'obligation de PEC
Les réunions sont trop régulières et n'impliquent pas souvent les MK	Les critères imposés par l'ACI sont trop nombreux et manquent de pertinence	Il faut parfois patienter longtemps pendant les réunions patients
Il y a une obligation de bien s'entendre avec les autres P.S.	Il y a une méconnaissance des personnes avec qui on s'associe	Il faut financer un logiciel de partage d'informations peu utile
Il peut y avoir un sentiment d'obligation de résultats	Il est difficile de suivre une CIP à trop grande échelle	La gestion de la MSP prend du temps

NOM : GRAVIER

PRÉNOM : AXEL

TITRE : Les freins et les moteurs à la pratique libérale de la masso-kinésithérapie en maison de santé pluriprofessionnelle

BACKGROUND: The national health strategy in France wants to orient liberal professionals towards collaborative practice. Structures have been set up for this such as community health centers. **PURPOSE:** This study has looked for the hindrances and enablers that this mode of exercise for liberal physiotherapist could represented. **METHOD:** A qualitative analysis method with semi-structured interviews has been used to build on the experience of physiotherapists working in community health centers. eight semi-structured interviews have been done. **RESULTS:** The analysis of these interviews allows to identify eleven engines elements and one brake. The exercise in a community health center seems to improve the working conditions of the professionals, and the interprofessional collaboration inspires physiotherapists and makes it possible to fight against some current problems in the health system. Only the workload induced by the community health center to obtain grants can be a brake. **CONCLUSION:** However, eight semi-structured interviews don't represent a panel fairly large enough to generalize the results. The study reveals major differences in ideas between the asked professionals depending on the types of community health center in which they work in. The improvement of this study revolves around this dimension. If criteria for inclusion of participants are limited to only one type of community health center the results would be more relevant. By limiting the inclusion criteria to only type of community health centers the results could be more relevant.

INTRODUCTION : La stratégie nationale de santé en France veut orienter les professionnels libéraux vers l'exercice collaboratif. Des structures sont mises en place pour cela comme les maisons de santé pluriprofessionnelles. Cette étude s'intéresse aux freins et aux moteurs que peut représenter ce mode d'exercice pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. **MÉTHODE** : Une méthode d'analyse qualitative par entretien semi-directif centré a été utilisée pour s'appuyer sur l'expérience de masseurs-kinésithérapeute exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle. Huit entretiens semi-directifs centrés ont alors été réalisés. **RÉSULTATS** : L'analyse de ceux-ci permet de dégager onze éléments moteurs et un frein. La tendance montre que l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle semble améliorer les conditions d'exercice des professionnels et que la collaboration interprofessionnelle motive les masseurs-kinésithérapeutes et permet de lutter contre certaines problématiques actuelles du système de santé. Seule la charge de travail induite par la maison de santé pluriprofessionnelle pour obtenir des subventions pourrait être un frein. **CONCLUSION** : Cependant, les huit entretiens ne représentent pas un panel assez large pour généraliser les résultats. Cette étude a mis en évidence de grandes divergences d'idées entre les professionnels interrogés en fonction du type de maison de santé pluriprofessionnelle dans laquelle ils exercent. L'amélioration de cette étude se joue alors autour de cette dimension. En limitant les critères d'inclusion des participants à seulement un type de maison de santé pluriprofessionnelle, les résultats pourraient être plus pertinents.

Keywords: community health center – physiotherapy – private practice

Mots clés : maison de santé pluriprofessionnelle – kinésithérapie – libéral

INSITITUT DE FORMATION EN MASSO_KINÉSITHÉRAPIE

22, Avenue Camille Desmoulin 29238 BREST CEDEX 3

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES : 2017 – 2021