



**HAL**  
open science

**Évaluation des besoins et des attentes des médecins  
généralistes de Bordeaux-centre concernant  
l'organisation des soins de santé primaire et la place  
d'une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire**

Hugues Esseul, Victor-Louis Tessier

► **To cite this version:**

Hugues Esseul, Victor-Louis Tessier. Évaluation des besoins et des attentes des médecins généralistes de Bordeaux-centre concernant l'organisation des soins de santé primaire et la place d'une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03499873

**HAL Id: dumas-03499873**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03499873>**

Submitted on 21 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.

**U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES**

Année 2021

Thèse n° 159

THÈSE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Hugues Esseul  
Né le 15/03/1991 à Lyon

et Victor-Louis Tessier  
Né le 04/05/1992 à Royan

Le 16 décembre 2021

**EVALUATION DES BESOINS ET DES ATTENTES DES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES DE BORDEAUX CENTRE CONCERNANT L'ORGANISATION  
DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE ET LA PLACE D'UNE MAISON DE SANTÉ  
PLURIPROFESSIONNELLE UNIVERSITAIRE.**

Sous la direction des Professeurs Jean-Philippe Joseph et William Durieux

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Bernard Gay  
Monsieur le Docteur Yves-Marie Vincent  
Monsieur le Docteur Christophe Jouhet  
Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph  
Monsieur le Professeur William Durieux

Président  
Rapporteur  
Examinateur  
Directeur  
Directeur

**U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES**

Année 2021

Thèse n° 159

THÈSE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Hugues Esseul  
Né le 15/03/1991 à Lyon

et Victor-Louis Tessier  
Né le 04/05/1992 à Royan

Le 16 décembre 2021

**EVALUATION DES BESOINS ET DES ATTENTES DES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES DE BORDEAUX CENTRE CONCERNANT L'ORGANISATION  
DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE ET LA PLACE D'UNE MAISON DE SANTÉ  
PLURIPROFESSIONNELLE UNIVERSITAIRE.**

Sous la direction des Professeurs Jean-Philippe Joseph et William Durieux

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Bernard Gay  
Monsieur le Docteur Yves-Marie Vincent  
Monsieur le Docteur Christophe Jouhet  
Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph  
Monsieur le Professeur William Durieux

Président  
Rapporteur  
Examinateur  
Directeur  
Directeur



# REMERCIEMENTS

## Remerciements communs

### A notre président de Jury

**Monsieur le Professeur Bernard Gay**

*Docteur en médecine*

*Professeur des Universités*

*Médecine générale*

Nous vous remercions d'avoir fait "une exception" et de nous avoir fait l'honneur d'être le Président de notre Jury. Soyez assuré de notre profond respect.

### A nos directeurs de Thèse

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph**

*Docteur en médecine*

*Professeur des Universités*

*Médecine générale*

Nous vous remercions de nous avoir soumis le projet de ce travail. Votre aide nous a été aussi précieuse qu'agréable. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes et nous vous souhaitons une belle réussite dans ce très beau projet.

**Monsieur le Professeur William Durieux**

*Docteur en médecine*

*Professeur des Universités*

*Médecine générale*

Nous vous remercions, de nous avoir accompagnés, guidés et soutenus avec patience ces derniers mois, nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Nous vous sommes très reconnaissants de nous avoir permis de terminer ce travail dans des délais parfois difficiles à tenir.

### A notre rapporteur

**Monsieur le Docteur Yves-Marie Vincent**

*Docteur en médecine*

*Médecine générale*

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Vos remarques et conseils après une lecture approfondie nous ont permis d'apporter les modifications nécessaires.

**A Monsieur le Docteur Christophe Jouhet**

*Docteur en médecine*

*Médecine générale*

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'être membre de notre jury de thèse.  
Votre participation renforce l'intérêt de ce travail.

**A Monsieur le Docteur Nicolas Rousselot**

*Docteur en médecine*

*Médecine générale*

Nous vous remercions de nous avoir accordé votre expertise et votre temps concernant la numérisation de notre questionnaire.

Merci à tous les médecins que nous avons sollicités, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

## Remerciements Hugues

Merci à ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir soutenu et d'avoir toujours cru en ma réussite durant toutes ces années d'études. Si j'en suis arrivé là c'est en grande partie grâce à votre soutien sans faille malgré les épreuves. Je réalise le privilège que ça représente d'avoir des parents comme vous. Je vous aime.

A mes frères, Arthur et Bertrand, merci de m'avoir supporté durant ces études, ce qui ne vous a pas empêché de réussir brillamment les vôtres. J'ai beaucoup de chance de vous avoir comme frères.

A mes grands-parents, merci d'être toujours très (voir trop) fiers de moi.

A mes oncles et tantes, Gaël Birgit, Nathalie et Charles, Poupoul et Laurence, Martine et Pierre, Christian et Maguite. Merci à vous tous et mention plus particulière à Gaël qui a su me motiver et me soutenir durant ces études, ainsi qu'à Poupoul qui a toujours été présent pour me faire décompresser lors de parties de golf familiales.

A mes cousins et cousines, Lisa Pierre, Théo Anouck et Marie, Quentin et Clémentine, Louis Thomas et Claire, Valentin. Même si les années ont fait que nous nous voyons moins souvent, je tenais également à vous remercier. Lisa, j'en profite pour te souhaiter bon courage pour cette année, tu fais bien mieux que de suivre mes pas.

A ma belle-famille, Françoise Pierrot et Mira, merci de m'avoir accueilli avec autant de chaleur et de bonne humeur.

Et enfin, la plus importante pour la fin. Merci à toi ma Clem. Merci de ton soutien au quotidien ainsi que pour la rédaction de cette thèse. J'ai énormément de chance de partager ta vie. La vie avec toi est un vrai bonheur. Chaque jour qui passe fait grandir l'amour que j'ai pour toi. Je t'aime.

Merci à mes amis,

A Romain, ma première, et sûrement plus belle, rencontre amicale de l'internat, futur médecin esthétique détenteur d'un CAP de cuisine, merci pour tout.

A Jean, co-interne aux urgences d'Agen tu es devenu un des mes plus proches amis. Reste comme tu es.

A Antho, merci pour ton soutien et tes adresses de resto accompagnés de ta bonne humeur communicative.

Aux autres copains Bordelais, Marilou, Marion, Flo, Lauriane et Thibault, Violette, Pierre-Marie, Etienne et Charlotte, Guillaume et Justine. Merci à tous pour toutes ces soirées et moments de bonheurs.

A Alexis, tu resteras probablement mon meilleur pote de l'externat. Merci pour ton soutien avec Benjamin pendant l'ecn.

A Aurèle, même si nous ne nous voyons plus aussi souvent qu'avant, merci pour toutes ces belles années que nous avons passées sur la place Rennaise.

Aux amis de Clem qui sont devenus mes amis. A Didine, Chloé et Clément, Luce et Bren. Merci pour ces excellents week-ends et vacances passés ensemble.

Aux potos de Nouméa, Alisson et Adamé, Eve et Gaëtan, Alizée et Pierre, Alix, Mathieu et Claire, Marie et Flo, Aurore et Loic, Anais et Antoine. Nous avons probablement vécu un des plus beaux semestres ensemble à l'autre bout du monde. Merci à tous.

Et enfin merci à toi Victor-Louis, merci de m'avoir rejoint dans ce travail de thèse. Nos réunions skype resteront un excellent souvenir. Ces heures de travail nous ont permis de mettre en évidence quelques passions communes qui je l'espère continueront de nous rapprocher par la suite.

Merci à mes pairs,

Aux Docteurs SAURA Laurent et VAN TROYS Hervé qui lors de mon stage SASPAS m'ont fait adorer leur activité et la médecine qu'ils exercent au point de m'installer avec eux dans les prochaines semaines.

Au Docteur MACAIGNE Jérôme, qui lors de mon stage m'a appris une des multiples facettes de la médecine générale avec toute sa gentillesse.

A mes praticiens de stage de niveau 1, aux Docteurs ROUSSEAU Bertrand et ORTALI Christian qui m'ont fait découvrir la médecine générale en Dordogne avec toute leur passion.

Au Professeur JOSEPH Jean Philippe, qui fut mon tuteur au département de médecine générale. Merci pour votre aide durant l'internat et pour l'aide à la rédaction de mon portfolio.

A tous les autres médecins passionnés que j'ai pu croiser lors mon cursus. Au service des Urgences d'Agen, de Gynécologie-Obstétrique de Mont-de-Marsan, de Neurologie et Endocrinologie de Nouméa et la PMI de Marmande.

## Remerciements Victor-Louis

Merci à mes pairs,

Aux Docteurs Degenne, Simon, Quessard et Garrabos pour leur accompagnement et leur gentillesse au cours de mon premier stage de médecine générale. Vous voir travailler chaque jour avec autant de passion et de dévouement m'a conforté dans mon choix. Merci à Madame Simon pour son accueil chaleureux et ses petits plats délicieux du mardi midi.

Aux Docteurs Courtault, Barret et Rouxel pour ces mois intenses en médecine interne à Arcachon. J'ai énormément appris auprès de vous tous. Au Docteur Lapeyre qui m'a fait aimer les urgences. Je vous admire beaucoup.

Aux Docteurs Lagarde, Brunet et Goisque, j'ai énormément aimé travailler au 5B. Je n'aurais pas pu mieux passer ce mois de rab qu'en unité Covid avec vous tous ! Un grand merci aux Docteurs Richet, Favier, Bailhache, Pesteil, Pignier, Pochelu, Charasse et à toute l'équipe des urgences pédiatriques. Vos enseignements m'ont été précieux et me servent tous les jours dans mon exercice.

Aux Docteurs Comte de m'avoir fait confiance en me confiant mes premiers patients. Merci pour votre disponibilité, votre soutien, votre écoute et votre exemple, que j'espère continuer à suivre tout au long de ma carrière. Merci à Vincent pour tous ces jeudis soir mélomanes et à Véronique pour sa bienveillance, et ses bonnes soupes !

Un grand merci également aux Docteurs Vives, Petit, Cardonnet, Dangoumau, Vigneau, Vigouroux et à Édouard qui m'ont accueilli chaleureusement comme l'un des leurs au sein de cette superbe MSP de Mimizan.

Merci à mes amis,

A ceux de toujours, Clément et Valentin, pour leur fidélité, leur soutien et leur amitié précieuse toutes ces années.

A ceux de médecine,

A Sam, avec qui je me suis embarqué dans ces longues études et pour cette colloc de 1ère première année. Pour le lycée, pour le surf et pour le reste..

A François, pour ces 2 ans de colloc mémorable pour lesquels, par miracle, on nous a toujours rendu la caution.. pour ce concours passé ensemble, pour mon mariage et bientôt le tien ..!

A Éric et Charles, pour ces grands moments, ces beaux voyages, et ces échanges passionnés.

A Antho, avec qui j'ai survécu à ces 6 mois à Arcachon. Merci pour tes conseils avisés et ton aide. A nos passions communes...

A Alice et Joseph, pour ces week-ends comme en famille.

A Thibaut, Javier, Sofia, Audrey, Marion, Luc, Paul, Thomas, Guilhem, PB, Bisso et les autres.. que la route continue!

A ceux dont l'internat m'a fait croiser la route,

A Cindy, Fanny, Agnès, Grégory et Aurélien qui ont rendu cet été Bergeracois tellement plus fun.

A Mathilde, Charlotte, Edouard, Simon, Manon X2, Pauline, Marine, Nathan, Flo et Raj, la meilleure des Covid team !

A Adrien, pour ces bonnes soirées Mimizanaïses à base de rire et de surf.

A Hugues, de m'avoir incrusté dans cette folle aventure avec gentillesse et bienveillance. J'ai adoré travailler (et pas que ..) avec toi.

Et même si on s'est plus vu par Skype qu'en vrai, j'espère qu'on va pouvoir se rattraper !

A la team du Tondu, Bertrand et Julie, Xavier et Alice, Alex et Alix, Olivier, Fred et Fio pour tous ces gueuletons et week-end passés ensemble.

Merci à ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir soutenu et encouragé sans relâche tout au long de ces études. Merci d'avoir toujours cru en moi, et ce depuis le premier jour, même si c'était pas gagné..! Merci pour votre amour et votre dévouement.

A Léo, pour ces moments de fraternité partagés. Pour ces rires, ces disputes et ces confidences. Tu es pour moi un grand frère parfait.

Pour ces journées de chasse partagées avec papa.

A Anne-Lise, Gabriel et Alice, qui se sont rajoutés au fur et à mesure pour mon plus grand bonheur et pour tous ces beaux moments en famille.

A Hélène et Jean Pierre, pour leur soutien sans faille et ces longues heures passées au téléphone sur la route du retour de mes différents lieux de stage. Merci pour vos conseils et votre présence depuis toujours.

A ma belle famille, Paps'y, Mams'y, Franfreux, Mag, Castille, Pio, Philippa, Ksou, Dianouche, Rochy et Palmichou, vous m'avez accueilli de façon merveilleuse.

Merci pour tous ces beaux moments passés aux Grand-Pins et pour toutes vos délicates attentions à mon égard.

A Capu que j'aime chaque jour un peu plus. Merci pour ta patience toutes ces années et ton soutien, jusque dans l'écriture de cette thèse.

A nos beaux moments passés ensemble, les bons comme les moins bons, et surtout à tous ceux qui nous attendent.

Merci pour la femme et la maman que tu es. Je suis très fier de toi.

A Cézanne, ma plus grande fierté! Chaque jour passé avec toi est un bonheur. Je t'aime.

A Capu, A Cézanne, A nous 3...

## TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>12</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>17</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>18</b>
<b>PREAMBULE .....</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>20</b>
<b>1. Caractéristiques médicales de la population de Bordeaux .....</b>	<b>20</b>
<b>2. Démographie médicale .....</b>	<b>20</b>
2.1 Démographie médicale au plan national.....	20
2.2 Démographie médicale locale .....	21
<b>3. Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP).....</b>	<b>21</b>
3.1 Définitions.....	21
3.2 Les CPTS.....	22
3.3 Le projet de santé d'une MSP .....	22
3.4 Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) .....	23
3.5 Intérêt des médecins généralistes pour les MSP.....	24
3.6 Projet MSPU Saint-André .....	24
<b>4. Question de recherche et objectifs de l'étude.....</b>	<b>26</b>
4.1 Question de recherche.....	26
4.2 Objectif principal.....	26
4.3 Objectif(s) secondaire(s).....	26
<b>MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>27</b>
<b>1. La partie quantitative de l'étude .....</b>	<b>27</b>
1.1 Type d'étude .....	27
1.2 Population et échantillonnage .....	27
1.3 Questionnaire .....	28
1.4 Récupération des données.....	28
1.5 Analyse statistique .....	28
1.6 Aspects éthique et réglementaire.....	29
<b>2. La partie qualitative de l'étude .....</b>	<b>29</b>
2.1 Principe méthodologique de l'enquête qualitative .....	29
2.1.1 La recherche qualitative.....	29
2.1.2 Les focus groups .....	29
2.2 Matériel.....	29
2.2.1 Trame de l'entretien.....	29
2.2.2 Participants.....	30
2.3 Méthode .....	30
2.3.1 Déroulement de la séance.....	30
2.3.2 Retranscription des focus groups .....	31
2.3.3 Méthode d'analyse .....	31
<b>RESULTATS.....</b>	<b>32</b>
<b>1. Quantitatif .....</b>	<b>32</b>
1.1 Caractéristiques de la population cible et cinétique des réponses.....	32
1.2.1 Accès, accueil et secrétariat.....	33
1.2.2 Collaboration et partage d'information.....	33
1.2.3 Continuité des soins .....	34
1.2.3.1 Horaires cabinets et médecins.....	34

1.2.3.2 Soins non programmés .....	34
1.2.4 Orientation particulière.....	35
1.2.5 Cessation d'activité.....	35
1.2.6 Analyses croisées .....	35
1.3 Organisation de l'offre de soins primaires.....	35
1.3.1 Permanence des soins .....	35
1.3.2 Ressources présentes sur le territoire.....	36
1.3.2.3 Réseaux de soins .....	36
1.3.2.4 Formation médicale continue .....	36
1.3.3 Couverture sociale et barrière de la langue.....	37
1.3.4 Addictologie.....	37
<b>2. Qualitatif.....</b>	<b>38</b>
2.1 Caractéristiques des échantillons.....	38
2.2 Analyse des verbatims.....	38
2.2.1 L'accès aux soins non programmés.....	38
2.2.1.1 Au niveau du territoire.....	39
2.2.1.2 Au niveau du cabinet de groupe.....	39
2.2.1.3 Au niveau du médecin .....	39
2.2.2 L'Organisation des soins primaires.....	40
2.2.2.1 Organisation structurelle de l'offre en soins primaires .....	40
2.2.2.2 Organisation des soins primaires face aux problématiques de santé du territoire.....	40
2.2.2.3 Digitalisation générale de l'organisation des soins primaires .....	41
2.2.3 La continuité et la permanence des soins.....	42
2.2.4 La recherche de la confraternité.....	42
2.2.4.1 Confraternité au sein d'un cabinet de groupe ou MSP .....	42
2.2.4.2 Confraternité au sein du territoire.....	43
2.2.4.3 Défaut de confraternité au sein du territoire .....	43
2.2.5 Le désir de formation .....	44
2.2.5.2 La formation médicale souhaitée ou imaginée .....	45
2.2.6 Les besoins .....	46
2.2.6.1 Besoins ressentis au sein du cabinet.....	46
2.2.6.2 Besoins ressentis au sein du territoire.....	47
2.2.7 Les liens attendus entre la MSPU et les Médecins de ville .....	47
2.2.7.1 La MSPU un lieu participatif.....	48
2.2.7.2 La MSPU un lieu de regroupement.....	48
2.2.7.3 La MSPU un lieu de coordination médicale et paramédicale.....	48
2.2.7.4 Réserves concernant la MSPU .....	49
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>50</b>
<b>1. A propos des choix méthodologiques .....</b>	<b>50</b>
1.1 Choix méthodologique de l'étude quantitative.....	50
1.2 Choix méthodologiques de l'étude qualitative.....	51
1.2.1 Organisation et déroulement des focus groups .....	51
1.2.2 Les participants des focus groups.....	51
1.2.3 Horaires et lieu des focus groups .....	52
1.2.4 Les chercheurs et leur retranscription .....	52
<b>2. A propos des résultats .....</b>	<b>53</b>
2.1 La MSPU, une aide précieuse à la prise en charge d'une patientèle précaire et ou souffrant d'addiction aux opiacés .....	53
2.2 La MSPU, un lieu de formation médicale continue plébiscité par les médecins généralistes du secteur et vecteur de confraternité .....	54
2.3 La MSPU, un lieu de travail participatif des médecins généralistes du secteur notamment dans la prise en charge des soins non programmés.....	54
2.4 Un exemple de défaut de communication au sein du secteur ; l'accès aux soins gynécologiques.....	56
2.5 Une patientèle jeune et moins de malades chroniques.....	57
<b>3. Questions sans réponse et perspectives de recherche.....</b>	<b>58</b>

<b>CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXES : .....</b>	<b>63</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>136</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>137</b>

## GLOSSAIRE

**ACI** : Accord Conventionnel Interprofessionnel

**ALD** : Affection Longue Durée

**AME** : Aide Médicale d'État

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

**CASE** : Centre d'Accueil Santé Échange

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CGEA** : Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

**CMU** : Couverture Médicale Universelle

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CPTS** : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé

**CSS ou C2S** : Complémentaire Santé Solidaire

**DMG** : Département de Médecine Générale

**DPC** : Développement Professionnel Continu

**FMC** : Formation Médicale Continue

**IPPO** : Information Prévention Proximité Orientation

**IRIS** : Îlots Regroupés pour l'Information Statistique

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**MG** : Médecin Généraliste

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**MSPU** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire

**MSU** : Maître de Stage Universitaire

**MT** : Médecin Traitant

**ORS NA** : Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle-Aquitaine

**PAACO** : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication

**PTA** : Plateformes territoriales d'appui

**RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

**REPPOP** : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

**SAU** : Service d'Accueil d'Urgence

**SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau n°1 : Cinétique de réponses de la population cible (N=83)

Tableau n°2 : Horaires d'ouverture du cabinet et de présence des médecins

Tableau n°3 : Caractéristiques des médecins participants au focus group n°1 du 15/12/2020

Tableau n°4 : Caractéristiques des médecins participants au focus group n°2 du 14/01/2021

Tableau n°5 : Caractéristiques des médecins participants au focus group n°3 du 13/04/2021

## **LISTE DES FIGURES**

Figure n°1 : Population contactée avant exclusion

Figure n°2 : Flow chart

Figure n°3 : Difficultés d'accès aux spécialistes

Figure n°4 : Difficultés d'accès aux examens complémentaires

## **PREAMBULE**

Ce travail a été réalisé à deux thésards dans le but d'améliorer sa qualité et sa validité. Ce préambule a pour objet de préciser la genèse du projet, son déroulé et nos implications respectives.

### Genèse du travail de thèse

L'idée de ce travail nous a été proposée initialement par le Pr Jean-Philippe Joseph, directeur du département de médecine général (DMG) de l'université de Bordeaux. En effet le DMG avait depuis de nombreuses années le projet de création d'une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire (MSPU) dans le centre de Bordeaux, en lien étroit avec le CHU. Dans le cadre de ce projet, la nécessité d'obtenir une évaluation des besoins en santé du secteur s'est rapidement imposée. Ce travail a été initié dans un premier temps sous la direction du Pr Jean-Philippe Joseph, avec comme idée première de réaliser une étude quantitative. Très vite le Pr William Durieux a souhaité apporter une partie qualitative à notre travail. Devant la quantité de travail et le choix d'une méthode mixte quantitative et qualitative, l'idée de travailler à deux thésards est devenue indispensable pour apporter une plus grande validité à l'étude.

### Recueil des données

Le recueil des données quantitatives a été effectué par les deux thésards de manière concomitante. Nous nous sommes répartis les professionnels à contacter et chacun était chargé de relancer ceux qui n'avaient pas répondu au premier contact téléphonique, présentiel ou par mail.

Pour les focus groupes, nous avons assisté tous les deux aux trois réunions en qualité d'observateur. Nous avons divisé l'enregistrement vidéo à part égal pour réaliser la retranscription. Chaque thésard a relu la partie rédigée par son co-thésard.

### Analyse des données

Les résultats quantitatifs ont été rédigés en se divisant les questionnaires en deux. Les verbatims ont été extraits des focus groupes après avoir fait un double codage. Chaque thésard a codé l'intégralité des retranscriptions avec ensuite un croisement des codages pour établir le codage final.

### Ecriture de la thèse

L'introduction a été rédigée en se divisant les parties en deux. Victor-Louis Tessier a rédigé la méthode qualitative et Hugues Esseul la méthode quantitative. Les parties résultats, discussion et conclusion ont été rédigées à deux.

La relecture finale du document a été assurée par les deux thésards.

La partie quantitative a été relue par le Pr Jean-Philippe Joseph, et la partie qualitative par le Pr William Durieux.

# INTRODUCTION

## 1. Caractéristiques médicales de la population de Bordeaux

La ville de Bordeaux comptait en 2020, 254 436 habitants (1). Cette population est représentée à 42,6% par les 18-39 ans (26,6% pour la moyenne nationale) et 9,4% pour les 65-79 ans (13,2% au niveau national) (2).

On dénombre 19,7% de la population des 17 ans et plus qui est exonérée au titre d'une affection de longue durée (ALD), contre 23,4% au niveau national. Les pathologies majoritairement représentées par ces ALD sur le territoire sont les affections psychiatriques de longues durées (4,1% sur la CPTS de Bordeaux versus 2,4% au niveau national). A l'inverse la pathologie diabétique est moins représentée qu'au niveau national (2,9% sur la CPTS de Bordeaux versus 5% sur le pays).

A Bordeaux, 12,6% de la population bénéficie d'une complémentaire santé solidaire (CSS) contre 10,1% au niveau national. Le nombre de patients de 17 ans et plus sans médecin traitant sur la ville de Bordeaux est de 25 512 soit 11,8% contre 10,1% de la population en moyenne en France.

Nous sommes donc en présence d'une population jeune, plus précaire que la moyenne nationale et avec une prédominance des affections psychiatriques de longues durées (y compris les troubles liés à l'addictologie).

## 2. Démographie médicale

### 2.1 Démographie médicale au plan national

Au 1er janvier 2020, le Conseil national de l'ordre des médecins dénombre 198 018 médecins libéraux en activité régulière sur le territoire. Parmi ces médecins, 86 102 (44,3%) sont spécialisés en médecine générale. Le nombre de médecins généralistes en activité régulière a baissé de 1% depuis 2019 et de 9% depuis 2010, ce qui se traduit par une décroissance moyenne annuelle de 0,9%.

Les variations régionales du nombre de médecins généralistes en 2019-2020 montrent des destins différents en fonction des régions. Par exemple, la région Ile-de-France voit une diminution de 2,1% des médecins généralistes exerçant une activité régulière en 2019-2020, contrairement à la Bretagne qui voit son nombre augmenter de 1,2% sur la même période (3).

Comme toutes les spécialités ayant un exercice libéral, on constate sur les dix dernières années une féminisation de la profession. En effet, au 1er janvier 2020, les femmes représentent 50,4% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière contre 39,2% en 2010, soit une augmentation de 11% en dix ans.

L'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière sur le territoire national en 2020 est de 50,1 ans. Cet âge moyen est relativement stable sur les dix dernières années contrairement aux autres spécialités libérales qui voient un rajeunissement de leurs effectifs.

## **2.2 Démographie médicale locale**

Toujours avec le recensement des médecins généralistes inscrit au tableau de l'ordre au 1er janvier 2020, la région Nouvelle-Aquitaine est une des rares régions où la variation du nombre de médecins généralistes exerçant une activité régulière entre 2019-2020 est stable après avoir connu une augmentation de 1,2% entre 2010 et 2020.

On dénombre 408 médecins généralistes ayant une activité libérale sur la ville de Bordeaux. Le contrat local de santé de Bordeaux métropole (pour la période 2019-2023) rédigé conjointement par l'Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS NA) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) (4), stipule que Bordeaux métropole est bien dotée en termes de médecins généralistes libéraux avec une densité de 126,8 pour 100 000 habitants (89,2 sur le plan national).

Une ville comme Bordeaux fait partie des territoires les plus peuplés en médecins, notamment généralistes en exercice libéral. Néanmoins, une thèse soutenue en 2016 par Frédéric Comby (5), qui interrogeait les médecins généralistes de trois quartiers de Bordeaux centre (avec un taux de participation de 52%), soulignait l'inquiétude des acteurs de soins de santé primaires locaux compte tenu de l'augmentation importante de la population bordelaise dans certains quartiers liée aux projets de Bordeaux métropole. Les médecins généralistes ne souhaitent pas augmenter leur temps de travail, certes supérieur à la population générale, alors qu'ils déclaraient en moyenne 47,5 heures/semaine de travail pour une moyenne nationale de 57 heures/semaine. Ils privilégiaient l'installation en cabinet de groupe car elle permettait selon eux de voir plus de patients par heure que dans un exercice solitaire. Les médecins installés en groupe déclaraient voir en moyenne 3,8 patients par heure contre 3,1 patients par heure lors d'une installation solitaire.

L'exercice regroupé et coordonné, sous forme de maisons de santé pluri professionnelles (MSP), pourrait donc constituer une réponse à l'augmentation rapide de la population tout en répondant aux besoins et aux souhaits des médecins généralistes.

## **3. Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP)**

### **3.1 Définitions**

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 (6).

Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'Agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. En juillet 2020, 1617 MSP en fonctionnement et 451 MSP en projets étaient recensées sur le territoire

(7). On compte 134 MSP en Nouvelle-Aquitaine et 12 en Gironde (8). A Bordeaux, une seule association de ce type existe, la MSP Saint-Jean (9).

Les maisons de santé pluri professionnelles sont des structures de soins de premier recours qui réunissent des professionnels médicaux (au moins deux médecins) et paramédicaux. Elles reposent sur une coordination des soins, formalisée par un projet de santé et se distinguent en cela d'un simple regroupement de professionnels, type cabinet de groupe.

Le projet de santé s'appuie sur un diagnostic des besoins et s'articule autour d'un projet professionnel de la prise en charge des patients : accès aux soins, continuité et permanence des soins, coopération et coordination externe, "nouveaux services" (éducation thérapeutique, télémédecine) (10).

En facilitant la permanence et la continuité des soins, en favorisant la coordination des soins et en répondant aux besoins en santé spécifiques d'un territoire, les MSP permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de l'exercice des différents professionnels.

### **3.2 Les CPTS**

Les MSP peuvent contribuer à l'éclosion de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Elles regroupent les professionnels d'un même territoire (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 s'organiser à leur initiative autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes (11). Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.

Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient. De plus, l'exercice en équipe répond aux aspirations des jeunes médecins.

Ce dispositif vise à faciliter l'exercice des professionnels de santé tout en améliorant l'organisation des prises en charge des patients. Il émerge avant tout à partir des initiatives des professionnels de santé eux-mêmes d'un même territoire.

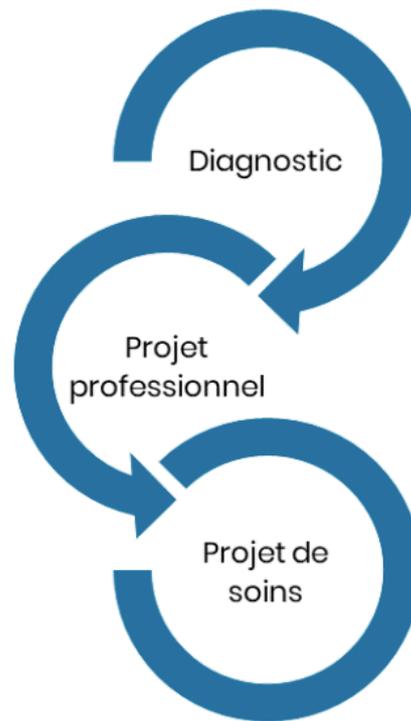
C'est l'une des mesures du plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » qui vise à décloisonner et réorganiser le système de soins, avec pour objectif : « 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé d'ici 2022 » (11).

### **3.3 Le projet de santé d'une MSP**

Une MSP, mono ou multi site, est une structure au sein de laquelle les professionnels exercent de manière coordonnée. Le projet de santé est le document qui permet de formaliser cette coordination. Il s'appuie sur un diagnostic préalable des besoins, et s'articule autour d'un projet professionnel et d'un projet d'organisation de la prise en charge des patients (ou projet de soin) (12, 13).

Dans la partie diagnostic préalable y figurent les modalités de réalisation du diagnostic ainsi que les missions et activités de la structure.

Le projet d'organisation pluri professionnelle doit détailler l'organisation de la structure (les professionnels qui la composent et leur organisation interne), la coordination et la concertation entre les professionnels de la structure (modalités de travail en équipe, de partage d'information à travers un système d'information commun, management de la structure), l'accueil et l'encadrement des professionnels de santé en formation (accueil d'étudiants, participation éventuelle à des projets de recherche...), ainsi qu'une partie précisant les modalités visant à améliorer le développement professionnel continu (DPC) des membres de la structure et les démarches d'amélioration continue de la gestion des risques (groupes d'analyse de pratique, groupes de pairs...).



Le projet de prise en charge des patients doit traiter de l'accès aux soins ainsi que de la continuité et la permanence de ceux-ci (horaires d'ouverture, gestion des gardes, organisation des consultations avec ou sans rendez-vous...), de la coopération et de la coordination externe (partenariat avec les autres acteurs de santé du territoire...), des actions développées par la structure au profit de la patientèle (prévention, dépistage, éducation thérapeutique...), les modalités d'évaluation de la qualité de la prise en charge, la gestion des informations de santé des patients (partage des informations entre les acteurs de la MSP).

### **3.4 Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)**

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) a été créée en 2011 pour répondre aux besoins des maisons de santé pluri professionnelles et leur permettre de percevoir des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant (10).

La SISA, qui relève du régime des sociétés civiles, comporte en effet un double objet :

- La mise en commun de moyens nécessaires à l'activité
- Et l'exercice d'activités réalisées en commun par ses membres (coordination, coopération, éducation thérapeutique)

Dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), les professionnels de santé associés dans la SISA peuvent percevoir collectivement des rémunérations forfaitaires annuel (de l'ordre de 40 000 euros en moyenne).

Des statuts-types ont été élaborés au niveau national par les conseils de l'ordre des différentes professions de santé.

### **3.5 Intérêt des médecins généralistes pour les MSP**

Une étude réalisée par entretiens semi-dirigés, entre 2011 et 2012, sur les attentes des professionnels de soins primaires engagés dans la création d'un projet de MSP urbaine sur la commune de Marly dans la proche banlieue de Valenciennes (14), révélait que les professionnels aspiraient à exercer différemment en collaborant et en coordonnant les soins. Ils attendaient également de l'exercice en MSP une optimisation des soins par le partage des connaissances, de l'éducation thérapeutique et la prévention. Ils espéraient qu'une démarche universitaire soit présente avec une valorisation des soins primaires dans les études médicales et paramédicales. Un dossier médical partagé entre les intervenants de la MSP afin d'améliorer les échanges entre soignants était également attendu. Une sérénité professionnelle, un cadre de travail propice à leur épanouissement et un exercice non isolé étaient souhaités. Enfin ils attendaient également le maintien de leur indépendance professionnelle et désiraient garder la relation privilégiée qui les lie à leurs patients.

Il existe d'autres avantages à exercer dans une MSP. Le regroupement à plusieurs permet de créer un poste de secrétariat et ainsi décharger le professionnel de tâches administratives, le professionnel de santé pouvant alors mieux se consacrer à son activité de soignant (14). Les médecins, comme les autres professionnels exerçant en groupe, peuvent plus facilement répartir leurs congés dans l'année car ils n'ont plus à chercher un remplaçant, tâche qui devient de plus en plus difficile (14).

Pour un professionnel de santé proche de la retraite, l'implication dans un projet de maison de santé présente aussi l'intérêt de savoir que la continuité de la prise en charge de sa patientèle après son départ sera assurée (14).

Une enquête chez des jeunes médecins non installés et des internes en fin de cursus exerçant dans le département de la Vienne en 2013 (15), montrait que ces jeunes médecins sont attirés par l'exercice en MSP mais qu'ils ne connaissent pas bien le projet de soins et la gestion qu'impose une telle structure. Les quelques participants ayant déjà exercé en MSP étaient favorables à l'installation au sein d'une telle structure en milieu semi-rural mais ne voulaient pas participer à un projet de création d'une MSP qui leur paraissait trop complexe. La jeune génération est donc attirée par ces structures sans pour autant se sentir assez à l'aise avec ces projets qui demandent beaucoup d'organisation.

### **3.6 Projet MSPU Saint-André**

Le projet étudié dans notre thèse porte sur la création d'une maison de santé pluri professionnelle universitaire (MSPU) sur le secteur de Bordeaux centre. Une maison de santé pluri professionnelle universitaire est une maison de santé ayant signé une convention tripartite avec l'Agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires (16). Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces MSPU sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Cette structure exercera une activité de soins primaires programmés (sur rendez-vous) et non programmés dans des locaux attenants à l'Hôpital Saint-André. Après avoir intégré une organisation collective donnant la priorité à la gestion des soins non programmés, chaque

médecin participant pourra organiser, comme il le souhaite, son activité individuelle de visite à domicile et de consultation.

Le caractère universitaire de la structure permettra de développer l'enseignement de la médecine générale et la recherche en soins de santé primaire. Les médecins de la MSPU seront tous maîtres de stage et participeront activement à la formation pratique des futurs médecins généralistes en proposant un lieu de stage en lien avec le Département de Médecine Générale (DMG) pour le deuxième et troisième cycle (externes et internes). Les étudiants participeront à l'ensemble de l'activité des médecins : réunions d'équipe pluri professionnelle autour d'un cas, réunions hebdomadaires de transmission et de gestion de participation du travail collaboratif entre médecins. Ils bénéficieront de supervision directe et indirecte. La MSPU organisera le passage du certificat de compétence clinique pour les étudiants de l'Université de Bordeaux. Elle organisera et réalisera des formations des maîtres de stages du secteur géographique en lien avec le DMG et Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA).

Les médecins de la MSPU en tant que membre du DMG et/ou Maître de Stage Universitaire (MSU) seront directeurs de thèses d'exercice avec un objectif de valorisation des travaux (publications, congrès). Ils participeront et candidateront sur les appels d'offre nationaux et régionaux, sur les projets de recherche en soins premiers, et faciliteront la collaboration entre soins premiers et soins secondaires.

Le but de cette MSPU serait également de promouvoir les actions de préventions locales et régionales en terme de santé et d'éducation thérapeutique.

Cette MSPU serait une structure inédite à Bordeaux. Afin de l'intégrer dans le paysage et l'organisation des soins actuels du territoire, il est essentiel de réaliser un état des lieux auprès des médecins généralistes installés. Nous devons donc connaître les besoins des médecins généralistes du territoire, identifier leurs habitudes et leur organisation de travail. Connaître les facilités et difficultés d'accès à un médecin traitant, à la gestion des soins non programmés et les réalités d'exercice regroupé et coordonné sur le territoire, sont des éléments essentiels au diagnostic à réaliser en amont de la création d'une MSP. Il est également intéressant de sonder l'opinion des Médecins Généralistes concernés et de connaître leur ressenti vis à vis de la création d'une telle structure (engouement et/ou réticences).

## **4. Question de recherche et objectifs de l'étude**

### **4.1 Question de recherche**

Notre travail allait donc consister à répondre à la question de recherche suivante : Quels sont les besoins et attentes des médecins généralistes du quartier de Bordeaux centre concernant l'organisation des soins de santé primaire et la place d'une maison de santé pluri professionnelle universitaire ?

### **4.2 Objectif principal**

Décrire l'organisation et l'offre de soin des cabinets médicaux, ainsi que les représentations des médecins généralistes autour d'un projet de MSPU sur le secteur de Bordeaux centre.

### **4.3 Objectif(s) secondaire(s)**

Évaluer à partir de leurs expériences professionnelles les avantages et les inconvénients que les médecins généralistes du secteur trouvent à la création de cette MSPU concernant :

- L'accessibilité aux soins
- La continuité des soins
- La permanence des soins
- La coordination des soins

# MATERIEL ET METHODES

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons donc décidé de réaliser deux études : une étude quantitative pour faire l'état des lieux de l'organisation de l'offre de soin des cabinets médicaux dans le secteur choisi, puis une étude qualitative pour évaluer le ressenti des médecins exerçant dans le secteur concernant l'offre de soins qu'ils proposent et leur représentation d'une future MSPU.

## 1. La partie quantitative de l'étude

### 1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, par questionnaire adressé aux médecins généralistes de la zone étudiée.

### 1.2 Population et échantillonnage

La population étudiée était constituée par l'ensemble des médecins généralistes de Bordeaux intra-boulevard dans un secteur proche de la future MSPU basée sur le site de l'hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux). Nous avons fait le choix d'un périmètre de 1,5 km centré sur le lieu d'implantation de la future MSPU.

Pour obtenir cet échantillon de médecins généralistes, nous avons tout d'abord référencé les médecins généralistes intra-boulevard, ayant une activité libérale ou mixte sur l'annuaire du site ameli.fr (17) consulté le 4 septembre 2020 (N=216). Nous avons exclu les médecins généralistes installés non conventionnés, n'exerçant plus, ou avec un mode d'exercice particulier à temps plein (N=8), puis ceux en dehors du périmètre choisi, pour garder 60 médecins.

Devant le caractère universitaire du projet, nous avons également inclus les maîtres de stages universitaires (MSU) installés sur la ville de Bordeaux au-delà des 1,5 Km de l'hôpital Saint-André (N=23).

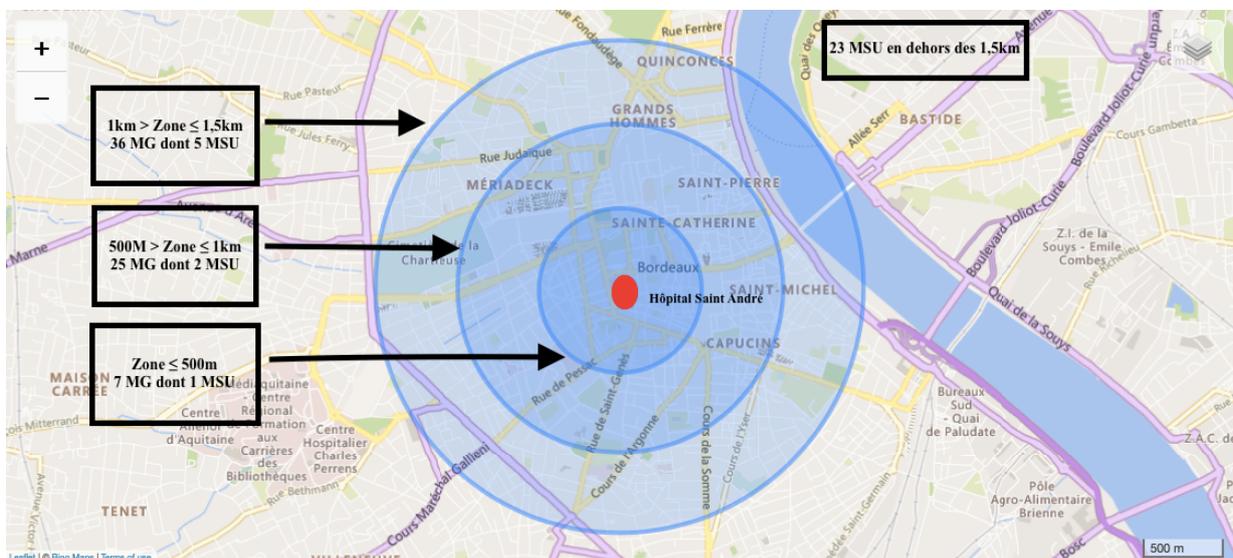


Figure n°1 Population contactée avant exclusion

### **1.3 Questionnaire**

Le questionnaire (annexe n°1) a été établi avec l'aide de nos directeurs de thèse, après avoir effectué un état des lieux des domaines d'activités à explorer pour caractériser au mieux l'activité des médecins généralistes du secteur et leurs besoins. Nous avons réalisé cinq versions de ce questionnaire avant d'avoir notre version finale.

Ce questionnaire, composé de soixante-sept questions, est divisé en sept parties (Mode d'exercice, Patientèle, Continuité des soins, Permanence des soins, Réseaux de soins, Précarité sociale et Collaboration avec la future MSPU). Il a été testé sur trois médecins généralistes n'appartenant pas à la population étudiée.

Nous l'avons numérisé sur le logiciel LimeSurvey®, afin d'envoyer le lien par mail aux médecins interrogés dont l'adresse électronique était disponible, ou le remplir nous-mêmes lors d'entretiens téléphoniques ou en présentiel dans le cas contraire.

### **1.4 Récupération des données**

Nous avons prévu d'effectuer le recueil de données entre le 06 décembre 2020 et le 06 janvier 2021.

Le Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux nous a fourni les adresses mails des médecins MSU. Nous avons prévu d'envoyer initialement un courriel comprenant le lien du questionnaire aux médecins MSU. Une seconde relance par courriel était prévue quelques jours plus tard. Enfin un appel téléphonique était prévu pour mobiliser les médecins non répondants.

Pour les médecins non MSU, nous avons utilisé les numéros de l'annuaire disponible sur le site Améli de l'Assurance Maladie.

Un premier appel téléphonique au cabinet était prévu afin d'établir un rendez-vous téléphonique ou présentiel pour remplir le questionnaire. Deux autres relances téléphoniques étaient prévues quelques jours plus tard. Si les médecins n'avaient pas le temps de nous recevoir, nous avons pour objectif de récupérer leurs adresses mails pour leur envoyer le questionnaire à remplir. Enfin, nous avons prévu de réaliser une visite au cabinet pour les médecins restants injoignables.

Nous avons également, avec l'aide de nos directeurs de thèse, contacté la CPAM de la Gironde pour obtenir les données statistiques du territoire ciblé dans le cadre du projet de création de la MSPU. Les données sont classées selon des IRIS (Annexe N°3). Les IRIS (Îlots Regroupés pour l'Information Statistique) sont des découpages de commune, permettant des analyses statistiques plus fines sur les grandes communes (communes d'au moins 10 000 habitants). La commune de Bordeaux se découpe en 88 IRIS, répartis sur 13 grands quartiers. Le territoire ciblé est composé de 30 IRIS de l'hypercentre de Bordeaux.

### **1.5 Analyse statistique**

Les réponses au questionnaire, administré en ligne ou par les investigateurs lors d'entretiens présents ou téléphoniques, ont été recueillies et exportées du logiciel Limesurvey® vers un fichier Excel®. Seuls les questionnaires entièrement complétés ont été retenus pour l'analyse.

Les variables qualitatives étaient décrites en termes d'effectifs ou de pourcentage. Un test du Chi2 a été utilisé pour la recherche d'une association entre deux variables avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyennes, de médianes et d'écart-type.

### **1.6 Aspects éthique et réglementaire**

Toutes les données récupérées pendant cette recherche étaient strictement anonymes et ne permettaient en aucun cas d'identifier les médecins ayant répondu à l'étude.

Aucune déclaration à la CNIL n'a été réalisée.

## **2. La partie qualitative de l'étude**

### **2.1 Principe méthodologique de l'enquête qualitative**

#### 2.1.1 La recherche qualitative

Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Les méthodes qualitatives sont issues des sciences humaines et permettent aux chercheurs d'appréhender la complexité des comportements des acteurs du système de santé. L'approche qualitative permet un recueil de données qui conduisent à une hypothèse. On va donc de l'observation à l'hypothèse par une démarche inductive, interprétative.

La méthode qualitative a été particulièrement utilisée en Grande Bretagne dans les études portant sur l'organisation des soins, les comportements des professionnels de santé, les interactions entre les soignants et les patients. Parmi les techniques les plus employées, on retrouve les entretiens individuels ou les entretiens de groupe (focus group)(18).

Le choix s'est donc porté sur une recherche qualitative en complément de notre étude quantitative car il nous importait de recueillir les besoins et attentes des médecins du secteur.

#### 2.1.2 Les focus groups

Cette technique utilise l'expertise et la dynamique de groupe. Elle favorise l'émergence de nouvelles idées que les entretiens individuels n'apportent pas toujours (18).

Le focus group réunit un petit nombre de participants. Les participants ont des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le thème abordé.

Ils répondent à des questions ouvertes dont l'intérêt est de stimuler le travail de groupe. Ces questions permettent de répondre à un thème de travail ciblé au préalable.

### **2.2 Matériel**

#### 2.2.1 Trame de l'entretien

L'entretien se composait de questions ouvertes afin de recueillir des réponses étoffées de la part des participants.

Lors de ces réunions, trois grandes questions ont été abordées :

- Question n°1 : Quelles sont vos expériences concernant l'organisation des soins et la collaboration entre médecins généralistes sur le territoire de Bordeaux intra-boulevard ?
- Question n°2 : Quelle organisation permettrait une collaboration idéale entre les médecins généralistes du secteur de Bordeaux centre ?
- Question n°3 : Si une Maison de Santé Pluri professionnelle Universitaire devait se créer sur Bordeaux, autour de l'hôpital Saint-André, quelles seraient selon vous les attentes des médecins généralistes du territoire vis-à-vis de cette structure ?

### 2.2.2 Participants

Comme expliqué précédemment, nous avons donc créé un questionnaire pour notre étude quantitative à la fin duquel était proposée la participation à un focus group avec un choix de trois dates possibles.

Ce questionnaire a été envoyé par mail à l'ensemble des praticiens concernés le 6 décembre 2020.

Par la suite, plusieurs relances ont été effectuées : les 8, 11 et 14 décembre par téléphone et un second mail a été envoyé le 10 décembre 2020.

Le focus group du 15 décembre a réuni 4 médecins.

Celui initialement prévu le 7 janvier a dû être annulé faute de participants malgré diverses relances.

Pour le focus group du 14 janvier, 6 médecins étaient initialement inscrits. Seuls 2 ont pu réellement participer, les 4 autres s'étant excusés dans la journée de ne pouvoir finalement être présents.

Pour le focus group du 13 avril, 4 médecins ont participé.

A chaque réunion, étaient également présents le Pr. Durieux (co-directeur de cette thèse et formateur enseignant et animateur expérimenté de focus groupe), le Pr. Joseph, (directeur de cette thèse et médecin généraliste installé intra-boulevard), Hugues Esseul et Victor-Louis Tessier (observateurs et co-thésards).

## 2.3 Méthode

### 2.3.1 Déroulement de la séance

Initialement prévues en présentiel à l'hôpital Saint-André (futur lieu de la MSPU), ces réunions ont finalement dû se dérouler par visioconférence suite aux restrictions sanitaires liées à la période de pandémie.

Les réunions se sont déroulées les 15 décembre 2020 à 20h30, le 14 janvier 2021 à 20h30, le 13 avril 2021 à 20h30.

Chaque séance était introduite par un modérateur, le Pr Durieux appuyé par une présentation Powerpoint® via un partage d'écran.

La réunion commençait avec un mot d'accueil pour les participants.

Puis étaient présentées la méthode du focus group, les modérateurs (chargé d'animer et de recentrer le débat) et les observateurs (chargés de la retranscription).

Les participants étaient ensuite invités à se présenter.

La séance commençait alors avec l'exposition des différents thèmes qui seraient abordés par des questions ouvertes.

La parole était donnée à l'un des médecins et chacun prenait ensuite la parole spontanément pour rebondir ou agrémenter le débat.

Lorsque les participants n'avaient plus rien à exprimer sur le sujet, le modérateur dirigeait ensuite la discussion sur les questions suivantes.

Il avait été convenu que la durée des séances seraient d'1h30 approximativement, ce qui a été le cas.

### 2.3.2 Retranscription des focus groups

Chaque focus group était enregistré via l'application Zoom®. Les participants ont été prévenus de l'enregistrement de ces séances. Par souci d'anonymat, ces enregistrements ont été supprimés dès la retranscription écrite faite.

La retranscription s'est faite avec plusieurs écoutes afin de rester le plus fidèle possible au déroulement des séances. Elle a été faite sur un fichier de type texte.

L'intégralité des retranscriptions est consultable en annexe et respecte l'anonymat des participants. Chaque intervenant est désigné par "Dr1 Dr2 etc." suivi d'un chiffre. Les modérateurs sont désignés par "M1", et "M2".

Les erreurs de langage ont été conservées.

Les phénomènes non verbaux sont signalés entre parenthèses.

### 2.3.3 Méthode d'analyse

Il s'agit d'une analyse thématique avec triangulation des données. Elle se fait sur un mode linéaire en suivant l'ordre des questions qui constituaient le guide de l'entretien. Dans un premier temps, plusieurs lectures du verbatim nous ont permis de bien s'imprégner du contenu, et de repérer les interventions de chaque participant se rapportant aux thèmes abordés. Une phase de codage découpait le contenu du verbatim en « sous verbatim » qui étaient rattachés aux thèmes préalablement définis. Nous avons utilisé un code couleur en surlignant les idées se rapportant à un même thème. Certaines parties du texte pouvaient correspondre à plusieurs thèmes.

Ensuite, chaque sous verbatim était découpé de nouveau selon les idées exprimées.

Les verbatims ont été extraits des focus groupes après avoir fait un double codage. Chaque thésard a codé l'intégralité des retranscriptions avec ensuite un croisement des codages pour établir le codage final.

L'étape suivante consistait en un regroupement et une réorganisation de ces idées pour structurer et améliorer la lisibilité de l'ensemble. La présentation des analyses faites sur ces verbatim reprend les cinq grands thèmes qui ont structuré la trame de l'entretien en séance. Les idées exprimées structurent la présentation à l'intérieur de chacun de ces thèmes. Des verbatims représentant au mieux les avis exprimés pour chaque thème ont été sélectionnés et cités dans cette section. Nous avons procédé à cette même méthode d'analyse pour les trois groupes.

# RESULTATS

## 1. Quantitatif

### 1.1 Caractéristiques de la population cible et cinétique des réponses

La population cible de l'étude était composée de 83 médecins généralistes : 47 hommes (56,6%) pour 36 femmes (43,4%). Parmi ces médecins 23 (27,7%) étaient MSU. Quarante-six ont finalement répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 55.4%. Un questionnaire n'était pas exploitable.

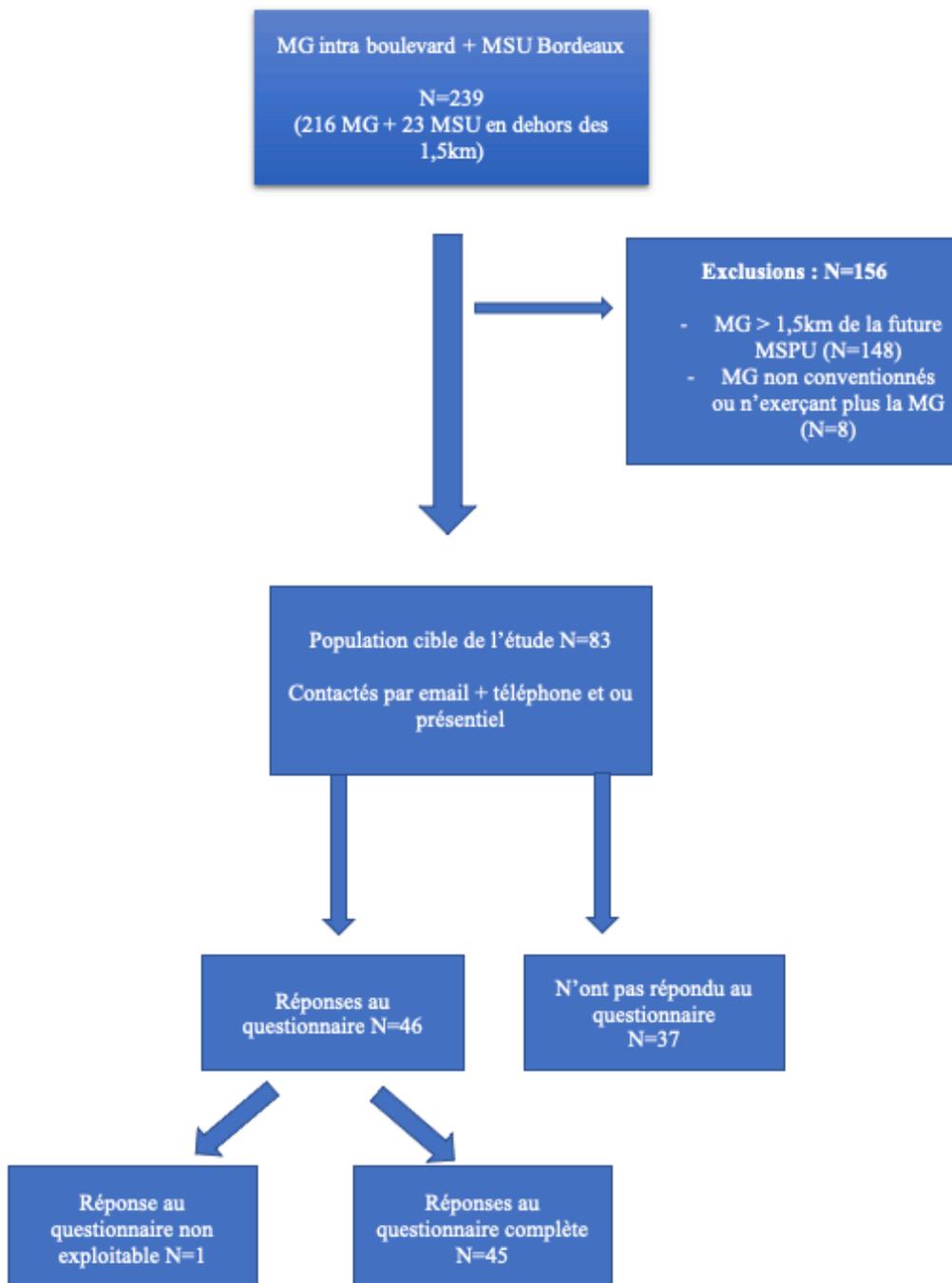


Figure n°2 : Flow chart

Tableau n°1 : Cinétique de réponses de la population cible (N=83)

Date	Intervention	Nombre de réponses obtenues	Nombre total de réponses
6 décembre 2020	Envoi d'un mail MSU	10	10
8 décembre 2020	Appel médecins non MSU	6	16
10 décembre 2020	Second mail MSU	6	22
11 décembre 2020	Second appel médecins non MSU	4	26
14 décembre 2020	Troisième appel médecins non MSU	11	37
15 décembre 2020	Visite au cabinet médecins non MSU injoignables	4	41
6 janvier 2021	Derniers questionnaires reçus par mail	5	46

## 1.2 Organisation des cabinets médicaux

### 1.2.1 Accès, accueil et secrétariat

Une grande majorité des médecins interrogés (88,9%) acceptent des nouveaux patients en tant que médecin traitant.

En ce qui concerne l'accès au cabinet médical par des personnes à mobilité réduite, environ 24% des médecins interrogés signalent que leurs locaux ne répondent pas aux normes en vigueur.

Un médecin sur cinq interrogés ne dispose d'aucun secrétariat. Pour les autres, 83,3% d'entre eux bénéficient au moins des services d'un secrétariat à distance et seulement 16,6% d'un secrétariat en présentiel uniquement.

### 1.2.2 Collaboration et partage d'information

Environ 2/3 des médecins interrogés exercent en groupe, pour la plupart (93,3%) avec au moins un autre médecin généraliste. Chaque médecin généraliste travaillant en groupe exerce en moyenne avec 2 ou 3 autres médecins généralistes. Ils partagent, pour la quasi-totalité (92,8%) d'entre eux, systématiquement les dossiers médicaux de leurs patients.

Un peu moins d'1/4 des médecins qui exercent en groupe collaborent avec d'autres professionnels de santé. Il s'agit majoritairement de psychologues et d'ostéopathes, avec lesquels le partage des dossiers médicaux n'est que ponctuel et partiel.

Il existe un grand nombre de logiciels métiers utilisés. Cependant 3 logiciels sortent du lot du fait de leur fréquence d'utilisation. Ainsi 26 (57,7%) des médecins interrogés utilisent : Hellodoc N=14 (31,1%), Axisanté N=6 (13,3%) et Almapro N=6 (13,3%).

Les autres logiciels utilisés sont minoritaires : Docteur santé N=4, MLM N=3, Xmed N=3, Accès santé N=2, Crossway N=2, Médistory N=2, Médiclick N=1, Medicawin N=1, Medical Went N=1.

Dans l'ensemble, les praticiens sont assez satisfaits de leur logiciel. Les deux praticiens qui se disent insatisfaits seraient prêts à changer d'outil.

### 1.2.3 Continuité des soins

#### 1.2.3.1 Horaires cabinets et médecins

Tableau n°2 : Horaires d'ouverture du cabinet et de présence des médecins

	HORAIRES CABINET				HORAIRES MEDECINS			
	Moyenne temps ouverture cabinet	Écart type	Médiane	Amplitude horaire maximale	Moyenne temps de travail médecin	Écart type	Médiane	Amplitude horaire maximale
Lundi	9h44	2	10h	7h-22h	8h39	2,7	9h	7h45-22h
Mardi	9h37	2	10h	7h-22h	8h30	2,7	9h	7h45-22h
Mercredi	9h17	2,5	10h	7h-22h	8h15	2,9	9h	7h45-22h
Jeudi	9h14	2,6	10h	7h-22h	8h15	2,8	8h30	7h45-22h
Vendredi	9h36	2	10h	7h-22h	8h20	2,9	9h	7h45-22h
Samedi	3h	0	3h		3h	0	3h	
Total hebdomadaire	50h29	11,1	53h		45h	14	47h30	

En moyenne, les horaires d'ouvertures sont de 8h45 à 12h30 et de 13h50 à 17h45.

Seulement 4,3% (N=3) des médecins interrogés travaillent tous les samedis matin alors que 58,7% (N=27) des médecins qui ne le font jamais. Les autres travaillent de façon variable une fois sur 2, 3 ou 4 samedis.

Pour ce qui est des visites à domicile, 84,4% des médecins en pratiquent.

#### 1.2.3.2 Soins non programmés

La majorité des médecins accepte de recevoir en consultation des patients en urgence, qu'ils soient leur médecin traitant (84,4%) ou pas (86,8%).

Ces consultations urgentes ou non programmées représentent en moyenne 23 actes par semaine par médecin.

L'organisation pour recevoir ces urgences est variable : créneaux dédiés (50%), doublons ou consultations sans rendez-vous (50%).

Soixante et onze pourcents des médecins généralistes sont en mesure d'effectuer une visite en urgence le jour même.

Pour le peu de médecins qui ne prennent pas en charge les soins urgents, les patients sont majoritairement redirigés vers SOS médecins.

#### 1.2.4 Orientation particulière

En ce qui concerne la téléconsultation, 74% des médecins généralistes concernés réalisent des téléconsultations, en moyenne 9 par semaine.

Pour ce qui est du suivi gynécologique, 35% des médecins interrogés réalisent eux-mêmes le suivi gynécologique de leurs patientes. Treize d'entre eux (28,8%) réalisent des frottis cervico-utérins, quatre (8,9%) la pose de dispositif intra-utérin, huit (17,8%) la pose d'implant et neuf (20%) le retrait d'implant. Aucun cependant ne pratique l'IVG médicamenteuse.

Pour les autres, ils redirigent majoritairement leurs patientes vers des gynécologues de ville ou des sages-femmes.

Enfin, tous les médecins interrogés déclarent pratiquer le suivi médical des enfants.

#### 1.2.5 Cessation d'activité

Cinq des médecins interrogés projettent d'arrêter leur activité libérale prochainement dont trois dans l'année. Seulement un d'entre eux a trouvé un successeur et trois partiront même sans en avoir trouvé.

#### 1.2.6 Analyses croisées

Nous avons essayé d'analyser les réponses aux questionnaires en fonction du mode d'installation (médecins en groupe ou non) et de la présence ou non d'un secrétariat. Les résultats sont disponibles en annexe n°4. Les médecins installés en groupe ont significativement plus de secrétariat que ceux qui sont installés seuls. Les autres résultats n'apportent pas de renseignement complémentaire en raison de la taille de l'échantillon.

### **1.3 Organisation de l'offre de soins primaires**

#### 1.3.1 Permanence des soins

La permanence des soins est une organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Dans le secteur de Bordeaux centre, la permanence des soins est assurée le week-end par les médecins généralistes installés entre 12h et 20h le samedi puis entre 8h et 20h le dimanche et les jours fériés.

Vingt-sept médecins (60%) déclarent participer à la permanence des soins avec en moyenne deux week-end de garde par an.

Lors de ces gardes, les médecins déclarent réaliser neuf à dix consultations en moyenne.

Sur une échelle de satisfaction allant d'un à cinq, vingt-deux des vingt-sept médecins se déclarent peu satisfaits de ce système (inférieur ou égal à trois).

En interrogeant les plus insatisfaits (un ou deux sur cinq), il en ressort que la présence de SOS médecin rend la garde inutile compte tenu du peu de consultations réalisées en fonction du temps de disponibilité pour la garde.

## 1.3.2 Ressources présentes sur le territoire

### 1.3.2.1 Accès aux spécialistes

Dans le cadre des difficultés ressenties par les médecins pour obtenir des consultations chez leurs confrères spécialistes, les résultats sont présentés dans le diagramme ci-dessous.

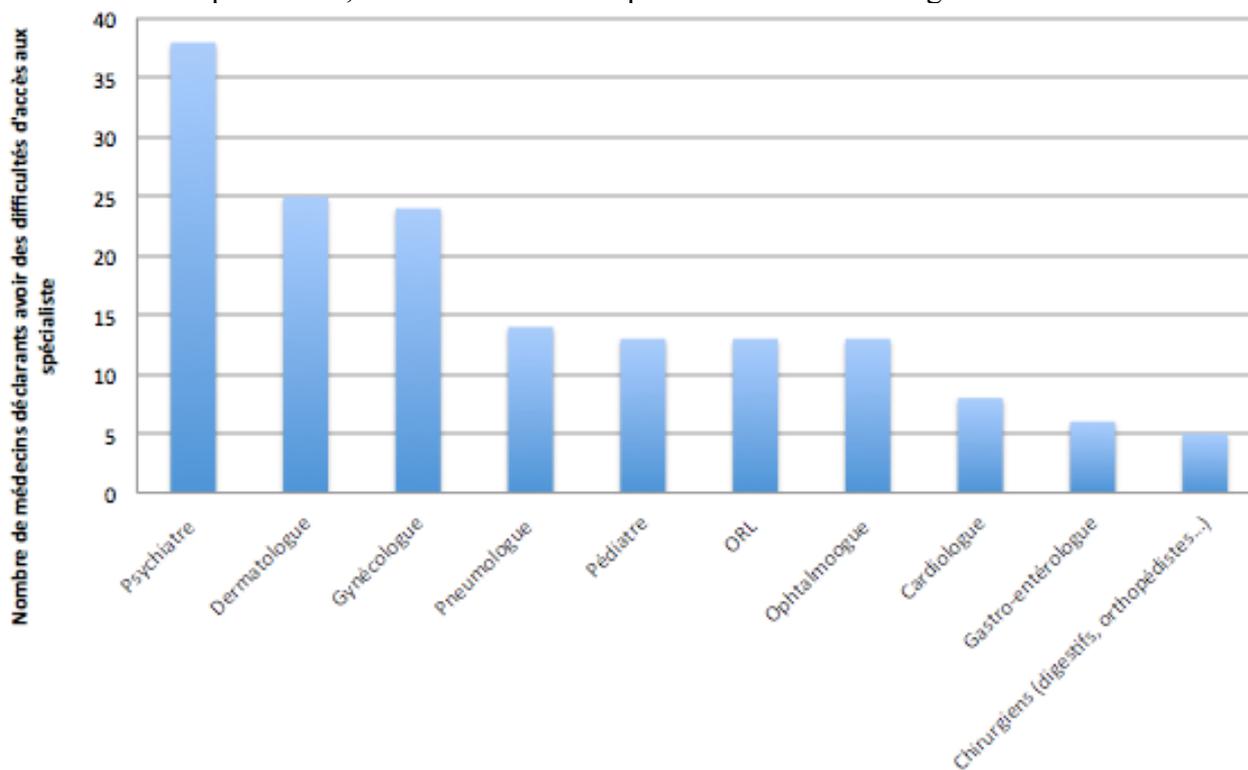


Figure n°3 Difficultés d'accès aux spécialistes.

### 1.3.2.2 Accès aux examens complémentaires

Dans le cadre des difficultés ressenties par les médecins pour obtenir des examens complémentaires, les résultats sont présentés dans la figure 4.

### 1.3.2.3 Réseaux de soins

Seuls vingt-cinq pourcents des médecins interrogés déclarent appartenir à un réseau de soins. Les principaux réseaux de soins auxquels appartiennent les médecins interrogés sont PAACO Globule, Réseau L'Estey (équipe mobile de soins palliatifs) et le REPPPOP (obésité infantile).

### 1.3.2.4 Formation médicale continue

Treize médecins interrogés (28,3%) disent appartenir à un groupe de formation médicale continue sur le secteur. Parmi les quarante-cinq médecins interrogés, vingt-trois seraient intéressés par la création d'un groupe de formation médicale continue sur le secteur de Bordeaux centre.

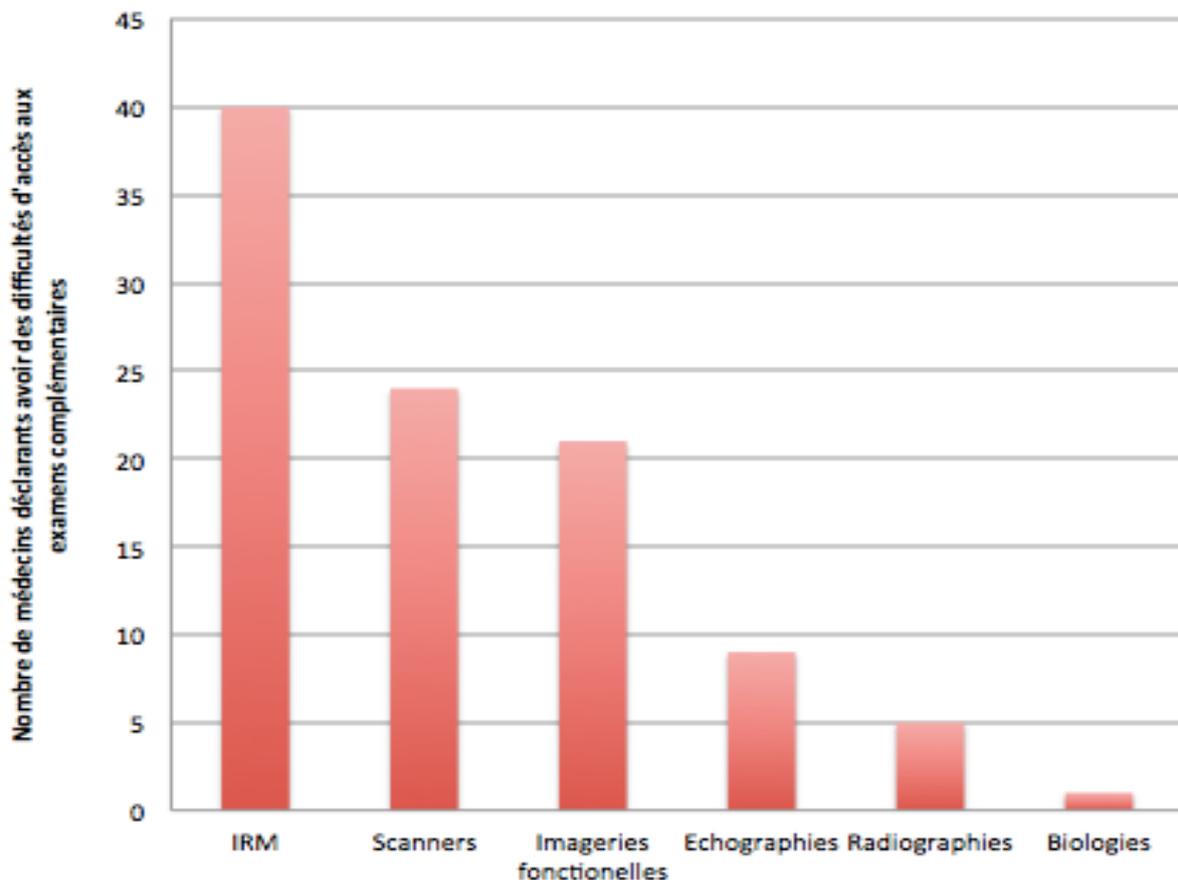


Figure n°4 Difficultés d'accès aux examens complémentaires.

### 1.3.3 Couverture sociale et barrière de la langue

Une écrasante majorité des médecins interrogés (90,9%) ont déclaré suivre des patients en situation de précarité.

Quatre-vingt-cinq pourcents des médecins reçoivent régulièrement des patients bénéficiaires de la CMU (couverture médicale universelle) et 75% reçoivent régulièrement des patients bénéficiaires de l'AME (aide médicale d'État). On dénombre également sept médecins (17,5%) qui reçoivent régulièrement des patients sans aucune couverture sociale.

Dans le secteur il y a également une part importante de consultations avec des patients non francophones. En effet, 50% des médecins interrogés en reçoivent régulièrement tandis que 70% des médecins ayant répondu à l'étude, déclarent parler couramment une autre langue que le français.

### 1.3.4 Addictologie

Quarante médecins interrogés (plus de 90%) prennent en charge eux-mêmes le sevrage tabagique de leurs patients.

Vingt-huit médecins (64%) prennent en charge eux-mêmes le sevrage et la dépendance alcoolique.

Concernant l'intoxication et le mésusage des opioïdes, 20 médecins déclarent prendre en charge ce type de patient. Néanmoins, 70% (N=14), expriment des difficultés avec ce dernier type d'addiction et son sevrage, notamment de suivi de patient (N=7) et de mauvaise observance thérapeutique (N=4) ainsi que les difficultés à obtenir un avis spécialisé dans le domaine (CMP, psychiatre, addictologue...) (N=4).

## 2. Qualitatif

### 2.1 Caractéristiques des échantillons

Tableau n°3 Caractéristiques des médecins participants au focus group n°1 du 15/12/2020.

MEDECIN	SEXE	AGE	MSU	DISTANCE MSP
Dr 1	HOMME	>40 ANS	OUI	>1500m
Dr 2	HOMME	>40 ANS	OUI	>1500m
Dr 3	HOMME	<40 ANS	NON	1000m > zone ≤ 1500m
Dr 4	FEMME	<40 ANS	NON	1000m > zone ≤ 1500m

Tableau n°4 Caractéristiques des médecins participants au focus group n°2 du 14/01/2021.

MEDECIN	SEXE	AGE	MSU	DISTANCE MSP
Dr 1	FEMME	<40 ANS	NON	1000m > zone ≤ 1500m
Dr 2	FEMME	>40 ANS	NON	500m > zone ≤ 1000m

Tableau n°5 Caractéristiques des médecins participants au focus group n°3 du 13/04/2021.

MEDECIN	SEXE	AGE	MSU	DISTANCE MSP
Dr 1	FEMME	>40 ANS	NON	1000m > zone ≤ 1500m
Dr 2	FEMME	>40 ANS	OUI	>1500m
Dr 3	HOMME	>40 ANS	NON	< 500m
Dr 4	HOMME	<40 ANS	OUI	1000m > zone ≤ 1500m

### 2.2 Analyse des verbatims

#### 2.2.1 L'accès aux soins non programmés

Une bonne partie de la discussion lors de ces focus groups concernait l'accès aux soins non programmés et la gestion de chacun face à cette demande.

Nous avons constaté que la gestion de ces demandes de consultation urgentes se faisait à différentes échelles que nous décrirons donc par la suite : au niveau du territoire, au niveau des cabinets de groupe ou à défaut au niveau du médecin exerçant seul.

### 2.2.1.1 Au niveau du territoire

La quasi-totalité des médecins ont évoqué la facilité en centre-ville de Bordeaux de pouvoir s'appuyer sur deux services de soins d'urgences : SOS médecins et les services d'urgences hospitaliers grâce notamment à la régulation du centre 15.

Certains sont satisfaits de pouvoir orienter vers les nombreux SAU à proximité et de pouvoir déléguer leurs urgences à SOS médecins.

*“Et je vous assure que la régulation du centre 15, dont on peut dire tout ce qu'on veut, mais enfin ça rend quand même des grands services, a permis de répartir les urgences entre les médecins de villes et SOS.”*

*“Par ailleurs, au niveau urgences entre Bagatelle, Robert Piqué, Saint-André, de ce côté-là de Bordeaux on est quand même bien achalandé et en plus avec la nouvelle clinique du Tondu qui n'est pas loin, donc on a de quoi...”*

*“SOS-Médecins (...) c'est vrai que moi je trouve que c'est complémentaire à notre pratique.”*

D'autres cependant regrettent de devoir avoir recours à ces différentes options.

*“Donc malheureusement moi j'avoue que souvent je suis obligé de leur dire d'appeler SOS ou d'aller aux urgences (...) On a abandonné l'urgence à SOS médecin en centre-ville.”*

De plus, il a cependant été relativisé la notion d'urgence en médecine générale sur le secteur. En effet les praticiens décrivent une majorité de soins non programmés comme une urgence ressentie par le patient plutôt qu'une réelle urgence vitale.

### 2.2.1.2 Au niveau du cabinet de groupe

Pour les médecins travaillant au sein d'un cabinet de groupe une organisation a souvent été mise en place pour gérer les demandes de soins non programmés avec la mise en place de créneaux dédiés, de salle de consultation réservée à cet effet, voire d'un médecin attitré.

*“On essaie d'accorder nos horaires pour qu'il y ait toujours un médecin disponible en consultation au cabinet, en essayant d'offrir une possibilité de prise d'urgence.”*

*“On a un cabinet dédié à cela, disponible au deuxième étage de notre association.”*

### 2.2.1.3 Au niveau du médecin

A la seule échelle du médecin, une partie des médecins rapporte un manque de temps et/ou de ressources matérielles pour faire face à ces demandes de soins urgents.

*“Franchement je ne peux pas répondre à tous les appels (...) je sais que ça sera très compliqué de les recevoir.”*

La majorité essaient cependant de garder des créneaux dédiés ou créent des doublons sur leur agenda pour pouvoir recevoir les patients en urgence quitte à prioriser celles-ci.

*“J'ai toujours gardé quelques places par jour pour voir des patients qui avaient besoin de voir un médecin.”*

*“On prend les urgences, tous les bébés et enfants en dessous de 5 ans même si on n’est pas les médecins traitants.”*

*“On essaye de mettre les personnes un peu en doublon quand cela est très urgent, ce qui n’est pas du tout l’idéal.”*

## 2.2.2 L’Organisation des soins primaires

### 2.2.2.1 Organisation structurelle de l’offre en soins primaires

Le secteur de Bordeaux centre semble attirer de nouveaux médecins. La plupart des médecins participant constatent une augmentation et un attrait pour l’installation en cabinet de groupe ou en MSP ce qui facilite la continuité des soins.

*“Je pense qu’effectivement les cabinets et groupements de médecins existants sont des cellules de bases sur lesquelles il faut s’appuyer.”*

*“La MSP, nous sommes 7 médecins généralistes, des psychologues et infirmières, on a une coordinatrice”.*

*“On partage les patients, on partage les informations”*

A contrario, certains médecins constatent quant à eux une augmentation de l’installation de jeunes médecins seuls, l’installation en groupe concernant, selon lui, plutôt la seule MSP présente dans Bordeaux centre.

*“Moi je suis très étonné parce que pas mal de jeunes médecins généralistes se sont installés dans le centre-ville depuis trois ans, et ils se sont tous installés tout seul, sauf à la MSP Saint-Jean.”*

*“Effectivement c’est inquiétant de voir de plus en plus d’installations isolées, sans connaître ses voisins.”*

Un des médecins envisage de former une assistante médicale afin d’avoir une approche médicale centrée sur le patient.

### 2.2.2.2 Organisation des soins primaires face aux problématiques de santé du territoire

Précarité, Addictologie, Pathologie psychiatrique :

Les médecins participants constatent une augmentation de population précaire du secteur de Bordeaux centre avec un besoin d’accompagnement social et médical important.

*“Mais malheureusement on est quand même dans une paupérisation (...) il y a énormément de besoins socio-médicaux”.*

*“On a une bonne partie de population vulnérable.”*

Pour subvenir aux besoins de ce type de patients, on note la présence de structures associatives auxquelles les médecins généralistes s’associent pour permettre une bonne prise en charge de ce type de patientèle.

*“On est quand même entourés d’énormément d’associations donc ça nous permet quand même de collaborer, par exemple avec le Samu social, avec la CASE, avec les associations où on a travaillé pour la prise en charge de la prostitution, avec IPPO.”*

*“On organise même régulièrement des RCP avec les autres structures qui s’occupent de ces patients là parce que très souvent c’est des patients qui sont à la rue donc par exemple avec le Samu social, avec le foyer Leydet, il nous est déjà arrivé de faire une RCP au sein de la maison de santé pour parler d’une situation.”*

*“Moi je fais partie du comité de pilotage pour la mise en place de la plateforme vulnérabilité avec d’autres... des psychiatres, SOS, Médecins du monde... pour essayer de faciliter l’accès pour les populations vulnérables à la médecine générale enfin au droit commun je vais dire...”*

#### Santé de la femme :

Plusieurs médecins décrivent un besoin important dans le domaine de la santé des femmes et participent à différents partenariats permettant une prise en charge globale des patientes et un échange avec les différents professionnels de santé concernés.

*“Moi après j’ai surtout développé une collaboration avec les sages-femmes, parce que je pense que c’était très intéressant d’allier la médecine générale et les sages-femmes sur les suivis des grossesses parce que c’est très complémentaire.”*

*“Moi je fais des IVG en tant médecin généraliste, je pense que je suis pratiquement la seule sauf si y’a des sages-femmes qui le font dans le quartier, donc de temps en temps on m’adresse des patientes parce que y’a la proximité et y’a la disponibilité.”*

#### 2.2.2.3 Digitalisation générale de l’organisation des soins primaires

La majorité des médecins présents au focus groups utilisent des outils de collaboration numérique afin de pouvoir partager avec leurs confrères. Ils sont globalement satisfaits.

*“C’est vrai que le fait d’avoir un logiciel commun, on ne partage pas beaucoup avec mon associé mais alors au moins on a des dossiers communs donc c’est très pratique, notamment en l’absence de l’un ou de l’autre.”*

*“PAACO est super parce qu’on peut y intégrer autant de personnes qu’on veut, autant de médecins qu’on veut qui sont autour du patient parce que je ne suis pas sûre qu’on ait tous le même logiciel métier... (...) je pense que PAACO est un très bon outil.”*

Un praticien déplore cependant une difficulté de gestion des soins non programmés concernant les patients extérieurs au cabinet ayant de lourds antécédents par manque de suivi du dossier médical.

Les médecins ont ensuite abordé le nomadisme médical qui serait dû à la diversification de l’offre de soins regroupée sur des sites tels que Doctolib®.

*“Avec ce nouveau système de Doctolib®, il y a une espèce d’uberisation de l’offre médicale, (...) j’utilise le médecin comme tous ces systèmes de drive ou de service rapide.”*

Malgré tout, un autre médecin indique que si nous souhaitons modifier l'organisation de l'offre de soins en France il va falloir être prêts à travailler avec ces structures spécialisées dans la gestion (Doctolib® par exemple.)

*“Si on veut rentrer dans quelque chose de très organisé, effectivement il va falloir passer par des structures qui sont un peu au-dessus de nous et je ne sais pas si les médecins français sont prêts à adhérer à ce genre de chose, ou on est toujours en train de défendre plutôt notre pré carré plutôt que de regarder l'intérêt collectif.”*

### 2.2.3 La continuité et la permanence des soins

A propos de la continuité et de la permanence des soins, le sujet principalement évoqué par les médecins était celui des congés, la majorité déclarent rencontrer des difficultés à trouver un remplaçant aux dates souhaitées.

*“Oui oui parce que trouver un remplaçant l'été... (...) Je n'ai pas pu partir comme je voulais et le temps que je voulais.”*

Certains s'organisent entre confrères d'un même cabinet, ce qui ne les satisfait pas toujours totalement.

*“Nous sommes trois sur le cabinet pour répondre aux besoins (...) mais globalement avec mes deux associés on arrive à avoir des places pour tout le monde”.*

D'autres redirigent leurs patients plus ou moins officiellement vers d'autres cabinets mais la quasi-totalité des médecins rapporte un manque cruel de communication entre les médecins d'un même secteur.

*“J'ai un collègue du quartier qui, quand il part en vacances, décharge ses patients sur le cabinet, en nous prévenant, mais par contre, j'ai aussi une consœur dans le quartier qui décharge ses patients sur le cabinet mais elle ne le dit pas.”*

*“Je sais qu'il y a plusieurs généralistes (...) qui devient leurs lignes vers mon cabinet sans me prévenir qu'elles partent en vacances (...) donc y'a pas de communication (...) Elles dévient leur ligne vers moi en disant que je peux recevoir leurs patients sans me prévenir...”*

Un deuxième sujet a été évoqué, celui des horaires de travail. Sur ce point tous les médecins se rejoignent pour dire que la présence de SOS médecins sur le secteur leur permettait une plus grande liberté sur le choix de leurs horaires ce qui est apparu comme apprécié des praticiens.

*“Ça nous permet de finir tôt, enfin à l'heure que l'on veut en tout cas, sans arrière-pensée, on sait qu'il y a SOS qui couvre. Moi je trouve ça plutôt pas mal.”*

### 2.2.4 La recherche de la confraternité

#### 2.2.4.1 Confraternité au sein d'un cabinet de groupe ou MSP

Globalement les relations entre les médecins exerçant en groupe sont faciles et agréables.

*“Il y a beaucoup de communication entre nous et quand on est en difficulté par contre ou l'une ou l'autre il y a tout de suite un échange, il y a toujours un partage donc on arrive à gérer nos problèmes toutes les deux.”*

#### 2.2.4.2 Confraternité au sein du territoire

La confraternité passe principalement par le biais de structures associatives autour desquelles se retrouvent différents professionnels de santé pour échanger.

*“On n’a pas trop de liens les uns avec les autres mais plus avec d’autres structures.”*

On constate également une confraternité induite avec les spécialistes ou les autres professionnels de santé autour du réseau de soin du médecin généraliste.

*“Moi sur le plan gynéco par exemple j’envoie les patients chez le Dr X (...) c’est juste oral elle m’avait dit avec plaisir. Je lui fais un courrier et lui adresse les patients. Donc totalement informel.”*

*“Il y a des spécialités qui viennent faire leur pub et distribuer leur carte, et finalement on les en remercie. Et indépendamment de ces spécialistes médicaux nous avons aussi les infirmières, les kinés, les nouveaux orthophonistes qui viennent se signaler.”*

Mais la confraternité au sein du territoire se fait aussi et surtout de manière informelle, en partie par le biais de certains réseaux sociaux,

*“Je me suis intégrée dans ce groupe WhatsApp®, de médecins généralistes de notre quartier qui nous a permis d’avoir (...) un peu d’entraide, de collaboration entre médecins et ces médecins (...) se voient une fois par semaine dans un resto.”*

ou en présentiel,

*“Je pense qu’on doit être à peu près cinq autour du cabinet et déjà ça m’a permis de mettre un visage, ça m’a permis de pouvoir discuter, d’échanger, (...) d’avoir d’autres avis de médecins un peu plus expérimentés, des avis de jeunes médecins qui se sont installés il n’y a pas longtemps”*

Enfin un médecin témoigne d’une confraternité induite par le COVID grâce auquel des praticiens se sont regroupés pour échanger.

#### 2.2.4.3 Défaut de confraternité au sein du territoire

Une grande majorité des praticiens déplorent une absence de liens entre médecins généralistes d’un même quartier, qui ne se connaissent parfois même pas et un grand manque de communication.

*“Il n’y a pas grand-chose de formalisé et finalement assez peu de contacts avec les autres médecins généralistes libéraux dans le quartier.”*

*“On n’a pas trop de liens, enfin c’est ce que je ressens. Dans le quartier il y a des nouveaux installés que je ne connais pas forcément.”*

*“Personne ne se parle, personne ne s’organise, en tout cas autour des patients.”*

*“On s’aperçoit que l’on ne voit plus les confrères.”*

*“Je ne connaissais pas les médecins généralistes qui étaient juste à côté de là où je travaille.”*

Certains notent même une rivalité entre médecins du même quartier voire une concurrence.

*“Mon installation n’était pas la bienvenue, j’ai eu un médecin qui m’a fait sentir qu’il ne fallait pas que je m’installe trop près de chez lui parce qu’il avait peur que je lui pique sa patientèle.”*

*“Avant quand quelqu’un s’installait, on le savait, on en parlait, on se présentait, mais maintenant ça pousse comme des champignons.”*

*“J’ai vraiment l’impression qu’il y a une concurrence entre médecins généralistes et on ne communique pas de peur que l’entraide sous-entende qu’on va récupérer des patients et qu’on ne les renverra pas. Enfin y’a cette suspicion, c’est toujours ça que j’ai vécu moi dans le quartier, c’est que bah on ne s’appelle pas, chacun fait son boulot dans sa zone et surtout on ne communique pas de peur de perdre sa patientèle.”*

*“C’est plutôt une cohabitation en fait, mais on ne peut pas parler de collaboration...il y a une époque où ça d’ailleurs été plutôt une compétition.”*

## 2.2.5 Le désir de formation

Lors de ces échanges, beaucoup de participants nous ont parlé de leur formation médicale continue. Nous avons donc choisi de présenter les résultats en les divisant en deux parties. Dans un premier temps nous avons identifié les verbatims faisant référence à la formation médicale déjà en place sur le secteur, puis dans un second temps nous avons essayé d’identifier les souhaits des médecins participants concernant leur formation.

### 2.2.5.1 La formation médicale déjà en place

Un médecin nous a fait part de son adhésion à un groupe de formation médicale continue, le Cercle Bordelais de Santé. A l’aide de cette association il participait à des formations sur des thèmes post universitaire suivi d’un repas. Ces réunions ont été interrompues avec la crise de COVID 19 et avaient lieu une fois par mois. Cette association n’était pas connue des autres participants au focus groupe. Pour aller plus loin, beaucoup de participants ne connaissent pas de groupes de formation médicale continue dans le secteur.

Un autre médecin participait (avant la COVID) à des groupes de formations officieux entre médecins liés par des liens d’amitiés qui leur permettaient d’échanger leurs expériences sur différentes situations vécues.

Pour rebondir sur le partage d’expériences et d’émotions vécues lors de la pratique de la médecine générale, un autre médecin est adhérent d’un groupe sur le réseau social Facebook®. Ce groupe s’intitule le Divan des médecins, et lui permet de réaliser un semblant de groupe de pairs, qu’elle ne retrouve pas dans le secteur où elle exerce. Elle critique le fait d’être obligée de passer par Facebook® pour retrouver ce genre de groupe.

Un autre participant relate que depuis que les réunions organisées à l’aide de financement de laboratoires pharmaceutiques ont quasiment disparu, les seuls moments de formation, ou d’échange entre médecin, qui restent sont la prise des repas entre lui et ses associés dans leurs cabinets.

*“Bon déjà on prend tous nos repas ensemble donc c’est un lieu de confraternité d’amitié mais également d’échange professionnel qui nous permet de nous poser des questions est d’avoir une sorte de réunion concertée entre nous. Alors c’est pas pluridisciplinaire mais en tout cas on peut partager nos avis. Alors il y a une époque où il y avait les réunions de tel ou tel domaine qui permettait de brasser un peu plus les populations médicales, mais cela se perd car cela tournait souvent autour d’un financement labo qui a aujourd’hui disparu.”*

Toujours sur les formations organisées par les laboratoires pharmaceutiques, un des participants a manifesté sa déception de leur quasi-disparition.

*“Moi qui allais à toutes les formations sur l’addictologie et le VIH, il n’y en a quasiment plus, c’est assez compliqué”*

Un des médecins appartenant à une MSP, organise des formations pour les membres de la MSP avec des hospitaliers.

Nous avons également entendu des critiques sur la formation aussi bien initiale que continue des médecins généralistes. Cette formation étant jugée trop hospitalo-universitaire et pas du tout en rapport avec la pratique quotidienne.

*“Je parlais effectivement de la formation hospitalo-universitaire, qui trône et prône, nous on est des médecins généralistes et effectivement et on aimerait bien que nos pairs nous parlent de ce qui est notre exercice et ce qui nous intéresse dans notre exercice et pas d’un cas que l’on rencontrera une fois dans notre carrière, si tu as de la chance.”*

Concernant l’évolution de la formation médicale continue, un médecin nous a fait part de son inquiétude concernant les nouvelles formations en visioconférence. En effet, il pense que les médecins sont motivés par leur quota de points annuels et privilégie donc les formations les moins chronophages, souvent sous formes virtuelles, perdant ainsi le pouvoir fédérateur de ces réunions médicales.

*“Donc je suis un peu inquiet du chemin suivi par la formation, car je pense que ça éloigne les médecins plutôt que ça ne les rassemble. Et on sera meilleurs si on est rassemblés quand même...”*

#### 2.2.5.2 La formation médicale souhaitée ou imaginée

Plusieurs médecins ont exprimé leur souhait de voir se créer un ou plusieurs groupes de pairs dans le quartier. Tout d’abord pour partager leurs émotions et leurs pratiques mais également profiter de ce moment pour rencontrer leurs confrères du quartier.

*“Participer à un groupe de pairs dans le quartier, dans le secteur Bordeaux centre, Bordeaux SUD effectivement moi ça me plairait bien, pour rencontrer mes confrères du quartier, puis échanger et continuer à se former, ça c’est important”.*

Un autre médecin était également très intéressé par l’idée de création d’un groupe de formation médical continu sur Bordeaux.

Un des participant allait même plus loin en imaginant un lieu, une structure, où des médecins aguerris à certains gestes techniques ou certaines pratiques médicales, pourraient transmettre

leur connaissance aux autres médecins volontaires du secteur. Une idée également développée par un autre professionnel imaginant même la création d'un "club".

*“un lieu de rencontre possible, un lieu de réunion indispensable, éventuellement une sorte de club pour rencontrer d'autres personnes et puis organiser de façon très régulière, très officielle des formations appelant tout le monde à se rejoindre de façon très consensuelle”.*

Une idée partiellement reprise par un autre praticien qui souhaitait que les appétences des médecins généralistes du secteur soit mise à profit sous forme de tutorat pour les autres professionnels du secteur.

*“Après il faudrait savoir les appétences de ces médecins généralistes. Après c'est un peu de tutorat, c'est partagé son savoir, apprendre aux autres”.*

## 2.2.6 Les besoins

Dans leur pratique quotidienne, les médecins généralistes ressentent des besoins dont ils nous ont fait part lors des focus groupes. Nous avons décidé de classer ces besoins en deux parties. Les besoins ressentis dans la pratique de la médecine au sein du cabinet et les besoins ressentis dans la pratique de la médecine au sein du territoire de Bordeaux centre.

### 2.2.6.1 Besoins ressentis au sein du cabinet

Un des participants a exprimé son besoin d'aide dans la gestion des soins non programmés. Son emploi du temps étant tellement chargé en termes de consultations programmés qu'il ne peut prendre en charge tous les soins non programmés de sa patientèle. Toujours sur le thème des soins non programmés, une autre participante a réagi en disant que la difficulté pour elle était surtout d'accueillir les demandes de consultations urgentes entre 20h et minuit.

Un autre médecin a exprimé ses difficultés pour trouver des remplaçants lors des périodes de congés.

Un besoin d'aide pour la réalisation des tâches administratives au sein du cabinet a également été exprimé. Une aide qui pourrait être matérialisée par un administrateur ou une assistante médicale.

*“En tous cas dans un monde idéal, ce qui faudrait aussi c'est que les médecins fassent moins de paperasse quoi. ... On pourrait faire moins de papiers parce que je trouve quand même qu'avoir un administrateur c'est pas mal aussi, en plus d'une assistante médicale. Ce sont des idées qui circulent depuis longtemps, et qui existent ailleurs”.*

Des médecins ont également évoqué le besoin d'aide dans certaines facettes de la prise en charge de patients bien particuliers. Pour commencer, un médecin nous a parlé des besoins ressentis pour la prise en charge de patients souffrant d'addiction.

*“C'est les toxicomanes, c'est la drogue qui pose le plus gros problème dans ce quartier. On voit quand même beaucoup plus de toxicomanes que d'OAP qui ont quasiment disparu de nos cabinets, la cardiologie a fait bien des progrès. Et là-haut je trouve qu'on est quand même le plus gêné c'est pour le suivi de ces patients”.*

Des difficultés ont également été exprimées pour les soins concernant les patients en situation de précarité et les aides ou structures que l'on pouvait leur proposer, peut être existantes mais méconnues pour ce praticien.

Enfin un médecin a verbalisé son souhait de développer l'éducation thérapeutique, chose qu'il n'arrivait pas à effectuer dans son cabinet.

#### 2.2.6.2 Besoins ressentis au sein du territoire

Au sein du territoire, un besoin est particulièrement revenu dans les discussions, la nécessité de rencontrer les collègues médecins généralistes du territoire. En effet, même s'ils sont installés à quelques mètres les uns des autres, beaucoup de médecins déplorent ne pas connaître leurs confrères. La difficulté à tisser des liens en ville était un sujet redondant lors des focus groupes. *“C'est dur de tisser des liens en ville”*. Certains participants ont même développé quelques idées pour améliorer la connaissance et l'entraide entre praticiens. Ils nous ont parlé de création de groupe de pairs, de groupe Balint, de groupe de formation médicale continue, de réunions concernant les patients les plus complexes suivant l'exemple des RCP hospitalières.

Une des participantes proposait même la création d'un réseau social entre médecins pour que tous les praticiens du secteur puissent partager leur pratique quand ils le souhaitent.

*“Moi je suis assez d'accord. Le côté, on pourrait se voir une fois par semaine, avoir une réunion une fois par mois, j'y crois pas trop... Moi j'aurais tendance à parler, oui comme ça, d'un réseau social, de pouvoir avoir accès, de pouvoir envoyer un message quand on veut, d'avoir la possibilité de répondre quand on veut, de pouvoir se voir si on veut, j'aurais l'impression que c'est le côté un peu plus moderne et un peu plus facile pour tout le monde”*.

Concernant les absences des médecins pendant leurs congés, un des médecins a révélé le besoin d'avoir un dossier médical un peu plus partagé pour pouvoir prendre en charge au mieux les patients.

Les participants ont également évoqué le besoin d'avoir accès plus facilement à certains médecins spécialistes. Les spécialités mentionnées ont été les gynécologues, les radiologues, les ORL, les psychiatres, les cardiologues et les dermatologues.

*“Il y a quatre ou cinq gynécos, mais qui ne prennent plus de nouvelles patientes. Moi on me demande presque tous les jours, quels gynécos je pourrais conseiller mais c'est un peu compliqué. Les ORL et dermato il y a 4 ou 5 mois d'attente. Les cardio c'est pareil, les psychiatres c'est pareil... (Rires)”*.

#### 2.2.7 Les liens attendus entre la MSPU et les Médecins de ville

La dernière question ouverte posée aux participants des focus groupes concernait les liens qu'ils pouvaient attendre d'une future MSPU dans leur secteur. Beaucoup de réponses ont été données, notre analyse a permis de dégager quatre axes de collaboration possibles avec une MSPU attendue par les médecins installés.

Tout d'abord la MSPU un lieu participatif, la MSPU en lieu de regroupement, la MSPU en lieu de coordination médicale et enfin les réserves évoquées à la création de celle-ci.

### 2.2.7.1 La MSPU un lieu participatif

Une idée est venue chez plusieurs participants, pour que la MSPU soit un lieu accepté et investi par les professionnels du secteur, il faut pouvoir leur laisser une place dans le projet. Des propositions de vacations par des médecins volontaires du secteur au sein de la MSPU sont revenues chez plusieurs médecins. Les vacations pourraient être pour réaliser la prise en charge de soins non programmés ou alors pour créer des vacations plus spécialisées en fonction des appétences et des compétences de chacun. Ces vacations pourraient être sous formes de demi-journées. Attention néanmoins à ne pas surcharger les plannings des médecins qui ont déjà fort à faire avec leurs cabinets respectifs.

*“Mais pour les médecins installés tout seul, de les sortir justement de leur solitude, peut-être en y participant, parce que je ne sais pas comment vous voyez les choses mais s’il y a un roulement de médecin par vacations ou des choses comme ça qui permettent de rendre les choses plus dynamiques, parce que je pense que les médecins participeront et enverront d’autant plus leurs patients et travailleront d’autant plus pour cette maison que s’ils y sont partie prenante.”*

Ces vacations permettent aussi à certains médecins de retrouver un peu le plaisir de travailler en équipe, ce qui manque à certains participants.

### 2.2.7.2 La MSPU un lieu de regroupement

Comme évoqué dans les besoins ressentis par les médecins du secteur, le besoin de se connaître, de se rencontrer entre professionnels du secteur était très présent. Quelques participants ont imaginé ce lieu comme un lieu de formation médicale, de création de groupe Balint ou de groupe de pairs, qui permettra aux médecins de se former tout en se réunissant et en faisant connaissance entre eux.

*“un lieu de rencontre possible, un lieu de réunion indispensable, éventuellement une sorte de club pour rencontrer d’autres personnes et puis organiser de façon très régulière, très officielle des formations appelant tout le monde à se rejoindre de façon très consensuelle”.*

*“Ce qui nous rassemble quand même autour c’est les patients et la médecine, on sera meilleurs si on est rassemblés.”*

Une idée de lieu de centralisation de la formation continue est revenue plusieurs fois.

La MSPU pourrait également constituer un lieu de regroupement autour de la recherche scientifique en médecine générale. Cette structure pourrait permettre d’avoir plus de financement grâce au côté universitaire, et donc de développer d’avantages de projet.

*“Et puis je pense qu’on pourrait faire des choses très intéressantes en termes de recherche en soins ambulatoires et profiter de ce genre de structure pour récupérer des financements pour la recherche en médecine générale. Ce qui est quand même un peu le nerf de la guerre pour faire des projets plus ambitieux”.*

### 2.2.7.3 La MSPU un lieu de coordination médicale et paramédicale

La future MSPU pourrait constituer pour certains participants un lieu privilégié pour avoir accès aux avis de médecins spécialistes universitaires qui sont souvent très difficiles à

contacter. Les médecins généralistes universitaires exerçant dans cette MSPU pourraient aussi mettre leur expérience à contribution pour les médecins généralistes installés du secteur en difficultés dans certaines prises en charge de situations complexes. Si des médecins avec des compétences particulières rejoignent la MSPU, ils pourraient également être consultés par les autres professionnels du secteur en difficultés.

*“C’est une forme de collaboration. On pourrait effectivement réaliser la même chose avec la maison de santé, à condition de connaître les pseudos spécialités ou tout du moins les choses en plus que nous on ne fait pas. Vu les délais de certains spécialistes il serait intéressant d’avoir des médecins qui réalisent ces gestes dans des délais acceptables”.*

Cette structure pourrait favoriser le lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière et même entre les professionnels de santé libéraux du territoire.

Certains participants sont même allés plus loin en demandant même si possible l’intégration de médecins spécialistes à cette MSPU.

Cette future MSPU pourrait également représenter un lieu où l’accès aux professionnels sociaux serait favorisé.

*“On est toujours à la recherche de gens capables d’intervenir autour de nous, c’est-à-dire soit les paramédicaux mais aussi les services sociaux efficaces, les bonnes filières sur le plan social, sur le plan juridique pour aider nos patients en difficulté de ce point de vue-là”.*

Cette structure est aussi imaginée comme facilitant ou même organisant de l’éducation thérapeutique profitant aux patients des médecins généralistes installés du secteur.

*“Je trouve qu’avoir une structure un peu plus étoffée, avec d’autres professionnels de santé sur place et des locaux adaptés pourrait nous permettre de gagner en éducation thérapeutique”.*

#### 2.2.7.4 Réserves concernant la MSPU

Deux réserves principales ont été exprimées par les médecins des focus groupes. La première étant le risque que certains de leurs confrères voient la création de cette MSPU comme une concurrence au niveau patientèle.

*“Après je pense qu’il va y avoir une difficulté, vis à vis d’un certain nombre de confrères, c’est de faire apparaître cette MSP comme un soutien, et non pas comme une concurrence”.*

La seconde étant le risque de toucher uniquement une population de patients précaires.

*“Moi ce dont j’ai peur, enfin peur c’est une manière de parler, c’est que vous allez avoir beaucoup de précaires, ça sera eux les premiers, la population cible c’est les précaires”.*

# DISCUSSION

## 1. A propos des choix méthodologiques

### 1.1 Choix méthodologique de l'étude quantitative

Notre sujet de thèse étant de décrire l'organisation de l'offre de soins et le ressenti des médecins généralistes autour d'un projet de MSPU dans le secteur de Bordeaux centre. Une étude quantitative paraissait donc parfaitement adaptée pour décrire l'offre de soins du secteur, en complément d'une étude qualitative pour exprimer le ressenti des médecins au vue de ce projet de MSPU.

La population étudiée était définie par les médecins présents sur l'annuaire du site ameli.fr le 04 décembre 2020 ce qui par définition peut exclure des médecins nouvellement installés et donc pas encore référencés.

Cette méthode de recensement ne nous permettait pas de savoir si les médecins étaient déjà partis en retraite, non conventionnés, ou même exerçant exclusivement une médecine à orientation particulière.

Malgré le caractère universitaire du projet de la MSPU, le fait d'exclure les médecins généralistes installés à plus d'un kilomètre cinq de l'hôpital Saint-André et d'inclure les MSU présent dans cette zone représente un biais de sélection.

La comparaison des données recueillies avec les statistiques fournies par la CPAM Gironde en juin 2021 ne concerne pas exactement la même zone géographique, bien que les 30 IRIS de l'hyper centre de Bordeaux soient extrêmement proches géographiquement du périmètre choisi.

Le taux de participation des médecins généralistes au questionnaire était de 55,4%, ce qui est un bon taux de réponse à un questionnaire et témoigne de l'intérêt des médecins pour le sujet de notre travail, malgré leur faible disponibilité.

Nous avons choisi de rendre l'étude complètement anonyme, ce qui nous a empêché de faire des relances personnalisées aux non-répondants, et d'augmenter le taux de réponses.

Nous avons également identifié des limites dans l'élaboration du questionnaire. Tout d'abord nous n'avons pas intégré une question concernant l'âge et le sexe des répondants, limitant ainsi l'élaboration de caractéristiques précises de la population.

Toujours dans le questionnaire, la partie sur les amplitudes horaires de travail des médecins était particulièrement fastidieuse à remplir ce qui a pu augmenter le nombre de non-répondants ou de questionnaires incomplets.

Lorsque nous avons voulu identifier les difficultés d'accès à certaines spécialités, nous avons omis de citer certaines spécialités, telles que les rhumatologues, endocrinologues ou hématologues, dans les suggestions de réponses.

Malgré l'anonymisation des réponses aux questionnaires, il semble probable qu'un biais de désirabilité sociale soit présent auprès des participants.

## **1.2 Choix méthodologiques de l'étude qualitative**

L'objectif de notre thèse était de décrire l'organisation et l'offre de soin des cabinets médicaux et les représentations des médecins généralistes autour d'un projet de MSPU sur le secteur de Bordeaux centre.

Il fallait donc choisir une méthodologie permettant d'étudier des phénomènes complexes dans un contexte naturel. Il était question de comprendre l'intérêt des médecins face à ce projet de MSPU et d'évaluer leurs opinions, leurs difficultés et leurs attentes. De ce fait, l'étude qualitative était la plus appropriée. Les focus group ont permis de faire ressortir les sentiments et les opinions des médecins. De nouvelles idées ont émergé de façon interactive au sein des groupes.

### **1.2.1 Organisation et déroulement des focus groups**

Selon la littérature, le nombre des focus groups est déterminé par la saturation des idées par rapport au sujet d'étude, c'est-à-dire le moment où il n'y a pas d'émergence d'idées nouvelles aux questions posées, par rapport aux précédents entretiens (19). Nous avons donc décidé de partir sur deux focus group, mais le faible nombre de participants à la seconde session nous a naturellement imposé la réalisation d'un troisième focus group.

Les focus groups ont duré en moyenne 1 heure et 30 minutes pour l'ensemble des 3 séances organisées. Mais en réalité les séances ont été plus longues, en raison des difficultés de connexion à la réunion ZOOM® ou du retard de certains participants.

Une durée inférieure n'aurait pas permis à tous les participants de prendre le temps de s'exprimer sur les différents sujets abordés. Cependant, au-delà d'une heure et trente minutes les participants semblaient moins concentrés et les discussions et interactions tendaient à se réduire.

Les séances se sont déroulées les 15 décembre 2020, 14 janvier 2021 et 13 avril 2021. Pour des raisons organisationnelles, en période épidémique à Covid-19, les dates ne pouvaient pas être plus rapprochées, ce qui a pu rompre la dynamique de l'étude. Cependant, cette cassure a permis de faire les différentes retranscriptions et une première analyse des différents focus groups.

### **1.2.2 Les participants des focus groups**

Selon la littérature, un focus group se compose de 4 à 12 personnes pour favoriser l'émergence d'idées nouvelles (20). Le premier et le troisième focus groupe se composaient de 4 participants. En revanche le deuxième focus group comptait seulement deux médecins sur six initialement prévu, ce qui le rend en théorie non exploitable d'un point de vue méthodologique. Néanmoins, après retranscription et relecture, des idées nouvelles sont apparues dans ce second focus group, nous motivant à analyser ces données.

Même si certains participants étaient plus bavards que d'autres, chacun a pu exprimer son opinion sur les différents thèmes abordés. Malgré cela un biais de désirabilité sociale existe. En effet, les participants aux focus groups vont être amenés à collaborer sur le secteur avec la MSPU. Les temps de parole de chaque médecin étaient respectés sans s'interrompre.

Concernant le premier et le troisième focus group, l'ensemble des médecins avait répondu présent. Dans ces deux groupes, la plupart des médecins participants se connaissaient et ou connaissaient l'un des deux modérateurs ce qui a favorisé les échanges, ainsi que leur présence. De plus, certains avaient l'expérience des groupes de pairs soit en tant que participants, soit en tant qu'animateurs. Ils étaient donc davantage familiarisés avec ce type d'entretien et de ce fait très à l'aise pour s'exprimer. Bien que faibles par leurs effectifs, ces groupes représentaient des profils bien distincts.

Il a été difficile de recruter et de motiver les médecins, plus pour des raisons organisationnelles que par manque d'intérêt pour notre travail. Il a également été difficile de fixer une date convenant à tous les médecins. Pour ces raisons pratiques, certains médecins contactés n'ont pas pu participer à l'étude, ce qui constitue une perte potentielle d'informations.

### 1.2.3 Horaires et lieu des focus groups

Les horaires ont été choisis de façon arbitraire selon les disponibilités des modérateurs. Les séances se sont déroulées à 20h30 après leur journée de travail. De ce fait, la fatigue de la journée pouvait expliquer certaines difficultés rencontrées par les participants pour s'exprimer. On peut également constater lors de la retranscription qu'au fil des thèmes abordés, le temps d'argumentation passé est dégressif. Il est cependant difficile d'organiser ce type de rencontres à d'autres moments. Dans la mesure où cela se déroule sur la base du volontariat, il semble difficile de demander aux participants de se déplacer sur leur moment de temps libre. La qualité de la discussion et la capacité à faire émerger de nouvelles idées serait sans doute meilleure.

Initialement les focus groups devaient être réalisés au sein même de l'hôpital Saint André, lieu connu des participants, facile d'accès et surtout futur lieu d'installation de la MSPU. Malheureusement en raison de l'état d'urgence sanitaire et de la restriction concernant les regroupements de personnes, il a été décidé de réaliser l'ensemble des réunions focus groups par l'intermédiaire du site internet ZOOM®.

Cette contrainte a possiblement réduit le nombre de participants, par son manque d'attractivité et de son manque de convivialité généralement nécessaire à la réalisation de la méthode focus groupe (20). En effet nous n'avons pas pu proposer de rafraîchissement avant de débiter la séance, ce qui aurait permis aux participants de se détendre après leur journée de travail et de faire connaissance. Ceci aurait pu faciliter encore plus les échanges par la suite.

### 1.2.4 Les chercheurs et leur retranscription

Avant de débiter ce travail de thèse, nous n'avions pas d'expérience des focus groups. Lors des séances, nous étions observateurs alors que l'un de nos directeurs de thèse, le Pr Durieux, était l'animateur. Les propos des participants n'ont pas été corrigés ou repris lorsque des inexactitudes sont survenues pour ne pas stériliser le débat. L'animateur veillait à donner la parole à ceux qui n'osaient pas s'exprimer spontanément. Ainsi la répartition des temps de parole était respectée. Nous sommes actuellement médecins remplaçants en dehors de Bordeaux centre, de ce fait, le choix de rester observateur semblait justifié afin d'éviter tout biais d'influence au travers de toute intervention complémentaire dans une position d'animateur. En revanche il subsiste un biais de désirabilité envers l'animateur Pr Durieux et le Pr Joseph, qui sont les fondateurs du projet de MSPU.

Les participants ne semblaient pas se soucier de l'enregistrement audio des différentes réunions ZOOM®. La conversation était tout à fait naturelle. L'enregistrement était de bonne qualité. Il n'y a pas eu de problèmes techniques liés au matériel sur ce point.

De rares interventions ont été difficiles à retranscrire, notamment lorsque certains intervenants ne s'exprimaient pas suffisamment fort. Mais ces instants étaient très ponctuels. Ceci a pu être la cause d'une petite perte d'informations.

Le travail de retranscription a été long et répétitif afin d'être fidèle mot pour mot aux enregistrements vocaux. L'atmosphère n'était cependant pas facile à restituer.

## **2. A propos des résultats**

### **2.1 La MSPU, une aide précieuse à la prise en charge d'une patientèle précaire et ou souffrant d'addiction aux opiacés**

Comme énoncé précédemment dans les résultats, 90,9% des médecins ayant répondu au questionnaire ont déclaré suivre des patients en situation de précarité.

De plus, 85% reçoivent des patients bénéficiaires de la CMU.

Les données que nous avons récoltées semblent cohérentes. En effet, l'Assurance Maladie que nous avons sollicitée nous a fait parvenir certaines données statistiques de la patientèle des médecins généralistes du territoire (Annexe n°3). Il est composé de 30 IRIS de l'hyper centre de Bordeaux. Bien que ce ne soit pas exactement la même zone que celle que nous avons définie pour notre étude, elle en est toutefois très proche.

On y retrouve 22% de patients bénéficiaires de la C2S (anciennement CMU), contre 17% à l'échelle de la ville de Bordeaux et 10% à l'échelle du département.

Notre travail, aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif a également clairement mis en évidence une difficulté importante de ces médecins à prendre en charge les patients précaires au quotidien. Ce constat ne semble pas être isolé. En effet, on retrouve dans la littérature des données allant dans ce sens. Dans une étude de 2015 réalisée en Meurthe-et-Moselle (21) qui utilisait le même modèle méthodologique que la nôtre (questionnaire et focus group), on retrouve 92,5% des médecins rencontrant des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires. Ils étaient dans cette étude 87,5% à déclarer connaître moyennement ou insuffisamment les structures médico-sociales de leur territoire et les deux tiers étaient intéressés par une formation spécifique. Même si certains médecins participants à nos focus groups nous ont parlé des différentes structures associatives médico-sociales disponibles sur le territoire de Bordeaux centre, l'adhésion à des réseaux de soins reste rare.

La majorité des médecins interrogés prennent en charge eux-mêmes le sevrage et la dépendance alcoolique et tabagique. En revanche concernant l'intoxication et le mésusage des opioïdes, seuls 20 médecins déclarent prendre en charge ce type de patient. Néanmoins ces derniers expriment des difficultés concernant ces patients (suivi de patient difficile, mauvaise observance thérapeutique, ainsi que les difficultés à obtenir un avis spécialisé dans le domaine). Effectivement, la prescription de traitements de substitution aux opiacés ne fait pas encore partie intégrante de la pratique quotidienne de beaucoup de médecins généralistes (22).

La future MSPU pourrait répondre au besoin d'expertise, de coordination nécessaire à une meilleure prise en charge des patients en situation de précarité et/ou souffrant d'addiction aux opioïdes.

Nous pourrions même imaginer une implication de la future MSPU dans la coordination des aides sociales du secteur sous forme d'une plateforme territoriale d'appui (PTA), particulièrement intéressante dans la prise en charge de ce type de patient.

## **2.2 La MSPU, un lieu de formation médicale continue plébiscité par les médecins généralistes du secteur et vecteur de confraternité**

Seulement 28,3 % des médecins inclus dans notre étude appartiennent à un groupe de FMC alors que la formation continue est une obligation du praticien (23). Les médecins des focus groups indiquent que les moyens de formations et les possibilités de rencontre entre médecins généralistes du territoire sont rares et la plupart du temps informels voire virtuels.

Beaucoup ne connaissent pas de groupes de formation médicale continue dans le secteur.

La moitié des médecins interrogés serait intéressée par la création d'un groupe de formation médicale continue sur le secteur de Bordeaux centre.

De plus, beaucoup de participants des focus groups ont souligné que la participation à des formations permettait la rencontre et l'échange entre confrères. En effet, l'absence quasi totale de confraternité au sein du territoire a été relevée par tous.

L'absence de bibliographie sur le sujet ne nous permet pas de comparer plus précisément cette situation sur d'autres secteurs géographiques. Il serait intéressant de réaliser des études concernant le ressenti des relations confraternelles des médecins généralistes en fonction des différents territoires (urbain/ semi-rural/ rural).

La MSPU pourrait répondre pleinement à ce besoin en devenant un lieu de formation médicale, organisé de façon plus formelle (sous forme de groupes de pairs, ou de groupes BALINT par exemple). Cela permettrait aux médecins de se former tout en se réunissant et en faisant connaissance entre eux ce qui renforcerait le sentiment de confraternité.

Cette structure pourrait favoriser le lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. La MSPU pourrait également constituer un lieu de regroupement autour de la recherche scientifique en médecine générale, tout en participant activement à la formation des étudiants en médecine de 2eme cycle ainsi que des internes de médecines générales (16). De plus, une telle structure permettrait peut-être d'obtenir des financements en répondant à des appels à projet, et donc de développer davantage de projets de recherches.

## **2.3 La MSPU, un lieu de travail participatif des médecins généralistes du secteur notamment dans la prise en charge des soins non programmés.**

Une bonne partie de la discussion lors de ces focus groups concernait l'accès aux soins non programmés et la gestion de chacun face à cette demande. La majorité des médecins acceptent de recevoir en consultation des patients en urgence, qu'ils soient leurs médecins traitant (84,4%) ou non (86,8%). Beaucoup de médecins ont déclaré recevoir des patients de leurs confrères du quartier durant leurs absences, le tout de manière informelle. Révélant une réelle difficulté à se faire remplacer en période de congés.

Ces consultations urgentes ou non programmées représentent en moyenne 23 actes par semaine par médecin. L'organisation pour recevoir ces urgences est variable : créneaux dédiés (50%), doublons ou consultations sans rendez-vous (50%), salle de consultation réservée à cet effet avec médecin attitré pour certains cabinets de groupes ou à contrario pour certains médecins exerçant seule, un manque de temps et/ou de ressources matérielles pour faire face à ces demandes de soins urgents.

Notre enquête quantitative a permis d'établir les amplitudes horaires de présence au cabinet des médecins généralistes du secteur. Du lundi au vendredi un (ou plusieurs) médecin(s) est (sont) disponible(s) entre 7h et 22h. Ce médecin n'est jamais le même. Il pourrait être intéressant que les professionnels de santé du territoire partagent leurs horaires de consultation avec leurs confrères. En effet lors des focus groupes nous avons mis en évidence une difficulté de gestion des soins non programmés entre 20h et minuit.

En prenant en charge une part considérable des recours urgents ou non programmés, les généralistes de ville répondent à une demande spécifique de soins. A la suite d'une consultation en urgence ou de façon non programmée chez un généraliste, 94 % des patients obtiennent une prescription de médicaments ou d'examen généralement respectée (24). Pour le peu de médecins qui ne prennent pas en charge les soins urgents, les patients sont majoritairement redirigés vers SOS médecins.

Lors des focus groups plusieurs participants ont exprimé leurs souhaits que la MSPU soit un lieu de prise en charge des urgences non programmés avec notamment un rôle participatif des médecins généralistes du secteur sous forme de vacations de demi-journée sur la base du volontariat. Cette idée de vacation a émané chez les participants aux focus groups, certains ont proposé qu'elle pourrait être reprise pour créer des vacations plus spécialisées en fonction des appétences et des compétences de chacun. Ces vacations permettraient aussi aux médecins de trouver du plaisir dans le travail en équipe.

Même si cela n'a pas été évoqué lors des focus groupes. Si la MSPU se présente comme un soutien dans la gestion des soins non programmés du secteur, il semble indispensable de réfléchir aussi en partenariat avec SOS médecins.

A contrario ce besoin ressenti par les médecins du secteur de Bordeaux concerne la prise en charge des urgences non programmées pendant les horaires d'ouverture des cabinets en semaine, ne concerne pas les horaires de permanence des soins, assurée le week-end (environ 2 par an) entre 12h et 20h le samedi puis entre 8h et 20h le dimanche et les jours fériés, par les médecins généralistes installés.

En effet, la plupart d'entre eux déclarent être insatisfaits de ce système du fait de la faible activité, neuf à dix consultations en moyenne lors de ces gardes. Ceci s'explique par la présence de SOS médecin, qui selon les médecins interrogés, monopolise les consultations urgentes de week-end. Rendant la garde peu attractive compte tenu du faible nombre de consultations réalisées par rapport au temps de présence du médecin. En revanche, tous les médecins se rejoignent pour dire que la présence de SOS médecins sur le secteur leur permet une plus grande liberté sur le choix de leurs horaires, ce qui est apparu comme apprécié des praticiens.

## **2.4 Un exemple de défaut de communication au sein du secteur ; l'accès aux soins gynécologiques**

Dans notre étude, les médecins généralistes interrogés ont déclaré à 35% réaliser le suivi gynécologique de leurs patientes. Concernant les gestes techniques, 28,8% d'entre eux réalisent eux même les frottis cervico-utérins, 8,9% posent les dispositifs intra utérins et 17,8% prescrivent et posent des implants contraceptifs.

Un état des lieux réalisé conjointement par l'observatoire régional de la santé et l'union régionale des médecins libéraux, concernant l'implication des médecins généralistes dans le suivi gynécologique en 2016 dans la région Pays de Loire (25), stipule que plus de 80% des médecins généralistes réalisent des frottis cervico-utérins au moins une fois par trimestre. Un état des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie en 2017 (26) montre également une grande différence avec nos résultats, en mettant en évidence que plus de 75% des médecins réalisaient les frottis et 32% posaient des dispositifs intra utérins. Ces chiffres ne varient pas en fonction de la distance séparant les médecins et le gynécologue le plus proche. Ces deux dernières sources représentent néanmoins des résultats sur des régions et non pas sur une zone précise de centre-ville comme la nôtre. Nous pouvons cependant nous étonner de cette différence. Nous avons également trouvé une étude réalisée en 2009 sur les médecins installés en Ile de France (27), qui montrait que 39% des médecins réalisaient les frottis cervico-utérins au sein de leur cabinet médical.

Nos résultats tranchent donc avec les moyennes d'autres régions françaises, y compris l'Ile de France, qui se veut plus urbaine.

Les médecins ne réalisant pas le suivi gynécologique de leurs patientes ont déclaré les orienter principalement vers des gynécologues ou des sages-femmes.

La pratique de la gynécologie médicale (réalisation des frottis et pose de méthode invasive de contraception) est donc un besoin clairement ressenti lors de notre étude d'autant que les gynécologues se situent dans le top 3 des spécialités difficiles d'accès, déclarées par les médecins interrogés.

En complément de l'étude quantitative, les focus groups nous ont permis d'identifier le fait que les médecins du même quartier ne se connaissaient que très peu entre eux. Ils regrettent le fait que certains de leurs confrères voisins aient une pratique médicale à orientation particulière, sans même en être au courant.

Comme évoqué précédemment, les médecins interrogés en focus groups se plaignent d'un réel manque de communication entre confrères du quartier. La MSPU de Saint André est imaginée par les participants comme un lieu favorisant la rencontre et la communication entre confrères du secteur. Ce lieu pourrait donc permettre à des médecins pratiquant du suivi gynécologique et souhaitant continuer de recevoir des nouvelles patientes, de se faire connaître auprès des deux tiers des généralistes ne réalisant pas ce suivi. Ce qui pourrait limiter le délai d'attente pour les patientes désirant réaliser leur suivi gynécologique chez un médecin généraliste.

Le défaut de communication et de collaboration entre les médecins généralistes du secteur a ici été illustré avec les soins gynécologiques. Un autre exemple concernant la santé mentale aurait également pu le mettre en évidence.

## 2.5 Une patientèle jeune et moins de malades chroniques

L'offre médicale que nous avons pu recenser dans le secteur est composée de cellules de deux ou trois médecins installés ensemble. Ces cellules sont autonomes avec un partage informatique des dossiers médicaux quasi constant.

Les médecins ayant répondu au questionnaire déclarent à 88,9% accepter des nouveaux patients.

Les médecins interrogés ont déclaré un temps de travail hebdomadaire de 45 heures par semaine et un cabinet ouvert en moyenne 50 heures et 29 minutes par semaine. Ces chiffres sont bien inférieurs à la moyenne nationale du temps de travail des médecins généralistes observé en 2019 par la DRESS qui était de 54 heures de travail hebdomadaire (28). Ce temps de travail est réparti en moyenne sur 9,5 demi-journées par semaine avec 44 heures et 30 minutes dédiés à leurs consultations, 7 heures et 30 minutes dédiés à la gestion du cabinet et 2 heures par semaine de formation continue ou d'actualisation des connaissances. Cette différence est à nuancer car nous n'avons pas demandé dans notre questionnaire de détailler de manière claire le temps de travail de consultation, de gestion du cabinet et de formation médicale continue.

Nous avons donc une population de médecins acceptant des nouveaux patients avec une moyenne de travail inférieure ou égale à la moyenne nationale, ces chiffres pourraient s'expliquer par une différence du nombre de patients ALD par médecin généraliste.

En effet, dans les données récupérées par l'assurance maladie (annexe n°3), les médecins généralistes du secteur ont un nombre de patients déclarés en médecin traitant similaire au reste du département (981 versus 979), mais avec un nombre de patients en ALD moins important (180 vs 213).

Comme décrit dans l'introduction, la population du secteur est jeune et étudiante :(annexe n°3). Cela explique probablement que 13% des affiliés à la sécurité sociale de 16 ans et plus n'ont pas déclaré de médecin traitant, contre 6% dans le département de la Gironde.

Nous avons donc paradoxalement des médecins qui peuvent accepter des nouveaux patients et un pourcentage élevé de patients sans médecin traitant. Nous pouvons donc nous demander si la MSPU pourrait favoriser le lien entre les patients et les médecins généralistes du quartier pour diminuer le nombre de patients sans médecin traitant. Nous pourrions par exemple imaginer que la MSPU ait une mission de promotion de la santé étudiante. Ce sujet n'a pas été abordé lors des focus groups.

### **3. Questions sans réponse et perspectives de recherche.**

Lors de ce travail nous avons vu émerger certaines problématiques.

Nous avons mis en évidence comme cité ci-dessus, un défaut ou au moins un manque de confraternité ressenti par les médecins du secteur, et nous pensons qu'il serait intéressant de réaliser une étude pour recueillir les impressions des médecins généralistes concernant leurs interactions et leurs relations avec leur confrères installés dans la même zone géographique dans le but d'améliorer celle-ci.

Pour avoir été reçu et avoir discuté avec beaucoup de médecins généralistes lors de cette recherche nous avons pu réaliser qu'il existait beaucoup d'organisations différentes de travail au sein des cabinets. Nous pensons qu'il serait intéressant de comparer les différentes organisations pour aider les praticiens à optimiser leur temps de travail.

En confrontant notre activité de médecin généraliste remplaçant et la bibliographie réalisée pour cette étude, nous nous sommes rendu compte que beaucoup de médecins éprouvent des difficultés dans la prescription des substituts morphiniques et dans la prise en charge des patients souffrant d'addiction aux opiacés. Un défaut dans la formation initiale était souvent mis en lumière, et il serait intéressant de recueillir le ressenti des internes en médecine concernant cette problématique.

En ce qui concerne la permanence des soins sur la zone de Bordeaux centre, une interrogation est revenue assez fréquemment lors de nos entretiens avec les médecins : la permanence de soins des médecins généralistes sur un secteur où SOS médecin est très présent a-t-elle encore lieu d'être ?

Du fait de notre jeune expérience de médecins remplaçants, nous nous attendions à révéler des difficultés d'accès à certains spécialistes et à certains examens complémentaires (principalement IRM). Ces difficultés ont été exprimées par les médecins interrogés. Il pourrait être intéressant d'étudier la problématique du côté des médecins spécialistes concernés (Psychiatres, Dermatologues, Gynécologues, Radiologues...).

## CONCLUSION

Les MSP sont présentées depuis une dizaine d'années comme une solution pertinente et durable contre la désertification médicale. En effet, on ne dénombre plus les projets de ce type en zone rurale et semi-rurale. L'arrivée de ce type de projet dans les grands centres urbains est plus timide. Dans une ville comme Bordeaux, une seule installation de ce genre a vu le jour à proximité de la gare Saint-Jean.

Notre travail a été réalisé dans l'optique de la création d'une MSPU au sein de l'hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux) dont l'avenir est de se consacrer aux soins ambulatoires. Son objectif était d'identifier les besoins et attentes des médecins généralistes installés à proximité de cette future MSPU.

Les principaux besoins qui ont été identifiés étaient une meilleure confraternité au sein du quartier, une meilleure gestion des soins non programmés, un besoin de se faire remplacer plus facilement lors des congés et enfin l'amélioration de l'accès à certains examens complémentaires tels que l'IRM, et à certaines spécialités, notamment la gynécologie, la psychiatrie et la dermatologie.

La MSPU doit également répondre aux besoins de santé de la population locale, en particulier aux personnes sans médecin traitant, en situation de vulnérabilité, atteinte de maladies psychiatriques, d'addiction ou de polyopathologies complexes. Elle doit devenir un lieu de formation médicale continue plébiscité par les médecins généralistes du secteur et vecteur de confraternité. Elle a été imaginée comme un lieu de travail participatif des médecins généralistes et des professionnels de santé du secteur.

Dans l'ensemble de notre travail, nous avons ressenti un réel intérêt des médecins pour le projet de la MSPU, certains curieux, d'autres critiques. Mais ce projet n'a laissé aucun participant indifférent. Maintenant que cette MSPU va voir le jour au début de l'année 2022, il serait intéressant de réinterroger dans quelques temps les médecins du secteur afin de savoir si leurs attentes ont été remplies. Et pourquoi pas après quelques mois ou années de pratique, leur demander comment optimiser le fonctionnement de cette structure.

Ce travail, qui signe la fin de notre cursus universitaire, nous a également permis, de façon personnelle, d'avoir une vision plus précise de l'organisation que nous souhaiterions développer au sein de nos futurs cabinets. Ceci afin d'avoir une vie professionnelle agréable, confraternelle et adaptée aux besoins de nos patients.

## REFERENCES

1. Insee. Population légale en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020. Gironde; 2019.
2. Assurance maladie. Outil web REZONE CPTS. Bordeaux (page consultée le 25 mars 2021). [en ligne]. <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html?reg=75>
3. Gerard-Varet J-F. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de L'Ordre des Médecins. (page consultée le 25/03/2021). [en ligne] [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)
4. Observatoire Régional de la Santé Nouvelle Aquitaine. Contrat local de santé. Bordeaux Métropole; juin 2020.
5. Comby F. État des lieux du temps médical disponible sur Bordeaux dans une perspective d'augmentation rapide de la population, étude transversale de l'activité actuelle et future envisagée des médecins généralistes sur trois quartiers. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2016.
6. Code de la Santé Publique. Article L6323-3 (version à jour le 23 mars 2021).
7. Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 23/03/2021). Les maisons de santé, [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
8. Ma-MSP. Annuaire des MSP Nouvelle Aquitaine. (page consultée le 29 mars 2021).[en ligne]. <http://ma-msp.com/annuaire-msp/msp-nouvelle-aquitaine/>
9. Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé. Carte interactive des MSP en Nouvelle Aquitaine. (page consultée le 10 juillet 2021). [en ligne]. <https://fnampos.org>
10. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. (page consultée le 29 mars 2021). Structures d'exercice coordonnées (Maisons ou centres de santé), [en ligne]. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/structures-dexercice-coordonne-maisons-ou-centres-de-sante>
11. Agence Régionale de Santé. (page consultée le 23/03/2021). Les communautés professionnelles territoriales de santé, [en ligne]. <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
12. Agence Régionale de Santé. Fiche technique- Aide à la réalisation du projet de santé pour une maison de santé pluriprofessionnelle. (page consultée le 29/03/2021). [en ligne]. [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Fiche\\_technique\\_MSP\\_Elaboration\\_Projet\\_Sante.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Fiche_technique_MSP_Elaboration_Projet_Sante.pdf)
13. Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé. Fiche pratique : Rédiger un projet de santé. (page consultée le 10 juillet 2021). [en ligne]. <https://fnampos.org/documents/fiche-pratique-rediger-un-projet-de-sante/>

14. Onfroy M, Sa C. Attente des professionnels de soins primaires participant à un projet de maison de santé pluriprofessionnelle. Thèse de médecine, Lille: Université Lille 2 ; 2013.
15. Moutoussamy A. Intérêt des jeunes médecins généralistes de la Vienne pour les maisons de santé pluriprofessionnelles : enquête auprès de 15 jeunes médecins généralistes par entretiens semi-directifs. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2014.
16. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. 2ème. Brignais : Le Coudrier ; 2015.
17. Assurance maladie. Annuaire santé médecins généralistes Bordeaux. (page consultée le 04 septembre 2020). [en ligne]. [http://annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche/liste-resultats-page-1-par\\_page-20-tri-distance\\_asc.html](http://annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-distance_asc.html)
18. Moreau A, Dedianne M-C, Le Goaziou M-F et al. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien. 2004 Mar 15; 18(645):382-385.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ;84 :142-5.
20. Moreau A, Dedianna M, Letrillat L et al. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien Médecine générale. 2004 ;645 :382-384.
21. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Braumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé publique 2015 ;27(5) :679-690.
22. Brecher M. Prescription de traitements de substitution aux opiacés par les médecins généralistes de l'est parisien. Thèse de médecine, Paris. Université de Pierre et Marie Curie (Paris) ; 2009.
23. Inspection générale des affaires sociales. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. RM2008-124P
24. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : Satisfaction des patients et suites éventuelles. DRESS; 2008: 625.
25. Bournot M-C, Buyck J-F, Lelièvre F et al. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes. N°15. Pays de la Loire : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Observatoire régional de la santé, union régionale des médecins libéraux, observatoire régional de la santé ; 2016.
26. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. Médecine humaine et pathologie. Thèse de médecine. Université Grenoble Alpes ; 2017.

27. Dias S, Aubin-Auger I. État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse de médecine, Université Paris Diderot ; 2010.
28. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. (page consulté le 08 juillet 2021) [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>

**ANNEXES :**

**Annexe n°1 Questionnaire.**

Dans le cadre de la réalisation de notre thèse, encadrée par le Pr Jean-Philippe JOSEPH et le Pr William DURIEUX, traitant de l'organisation individuelle et collective de l'accès aux soins dans le centre-ville de Bordeaux, nous aimerions évaluer vos besoins à travers ce questionnaire.

Les données récupérées seront entièrement anonymisées.

Merci de répondre obligatoirement à toutes les questions afin de pouvoir valider votre questionnaire.

Victor Louis TESSIER et Hugues ESSEUL

## Partie A: Mode d'exercice

A1. Quel logiciel médical utilisez-vous ?

A2. En êtes-vous satisfait ?

*Veuillez renseigner votre réponse sur une échelle de 1 à 5.*

*1= Totalemment insatisfait*

*5= Parfaitement satisfait*

1

2

3

4

5

A3. Seriez-vous prêt à en changer ?

Oui

Non

A4. Exercez-vous seul ?

Oui

Non

**A5. Exercez-vous au sein d'un cabinet avec d'autre(s) médecin(s) généraliste(s) et si oui combien ?**

*Si oui, merci d'indiquer en commentaire le nombre d'autre(s) médecin(s) généraliste(s)*

Oui, combien ?

Non

**A6. Partagez-vous les dossiers médicaux de vos patients avec vos associés ?**

Ponctuellement

Systematiquement

Jamais

**A7. Recevez-vous les patients de votre(vos) associé(s) s'il est(sont) absent(s), en congés ou indisponible?**

Oui

Non

**A8. Pour les urgences ?**

Oui

Non

**A9. Pour toute autre demande ?**

Oui

Non

**A10. Exercez-vous au sein d'un cabinet avec d'autre professionnels de santé et si oui lesquels ?**

*Si oui, merci d'indiquer lesquels en commentaire*

Oui

Non

--	--	--

**A11. Partagez-vous les dossiers médicaux de vos patients avec les autres professionnels de santé ?**

Ponctuellement

Systematiquement

Jamais

**A12. Bénéficiez-vous d'un secrétariat présentiel ou à distance?**

Oui

Non

**A13. Sur place, à distance, sur place et à distance ?**

Sur place

A distance

Sur place ET à distance

**A14. Réalisez-vous des téléconsultations en visio?**

Oui

Non

**A15. Combien de téléconsultations avec visio avez-vous réalisées la semaine dernière ?**

*Merci d'écrire uniquement le chiffre dans la zone de texte*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A16. Quelles sont les amplitudes horaires de travail au sein de votre cabinet en semaine?**

*Merci d'écrire en face de chaque jour l'heure d'ouverture et de fermeture du cabinet. Si le cabinet est fermé une journée merci d'indiquer: "absent".*

Lundi 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mardi 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mercredi 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jeudi 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vendredi 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A17. Quels sont vos horaires de présence au cabinet ?**

*Si vous ne travaillez pas une journée complète, merci d'indiquer: "absent".*

Lundi	<input type="checkbox"/>								
Mardi	<input type="checkbox"/>								
Mercredi	<input type="checkbox"/>								
Jeudi	<input type="checkbox"/>								
Vendredi	<input type="checkbox"/>								

**A18. Votre cabinet est-il ouvert tous les samedis matin ?**

Oui

Non

**A19. Quels samedi matin travaillez-vous ?**

Tous

1 sur 2

1 sur 3

1 sur 4

Aucun

**A20. Votre cabinet est-il accessible aux personnes à mobilité réduite selon les normes en vigueur ?**

Oui

Non

**A21. Envisagez-vous d'arrêter prochainement votre activité libérale ?**

Oui

Non

**A22. Dans combien de temps ?**

*Résultats à exprimer en année*

1 an ou moins

2 ans

3 ans

4 ans ou plus

**A23. Si un départ dans les moins de 3 ans est prévu, avez-vous déjà anticipé celui-ci?**

	Oui	Non
Vous cherchez activement un successeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez un successeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seriez-vous prêt à partir sans successeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A24. Appartenez-vous à un groupe de formation médicale continue (FMC) avec réunions présentiels à Bordeaux ?**

	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>

**A25. Seriez-vous intéressé par la création d'un groupe de FMC sur le secteur géographique de Bordeaux centre et y participeriez vous?**

	Oui	Non
Intéressé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation future ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A26. Assurez-vous le suivi gynécologique de vos patientes ?**

	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>

**A27. Pratiquez-vous ?**

	Oui	Non
Le frottis cervico-utérin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La pose de DIU (dispositif intra utérin) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le retrait de DIU ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La pose d'implant contraceptif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le retrait d'implant contraceptif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LTVG (interruption volontaire de grossesse) médicamenteuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A28. Vers qui redirigez-vous vos patientes ?**

		<input type="checkbox"/>
Médecin généraliste du cabinet		<input type="checkbox"/>
Médecin généraliste de proximité		<input type="checkbox"/>
Gynécologue de ville		<input type="checkbox"/>

Sage femme

Centre de santé

CACIS (Centre d'accueil consultation information sexualité)

Hôpital

Clinique

Autre

Autre

**A29. Assurez-vous la prise en charge et le suivi d'enfants de moins de 2 ans?**

Oui

Non

**A30. Vers qui redirigez-vous vos patients?**

Médecin généraliste du cabinet

Médecin généraliste de proximité

PMI (Protection maternelle et infantile)

Pédiatre de ville

Hôpital

Clinique

Autre

Autre

## Partie B: Patientèle

B1. Acceptez-vous toujours de nouveaux patients en tant que médecin traitant ?

Oui

Non

B2. Si non, comment gérez-vous ce type de demande?

B3. Effectuez-vous des visites à domicile ?

Oui

Non

B4. Pour une urgence, du suivi chronique ou les 2?

Urgence

Suivi chronique

Urgence ET suivi chronique

B5. Pour une demande urgente le jour même ?

Oui

Non

B6. Que conseillez-vous au patient?

SOS médecin

Appel du centre 15

Autre

Autre



Autre

Autre

**C7. Vers qui /quoi dirigez-vous vos patients ?**

Un confrère

SOS médecin

Service des urgences

Autre

Autre

## **Partie D: Permanence des soins**

**D1. Participez-vous à la permanence des soins ?**

Oui

Non

**D2. Faites- vous de la régulation au centre 15 ?**

Oui

Non

**D3. Combien de week-end de garde faites-vous par an ?**

**D4. Combien de patients avez-vous vu lors de votre dernière garde?**

**D5. Êtes-vous satisfait de ce système de garde?**

*Echelle numérique de 1 à 5*

*1 = Totalement insatisfait*

*5 = Totalement satisfait*

1

2

3

4

5

**D6. Si vous en êtes insatisfait, 1 ou 2, pour quelles raisons ?**

### **Partie E: Réseaux de soins**

**E1. Êtes-vous adhérent ou participant activement à un réseau de soins?**

Oui

Non

**E2. Le(s)quel(s)?**

**E3. Avez-vous rencontré des difficultés au cours de l'année écoulée pour adresser un de vos patients à un confrère ?**

	Oui	Non
Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui Non  
ORL  .....

Chirurgien (chirurgie digestive, orthopédique, urologique)  .....

Ophthalmologue  .....

Pneumologue  .....

**E4. Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir des examens complémentaires?**

Oui Non

Examens biologiques  .....

Echographies  .....

Radiographies  .....

Scanners  .....

IRM  .....

Imageries fonctionnelles (TEP scanner, scintigraphie...)  .....

**E5. Etes-vous satisfait de la qualité de votre réseau de soin ?**

*Echelle numérique de 1 à 5.*

*1 = Totalemment insatisfait*

*5 = Totalemment satisfait*

1

2

3

4

5

**Partie F: Précarité sociale**

**F1. Suivez vous des patients en situations de précarité ?**

Oui

Non

<b>F2.</b>	<b>Recevez-vous des patients bénéficiaires de la CMU ?</b>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>
		Rarement	<input type="checkbox"/>
		Régulièrement	<input type="checkbox"/>
<b>F3.</b>	<b>Recevez-vous des patients bénéficiaires de l' AME ?</b>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>
		Rarement	<input type="checkbox"/>
		Régulièrement	<input type="checkbox"/>
<b>F4.</b>	<b>Recevez-vous des patients sans couverture sociale ?</b>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>
		Rarement	<input type="checkbox"/>
		Régulièrement	<input type="checkbox"/>
<b>F5.</b>	<b>Suivez-vous des patients ne parlant pas Français ?</b>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>
		Rarement	<input type="checkbox"/>
		Régulièrement	<input type="checkbox"/>
<b>F6.</b>	<b>Parlez-vous couramment une autre langue que le Français ? laquelle ?</b>	Oui, la(les)quel(s) ?	<input type="checkbox"/>
		Non	<input type="checkbox"/>
<b>F7.</b>	<b>Assurez-vous, vous-même, la prise en charge de patients souffrant d'addictions au tabac ?</b>	Oui	<input type="checkbox"/>
		Non	<input type="checkbox"/>
<b>F8.</b>	<b>Assurez-vous, vous-même, la prise en charge de patients souffrant d'addictions à l'alcool ?</b>	Oui	<input type="checkbox"/>
		Non	<input type="checkbox"/>
<b>F9.</b>	<b>Assurez-vous, vous-même, la prise en charge de patients souffrant d'addictions aux opiacés ?</b>	Oui	<input type="checkbox"/>
		Non	<input type="checkbox"/>

**F10. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de patients dépendant aux opiacés ?**

Oui

Non

**F11. Quelles sont les deux difficultés principales selon vous ?**

**F12. Quelles sont les ressources que vous utilisez et dont vous êtes satisfait pour la prise en charge de ces patients souffrants d'addictions ?**

## **Partie G: Collaboration avec la MSPU**

**G1. Seriez-vous prêt à participer à 19h30 à une réunion d'information et à un groupe de discussion et d'échange sur un projet de MSPU de Bordeaux centre ?**

*IMPORTANT: Cette réunion aura lieu à l'hôpital Saint André. Merci de nous confirmer votre présence avec la date choisie ainsi que votre nom, prénom et numéro de téléphone par mail à l'adresse suivante: victorlouis.tessier@u-bordeaux.fr ou hugues.essel@u-bordeaux.fr*

Oui      Non

Le 15 décembre 2020  .....

Le 07 janvier 2021  .....

Le 14 janvier 2021  .....

**Merci de nous avoir renseigné ses informations, ces données sont précieuses pour nous.**

## **Annexe n°2 La retranscription des Focus groupes n°1, n°2 et n°3.**

### **Focus group n°1 :**

M1: Notre idée c'était de pouvoir faire un temps de focus groupe et ensuite un temps d'échange et d'information minimum. On a besoin de ce temps de focus groupe pour explorer des questionnements autour du thème de la collaboration des médecins généralistes. Donc le focus groupe, si vous ne savez pas, c'est une méthode exploratoire, constituée d'un groupe de réflexion ou de production qui nous permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Ici l'objectif c'est de vous mettre à contribution Dr1, Dr2, Dr3 et Dr4, de réfléchir aux besoins et aux avantages que pourraient trouver les médecins généralistes à la présence d'une MSPU sur le territoire de Bordeaux centre. Vous, vous constituez un groupe de réflexion parce que vous êtes médecin généraliste, avec l'expérience, expérience on va dire très récente du Dr3 par exemple, et l'expérience qui devient une expertise, celle du Dr2. Donc expérience et expertise de professionnels de santé installés sur le secteur de Bordeaux centre. Et du coup ce premier temps on souhaiterait que vous puissiez répondre, réfléchir, sur 3 thèmes. Le premier ça serait celui-là, Je vais vous la lire, c'est de pouvoir partager vos expériences ou vos connaissances en termes d'organisation ou de collaboration entre entres médecins généralistes concernant votre activité de soins, concernant votre activité de soins, c'est vraiment l'activité de soins du médecin généraliste, comment elle s'organise ? Et comment elle s'organise en termes de collaboration entre médecins généralistes sur le territoire de Bordeaux intra boulevard ? Donc je vous laisse la question affichée et puis il faut que quelqu'un brise la glace pour raconter un peu ses expériences en termes de collaboration entre médecins généralistes autour de l'activité de soin.

Dr1: Euh je peux prendre la parole si on m'entend (bruit de larsen)

M1: A la limite Dr1 tu peux fermer Zoom comme ça tu pourras nous entendre et il n'y aura pas de larsen.

Dr1: Vous entendrez si je ferme Zoom ?

M1: Oui parce que tu es au téléphone là du coup. Mais tu nous verras plus.

Dr1: Je clique sur quitter (bruit de larsen)

Dr2: (rire)

M2: Sinon ce que tu peux faire Dr1 c'est te reculer par rapport à l'ordinateur et là ça va marcher.

Dr1: Vous m'entendez ? (gros bruit de larsen)

M1: Dr1 il faut fermer ton ordi.

Dr1: Dans ce cas-là je ne vous entendrai plus du tout sauf au téléphone ?

M1: Tu vas nous entendre au téléphone. Ah oui c'est parce que tu nous entends bien là via le zoom. On t'écoute.

Dr1: C'est parfait, désolé pour ce problème technique, mais ceux qui me connaissent ne seront pas étonnés de mes brillantes réussites dans le domaine. Je suis membre d'un groupe de quatre et très très bientôt cinq, médecins généralistes. En plus par rapport à la définition de départ, je ne suis pas exactement intra boulevard, mais je suis sur « [donne son adresse] ». Bon c'est Bordeaux, On est très près de Saint-André, enfin on était très près lorsqu'on pouvait passer par le pont de pierre, maintenant il suffit de faire le tour par St-Jean, Mais on n'est pas dans la définition exacte d'intra boulevard. On est un groupe de cinq médecins, alors l'entraide entre médecins généralistes commence déjà au sein de notre association, dans la mesure où par exemple lorsqu'une urgence tombe, on essaie de se débrouiller entre nous au préalable. C'est-à-dire que l'on essaie d'accorder nos horaires pour qu'il y ait toujours un médecin disponible en consultation au cabinet, et en essayant d'offrir une possibilité de prise d'urgence. Moi je fais ça en particulier pour les gens qui arrivent pour des sutures ou ce genre de choses. On a un cabinet dédié à cela, disponible au deuxième étage de notre association. Ensuite on est sur la rive droite ou SOS médecin à son centre vital, donc il y a beaucoup d'activités SOS, avec des consultations SOS qui rendent des services sur Bordeaux Rive Droite les communaux alentours, qu'il n'y a pas ou peut-être moins dans Bordeaux centre, Saint André etc. Troisièmement on a deux services d'urgences, un service d'urgence à la nouvelle clinique du Tondu à Floirac et à la clinique Bordeaux rive droite, plus connue sous le nom de la clinique des quatre pavillons à la frontière avec Cenon. Donc avec cela aussi il y a des services qui font du soin primaire en accueil d'urgence. Et finalement le problème principal, enfin je suppose un des problèmes principaux c'est celui, par rapport à des activités un peu tendues en termes d'horaire etc., de pouvoir accueillir en plus les urgences. Voilà donc le besoin d'une maison de soin primaire pourquoi pas, mais enfin universitaire ça aurait été bien de la définir avant qu'on commence vraiment cette réunion. Je ne sais pas précisément à quoi correspond une maison de santé universitaire pluridisciplinaire ?

M2: Alors on ne la pas défini volontairement pour laisser plus d'éléments, mais on peut donner. Pour que cette maison santé soit pluriprofessionnelle s'il faut un minimum de deux médecins et en infirmier ou une infirmière. Et pour qu'elle soit universitaire il faut que l'activité de soins des médecins à l'intérieur de la maison santé soit celle d'un médecin généraliste universitaire c'est qu'il y ait aussi un chef de clinique ou un ancien chef de clinique universitaire de médecine générale. Et il faut qu'il y ait un accueil d'étudiants de tous les niveaux, des externes, des internes, de niveau un, de niveau deux. Et que cette maison de santé participe au travail de recherche en ambulatoire. C'est ça les critères, à l'intérieur de ça on définit un projet qui va constituer la maison santé. Et ce projet par exemple sur la maison de santé universitaire de Saint André n'est pas du tout encore défini, ça va par exemple dépendre aussi de ce que l'on va ressortir sur cette soirée et sur d'autres soirées que l'on organisera. Ai-je bien répondu Dr1 ?

Dr1: J'avais compris un petit peu ça, je suis désolé mais pour que la définition soit claire pour tout le monde, et je laisse la parole après. C'est que sur le principe ces deux médecins et l'IDE sont des gens à temps plein, à honoraires fixes, sur la base de vacations ? Voilà le fonctionnement et de quel ordre ?

M1: Ca si vous êtes d'accord c'était dans le deuxième temps pouvait l'aborder.

Dr1: C'est le deuxième temps, D'accord. Désolé d'anticiper. Voilà je vous écoute avec attention.

M1: Dr3 peut-être, sur une expérience un peu plus récente de collaboration entre les médecins du secteur ?

Dr3: Alors du coup moi avant de m'installer, j'ai fait un peu le tour pour voir s'il y avait vraiment de la demande ou pas. J'ai rencontré deux médecins qui ont arrêté la médecine générale et qui m'orientent une partie de leur patientèle. Après sinon j'ai été en contact avec d'autres médecins lorsque je me suis présenté et avec qui on a gardé contact, en fait c'était surtout pour les vacances, on s'est arrangés pour faire des échanges de patients lors des vacances parce que le collègue n'était pas remplacé. Ensuite il y a une jeune comme moi qui s'est installée « [donne son adresse] », Dr X, avec qui on est en contact puisque nous sommes tous les deux jeunes installés. Après, en termes de collaboration avec les médecins, ça s'arrête là. Il n'y a pas de véritable échange pour l'instant, on avait discuté avec Dr X de pourquoi pas faire des groupes de pairs. Avec les autres médecins sinon je n'ai pas d'organisation particulière. Pour les urgences, comme je viens d'ouvrir, je reçois les patients que les autres médecins m'envoient qui ne prennent plus de nouveaux patients en centre-ville. Mais sinon pour l'instant pas plus que ça.

M1: Et à votre connaissance est-ce qu'il y avait déjà des organisations ?

Dr3: Des organisations en centre-ville vous voulez dire ?

M1: Oui, entre médecins généralistes comme ça qui peut-être retour des échanges de patients, de se rendre service pour les congés...

Dr3: Alors la notion que j'ai eu pour l'instant, c'est juste qu'ils étaient contents d'avoir quelqu'un à qui envoyer leurs patients. Mais il n'y a pas vraiment de lien, pour les vacances, c'était chacun fait un peu comme il peut, ceux qui avaient des remplaçants se faisaient remplacer et les autres fermaient.

M1: OK Dr2?

Dr2: Oui alors, bon moi j'ai passé quasiment toute ma vie tout seul, Je fais partie de ces anciens dinosaures du temps passé. Alors que je n'ai jamais participé à quelque chose de structuré, on avait notre Association Bordeaux Sud que certains ont connu qui a fonctionné, Je crois, pendant plus d'une trentaine d'années. Et donc on avait un réseau entre la gare Saint-Jean Saint-Pierre Saint-Michel les Capu et Nansouty globalement où on se relayait mais plus par amitié et par confraternité. Cela se faisait pour les vacances et pour les week-ends, à l'époque où on faisait plus de garde. Je me souviens même d'une garde débutée par notre ami Albert Lyon, une nuit d'hiver ou un matin d'hiver puisqu'on faisait les gardes le samedi matin. Et on a fini à quatre médecins durant le week-end puisqu'il y avait une épidémie de gripes faramineuses. Donc voilà ça se faisait plutôt par des liens d'amitiés et du fait aussi qu'on se formaient ensemble régulièrement, nous avons donc créé quelque chose qui nous reliait mais cela n'a jamais été inscrit noir sur blanc ou même structuré, voilà. Ce qui pose problème quand même très souvent, alors je continue avec M2 sur ce même mode. Mais ce qu'il manque très souvent c'est effectivement d'abord de pouvoir dépanner les patients... alors moi j'ai toujours gardé, Même à l'heure actuelle, j'ai toujours gardé quelques places par jour pour voir des patients qui avaient besoin de voir un médecin, alors c'est pas forcément des urgences médicales aux termes comme on pourrait l'entendre, mais c'est pour répondre à un besoin des patients parce que je pense que ça fait partie aussi de notre travail même si tout seul c'est un peu compliqué. Par ailleurs, au niveau urgence entre Bagatelle, Robert Piqué,

Saint-André, de ce côté-là de Bordeaux on est quand même bien achalandé et en plus avec la nouvelle clinique du Tondu qui n'est pas loin, donc on a de quoi... Et puis ce nouveau service qu'ils ont monté aussi à la clinique mutualiste qui est la barrière de Pessac, où effectivement ils accueillent les petites blessures, où ils font du plâtre, des choses comme ça, donc ça rend quand même pas mal de service pour la petite urgence. Après le problème le plus complexe c'est celui du suivi des soins avec tous les problèmes de demande de fichiers de dossier que l'on peut avoir lorsque l'on rencontre certains patients et qu'on est en vacances en week-end ou non disponible, ou parfois on se retrouve avec des patients compliqués dont on ne sait pas grand-chose... Voilà. Après il y a le côté universitaire que j'ai entendu et effectivement là on a affaire à des professionnels entre M1 et M2, là je n'ai pas grand-chose à dire mais effectivement ça pourrait être intéressant. Est-ce qu'il faut une maison de santé pour ça ? Je n'en sais rien, j'en ai aucune idée... Voilà

M1: Je vais laisser le Dr4 parler. On reviendra sur cette notion peut être d'activités de soins coordonnés, notamment entre les urgences et les médecins du fait qu'il y a recours possible mais est-ce qu'il y a quelque chose de coordonnées à votre connaissance ? J'aimerais bien qu'on revienne là-dessus après. Dr4 ?

Dr4: Oui, alors moi j'ai une pratique de ville assez classique, en terme d'organisation avec les confrères du quartier, à part avec Dr2 qui nous adresse parfois des patients sur ses congés, on n'a pas trop de liens enfin c'est ce que je ressens. Dans le quartier il y a des nouveaux installés que je ne connais pas forcément. Quand je pars en vacances j'ai toujours en remplaçant habituellement, et puis nous sommes trois sur le cabinet pour répondre aux besoins. Qu'est-ce que je pourrais dire d'autres... sur mon planning de la journée, comme mes collègues j'ai aussi gardé des créneaux d'urgence, pas forcément pour de réelles urgences, mais comme le disait Dr2 pour répondre à la demande le jour J. et en termes d'urgence j'adresse facilement sur Saint-André, en plus aux capucins nous avons une patientèle assez précaire et qui ont l'habitude de consulter déjà sur Saint-André.

M1: Donc en termes de collaboration entre médecins sur votre endroit c'est vraiment votre cabinet de groupe et un autre médecin qui en l'occurrence est ici présent (rires).

Dr4: Oui, voilà après j'ai remplacé aussi pas mal sur Nansouty pendant plusieurs années donc ça m'arrive aussi de dépanner ma consœur de Nansouty. Pareil j'ai certains patients qui viennent chez elle quand je ne suis pas dispo mais globalement avec mes deux associés on arrive à avoir des places pour tout le monde, enfin tous les trois. Je ne sais pas ce que tu en penses M2 ?

M2: Oui oui, je peux rajouter M1 tu me permets ?

M1: Ah oui je pense que tu as aussi l'expertise (rires).

M2: (rires) Mais effectivement je pense que l'organisation avec les confrères de proximités a été assez difficile. En ce qui me concerne quand je me suis installé j'avais été assez fraîchement accueillie par les confrères de proximités. Je pense en particulier à un qui n'habitait pas très très loin de notre cabinet, avec lequel ça ce n'était pas très très bien passé, il m'avait reçu plus comme un concurrent que comme confrère... C'était mon ressenti et la suite m'a donné quelque part raison. C'est-à-dire que ça m'a donné raison puisqu'à chaque fois qu'il y avait un patient difficile il atterrissait obligatoirement chez moi. Et à l'époque les patients difficiles c'étaient vraiment des patients difficiles. C'est à l'époque où il y avait par

exemple les junkies qui arrivaient dans la salle d'attente pour avoir un dérivé morphinique alors qu'il n'y avait pas de traitement substitutif. Cela n'était pas une situation très très facile surtout quand on était recommandé par son confrère. Et voilà, ça a démarré comme ça et par la suite comme nous étions en cabinet de groupe, on était trois tu en es repassé à deux, avec des collaborateurs donc Dr4 et DrZ qui n'est pas là ce soir. En fait, on avait un fonctionnement assez autocentré avec Dr2 ... en double sens d'ailleurs, par exemple Dr2 avait une spécificité en thérapie cognitivo comportementale où il m'arrivait assez régulièrement de lui adresser des patients, et de son côté aussi ... sans d'ailleurs que ça soit ... On ne s'en est jamais expliqué tous les deux, on le fait parce qu'on se connaît et que l'on a confiance tous les deux l'un dans l'autre. Par ailleurs, il y a aussi de nouveaux installés, de nouveaux installés avec qui j'ai essayé de tisser des liens, par exemple un qui est à une centaine de mètres de mon cabinet avec lequel j'ai eu une fin de non-recevoir. Et puis il y a eu de nouveaux installés dans le quartier qui ne sont jamais venus se présenter et dont j'ignore même à quoi ils ressemblent. C'est dur de tisser des liens en ville, Dr3 disait ça tout à l'heure. Dr3 dont je ne connais pas le prénom, car depuis tout à l'heure je vois Charlotte sur la vidéo (rires).

Dr3 : C'est X (rires), désolé c'est le compte de ma femme (rires).

M2: (rires) Ah d'accord je pensais que c'était peut-être le nom de scène le soir (rires).

Dr3: (rires)

M2: Donc X moi c'est Y. Donc effectivement au début on a fonctionné comme ça, et c'est vrai que ça été plutôt autocentrée sur le cabinet pour des raisons historiques. De temps en temps il y avait des médecins du quartier qui nous adressaient leurs patients, il y avait une consœur qui habite près de la victoire, qui nous adressait aussi ses patients. Et puis on voit circuler un certain nombre de patients en fonction des vacances des uns et des autres, car beaucoup partent sans prendre de remplaçant et du coup patient ont besoin, étant un peu en des errances, téléphonent au cabinet dont ils savent qu'il est toujours ouvert. Et puis il y a eu une dernière chose, c'est l'activité du samedi. Moi quand je me suis installé je travaille un samedi matin sur deux et le samedi après-midi puis très rapidement, enfin au bout d'une dizaine d'années, on a arrêté l'activité du samedi. Et le cabinet est fermé le samedi alors que dans la semaine les plats des gens sont assez vastes, voilà. Donc l'organisation avec les collègues est quand même assez succincte, à part avec quelques personnes avec qui on a tissé des liens parfois même amicaux. Alors à l'époque il y avait aussi Jean-Louis qui était installé dans le quartier avec qui je travaillais régulièrement ... enfin voilà, on était un petit réseau de quelques médecins, mais quand même assez limité.

M1: Ok merci, est-ce que je peux vous relancer sur cet aspect de, enfin j'ai compris qu'il y avait beaucoup de choses qui étaient informelles, que ça soit dans la nouvelle installation ou on allait voir deux trois collègues de proximité, et on s'entend car nous sommes sur un territoire où le médecin part à la retraite et sont contents de se faire remplacer. Il y a aussi quelques orientations professionnelles avec des spécificités qui font que peut être m'adresse des patients mais toujours de manière informelle. Est ce qu'on peut relancer ce point-là sur des médecins généralistes qui auraient certaines spécificités, et comment justement s'organise cette collaboration ou cette coordination entre ces médecins-là ? Notamment Dr3, Dr4 et Dr1 puisque vous avez peu développé ça ?

Dr3: Moi sur le plan gynéco par exemple j'envoie les patients chez le docteur Juliette Barthe, rue Vital Carles, qui fait des frottis, parce que l'on s'est rencontré au moment où je me suis

présenté à tout le monde. Après sinon je ne connais les autres spécificités de mes autres confrères du coin, je crois qu'ils n'ont pas d'orientation particulière à ma connaissance...

M1: Et avec le Dr A est-ce que c'est très formalisé ? Ou est-ce qu'il y a un logiciel partagé ?

Dr3: Ah nan non pas du tout c'est juste c'est juste oral elle m'avait dit avec plaisir. Je lui fais un courrier et lui adresse les patients. Donc totalement informel.

M1: Dr4?

Dr4: Donc moi j'ai pas de spécificité particulière, je ne fais pas de gynéco, j'ai plus un attrait pour la pédiatrie donc je reçois quelques nourrissons pour du suivi. Et pour ce qui est de la gynéco j'adresse plutôt... Dans le questionnaire et il y avait notamment les difficultés d'accès certains spécialistes, et malheureusement autour de chez nous il y a peu de gynécos qui reçoivent encore de nouvelles patientes, par contre on a plusieurs cabinets de sage-femme et pour le suivi gynéco j'adresse donc aux sages-femmes, qui m'adressent en retour des nourrissons. (Sourire). J'ai aussi fait le DU de santé et précarité, et je pense que la PASS m'adresse, ou tout du moins donne mon contact aux patients précaires qui ont un accès aux droits et qui ne relève donc plus du dispositif PASS. Et j'ai eu des patients sur des squats, qui ont fait tourner mon contact donc j'ai pas mal de patients plutôt précaires et pas forcément francophones.

M1: Et là aussi de manière informelle ? C'est-à-dire que vous n'êtes pas forcément identifié à la PASS comme ... ?

Dr4: Non non c'est qu'avec le DU les contacts se sont fait.

M1: Dr1 est-ce que tu veux ajouter quelque chose ?

Dr1: Oui plutôt dans le cadre de notre association, le groupe SCM médical thiers, on a deux jeunes médecins autour de 35 ans et puis les vieilles barbes comme moi qui arrive à la soixantaine, ou qui l'a dépassé juste. Bon déjà on prend tous nos repas ensemble donc c'est un lieu de confraternité d'amitié mais également d'échange professionnelle qui nous permet de nous poser des questions est d'avoir une sorte de réunion concertée entre nous. Alors ce n'est pas pluridisciplinaire mais en tout cas on peut partager nos avis. Ensuite en ce qui concerne l'organisation purement temporelle, on se partage également les samedis matin. On tient à maintenir une consultation le samedi matin. Et donc quand on ne peut pas, on se fait remplacer par un remplaçant mais nous tenons à assurer les samedis. Ensuite pour travailler chacun a un petit peu sa spécialité, un qui est formé pour les personnes âgées, moi j'ai une formation de pédiatre au départ et je fais aussi un peu de gynécologie ça ne me dérange pas pour ceux qui est par exemple de l'interruption de grossesse, j'ai une consœur qui est à 500 m du cabinet, dont je sais qu'elle a une formation et à qui j'adresse les patientes désirant avoir une pilule abortive. Ensuite c'est ce qui a été dit, on connaît, en étant dans quartier depuis 30 ans, beaucoup de médecins, mais plus les anciens que le nouveaux, qui sont souvent un peu timide pour venir se présenter. Alors bien sûr il y a des spécialités de tel ou tel appareil qui viennent faire leur pub et distribuer leur carte, et finalement on les en remercie, on apprécie beaucoup. Et indépendamment de ces spécialistes médicaux nous avons aussi les infirmières, les kinés, les nouveaux orthophonistes qui viennent se signaler puisqu'après tout c'est toujours intéressant d'enrichir son noyau de correspondant, et de savoir à quoi il ressemble. J'ai bien aimé la réflexion de M2 concernant les médecins dont on connaît à peine le nom et

absolument pas la tête. Mais c'est toujours bien de se voir. Alors il y a une époque où il y avait les réunions de tel ou tel domaine qui permettait de brasser un peu plus les populations médicales, mais cela se perd car cela tournait souvent autour d'un financement labo qui a aujourd'hui disparu. De ce fait, la découverte du tissu médical et paramédical de son quartier est moins possible qu'avant. Il y a aussi un domaine qu'on n'a pas abordé, enfin que je n'ai pas entendu, c'est qu'avec ce nouveau système de Doctolib, il y a une espèce d'uberisation de l'offre médicale, avec le fait ce qu'indépendamment du médecin traitant, telle plage horaire disponible, crac j'y vais et j'utilise le médecin comme tous ces systèmes de drive ou de service rapide. Et ça change aussi beaucoup le service de l'offre médical il me semble.

M1: D'accord est ce que je peux te relancer, en commençant par toi. Est-ce qu'il y a une organisation formalisée pour l'accès aux urgences dont vous parliez entre SOS et le service des urgences ? Est-ce que c'est un peu structuré ? Ou là aussi on se rend service de manière très informelle ?

Dr1: Comme chacun le sait SOS n'est pas très partageur de ça entre la régulation au 15 et leur système de consultation dédié etc.. Ils sont je dirais autonome, ils font très peu appel à des confrères, quand il pense de moins en moins souvent à vous passer un coup de fil pour vous prévenir de tels quelque chose... donc c'est comme ça, on a vu la situation évoluer, et on est tous très très content de pouvoir fermer nos cabinets à 20 heures et dormir et passer une soirée tranquille. Mais le prix de sa c'est qu'il est une coupure entre le monde des « urgences », plutôt la demande de soins ressentis urgemment, qui est plutôt maintenant traité par des professionnels, en tout cas sur bordeaux car toutes les villes et même toutes les régions du gironde ne sont pas équipés de tout ça. Mais ça a changé dans notre exercice par rapport à un besoin ressenti urgemment de soins médicaux.

M1: Et sincèrement ma question est très innocente puisque je ne bénéficie pas sur le territoire où je suis de SOS... Est-ce que Dr3, Dr4 ou Dr2 veulent aussi apporter des éléments sur cette collaboration/coordination formelle ou informelle sur les urgences en médecine générale ?

Dr2: Non, c'est plutôt une cohabitation en fait, mais on ne peut pas parler de collaboration... mais comme le disait Dr1 cela nous a rendu service, on était tous content de récupérer nos nuits et nos week-ends... il y a une époque où ça d'ailleurs été plutôt une compétition, puisque je me souviens nous avions des services de garde d'un côté et SOS médecin de l'autre côté. Depuis une époque il n'y avait pas de régulation, donc on nous envoyait sur tout et rien, parfois on n'était pas équipé pour répondre à la demande. Et je vous assure que la régulation du centre 15, dont on peut dire tout ce qu'on veut, mais enfin ça rend quand même des grands services, a permis de répartir les urgences entre les médecins de villes et SOS. Et puis petit à petit SOS a pris sa place... Bon je crois qu'ils vont la garder et que ça va rendre service à tout le monde. Mais tu sais je crois que notre nouveau problème, enfin on n'en a jamais vraiment parlé avec M2, mais notre plus gros problème dans le quartier, si on fait les capucins la gare Saint-Jean ce n'est pas les urgences, c'est les toxicomanes, c'est la drogue qui pose le plus gros problème dans ce quartier. On voit quand même beaucoup plus de toxicomanes que d'OAP qui ont quasiment disparu de nos cabinets, la cardiologie a fait bien des progrès. Et là-haut je trouve qu'on est quand même le plus gêné c'est pour le suivi de ces patients, avec d'ailleurs des paradoxes, puisque moi je vois le CEID qui m'envoie des patients... Ce que je trouve assez étonnant, puisque quand ils sont débordés il redistribue les patients sans te demander ton avis. Le patient arrive en disant : « On m'a dit qu'il fallait venir vous voir ! » ... Mais là aussi en dehors de toute collaboration, ça se fait comme ça, puisque quand un système déborde il se déverse sur tous les autres. Mais personne ne se parle mais

personne ne s'organise, en tout cas autour des patients. Et autour du suivi de ces patients et j'aimerais quand même avoir l'avis de Dr4 et M2, sur la prise en charge de ces patients qui nous pose quand même énormément de problèmes à tout point de vue.

Dr4: Effectivement sur le suivi de ces patients c'est un peu compliqué puisqu'il faut répondre à leur demande assez rapidement. Bon le suivi on n'en parle pas. Après moi j'ai de bons rapports avec le CEID, j'ai une bonne collaboration avec cette structure. Globalement depuis deux ans que je suis réellement installé, j'ai l'impression d'avoir un peu moins de patients qui viennent de manières inopinées pour du Subutex. Ça arrive encore, il y en a eu beaucoup sur le confinement, mais j'ai l'impression depuis juin juillet que ça diminue un peu. Effectivement dans le quartier de Bordeaux Sud ça reste quand même un gros problème, les patients sont plutôt jeunes, les urgences type OAP, ça c'est sûre que je n'en ai jamais (rires). Mais je pense que les structures spécialisées dans la précarité doivent faire le relais quand même.

M2: Je peux rajouter un petit mot peut-être quand même. Effectivement les liens de coordination moi je les ai tissés à partir du moment où je me suis retrouvé médecin coordinateur dans une structure d'appartement de coordination thérapeutique, et où j'ai fait l'état des lieux des différentes structures. C'était la communauté urbaine de Bordeaux, et des différentes structures qui prenaient en charge les patients souffrant d'addiction, mais pas que, c'était plutôt orienté sur les patients qui présentaient une infection à VIH. Et donc à partir de ça j'ai tissé des liens avec les différentes structures, et à partir du moment où j'ai pu aller les rencontrer eux-mêmes, et bien après ils m'ont adressé des patients régulièrement. Et donc j'ai toujours gardé de bons liens avec le CEID, mais vrai que si je n'étais pas allé le rencontrer une première fois, m'interroger sur leurs pratiques, dans le cadre d'ailleurs dans le projet Européen. C'est ça qui est étonnant, il a fallu attendre un projet Européen de recherche, pour que je me rende dans leur structure. Et finalement on se rend compte que les liens sont quand même très très lâches et qu'on peut travailler à côté sans pour autant se connaître. Il faut qu'on fasse soi-même cet effort d'aller rencontrer, mais malheureusement on n'a pas toujours le temps très clairement. J'ai toujours gardé de très bon lien avec eux, et continue à m'adresser des patients moi je continue alors à les adresser, et on en collaboration assez étroite. Alors parfois ça se relâche un peu, et c'est lié à la surcharge de travail, mais cela se passe quand même bien. L'autre élément en dehors du problème de ces patients addicts, qui continue bien évidemment à poser des difficultés, pour des demandes inconsidérées de produits, pour des menaces parfois à peine voilées, qui nous font nous sentir sous pression etc... Enfin je dois dire, qu'avec l'expérience que j'ai, ça n'a rien à voir avec ce qu'on a connu Dr2 et moi il y a 30 ans. Avant l'arrivée de la Buprénorphine, c'était quelque chose d'assez difficile, pour ne pas dire très difficile. Donc maintenant cette situation est mieux cadrée, la difficulté qu'on a c'est que ce sont des patients mal cadrés, de par leurs difficultés linguistiques, c'est-à-dire que beaucoup ne parle pas le français, il y en a beaucoup qui sont originaires des pays de l'Europe de l'Est, dans notre quartier il y a beaucoup de passagers d'origine Bulgare, Roumain, Georgien, Tchétchène. Enfin voilà des patients qui sont difficiles à cadrer notamment sur des problèmes de langue, ça c'est un réel problème que l'on a car nous n'avons pas de système de traduction efficace. Les patients souffrant d'une addiction viennent généralement seuls, donc ça crée des difficultés. Et puis il y a ce que disait Julie, la précarité, une forte proportion de population vulnérable dans le quartier, qui fait qu'on est en lien avec la PASS, en lien avec les lits de halte du foyer de l'AID, en lien avec d'autre structure, notamment le SAMU social etc ... Mais on a quand même des difficultés avec ces populations-là, du des problématiques d'expression en français qui sont extrêmement déficientes, et qui posent des problèmes majeurs de compréhension. Pas plus tard que la semaine dernière, j'ai reçu un patient d'origine turque qui ne parlait que le turc, et qui s'est

mis en colère devant moi parce que je ne comprenais pas ce qu'il disait. Évidemment je ne parle pas encore le turc couramment, et ça posait problème, même s'il y avait une pathologie psychiatrique sous-jacente, on imagine bien les difficultés que ça pose.

Dr3: Je rebondis juste sur ce problème de traduction, moi j'ai été contacté par Médecins du Monde, qui voulait étayer un peu leurs correspondants, pour le moment il ne m'ont envoyé personne. Mais en tout cas, ils mettent à disposition, pour tous les médecins généralistes, un système de traduction. En fait, vous appelez un serveur, nous choisissons la langue, et en quelques secondes vous obtenez un traducteur. Ce service est pour le moment payé par Médecins du Monde, mais je crois que leur intérêt est de montrer que cela a une utilité pour les médecins généralistes, et que ça puisse être financé par l'ARS par exemple. En tout cas moi j'ai un numéro que je peux appeler quand je veux, pour n'importe quelle langue, je ne sais pas si vous savez que ça existait ?

Dr4: Tu y as accès où ?

Dr3: C'est Médecins du Monde qui m'a donné ce numéro.

Dr4: Mais c'est un truc expérimental encore non ?

Dr3: Alors pour le moment c'est expérimenté par Médecins du Monde et financé par Médecins du Monde.

Dr2: D'accord.

Dr3: Le serveur reste une boîte payante.

M2: Il y a eu différentes expérimentations, la première s'appelait CARE je crois, de mémoire.

Dr3: Oui CARE c'est la thèse d'Anne Lise.

M2: ... qui a été un échec parce que quand on avait le patient devant soi, il fallait le re-convoquer, parce qu'il fallait prendre un rendez-vous etc... Enfin c'était assez compliqué. Parce que bien évidemment nos patients, il n'y en a aucun qui parle anglais, aucun qui parle espagnol, quelques portugais, mais en général c'est bulgare, turc, voir des langues un peu plus insolites, ce qui fait que nous n'avons jamais le traducteur directement en ligne. Alors je suis content que Médecins du Monde ait repris ce projet, et la seule difficulté c'est le financement, et en général le financement se tarit. Alors peut-être que si on montre, en tant que médecin généraliste, que ce type de prestations nous intéresse, et qu'on l'utilise régulièrement. Mais enfin c'est une question qui reste en suspens.

Dr4: Le problème c'est qu'il faut que toutes les planètes soient alignées, il faut re-convoquer le patient, donc faut qu'ils comprennent bien, on est le bon timing avec l'interprète, alors que nous avons tous en général 30 minutes à une heure de retard sur nos consultations. Moi j'ai voulu l'expérimenter, mais je n'ai jamais eu accès à un traducteur.

Dr3: Mais là d'après ce que j'ai compris tu aurais un traducteur immédiatement.

Dr4: Si c'est immédiat ça a un intérêt car les patients vulnérables et précaires veulent une prise en charge immédiate. Si on les re-convoque dans 24 ou 48 heures, on ne les revoit jamais.

DM1: Je vais vous couper pardon, sur ce sujet très intéressant. Mais ce qu'on a entendu c'est qu'il y a certaines collaborations ou cohabitations qui sont un peu informelles et qui sont convenables parce que les gens se connaissent. Et puis il y a des structures, comme Médecins du Monde, qui essaient de coordonner certains médecins, ou en tout cas certaines actions autour de la précarité et d'une population allophone, s'en est un exemple. Je vous remercie. Peut-être Dr3, vous ne vous êtes pas prononcé sur cette organisation, collaboration, coordination avec les services d'urgences, en l'occurrence SOS, est-ce que vous avez des choses à rajouter par rapport à ce qui a été dit ? Où est-ce que c'est pareil pour vous ?

Dr3: Donc moi je laisse des créneaux d'urgence pour le jour même, même si ce n'est pas vraiment des urgences. Après souvent les gens connaissent SOS-Médecins, et savent qu'en dehors des heures d'ouverture ils peuvent appeler SOS. Moi j'ai remplacé pas mal à SOS-Médecins, donc j'ai vu comment ça fonctionnait à l'intérieur, et c'est vrai que moi je trouve que c'est complémentaire à notre pratique. Ça nous permet de finir tôt, enfin à l'heure que l'on veut en tout cas, sans arrière-pensée, on sait qu'il y a SOS qui couvre. Moi je trouve ça plutôt pas mal.

M1: Ok merci. On peut passer à la 2eme recherche d'information, donc qui est plus sur comment on imaginerait, on est plus sur une question un peu d'avenir. Comment on imaginerait une organisation de collaboration idéale entre les médecins généralistes du secteur de Bordeaux centre ? Et là aussi c'est une question très très large volontairement, on va voir ce que vous imagineriez là aussi en termes de collaboration, mais pas qu'uniquement autour de cet aspect de soin ou de permanence des soins. Donc je soumets cette question-là, et je vous laisserai briser la glace.

On reste entre les médecins généralistes par contre en termes de coordination et de collaboration.

Dr1: Je crois que on est toujours en recherche de ça, la preuve en est, autour du COVID les petits réseaux, j'en fais partie de deux, de gens du quartier qui se sont finalement connus à travers la mise en commun d'informations au départ, il n'y en avait tellement peu, et ensuite de leurs expériences tout simplement, de ce qu'ils avaient trouvé dans la littérature, de ce qu'ils faisaient, de leurs propres statistiques, bon. Et ça, que ce soit sur la rive droite ou sur le quartier Bordeaux Bastide, il y a eu une organisation d'une quinzaine de médecins à chaque fois qui se sont créés. Donc je pense qu'on est toujours en recherche de cet exercice partagé, de cette confrontation de nos données, de nos informations, toujours à la recherche de bons tuyaux, de la bonne formation.

Ensuite, on est toujours à la recherche de filières efficaces, moi aussi je suis un peu identifié par la PASS et par Médecins du Monde, et c'est vrai que ça doit leur rendre service eux, de savoir que dans tel quartier, il y a tel médecin qui est censé accueillir les gens qui ne peuvent pas forcément payer ou qui ne parlent pas la langue, et qui est capable de se débrouiller plus ou moins dans différents idiomes.

Troisièmement, si on élargit un petit peu par rapport au médecin, sujet de la réunion, on est toujours à la recherche de gens capables d'intervenir autour de nous, c'est à dire soit les paramédicaux mais aussi les services sociaux efficaces, les bonnes filières sur le plan social, sur le plan juridique pour aider nos patients en difficulté de ce point de vue-là. Donc comment ça peut prendre place ? On échange à travers des réunions, à travers des groupes de pairs, à

travers des petits groupements internet qui se sont créés à cette occasion du COVID, finalement on peut avoir d'autres raisons qui peuvent survivre au COVID. Est-ce que ça passe par une structure établie, un lieu reconnu, individualisé géographiquement ? ou une localisation par quartier ? C'est une idée intéressante

M1: Merci Dr1

Dr1: Acquiesce

M1: Dr3 ?

Dr3: Cette idée que les médecins du centre-ville puissent communiquer entre eux, par quel biais, je ne sais pas, mais qu'il puisse avoir une coordination c'est bien. C'est vrai que j'ai vu en faisant le tour des médecins que les médecins se connaissent vite fait, mais il n'y a aucune, il n'y a pas de collaboration, il n'y a vraiment rien d'organisé. Alors collaboration idéale euh bon je pense que la problématique actuellement c'est plus les remplacements, donc quand il y a un tel qui part en vacances, savoir où adresser ? Après le problème c'est que de toute façon on ne pourra jamais avoir tous le même logiciel, c'est un peu utopique de pouvoir se répartir les patients lorsqu'on part en vacances avec leurs dossier je pense que c'est impossible, euh voilà.

Après, la collaboration en groupe de pères c'est de toute façon quelque chose que j'aimerais faire, je pense que c'est important pour la pratique, surtout que moi je suis tout seul du coup, il n'y a pas que les dinosaures (rictus). Je suis allé un peu chercher les autres jeunes médecins. Je ne vois pas trop, à part les groupes de pères et pour les remplacements ce qu'il pourrait y avoir d'autre.

Dr2: Je rebondis sur ce que vient de dire Dr3, je pense qu'effectivement un des moyen quand même de fédérer les médecins, ça a quand même été toujours autour de la formation, je pense que le fait d'apprendre ou de partager des groupes de pères que nous avons connu ont fait beaucoup de bien au fait d'avoir envie de travailler ensemble.

Ensuite est ce qu'il faut structurer ça mieux ? Euh certainement, je pense qu'effectivement c'est inquiétant de voir de plus en plus d'installations isolées, sans connaître ses voisins, et que nous avons certainement des moyens ou des spécificités à mettre plus en commun. Euh on ne sait pas forcément ce que font nos confrères, je ne connais plus guère que quelques médecins dans mon quartier. Ensuite je pense que si on veut mettre en place une collaboration, ça se passait quand même toujours autour d'une structure qui était en générale associative. Il faut qu'il y ait quelqu'un, quelque chose qui organise un peu tout ça. Parce qu'autrement ça ne se structurera jamais vraiment. Le vagabondage de nos patients, je crois qu'il appartient à la société actuelle et puis je pense que les patients déménagent aussi de plus en plus. Donc le suivi au très long court, comme on l'a connu, ou on connaissait, une, deux, trois générations va quand même disparaître peu ou prou, ce métier va changer comme les autres. Donc je pense qu'effectivement ce qui nous rassemble quand même autour c'est les patients et la médecine. Je pense que si on arrive à remettre de la formation et à redonner envie, parce que s'il n'y a pas un état d'esprit tout ça, si y'a pas une envie individuelle de participer à quelque chose de collectif, on n'arrive jamais à rien. On peut monter toutes les structures du monde, je pense que l'état d'esprit c'est quand même très important et je crois qu'il y a besoin de relancer des choses dans ce domaine. Parce que le risque c'est que les médecins se forment chacun dans son coin, derrière son écran, pour avoir son quota de points annuel ou je ne sais trop quoi (dubitatif), mais ça, ça ne va pas aller dans le bon sens pour travailler ensemble. Donc je suis un peu inquiet du chemin suivi par la formation, car je pense

que ça éloigne les médecins plutôt que ça ne les rassemble... Et on sera meilleurs si on est rassemblés quand même...

Voilà après euh au niveau structure, moi je ne suis pas très bon, donc je n'ai pas forcément d'idée sur la manière dont il faut structurer ça.

Dr4: Participer à un groupe de pairs dans le quartier, dans le secteur Bordeaux centre, Bordeaux Sud effectivement moi ça me plairait bien, pour rencontrer mes confrères du quartier, puis échanger et continuer à se former, ça c'est important. Après comme le disait Dr3, pour l'homogénéité d'un logiciel c'est un peu compliqué aussi pour le partage d'informations. Voilà je n'ai rien de plus à rajouter, mais si on pouvait monter un groupe de père sur le secteur moi ça m'intéresserait.

M1: Et si je relance, cette idée de collaboration idéale, notamment autour de cette accès à un nouveau médecin traitant, ou cette gestion de ce que tu as appelé Dr2; le vagabondage, ce qu'on appelle parfois l'errance médicale euh, est qu'il y aurait une organisation idéale selon vous? Est-ce qu'il faudrait tendre vers quelque chose de particulier ? Je les mets un peu ensemble, l'accès à un médecin traitant et l'errance médicale...

Dr2 Oui (approbation)

M1: ..Même si ça peut être un peu deux choses différentes mais..

Dr2: Je ne sais pas, pour ça je vous donne un exemple qui est en train de se passer en Allemagne, c'est que donc Doctolib, je ne sais pas si vous savez, le système de santé allemand a adopté Doctolib, il y a déjà un an ou 2 ans et en particulier Doctolib est en train d'organiser pour la ville de Berlin la vaccination des patients COVID, c'est à dire ils ont mis quasiment, ils ne sont pas passés par les médecins, ils ont mis en place une organisation unique auquel adhèrent les médecins, avec l'accord des médecins bien évidemment. Et donc si on veut rentrer dans quelque chose de très organisé, effectivement il va falloir passer par des structures qui sont un peu au-dessus de nous et je ne sais pas si les médecins français sont prêt à adhérer à ce genre de chose, ou on est toujours en train de défendre plutôt notre pré carré plutôt que de regarder l'intérêt collectif, bon, on voit en ce moment quand même que nous sommes bien placés dans cette charmante période du COVID, que les français veulent une protection collective et une liberté individuelle, hein! (rires collectif) , et mon inquiétude c'est que les médecins sont Français aussi, comme leurs patients globalement (rictus) et donc je ne sais pas comment on fait rejoindre les deux. Or, je pense qu'on manque... que notre service serait plus efficace s'il était mieux organisé, euh... à tout point de vue, et pour nous et pour nos patients, mais je ne sais pas si les médecins ont envie de ça. C'est ça qui me ... Je ne peux pas répondre pour eux.

Dr3: Je pense qu'il faut forcément une organisation supérieure, c'est sûr, si on veut dispatcher les patients, parce que les patients vont regarder sur google, ils vont sur Doctolib, ils vont regarder dans la rue mais il faut forcément quelque chose de supérieur si ça doit être organisé, ça c'est sûr. J'avais une autre question par rapport au CPST, j'ai vaguement entendu parler de ce truc, est ce que ça peut avoir un lien avec ce dont vous parlez ? Ou pas du tout ? Je ne sais pas ce que c'est en fait.

M1: Pour l'instant ça n'en n'a pas... rictus mais euh, il n'y a pas beaucoup de CPTS mais c'est clairement une volonté territoriale, quand ça s'organise bien, c'est d'abord une volonté de plusieurs acteurs sur un territoire donné. C'est quelqu'un qui centralise l'organisation

territoriale, sur la médecine mais pas que la médecine, ambulatoire et libérale, kinés, infirmières et tout ça, c'est très très complexe, c'est un peu ce que témoignait Dr2, c'est qu'on est d'abord dans une pratique individuelle. Bien sûr que cette réflexion des CPTS, là aussi il y a un cahier des charges autour de cet accès aux soins pour les patients, ça fait partie d'un axe prioritaire pour les CPTS en termes d'organisation.

M2: Oui je crois que c'est une bonne remarque, une bonne question quelque part.. C'est une bonne question parce que, je crois ce que soulignait Dr2 à l'instant est très important ; C'est à dire que quand on voit comment on fonctionne aujourd'hui, on se dit, ce qu'il risque de se produire, c'est que d'autres organisent notre mode de fonctionnement, à notre place et que l'on ait plus beaucoup de droit au chapitre... Euh on le sait et on vit ça aussi du côté de l'université donc on a une petite idée... mais pour parler juste du côté ambulatoire on a vraiment cette impression-là, et ça je pense qu'il vaut mieux prendre son destin en mains que plutôt que d'attendre que ce soit les autres qui le fasse, ça c'est clair. Alors après euh effectivement quand on a eu l'idée de cette de création d'une maison de santé, on a avait aussi dans l'idée de ne pas le faire tout seul dans notre coin, de ne pas installer un donjon au milieu de la ville, mais d'installer au contraire, exactement l'inverse, quelque chose d'ouvert sur l'extérieur et donc qui dit ouvert sur l'extérieur, c'est tisser des liens avec l'extérieur, des liens étroits et des liens intelligents et je pense que aujourd'hui les CPTS peuvent constituer une structuration pour créer des liens étroits entre les gens, les professionnels de santé, pas que les médecins généralistes d'ailleurs, mais on fait partie quand même du fondement de la structuration même de la CPTS avec les autres collègues et les autres professionnels de santé, et d'harmoniser un peu tout ça avant que d'autres décident d'organiser à notre place en disant 'vous êtes totalement incapables de vous organiser, vous êtes des francs-tireurs, vous êtes des électrons libres et donc on peut pas vous faire confiance et chaque fois qu'on essaye d'organiser quelque chose, ça ne marche pas '. Cet élément-là est d'autant plus vrai qu'on est en ville, parce qu'en ville on s'installe sans qu'il y ai d'organisation au préalable, de façon libre, et j'espère que cette liberté continuera, mais ce qu'il risque de se produire c'est qu'elle devienne de moins en moins importante, qu'elle soit sous contrôle parce qu'il faut bien le rappeler nos pharmaciens de quartier-là, on voit bien ce qu'il se passe en ce moment, ils sont en train de se regrouper, et ils n'ont plus de liberté d'installation très clairement depuis déjà de très nombreuses années, donc ça pourrait bien nous tomber dessus aussi ça et il y a beaucoup de politiques qui veulent organiser à notre place les soins ambulatoires. Donc tous ces éléments-là, et on pourrait longuement discuter de ça, ça doit nous amener quand même à bien réfléchir à ça. Je voudrais aussi revenir sur ce que disait Dr2, sur le 'lien', je pense effectivement ce qui peut créer du lien entre les personnes, c'est des moments de convivialité, de rencontre et aussi de formation, de formation commune, parce que c'est un moment où on a envie de discuter ensemble, on a envie de rigoler mais on a aussi envie de se former, par ce que l'on est tous de bons professionnels donc on a envie aussi de passer du temps, pour la formation. Mais le problème c'est que la formation jusqu'à une époque très récente ; soit elle a été initiée par les industriels, en tout cas sur leurs autorités, soit elle a été dans le cadre d'associations mais faite par des hospitalo-universitaires et qu'on a beaucoup de mal, même pour nous, à imaginer une formation différente qui soit faite par nos pères, c'est à dire que finalement, est ce qu'on a besoin d'avoir un hospitalo-universitaire pour faire la formation? Sûrement pas ! Je pense que l'on a besoin d'avoir une collaboration par nos collègues d'autres disciplines, mais il faudrait aussi que les médecins généralistes que nous sommes, nous nous formions par nous même avec les différentes compétences que nous avons. Là tout autour de la table, on est pas très nombreux mais on sait très bien que certains d'entre nous ont des compétences, je parlais de Dr2 car il fait des TCC, Dr4 car elle s'intéresse plus à la pédiatrie, toi Dr3 je sais pas si tu as des spécificités d'action, mais

surement, j'imagine tu as ton petit jardin secret, moi je fais beaucoup dans le VIH, les maladies infectieuses et la PREP, par exemple, voilà on a tous des spécificités et collectivement mettre en place un réseau qui permet d'identifier ces spécificités et les identifier, nos facultés en langue étrangère etc. on pourrait en citer d'autres, je pense que c'est déjà un point fondamental, qui permettrait de générer des choses utiles pour la communauté que nous sommes et pour nos patients.

M1: Et sur cette collaboration idéale, j'ai une question de relance, quel niveau de liberté individuelle sur cette collaboration idéale entre généralistes du secteur? Comment vous voyez ça le respect des démarches individuelles ?

Dr2: Ce que vient de dire M2, le respect des démarches individuelles ce sont nos centres d'intérêt spécifiques, on a globalement tous une base de médecine commune, allopathique, et on s'est intéressé effectivement à des spécificités donc je crois que c'est à travers ce que l'on peut apporter, principalement. L'idée c'est d'avoir des '+', voilà pour le reste on a une base commune.

M2: Je crois que M1 tu voulais amener les choses, alors moi je suis un peu juge et parti, une position un peu difficile mais tu voulais aussi amener le problème de l'organisation, quelle organisation on aimerait voir ? Parce qu'il faut communiquer, mais aujourd'hui on peut communiquer par WhatsApp, par d'autres réseaux sociaux, on peut s'organiser comme ça de façon plus ou moins informelle mais probablement qu'une structuration plus importante, plus sophistiquée, plus formelle, est nécessaire. Dr3 posait la question des CPTS, peut être que c'est ce moyen là, mais peut-être pas. Je ne sais pas, tout ça ça reste à définir. Mais après il faut savoir jusqu'où on est capable d'aller pour partager son secrétariat ? pour partager son agenda ? par exemple avoir des agendas partagés : au lieu que ce soit Doctolib qui le fasse, pourquoi pas partager nos agendas sur des créneaux libres, par exemple pour prendre en charge des patients dans le cadre d'une urgence ressentie ou d'une urgence vraie. Pourquoi ne pas partager nos CV ? Pour dire bah voilà moi j'aime bien faire ça donc voilà, et puis ça peut aller plus loin, ça peut être un partage aussi d'informations plus sophistiquées dans le cadre des dossiers médicaux. Moi j'ouvre des pistes comme ça, voilà c'est des questions, c'est pas du tout réfléchi forcément.

M1: On est bien d'accord que l'échelon CPTS, comme vous le disiez tous, il y a un échelon d'organisation supérieur aux médecins, même supérieur au regroupement de médecins probablement, en terme de territoire, en tous cas vos propositions et vos réflexions sont intéressantes dans ce sens-là, elles viennent confirmer un peu la tendance actuelle. Du coup, s'il n'y a pas d'autres questions autour de cette organisation idéale, on va passer à la troisième piste de réflexion qui est donc celle-là :

Si une Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire devait se créer sur Bordeaux, autour de Saint André, quel serait selon vous, encore une fois à titre individuel mais aussi avec vos expériences d'autres collègues quelles seraient les attentes des médecins généralistes du territoire vis à vis de cette structure ? Et c'est là que volontairement on ne l'a pas complètement défini, parce que c'est une définition un peu arbitraire mais si elle peut se définir aussi en termes d'attente et de visibilité vis à vis des autres médecins généralistes, je pense qu'elle en aura encore plus de crédibilité et en tous cas d'intérêt.

Donc voilà la question soumise, s'il y a une maison de santé pluridisciplinaire universitaire qui doit se créer sur Bordeaux, autour de Saint André, quelles seraient les attentes des médecins généralistes du territoire vis à vis de cette structure ?

Dr3: Euh..

Dr4: Déjà répondre..

Dr3: Vas-y Dr4

Dr4: Pardon, déjà répondre aux demandes urgentes, qui sont pas forcément des urgences vitales mais la possibilité de répondre à la demande sur le jour J, ou au moins à la demi-journée déjà ça permettrait de désengorger de ne pas avoir de doublons sur son planning et de pouvoir répondre à nos patients.

Dr2: Je pense aussi que ça serait intéressant pour beaucoup de médecins qui sont encore quand même installés seul, je ne parle pas pour moi, comme je m'arrête dans un an je pense que je ne verrais pas cette jolie maison, si un jour elle arrive. Euh mais pour les médecins installés tout seul, de les sortir justement de leur solitude, peut-être en y participant, parce que je ne sais pas comment vous voyez les choses mais s'il y a un roulement de médecin par vacations ou des choses comme ça qui permettent de rendre les choses plus dynamiques, parce que je pense que les médecins participeront et enverront d'autant plus leurs patients et travaillerons d'autant plus pour cette maison que s'ils y sont partie prenante. Ça permettrait de renouveler peut-être justement l'installation libérale en ville, d'une part, et puis ce dont on parlait tout à l'heure, qu'il y ai des formations, des groupes de pairs qui se créent autour de cette structure comme étant un lieux de rassemblement dans la ville, moi je vois ça un peu comme ça. Et avec on parlait tout à l'heure que pour avoir une MSPU il faut avoir au moins 2 médecins et une infirmière, mais je pense qu'une assistante sociale ou quelqu'un des services sociaux attaché me paraît essentiel parce que nous galérons quand même énormément avec ce genre de problèmes euh, dans Bordeaux centre.

Dr3: Moi je suis assez d'accord sur ces 2 points, de formation, je pense que la centralisation de la formation dans Bordeaux centre ça peut être bien. Moi j'ai été invité par un pharmacien à un regroupement de personnels de santé, donc avec tous les corps de métiers, mais c'était financé par un labo donc il y avait des... c'était informel, ce n'était que certaines personnes qui avaient été invitées, ce n'était pas l'ensemble des médecins. Je pense que de regrouper les formations dans un centre comme ça, je pense que c'est une très bonne idée, et je suis d'accord avec Julie sur le critère des urgences de pouvoir envoyer un patient..., que les patients puissent se diriger vers un endroit qui prend les urgences. Bon il y a les consultations d'SOS médecins mais déjà les gens attendent très longtemps au téléphone pour avoir un rendez-vous, et moi je pense que c'est vrai que quelque chose de géré par les médecins généralistes en ville ça peut être un complément, sans vouloir faire forcément concurrence à la consultation SOS médecin mais je pense ça peut être voilà, qu'il y ai un centre de... alors peut-être que c'était l'idée au départ de faire de l'urgence... mais bon après c'est vrai que d'avoir une consultation d'urgence..., après la nuance entre l'accueil d'urgence, le service d'urgence et la consultation d'urgence, je ne sais pas trop quelle est la frontière.

Dr4: Moi j'aime bien mon activité de libérale aussi, la possibilité d'être libre, mais même si on est trois dans le cabinet finalement on se voit peu.

Aujourd'hui je n'ai pas vu M2, par exemple (rire discret), on a échangé un coup de téléphone rapide sur un problème technique de logiciel.

Et le fait de pouvoir sortir un peu du cabinet et travailler en équipe, ça m'intéresserait bien.

Dr1: Dr2 avait tout à fait raison, si on veut que ce truc-là fonctionne auprès de notre communauté qui est quand même solitaire au départ, il faut vraiment que ça puisse être..., que les médecins puissent s'approprier ce lieu, donc il y a une participation, je crois qu'il faut qu'il y ait une vacation, ensuite qu'elle soit obligatoire ou pas obligatoire, ça me paraît très compliqué dans notre système actuel de mettre une participation supplémentaire, mais en tous cas la possibilité de participer sur la base du volontariat.

Ensuite, effectivement la formation, elle me paraît indispensable. On sait bien dans notre métier, se former, on fait ça depuis des années et des années, à un prix mitigé. Notre représentant officiel du conseil de l'ordre fait terriblement mal son boulot par rapport à ça, enfin à peu de chose près. Et j'espère que ce sera quelque chose de bien plus vivant et différent que ce truc complètement 'empaillé', avec oui, un lieu de rencontre possible, un lieu de réunion indispensable, éventuellement une sorte de club pour rencontrer d'autres personnes et puis organiser de façon très régulière, très officielle des formations appelant tout le monde à se rejoindre de façon très consensuelle. Je parlais effectivement de la formation hospitalo-universitaire, qui trône et prône, nous on est des médecins généralistes et effectivement et on aimerait bien que nos pères nous parlent de ce qui est notre exercice et ce qui nous intéresse dans notre exercice et pas d'un cas que l'on rencontrera une fois dans notre carrière, si tu as de la chance... Donc sur ce système-là, je vous rejoins complètement.

M1: Bon super, merci beaucoup! (enthousiaste) Euh, si je peux prolonger un petit peu sur l'idée de participation, euh de participation volontaire, ce serait comment vous imaginez ça du coup? Un peu plus précisément? J'ai cru comprendre peut-être des espèces de vacations, peut-être de la participation en venant se former, humm est ce qu'il y a d'autres idées? Ou peut-être que les vacations je n'ai pas très bien compris mais...

Dr2: Oh oui, enfin oui, c'était un peu l'idée, enfin moi je reprends l'idée de base; c'est qu'il faut participer aux choses pour que ça avance, autrement on devient très vite spectateur, passif, ainsi de suite. Après je vous connais un peu tous les deux (sympathique), donc si en plus on peut recueillir des données et avoir quelques projets de recherche je pense qu'il y aura des clients parce qu'il y aura des sujets peut-être intéressants (rire), euh voilà. Et puis avec ce que l'on disait tout à l'heure, peut-être avec des vacations qui sont spécifiques de certains types d'activité euh... après je crois quand même pas mal à la vacation; parce que ça permet d'organiser les plannings de manière assez performante. Ça permet à chacun de savoir jusqu'à quel niveau il veut s'impliquer, euh voilà, j'imagine quelque chose comme ça. Pour rebondir sur ce que disait tout à l'heure M2, effectivement, moi je suis étonné depuis le nombre d'années où on entend parler du manque d'organisation de la médecine, l'ordre n'a pas voulu s'impliquer trop là-dedans, la sécu y va très doucement, donc un jour c'est les politiques qui vont s'en emparer, et le jour où les politiques vont s'en emparer on sait que ça va être, ça risque d'être assez dramatique, parce qu'effectivement on va plus être concernés. Donc voilà, je pense qu'il faut impliquer les personnes, il va falloir faire un peu de battage, dans Bordeaux centre, et que les médecins d'une manière ou d'une autre se revoient, se rencontrent. Il nous manque vraiment un lieu... Il nous manque vraiment un lieu de rencontre dans cette ville. Je ne sais pas s'il y en a dans les autres villes, je pense que ce n'est pas mieux ailleurs. Mais il manque... globalement là où les gens se croisent le plus c'est peut-être la fac en fait, donc ça reste, ça concerne un certain nombre de maîtres de stage, de personnes qui vont faire des cours et qui se croisent à droite à gauche, mais si on y va pas, on s'aperçoit que l'on ne voit plus les confrères.

M2: A la fac, hors COVID, je rajoute (rire)

Dr2: Oui, oui cette année personne ne se croise donc euh...

M2: Là évidemment c'est une situation particulière.

D2: Bien particulière tout à fait...

M1: Les plus jeunes en termes de participation?

Dr3: Cette histoire de vacation, je pense que euh, j'ai cru comprendre que c'est exactement ça que veulent les CPTS, c'est ça, cette une sorte de... que chaque médecin puisse avoir une petite vacation pour l'urgence et pour le coup je pense que ça peut totalement rentrer dans cette idée-là, que l'on ai tous une journée ou une matinée de temps en temps, régulièrement, pour répondre à une demande d'urgence, pour tous les médecins du coin, je me dis que ça rentre peut être dans ce cadre-là.

M1: Dr4 je sais que vous avez déjà dit un peu de participation mais ..?

Dr4: Oui, oui, pouvoir consulter une demi-journée ou une journée par semaine, ou plus si besoin, ça me semble intéressant, ça me semble pas mal comme...

Dr3: Et même moins, vu le nombre de médecin de toute façon ça sera moins, parce que je pense que demander une journée par semaine à des médecins, peut être que ça fait beaucoup, alors que je pense que si on demande une journée toutes les deux ou trois semaines, si on est plein de médecins à participer, ça demande pas beaucoup de... enfin c'est difficile de refuser ça quoi. Alors qu'à côté pour quelqu'un qui a une grosse patientèle, moi pour l'instant j'ai une petite patientèle donc j'ai le temps, mais le quelqu'un qui a une grosse patientèle, il ne va pas aller faire ça une demi-journée par semaine, il va dire 'mes patients quand est ce que je vais les voir', je pense.

Dr4: Mais ses patients pourront quand même consulter sur la MSP, sur ses vacations quand même, je pense..

Dr3: Oui? D'accord.

Dr2: Après je pense qu'il va y avoir une difficulté, vis à vis d'un certain nombre de confrères, c'est de faire apparaître cette MSP comme un soutien, et non pas comme une concurrence.

Dr3: D'accord, c'est vrai.

Dr2: Ca peut créer aussi une forme de rejet, en disant 'encore la création d'une structure...' ainsi de suite. Euh donc voilà, je pense qu'il va falloir communiquer largement auprès des confrères installés dans Bordeaux pour sortir de l'inquiétude naturelle que l'on a dans ces métiers, c'est en même temps votre gagne-pain et il faut faire vivre votre famille... je pense qu'il va falloir communiquer là-dessus.

Dr3: Après d'expérience moi, quand j'ai prospecté dans tous les médecins du coin, mon installation était la bienvenue, j'ai pas..., j'ai eu un médecin qui m'a fait sentir qu'il ne fallait pas que je m'installe trop près de chez lui parce qu'il avait peur que je lui pique sa patientèle, alors que je crois qu'il avait une patientèle de trois à quatre milles patients.. J'ai senti chez un

seul médecin ce sentiment sinon je pense que la plupart des gens sont ouverts à l'entraide, enfin je n'ai senti aucune animosité de ce côté-là donc je pense que ça pourrait être bienvenu.

M1: Merci beaucoup, des choses à rajouter..? Après nous allons échanger mais sur ces 3 thèmes là ? C'est le moment si vous avez des choses à rajouter, je n'ai pas forcément de relance plus à faire. Juste vous dire que cette participation à priori on la voyait surtout en termes de participation à l'encadrement des internes c'est à dire venir faire quelques vacations de maîtres de stages surtout mais ça peut s'articuler probablement avec l'accueil du soin inopiné qu'on partage avec un interne dédié sur ce temps-là, et qu'on supervise, bref rien est arrêté. Notre idée, c'était aux moins des vacations pour les maîtres de stages, c'est pour ça qu'on a vraiment élargi aussi aux maîtres de stages, c'est pour ça que Dr1 tu étais le bienvenu même si tu n'étais pas intra boulevards, dans cette idée de participation, notamment dans l'encadrement des internes qui seraient présents.

M2: Je crois que aussi on peut rajouter une chose, c'est que si on a lancé ces questionnaires dans le cadre des 2 travaux de thèse et si on organise ces réunions comme celles de ce soir qui est la première, c'est aussi dans l'esprit de ne pas rester, simplement euh comment dire, juste sur ce que nous nous avons pensé mais de se tourner vraiment vers les praticiens du territoire, et de se dire ben voilà 'ils ont aussi des idées, ils ont aussi envie de certaines choses et que l'on peut pas se couper de ça'. C'est à dire que l'idée c'est aussi que l'on avance ensemble et que même la construction du projet puisse être infléchie en partie ou enrichie des propositions qui sont faites, pour que ça ne soit pas simplement l'idée 'd'hurluberlus' qui ont pensé à ça tous seuls dans leur coin et que l'on pose ça sur le territoire, de façon, de façon sauvage ! Non l'idée c'est au contraire qu'on puisse écouter les propositions. Tout ce que vous avez dit c'est très très important parce que ça peut donner des idées et ça peut modifier un petit peu certains éléments du projet. On va y venir maintenant pour parler plus du projet plus tel que l'on l'a imaginé, enfin tel qu'il est en cours de construction, mais la construction n'est pas arrêtée, la construction c'est quelque chose qui évolue et ça évolue grâce aux médecins du territoire qui ont envie de partager un certain nombre de choses, un certain nombre de valeurs, autour de la discipline qu'on exerce, autour de la santé des patients, autour de la qualité des soins, enfin de tous ces éléments-là qui sont importants, et bien sûr que nous on a d'autres envies en tant qu'universitaires mais en fait nos envies en tant qu'universitaires rejoignent ces principaux éléments, donc du coup c'est très important que vous disiez vraiment quelles sont vos envies, vos craintes aussi, ça a été exprimé, ça peut être la concurrence, ça peut être des choses comme ça, des choses qui peuvent échapper, mais c'est important de pouvoir l'exprimer librement, pour qu'on puisse construire ensemble quelque chose. Parce que si on le construit nous tous seuls c'est un projet qui sera voué à l'échec. On peut créer un cabinet, des cabinets existent partout sur le territoire, si c'est ça c'est l'assurance que l'on s'est trompé de piste, voilà, qu'on s'est trompé. Je pense qu'il faut qu'on construise ensemble quelque chose, même s'il y a des choses qu'on peut pas modifier parce que y a des textes de lois, y a des financements que l'on peut obtenir selon certaines conditions, effectivement ça on ne peut pas le modifier, mais par contre ce qui a été exprimé là, ça peut faire l'objet de réflexion profonde pour impliquer le maximum de praticiens et qu'ils puissent se dire 'moi je peux travailler dans mon cabinet, mais de temps en temps je peux aller travailler là, ou de temps en temps je peux aller échanger avec des collègues', voilà c'est ça qui est important.

M1: C'est clair, je rebondis sur ce qu'a dit M2, c'est clair que notre volonté n'est pas de créer un truc avec une tête pensante universitaire, si ça se crée c'est avec les médecins du territoire, et avec quelque chose d'intéressant, mutualisé et partagé, même si c'est partagé les uns à côté des autres mais c'est clairement le souhait que ça réponde à un besoin des médecins déjà

installés, des professionnels de santé déjà installés ça c'est sur et que tout le monde y trouve un intérêt. Du coup, et bien, on peut passer à ces questions-réponses.

M2: Peut-être que M1 avant les questions-réponses on peut faire un rapide historique d'où c'est parti et d'où est ce qu'on en est.. ou ça ne vous intéresse pas et on fait questions-réponses directement.

Dr2: Rire gêné

## Focus group n°2 :

M1: Donc on va soumettre ces questions, donc la première recherche d'informations, l'idée ce serait que vous puissiez répondre, encore une fois en discutant c'est pas forcément l'une et l'autre, ça peut être interactif, sur vos expériences ou vos connaissances en terme d'organisation ou de collaboration entre les médecins généralistes qui ont leurs activités de soins sur le territoire de Bordeaux intra boulevard donc c'est vous donc on va essayer d'explorer ça, vos expériences ou vos connaissances en terme d'organisation de collaboration entre les médecins généralistes sur le secteur.

Dr1: Moi je suis installée depuis très peu et je ne suis sur Bordeaux que depuis quatre ans. J'ai été pendant 10 ans remplaçante et à chaque fois je me suis rendu compte que, comme vous m'avez demandé : Est-ce que vous connaissez tel médecin généraliste etc..., chaque fois je me suis rendu compte que je ne connaissais pas les médecins généralistes qui étaient juste à côté de là où je travaille. Donc au niveau de la collaboration, au niveau de l'entraide entre médecins, moi ça m'a toujours manqué. Récemment là dans notre quartier, au niveau de Saint-Michel s'est formé, enfin en tout cas moi je me suis intégrée dans ce groupe WhatsApp, de médecins généralistes de notre quartier qui nous a permis d'avoir une sorte de... comment est-ce qu'on pourrait dire... un peu d'entraide, à se poser des questions et moi j'ai commencé à m'y mettre au moment du début du Covid, ça tombait bien et ça nous a permis de se poser des questions, de voir les différents soucis qu'on peut avoir nous médecins généralistes et c'était une sorte.. Je ne sais pas si je réponds bien à la question, une sorte d'entraide, de collaboration entre médecins et ces médecins-là qui se connaissent depuis longtemps, mais qui n'étaient pas les médecins qui devaient venir aujourd'hui, ces médecins sont installés et se voient une fois par semaine dans un resto, malheureusement ça ne se fait plus, se voyaient une fois par semaine pour parler, pas spécialement des groupes de pères mais pour discuter de la semaine, discuter des soucis, discuter... Voilà pour se sentir un peu ensemble en fait pour ne pas sentir seul. Voilà ça c'est le ressenti que j'ai moi jeune médecin installée. Voilà je sais pas si j'ai bien répondu... ?

M2: Oui y'a pas de bonnes ou mauvaises réponses

Dr1: Je ne sais pas si c'était bien le sujet..

M2: Oui tout à fait c'est ça et puis même si ce n'est même pas complètement ça va très bien aussi, on est là pour échanger.

Dr2: Alors moi je vais parler de mon expérience. Moi je suis installée depuis 21 ans en association avec une femme médecin généraliste et on communique beaucoup toutes les deux et malheureusement pas du tout mais alors absolument pas avec les autres médecins du quartier. Il n'y a aucune communication !

Dr1: Mais vous les connaissez?

Dr2: Alors, je pense que je les rencontrerai dans la rue je ne saurai pas qui c'est! Il y avait juste une femme médecin dans notre rue qui a eu quelques difficultés, que j'ai dépanné pour sa patientèle quand elle était en difficulté. Qui a déménagé, qui est allée un peu plus loin vers Saint Genès mais autrement aucune communication avec les autres médecins généralistes du quartier.

Il n'y a rien d'organisé, rien ! (dubitative)

Alors moi il y avait peut-être un biais c'est que on avait la clinique du Tondu juste à côté avec des médecins spécialistes donc par contre je communiquais beaucoup avec eux mais pas entre médecins généralistes.

Dr1: Et ça vous manque?

Dr2: Pas trop..

Dr1: Mais parce que vous vous entendez bien avec votre collègue et que..

Dr2: Voilà il y a beaucoup de communication entre nous et quand on est en difficulté par contre ou l'une ou l'autre il y a tout de suite un échange, il y a toujours un partage donc on arrive à gérer nos problèmes toutes les deux.

M1: Est-ce que c'est un peu la même chose vous Dr1 ducoup ? Ce minimum d'organisation qu'est un cabinet de deux finalement, un cabinet de groupe, mais à deux ?

Dr1: Ouais ouais ouais tout à fait..

M1: C'est la même chose que vous ressentez aussi?

Dr1: Oui exactement c'est la même chose. Maintenant moi je me trouve un petit peu moins seule avec ses collègues. Je pense qu'on doit être à peu près cinq autour du cabinet et déjà ça m'a permis de mettre un visage, ça m'a permis de pouvoir discuter, d'échanger, d'avoir... parce que c'est bien d'échanger avec ma collègue, j'échangeais aussi, mais c'est bien d'avoir d'autres avis de médecins un peu plus expérimentés, des avis de jeunes médecins qui se sont installés il n'y a pas longtemps et moi pour le coup ça m'a beaucoup rassurée et je me rends compte que ça m'avait beaucoup manqué avant donc effectivement ce qui manquerait, comme vous disiez par rapport à la clinique du Tondu, ça serait d'avoir des collègues, des collègues généralistes, comme on peut avoir avec des spécialistes et c'est agréable de pouvoir partager.

Dr2: Après, avant le Covid on avait quand même des formations, des EPU et on rencontrait d'autres collègues médecins généralistes et à ce moment-là on communiquait, mais les médecins généralistes du quartier j'avoue que je les croiserai... sauf une je vous dis mais les autres je ne sais pas.. je ne connais pas leurs têtes je pourrais les croiser dans la rue Sainte Catherine sans leur dire bonjour parce que je suis incapable de mettre un visage sur ces personnes-là c'est tout.

Après moi je suis pas contre..

Mais les EPU aidaient, et puis je fais partie moi d'un groupe de FMC de Bordeaux centre : le Cercle Bordelais de Santé donc on se réunissait une fois par semaine autour d'un sujet, un thème post universitaires et après on dînait ensemble et à ce moment-là on partageait des choses, une fois par mois. Mais c'était pas forcément... enfin non c'était aucun des médecins du quartier.

Dr1: Hum hum

M1: Vous aviez dit que c'était une association de FMC Bordeaux centre ? Quand vous dites pas de médecins du quartier.

Dr2: Oui c'était le Cercle Bordelais de Santé

C'est pas quartier.. c'est Bordeaux centre enfin il y a des médecins du travail, pharmaciens, il n'y avait pas forcément que des médecins.

M1: Et c'est une association qui continue de fonctionner?

Dr2: Bah qui continuait jusqu' à... Puisqu'on se réunissait dans un restaurant. Avant c'était à l'Athénée mais là maintenant... depuis le Covid on a arrêté ce type de réunion.

Dr1: En tout cas, souvent on a quand même la sensation que les médecins généralistes, il n'y a pas vraiment de lien entre eux.. Il y a le lien bien sûr à l'intérieur du cabinet. On a l'impression qu'en fait on est un peu isolé, il n'y a pas de lien. Il y a des liens avec les paramédicaux avec qui on travaille, des liens avec les spécialistes mais il n'y a pas vraiment de liens entre nous. Ce qui est un peu bizarre en soit..

On a l'impression qu'on ne pourrait pas discuter hormis les FMC, hormis les groupes de pères, hormis tout ça mais y'a pas de il n'y a pas cette possibilité qu'on peut retrouver bon je parle de quelque chose qui a sûrement rien à voir mais là moi je suis sur un groupe de médecins qui s'appelle le divan des médecins je vous connaissez peut-être sur Facebook c'est une collaboration de médecin que ce soit des médecins généralistes ou spécialistes à l'intérieur d'un groupe Facebook bon qui est très discutable mais on a cette sensation d'être ensemble en fait de pouvoir s'échanger des choses etc. et et ça serait bien de pouvoir retrouver la même chose dans son quartier ou en tout cas de pouvoir s'entraider quoi pour des questions de..

Dr2: Oui mais ça c'est parce que vous vous êtes plus jeune..

Dr1: Peut-être.. pas très jeune!

Dr2: Si si si ça compte!

Dr1: Oui peut être

Dr2: On est pas la génération Facebook

Dr1: Oui oui oui vous avez raison .. les réseaux sociaux, oui oui oui tout à fait  
Mais c'est une façon de se dire que ça permet d'avoir des liens entre nous. Mais c'est pas pareil je digresse un peu mais c'est ..

M1: Du coup si je reviens là-dessus est-ce que pour vous il y a une explication à ça?

Dr1: Non moi j'en sais rien

Dr2: Non

Parce que quand je me suis installée il y avait pas forcément de groupe de discussion  
Non ça a toujours été comme ça.. enfin moi j'ai pas connu ça

Dr1: Il y a toujours eu les groupes de pairs c'est un peu un peu le.. enfin ça existait quand même ? Non ? D'accord ! (Rire) J'avais l'impression qu'il y en avait plus, j'avais la sensation, quand je suis sortie de mes études, qu'on nous disait : "il faut absolument se mettre dans des groupes de pères c'est très important" etc. Après j'ai pas ..

M2: Ouais parce que vous êtes jeune mais effectivement pour nous qui sommes un peu moins jeunes..

(Rires)

Ça existe, ça existe de façon plus récente. Enfin j'ai dû attendre une douzaine, 12 ou 13 ans d'installation pour faire partie du groupe de pères.

Dr1: D'accord

M2: Ça n'existait pas ou très peu, enfin c'était très très marginal.

Après ça s'est développé, notamment sous l'impulsion de la société française de médecine générale entre autre et puis y'a aussi MG France aussi sur le plan syndical je pense qui a aussi développé un peu ça sous une autre forme, sous un autre vocable mais finalement c'est quelque chose d'assez récent.

M1: Sur.. Dr2 vous témoigniez tout à l'heure qu'il y avait eu un événement qui avait fait que vous aviez été obligée d'un peu plus collaborer avec un médecin que vous aviez un peu dépanné. Sur... je ne sais plus si c'était un souci de santé que vous nous aviez dit. En tout cas qu'elle a eu besoin un moment donné.

Dr2: Ce n'était pas un souci de santé, c'était un souci familial.

M1: D'accord. Est-ce que vous pouvez nous en dire un petit peu plus sur la manière dont cette collaboration, cette organisation s'est déroulée à cette époque-là ?

Dr2: Elle ne m'a pas téléphoné pour me demander quoi que ce soit .. c'est toujours pareil. Par exemple, je pense la... moi je ne prends pas très souvent de vacances. Je sais qu'il y a plusieurs généralistes, par exemple vers judaïque, qui devient leurs lignes vers mon cabinet sans me prévenir qu'elles partent en vacances, sans me dire quoi que ce soit... Elles savent que je suis là donc y'a pas de communication, elles savent que moi je suis là souvent l'été. Elles dévient leur ligne vers moi en disant que je peux recevoir leurs patients sans me prévenir... Voilà un exemple de pas de communication ! Et la jeune femme qui était rue François de Sourdis ne m'a rien dit non plus! Mais je pense qu'elle était en difficulté... Elle n'a peut-être pas forcément pensé à m'appeler... mais j'ai vu ses patients et je lui ai renvoyé ses patients dès qu'elle est retournée... Enfin j'ai l'impression, enfin moi dans mon quartier, j'ai vraiment l'impression qu'il y a une concurrence entre médecins généralistes et on ne communique pas de peur que l'entraide sous-entende qu'on va récupérer des patients et qu'on ne les renverra pas. Enfin y'a cette suspicion, c'est toujours ça que j'ai vécu moi dans le quartier, c'est que bah on ne s'appelle pas, chacun fait son boulot dans sa zone et surtout on ne communique pas de peur de perdre sa patientèle.

Dr1: Et ça serait même d'actualité c'est à dire on est à une époque..

Dr2: Bah maintenant je fais plus attention mais au début..

Dr1: En tout cas au début c'était comme ça ?

Dr2: Oui, ça a été comme ça oui. Et donc voilà alors que moi... je renvoie toujours les gens vers leur médecin. Je dépanne quand il faut et quand je peux et je ne prends pas la patientèle des.. j'en ai assez et j'ai pas besoin de prendre des patients.

M1: Donc du coup vous témoignez un peu de ces organisations ou de ces collaborations qui sont plus sur un mode informel, spontané, pas forcément réfléchi, demandé et partagé.

Dr2: Voilà

M1: Et si je peux me permettre, ce souhait, alors peut-être vous Dr2 sur votre association à un moment donné est-ce que ça correspondait, et aussi Dr1 mais peut-être que c'était l'inverse, c'est vous qui êtes venu collaborer avec un médecin qui était déjà installé, mais en tout cas est-ce que vous pouvez nous raconter un peu est-ce que c'était un besoin d'organisation de collaboration de.. ? Voilà j'aimerais bien que vous puissiez nous dire un peu cette association à quoi elle correspondait en tout cas sur le versant organisation de votre activité de soins.

Dr2: Alors moi quand je suis arrivée, cette association était déjà créée donc c'est mon associée qui m'a intégré dans le groupe et qui bah c'était toujours intéressant de... en fait ce sont des sujets qui sont toujours en relation avec nos problèmes d'exercice et qui nous permettent de réactualiser certaines données et autre et nous permettent de progresser donc c'est toujours très intéressant.

M1: Donc c'était l'idée de pouvoir avoir quelqu'un de proximité pour échanger sur l'activité ..

Dr2: Alors ce sont des gens de proximité avec un intervenant hospitalier universitaire pour nous donner..

M1: Pardon je me suis mal fait comprendre

Je voulais parler de votre collaboration et votre association avec votre collaboratrice, votre associée actuelle.

Cela pourrait relever de quelle envie d'organisation le fait de vous être associées?

Dr2: Ah alors moi je ne voulais pas être toute seule. Je ne voulais pas... Comment dire, je ne voulais pas aller en campagne, m'installer en campagne. Je voulais aller travailler en ville. Avant de m'installer j'ai fait des remplacements dès la 5ème année d'études, j'étais en région parisienne donc j'ai commencé en 5ème année à faire des remplacements, parce que c'était encore possible de faire des remplacements avant d'être thésée. J'ai continué à faire des remplacements pendant 10 ans avant de m'installer, quand je suis revenue sur Bordeaux j'ai fait des remplacements sur Bordeaux et je me suis installée en ville parce que je ne voulais pas être en campagne. J'ai fait beaucoup de remplacements en campagne et je voulais être en ville et je ne voulais pas être seule, parce que justement en cas de difficultés et autre pour moi, même si je ne suis pas là à demander de choses, mais je voulais être avec quelqu'un, pas être toute seule.

M1: Et donc cette association a été très rapide, vous êtes installée et vous êtes associée quasiment toute suite?

Dr2: Ah non je me suis associée avec elle en m'installant.

M1: Ok, c'est ça tout de suite, immédiatement y'a eu ce souhait de travailler à 2.

Dr2: Oui

M1: En tout cas en terme de soutien possible.

Dr2: Oui oui oui ah non je ne voulais absolument pas m'installer toute seule. Et la va se poser le problème parce qu'elle à 6 ou 7 ans de plus que moi, elle va sûrement à un moment donné quand même s'arrêter, elle commence à en avoir un peu ras le bol. Et va se poser le problème, je vais me retrouver toute seule et je ne sais pas enfin... je vais avoir entre guillemets un problème parce qu'il va falloir que je... j'aimerais bien ne pas me retrouver toute seule.

M1: Dr1 est-ce que vous voulez nous donner votre témoignage aussi sur ce besoin de, enfin c'est moi qui interprète ça bien sûr, d'organisation à deux en tout cas où de collaboration..

Dr1: Moi j'aurais même préféré une organisation à plus, un peu comme une maison médicale justement dans mon.. Il s'avère que là je me suis mise en collaboration avec le Dr T parce qu'en arrivant de Lille, en ayant fait pareil 10 ans de remplacements, je voulais trouver quelque chose d'un petit peu plus stable donc j'ai trouvé cette possibilité mais pour moi c'était censé être transitoire. Alors il s'avère que pour l'instant c'est transitoire depuis quatre ans donc là on va s'installer, on va s'associer pardon le mois prochain, mais j'avoue que mon cabinet... Alors après, association ne veut pas dire à vie mais j'avoue que moi l'association qui me plairait ça serait d'être à plusieurs médecins. Je trouve que à deux c'est pas assez j'aimerais avoir... c'est pour ça que ça m'intéresse cette maison médicale parce que moi je trouve que c'est typiquement la médecine de demain, en tout cas moi c'est ma vision de la médecine que j'aime : être à plusieurs collègues, pouvoir, que ce soit des spécialistes, des généralistes, pouvoir s'appeler, pouvoir... Que l'un arrive pour aller voir les boutons de tel enfant, de se poser des questions, de pouvoir en discuter, de pouvoir déjeuner ensemble et discuter des cas qui ont posé problème... Pour moi c'est la médecine que j'aimerais, l'installation que j'aimerais, qui n'est pas possible actuellement parce qu'il n'y a que deux bureaux, donc je sais que ça ne sera pas dans cet endroit-là. Mais dans tous les cas c'était pareil, comme Dr 4 je ne voulais pas être seule, ça c'est sûre la question ne se posait pas ! Et voilà, pour échanger surtout, puis pour le côté organisation d'un cabinet... Là je découvre à peine, je mets un orteil dans ce qui est de l'organisation d'un cabinet, c'est une mini entreprise, c'est catastrophique, moi ça me déprime au possible. Ça je suis bien contente de pas être toute seule pour le découvrir, et après ben, après c'est tout le côté médical quoi c'est de pouvoir s'épauler, de pouvoir s'aider, parce que la rivalité entre médecin c'est triste quoi...

Dr2: Ben oui

Dr1: On est pas là pour se juger, de savoir qu'il y a des choses qu'on connaît pas bien, des choses.. on est plutôt là pour s'entraider! Mais bon après c'est sûrement un peu utopique ce que je dis (rire) mais voilà ça c'est plutôt ma vision des choses.

M2: Et une activité à temps partagé ? Je vous dis ça parce que, par exemple, M1 et moi on a une activité à temps partagé.

Je ne travaille pas tout le temps dans mon cabinet, et lui non plus, et donc j'ai une grosse part de mon activité qui est externalisée et qui permet justement de rencontrer des gens, de discuter, pas forcément sur le sujet du travail mais ça pourrait être, par exemple, si je vais dimanche matin vacciner je vais rencontrer... je serais avec un collègue et donc...

Dr1: Oui oui vous avez raison

Dr2: Oui l'échange

M3: Voilà ça peut être à temps partiel ça peut être 1 journée ou 2 journées où on va travailler quelque part.

Dr1: Ouais

Dr2: Moi une demi-journée je vais à la préfecture à la commission primaire, je siége à la commission primaire pour les visites des permis de conduire ..

Dr1: D'accord

Dr2: Pour les délits d'alcool et de drogue. Donc je fais autre chose le lundi matin. Donc là on est en binôme, puisqu'à la commission primaire on est en binôme et on siége avec... par exemple, j'ai fait la connaissance de Christian G, qui est le trésorier du conseil de l'ordre et c'est aussi, enfin c'est un peu particulier mais c'est intéressant parce que je fais autre chose et on partage aussi certaines choses avec lui, enfin au niveau médical, conception des choses, cabinet et autre et c'est très sympa.

Dr1: Alors moi après j'ai essayé de faire un peu des choses.. J'ai fait un peu de médecine dans des crèches, des choses comme ça, un peu à l'extérieur mais en fait c'est pas ça qui m'intéresse. Moi je suis très contente d'être dans mon cabinet, je suis très contente de voir mes petits patients, voilà et à la limite ce qui... Mais voilà, je sais que ma collègue est beaucoup plus intéressée par... Là elle travaille à côté à l'ERP, qui est tout ce qui est pour les aides pour les personnes handicapées pour... je sais plus exactement comment c'est... Enfin bon elle travaille à l'extérieur, elle a toujours envie de changer de faire plein de choses mais moi j'aime bien être dans... Voilà, pas spécialement aller ailleurs, mais par contre il me manque de voir d'autres personnes peut-être... L'hôpital ne me manque pas du tout, je suis très contente d'avoir quitté le milieu hospitalier après l'internat mais le côté d'avoir une équipe me manque énormément, de pouvoir partager d'avoir... les infirmières avec qui on travaille moi j'aimerais les voir, on les a au téléphone, mais de pouvoir vraiment faire une sorte de petite équipe ça c'est un truc ..

Dr2: Alors moi par contre je ne connais pas les médecins mais je connais pratiquement tous les kinés et les infirmières.

Dr1: Ah c'est bien , ça c'est bien !

Dr2: Voilà par contre j'échange beaucoup avec les infirmières et les kinés mais les MG du coin pas du tout.

Dr1: Oui oui bah après on échange pas sur nos patients parce qu'on ne voit pas spécialement les même patients mais c'est vrai qu'on pourrait discuter de la vaccination du Covid.. on pourrait discuter de pleins d'autres choses quoi

Dr2: Oui oui oui

Dr1: Ah c'est la deuxième question

M1: Ça fait un petit peu la transition sur ce deuxième axe même si vous avez déjà dit

beaucoup de choses intéressantes là-dessus mais sur ce deuxième axe de recherche d'informations, et qui serait essayer de répondre .. On se projette là, vous parliez Dr1 du monde idéal, on se projetterait : comment est-ce que vous imagineriez, vous personnellement, avec votre expérience encore une fois de médecins installés dans bordeaux centre, une organisation de collaboration idéale entre les médecins généralistes de ce secteur la ?

Dr2: Au moins.. Enfin, il faudrait d'abord mettre un visage sur tous les médecins de notre quartier, de Bordeaux centre par exemple au moins, et puis ensuite proposer peut-être, ou créer sur Facebook ou sur n'importe quoi, un groupe, comme un peu une réunion zoom où on pourrait partager nos angoisses et, je sais pas comment on appelle ça les trucs sur Internet, des groupes de paroles, où on pourrait discuter et partager certains problèmes ou certains ressentis et l'un l'autre pourrait répondre, je sais pas..

Dr1: Moi je suis assez d'accord. Le côté, on pourrait se voir une fois par semaine, avoir une réunion une fois par mois, j'y crois pas trop. C'est difficile de trouver le temps, c'est difficile, on l'a, mais c'est un peu compliqué de... Vous voyez là aujourd'hui on devait être cinq et puis on est que deux et puis c'est pas facile, on a des vies de famille, on a des journées où on termine tard, moi je trouve ça assez compliqué en tout cas. En théorie ça serait super de pouvoir se voir en vrai, en présentiel etc.. mais déjà enfin.. j'ai l'impression que c'est un peu compliqué. J'ai qu'un enfant et déjà je galère donc je pense que ça doit être assez compliqué pour pas mal de personnes. Moi j'aurais tendance à parler, oui comme ça, d'un réseau social, de pouvoir avoir accès, de pouvoir envoyer un message quand on veut, d'avoir la possibilité de répondre quand on veut, de pouvoir se voir si on veut, j'aurais l'impression que c'est le côté un peu plus moderne et un peu plus facile pour tout le monde.

Dr2: Moins contraignant

Dr1: Moins contraignant ouais ouais.

Et de pouvoir, oui oui de pouvoir poser les questions, de pouvoir raconter les dernières choses qui arrivent dans le quartier, par exemple: voilà le nouvel endroit de vaccination, je parle du Covid mais le nouvel endroit de vaccination, la nouvelle maison de santé qui s'est ouverte, des nouveaux infirmiers qui viennent d'arriver qui sont très bien.. Enfin j'en sais rien mais... et puis des cas, des cas cliniques... des angoisses parce qu'on trouve pas de remplaçants, j'en sais rien... de la vie quotidienne du MG quoi..

Dr2: Voilà

M1: Du coup au-delà de cette angoisse de pas trouver un remplaçant est-ce qu'une organisation collaborative par exemple pour la gestion des absences ou la gestion des besoins de remplaçant est-ce que ça pourrait être.. ?

Dr2: Oui ça serait très bien

M1: Ça pourrait être dans l'imagination d'une collaboration idéale? Est-ce que ça doit être dedans ? Est-ce que ça doit être réfléchi par exemple ou pas ?

Dr2: Bah oui

Dr1: Ah oui

Dr2: Oui oui parce que trouver un remplaçant l'été.. Moi je suis partie parce que je n'en pouvais plus, pas cet été parce que je ne l'avais pas prévu, mais il y a deux ans, je suis partie alors qu'on a une grosse patientèle et que mon associée a quand même du mal à gérer... enfin pas de mal mais à assez avec sa patientèle, ça a été problématique. J'ai pas pu partir comme je voulais et le temps que je voulais.

Dr1: Oui dans ces cas-là, comme vous disiez tout à l'heure, de pouvoir dire.. de pouvoir se mettre d'accord, bon bah j'ai pas trouvé de remplaçant.. Est-ce que le médecin qui habite juste à côté ? Est-ce que vous avez un remplaçant ? Est-ce que vous c'est possible de décharger un petit peu ? Est-ce que je peux laisser un message sur mon répondeur en disant qu'on vous appelle, que vous êtes au courant ? Enfin un truc... Une collaboration, de pouvoir s'entraider en fait.

Dr2: Voilà

Dr1: Parce que comme vous dites, l'été, enfin en vacances scolaires, c'est compliqué quoi.

M2: C'est vrai que, dans mon expérience dans le quartier, j'ai parfois des collègues qui se déchargent sur le cabinet. Nous sommes 3 médecins, donc ce qui, in fine, ne change pas grand-chose par rapport à l'activité que vous avez, et l'une, et l'autre, parce que on est 3 mais on est 2 avec une activité à mi-temps pour nos fonctions universitaires en fait. Et donc j'ai un collègue du quartier qui, quand il part en vacances, décharge ses patients sur le cabinet, en nous prévenant, mais par contre, j'ai aussi une consœur dans le quartier qui décharge ses patients sur le cabinet mais elle ne le dit pas..

Dr1: Voilà c'est fou

M2: Et ce qui est.. Voilà..On le prend avec plaisir mais enfin.. C'est un peu désagréable de décharger comme ça... Vous avez ce type d'expériences vous aussi ?

Dr2: Moi oui

Dr1: Moi non. Je viens juste d'arriver, mais en tant que remplaçant j'avais beaucoup des médecins que je remplaçais qui racontaient ça... Où le médecin, clairement dit sur le répondeur : n'hésitez pas à appeler ma consœur, Dr Trucmuche, mais la consœur n'était pas au courant.

Dr2: Mais oui !

M2: Y'a ça et puis y'a aussi le fait que, quand on a des patients et que c'est des consultations non programmées, bon ça va on sait gérer ça, mais quand c'est des patients qui viennent avec une pathologie chronique, voir une polyopathie complexe, on se retrouve sans dossier.. alors on renouvelle un traitement avec des médicaments d'une ordonnance en se disant, il doit avoir telle ou telle pathologie parce que les patients n'arrivent pas forcément à le dire, et en fait on se retrouve vraiment dans un embarras..

Est-ce que c'est quelque chose que vous avez rencontré ? Et est-ce que vous voyez... enfin vous auriez envie de faire quelque chose pour changer ça ? Et vous auriez des idées pour le changer ?

Dr2: Bah moi j'ai une de mes copines qui m'appelle avant de partir en me disant: est-ce que tu es d'accord pour prendre en charge tel ou tel patient ? Et puis s'il y a des visites elle a prévenu les patients et s'il y a des visites chroniques alors elle est super bien. Quand je vais voir ses patients il y a un dossier à domicile, elle marque toujours tout ce qu'il faut et autre, il suffit que je le lise, par exemple: elle me fait un débriefe avant de partir à telle date tu peux aller voir telle ou telle personne et ça se passe parfaitement bien, c'est très confortable! Le dossier partagé à la maison, elle le tient parfaitement bien, y a tous les traitements, les pathologies, les antécédents et tout c'est super bien, c'est facile à faire et c'est très confortable pour quelqu'un qui ne connaît pas le patient.

Dr1: Bon bah en gros on en revient à la communication entre médecins..

Dr2: Voilà!

Dr1: Entre MG

Dr2: Voilà!

Dr1: Donc faut trouver un moyen pour communiquer pour réussir à communiquer quoi..

M1: Et sur ce dossier des expériences de dossiers partagés? J'imagine que dans vos cabinets peut-être vous avez le même logiciel avec votre collaboratrice ou pas ?

Dr1: Bien sûr

M1: Oui. C'est le cas pour vous, est-ce que vous avez des expériences de dossiers partagés au-delà de votre cabinet ou pas ?

Dr1: Ah non pas du tout

Dr2: Sauf que je vous dis avec le dossier papier à domicile..

M1: Est-ce que vous verriez d'autres choses, toujours pareil, en termes d'organisation, de collaboration, dans un espèce de monde des Bisounours idéal où on est tous jeunes, motivés (rires).. Non mais pas forcément, je plaisante en disant ça, mais voilà, avec les contraintes justement, est-ce qu'il y a d'autres choses que vous imagineriez en tout cas pour lesquelles il faudrait faire un effort pour s'organiser et collaborer mais qui serait utile ou bienvenue ?

Dr1: Comme ça je vois pas

Dr2: Non

M1: D'accord

Dr1: On aurait besoin d'autres cerveaux

M1: On a parlé du dossier partagé, des remplacements mutuels ou en tout cas des remplaçants mutualisés ou des organisations.. En terme, alors j'introduis ça volontairement, en terme de gestion du soin inopiné, je sais que c'est quelque chose que vous avez abordé parce que le questionnaire d'Hugues et Victor Louis le comprenait, mais, est ce qu'il y aurait

une collaboration ou une organisation, encore une fois différente de ce qu'elle existe actuellement, avec le partenariat SOS, les médecins qui reçoivent eux même probablement certains soins inopinés... Est-ce que vous avez déjà imaginé des organisations ou rencontré des organisations ?

Dr1: Non, c'est-à-dire un patient qui viendrait qui n'est pas suivi du cabinet et qui viendrait..?

M1: Alors le soin inopiné c'est plutôt, quelqu'un qui est suivi au cabinet mais.. l'aide-ménagère vous appelle parce qu'elle est tombée et que probablement ça nécessite une évaluation, ou effectivement en période de Covid le patient qui n'a pas pris rendez-vous et qui dit bah voilà on est deux dans la famille, on vient de se faire tester, on est positifs, qu'est-ce que je dois faire ..?

Dans votre organisation actuelle est-ce qu'il pourrait y avoir autre chose en termes d'organisation qui soit un peu plus collaboratif?

Dr1; Oui, je ne vois pas .. À moins par exemple, pour une visite à laquelle on n'a vraiment pas le temps d'aller... Je serai gênée de le demander à ma collègue pour le coup... de demander à ma collègue d'aller faire une visite d'un de mes patients... Mais même, on essaye à chaque fois, même si y'a des après-midis ou des jours où on ne travaille pas, on essaye à chaque fois de gérer nos propres patients. Après c'est déjà arrivé que ma collègue reçoive une prise de sang, un bilan biologique perturbé... après c'était un patient qu'elle avait connu à l'époque donc elle a pris le relais, elle m'a prévenu, elle a pris le relais, elle a appelé le spécialiste etc... Donc c'est collaboratif, mais moi ça me gêne un peu de l'embêter en plus avec des soucis sachant que je peux le gérer effectivement le lendemain évidemment mais bon on le fait un petit peu. Peut-être pas pour des visites mais... En même temps je réfléchis en même temps, et ça nous arrive souvent, on a été pendant une période sans RDV le matin, et ça nous arrive de nous entraider en se disant : "il t'en reste beaucoup, moi j'en ai presque plus si tu veux je te prends un patient" et comme ça on décharge l'une et l'autre en fonction du temps de travail, enfin voilà pour qu'on ne termine pas à pas d'heure. Mais ça c'était avant, pour le côté sans RDV, et ça peut nous arriver parce que, moi je suis arrivée y'a pas très longtemps et mes patients ont souvent été ses patients à elle à un moment, donc c'est une façon de collaborer quoi.

M2: Et là vous fonctionnez toutes les deux sur rendez-vous exclusivement ?

Dr1: Oui

M2: Est-ce que vous avez des plages sans rendez-vous, pour prendre en charge les patients qui arrivent de manière inopinée ?

Dr1: Non, on avait mis des plages horaires d'urgence une fois toutes les X consultations. Mais en fait cela a vite raté, car ces plages horaires sont prises, les secrétaires n'arrivent pas à les bloquer. Tout compte fait il y a tellement de demandes qui font qu'elles sont prises rapidement. Donc on essaye de mettre les personnes un peu en doublon quand cela est très urgent, ce qui n'est pas du tout l'idéal vu la période... On va dire qu'on bricole quoi... (silence) Mais il y'a une entraide au niveau du cabinet, il n'y a pas d'histoire de calcule de c'est mon patient ou autre. Tout en demandant l'accord au patient bien sûr. Mais on essaye de faire au mieux, on essaye de faire qu'il y ait le moins de patients possibles dans la salle d'attente.

M2: Vous avez un dossier partagé alors ?

Dr1: Bien sur

M2: Et donc vous avez décidé de le compléter également de manière partagée ? Car dossier partagé c'est bien mais si on n'y met pas la même chose dedans on a un peu de mal à lire ce que font les autres...

Dr1: Oui oui vous avez raison, on le remplit de la même façon, on n'en a d'ailleurs aussi parler aux remplaçants pour que ça soit fait de la manière la plus uniforme possible. Pour ça pour le coup on travaille vraiment ensemble, on essaye de faire en sorte que chacun puisse voir le patient d'un autre. C'est vrai que ça me fait penser que j'avais travaillé dans un cabinet avec cinq médecins généralistes dans le nord, qui n'avaient pas le même logiciel, par conséquent on n'avait pas accès aux dossiers des patients d'un autre médecin du cabinet. Chacun avait son logiciel, chacun avait ses patients, et on n'arrivait pas à avoir accès aux autres dossiers. Pour moi c'est insensé, être dans un cabinet de groupe c'est pouvoir avoir accès aux dossiers des autres. Mais c'est ma vision des choses. C'est de se dire que tout est partagé, c'est de pouvoir s'entraider.

M2: Ok, Dr2 des choses à rajouter sur cette idée aussi ?

Dr2: Alors, nous on a le même logiciel, on peut partager des dossiers. Mais c'est vrai que chacune a sa patientèle. On peut se dépanner mais c'est rare. Enfin, mon associé ne voit pas mes patients pour me dépanner, parce qu'elle ne peut pas (rires). Moi, c'est pas que je ne veuille pas, mais je l'a dépanne rarement enfin... (rires)... je ne veux pas faire de délation. Comment dire ? Moi j'essaie de ne pas avoir trop de patients dans la salle d'attente, j'ai élargi mon temps de consultation pour cela. Je ne vois plus que trois patients par heure, donc je fais en sorte que mes patients n'attendent pas dans la salle d'attente. Mon associée est quelqu'un qui est stressée si elle voit une salle d'attente vide, donc consciemment ou inconsciemment elle a toujours du retard, et il y a toujours du monde dans la salle d'attente (rires). Donc pour elle, c'est connu, ses patients attendent, certes beaucoup moins depuis le COVID mais ils attendent et ne demandent pas à être vus par quelqu'un d'autre.

M1: Ok, bon merci beaucoup. On va passer à ce troisième axe de recherche et d'information. Donc on imagine qu'une maison de santé Pluri professionnel, ça veut dire qu'il y a au minimum en théorie deux médecins et une infirmière dans cette maison de santé, mais ça peut bien sûr être plus et puis des médecins de différentes spécialités etc... En tout cas si une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire devait se créer sur Bordeaux, on parle de Bordeaux Saint-André mais c'est surtout sur l'idée que cela soit sur Bordeaux centre. Selon vous et votre expérience d'installation depuis certaines années, qu'est-ce que seraient les attentes des médecins généralistes du territoire vis-à-vis de cette structure ? Alors ça peut être vos attentes ou bien celles que vous imagineriez concernant vos collègues du secteur.

Dr2: Alors moi j'aimerais retrouver ce que j'ai vécu avec la clinique du Tondu. C'est-à-dire surtout en matière d'entente avec les radiologues, ceux avec qui je travaillais le plus, quasi quotidiennement. Radiologues échographistes, tout ce qui est IRM scanner et tout ça... Pour moi les petites urgences c'était quand même très pratique pour nous. Un coup de fil et on avait tout de suite une radio, une écho, si on en avait besoin c'était un confort inestimable.

Dr1: Mais dans la maison de santé, vous parlez de généralistes ou spécialistes ou les deux ?

M1: Alors une MSP peut regrouper ce que l'on veut à l'intérieur de cette maison de santé. Le minimum requis pour avoir une labélisation MSP c'est qu'il faut au moins deux médecins et un infirmier.

Dr1: D'accord.

M1: Ce qu'on imaginerait créer, c'est au moins une structure, comme un cabinet médical de médecine général, tourné vers l'ambulatoire, c'est du soin pour la ville, mais a priori ça serait plutôt un groupement uniquement de médecins généralistes. Il faut l'imaginer comme un cabinet de médecins généralistes. L'idée de la maison de santé pour la labélisation au niveau de l'ARS, c'est aussi que la structure accueille des étudiants (internes ou externes) en formations. Donc c'est ce qui fait la labélisation MSP, et le côté universitaire implique qu'à l'intérieur de la maison de santé il y ait des médecins généralistes ayant une fonction ou un statut universitaire. Donc par exemple comme le M2 ou moi-même parce qu'on fait de l'enseignement à l'université. Il faut voir cette maison de santé comme un cabinet de généralistes avec des infirmières, peut-être une pédiatre, peut-être un gynéco... Radiologue probablement pas, biologiste probablement pas, mais il peut y avoir aussi des vacations de spécialités, c'est une possibilité aussi. Donc concernant vos attentes, docteur 4, on les a entendus, c'est-à-dire peut être avoir des spécialistes dans une maison de santé comme ça. Donc on peut repartir là-dessus, vos attentes en tant que médecins généralistes vis-à-vis d'une structure qui serait plutôt une structure d'un cabinet de médecine générale pluriprofessionnel.

Dr2: Mais médecine générale avec une orientation particulière ou que des médecins généralistes ?

M2: Indifféremment, la question telle qu'elle est posée, c'est dans un monde idéal qu'elles seraient vos attentes personnelles concernant cette structure ? Parce que, je donne un exemple, moi dans ma pratique, là où je travaille, je suis à côté du CMP, donc j'ai une forte proportion de patients qui ont des troubles psychologiques ou psychiatriques, donc je me rends compte que c'est d'un psychiatre de proximité que j'aurais besoin, mais ça c'est lié à une position du cabinet, à une certaine orientation. Moi c'est ce dont j'ai besoin, mais vous avez peut-être besoin d'autre chose ?

Dr2: Oui d'un urgentiste.

M2: Parce que quand vous étiez à côté de la clinique du tondu, avec qui aviez-vous des échanges privilégiés ?

Dr2: Alors beaucoup avec l'urgentiste pour la petite « bobologie » et autres que je ne pouvais pas gérer au cabinet. Je vous dis la radiologie mais là c'est pas bon. Après le problème c'est qu'on a beau être Bordeaux centre mais tous les spécialistes... Les gynécos on a le pavillon de la mutualité qui est tout à côté, il y a quatre ou cinq gynécos, mais qui ne prennent plus de nouvelles patientes. Moi on me demande presque tous les jours, quels gynécos je pourrais conseiller mais c'est un peu compliqué. Les ORL et dermato il y a 4 ou 5 mois d'attente. Les cardio c'est pareil, les psychiatres c'est pareil... (rires)

Dr1: En fait on serait déjà très contente d'avoir n'importe quel spécialiste dans cette maison de santé. Après si on parle que de médecins généralistes avec le côté un peu universitaire, on pourrait s'en servir pour des questions un peu récentes. C'est vrai qu'être avec des internes

ça serait aussi le moyen de se stimuler pour connaître les dernières recommandations etc... Donc on pourrait très bien se dire que ces médecins généralistes universitaires pourraient être joignables pour qu'on leur envoie un message en leur demandant des conseils concernant des prises en charges particulières. Par exemple, sans les déranger non plus, parce que je pense qu'ils ont pleins de choses à faire. Mais ça pourrait être une aide entre médecins généralistes pour pouvoir s'épauler un peu. Après c'est sûr que pour les spécialistes je rejoins le Dr 4, c'est compliqué d'avoir des avis rapides pour pouvoir aider nos patients. Mais bon vous êtes dans la même situation que nous aussi...

M2: Oui, il y a des spécialistes mais il y a aussi des choses qu'on peut faire nous-mêmes. Par exemple, quand on parle gynécologie, on peut faire des frottis, poser des stérilets, faire pleins de choses... Ce qu'il y a c'est que

Dr2: On n'a pas le temps non plus !

M2: Oui, ou on a pas le temps ou on ne sait plus le faire non plus. Ou on n'a peur de le faire.

Dr2: Voilà.

M2: Alors que si on est dans une structure où il y a des gens qui le font, ils peuvent nous remonter, ça peut être aussi le moyen de se réapproprier certains gestes.

Dr1: Bien sûr.

M2: Moi je me souviens quand j'étais jeune remplaçant, j'avais remplacé un médecin qui était dans un petit village une trentaine de kilomètres de Bordeaux, et dans son cabinet il y avait un appareil de radiographie, il faisait de la radiographie, alors inutile de vous dire que c'était de la radiographie un peu approximative (rires), mais n'empêche ça lui servait pour les fractures etc... Donc aujourd'hui ça a peut-être beaucoup moins d'utilité, mais par exemple l'échographie est un outil qui est de plus en plus utilisé en médecine ambulatoire, il existe des formations, après on a l'appétence pour ça pas. Mais en tout cas des médecins généralistes ont des orientations particulières et donc rendent service aux autres. Qu'est-ce que vous en pensez-vous de tout ça ?

Dr1 : Donc ça serait des médecins généralistes un peu spécialisés quoi...

Dr2: Oui voilà.

M2: Oui ça peut être ça mais pas forcément. Par exemple, peut-être l'une d'entre vous fait de la gynéco et des frottis ?

Dr1: Oui moi.

M2: Voilà et bah quand on est dans un cabinet avec un ou une collègue qui fait des frottis, celui qui n'aime pas en faire délègue plus ce genre de geste.

Dr1: Bien sûr.

M2: Moi par exemple je travaille beaucoup sur les IST, si on me pose des questions sur les IST, par exemple la PREP ou autre, je suis parfaitement au point. Soit je peux prendre en

charge le patient ou soit je peux donner des conseils. Donc je pense que ça génère une émulation. Voilà ça c'est des choses qui vous intéresseraient ?

Dr1: Ah oui oui bien sûr. Après il faudrait savoir les appétences de ces médecins généralistes. Après c'est un peu du tutorat, c'est partager son savoir, apprendre aux autres.

Dr2: Moi je me souviens j'avais un de mes copains qui était dans le secteur et qui posait les stérilets et moi je faisais les frottis et on s'envoyait mutuellement nos patients comme ça. Mais alors peut-être laisser aux jeunes médecins généralistes de la maison de santé poser les stérilets en leur confiant nos patientes. Ou alors nous former mais dans ce cas-là qu'est-ce que les médecins généralistes de la maison de santé vont faire dans ces cas-là ?

M2: Et justement c'est ce qu'on attend que vous nous disiez (sourire).

Dr1: (Rires)

Dr2: Parce que soit ils ont un rôle de formation et nous on collabore avec eux en leur envoyant nos patients ?

M2: Non non pas du tout ce n'est pas ce que je voulais dire. Personne ne doit être plus haut que les autres.

Dr2: Ah non non pas plus haut. C'est juste que nous on ne peut pas faire un DU d'échographie un DU de je sais plus quoi ... Enfin ce n'est pas possible. Donc quelqu'un qui a un savoir un peu plus important dans un domaine, pourquoi pas le confier à ce médecin là et voilà.

M1: Donc de ce que j'ai entendu vous souhaiteriez que cette structure soit une structure de second recours dans un plusieurs domaines en particulier ?

Dr2: Pas forcément de second recours mais de complémentarité, on ne peut pas, enfin moi je ne saurai pas tout et je ne saurais pas tout faire. Et je ne veux pas tout faire donc À ce moment-là une jeune femme qui souhaite que je lui change son implant, chose que je ne fais pas, je pourrais l'adresser à un de mes collègues qui sait faire et qui le fait sans difficulté.

Dr1: Pareil, nous on fait pas les IVG, mais on adresse nos patientes à deux consœurs du secteur qui sont médecins généralistes qui les réalisent. En expliquant l'impression que nous ne réalisons pas ce geste. C'est une forme de collaboration. On pourrait effectivement réaliser la même chose avec la maison de santé, à condition de connaître les pseudos spécialités ou tout du moins les choses en plus que nous on ne fait pas. Vu les délais de certains spécialistes il serait intéressant d'avoir des médecins qui réalisent ces gestes dans des délais acceptables. Après si c'est des médecins généralistes qui font de la médecine générale comme nous, j'ai moins d'intérêt à les rediriger vers la maison de santé, enfin j'arrive-moi à savoir pourquoi on les redirigerait.

Dr2: Mais moi j'ai l'impression qu'avec les jeunes si vous ne répondez pas à leur attente, ça ne leur pose aucun problème d'aller voir un autre médecin. Ils tapent sur Google et ils trouvent le meilleur intervenant. Ils changent très facilement.

Dr1: Ah oui bien sûr.

M2: Donc vous, vous ressentez ce fossé générationnel de manière assez nette ? Par rapport à il y a vingt ans où on faisait plus de la médecine de famille ?

Dr2: Ah oui

M2: Et maintenant en tout cas pour une partie de la patientèle ça serait plus une médecine de consommateurs en quelque sorte ?

Dr2: Ah oui les jeunes oui. Parce qu'il y a certains patients que je vois pour la première fois, à qui je demande pourquoi ils viennent me voir moi alors que je suis installé loin de chez eux, et il me répond qu'ils ont regardé sur Google et clac. Je les vois, si ça marche bien et que je réponds à leurs attentes alors je les revois mais pas toujours, et si je ne réponds pas à leurs demandes le jour même ils me répondent que c'est pas grave et qu'ils vont chercher un autre médecin... (Choquée)

M1: Et donc si je reprends dans ces attentes la de besoins d'un urgentiste pour Dr2, est ce que c'est réellement un urgentiste ou c'est quelqu'un qui gère les urgences du jour ? Type SOS que vous avez actuellement. Est-ce que ça c'est une attente, un besoin, ou pas ?

Dr2: Oui, moi je pense que oui.

M1: Donc la gestion du soin inopiné, mais aussi est ce qu'on peut imaginer la gestion du patient qui appelle en disant que son médecin n'est pas là et que vous ne pouvez pas le prendre car votre planning est rempli. Il pourrait voir avec la maison de santé de Saint André. Est ce que ça serait une attente pour les médecins généralistes du secteur ?

Dr2: Oui oui

Dr1: Oui effectivement, après j'avais pensé que ces médecins généralistes n'auraient peut-être pas de plages horaires d'urgences. Après si c'est le cas, si c'est possible, même si je ne sais pas comment faire, alors je pense que j'aurais plus confiance d'adresser mes patients à une structure comme celle-ci plutôt qu'à SOS avec des médecins qui changent beaucoup et on sait jamais sur qui on va tomber. Là, ça permettrait d'avoir des personnes en qui on aurait confiance.

Dr2: Oui et surtout on pourrait avoir un retour, un lien, une communication avec ces intervenants-là, que l'on a pas avec SOS médecins. Depuis un ou deux ans on a un vague courrier d'SOS médecins. Quand je ne peux pas aller voir un patient et que je lui conseille d'appeler SOS, je dis bien au patient de demander au médecin d'SOS de m'appeler lorsqu'il vous aura vu, à ce moment-là j'arrive quelques fois à avoir le médecin d'SOS pour discuter mais c'est pas toujours le cas. Mais je pense qu'avec la maison de santé il pourrait y avoir ce genre de communication et d'entraide justement. Pour faire connaître le patient et expliquer ce qu'il en est.

M1: Après discussion avec la PASS, il semblerait également qu'il y ait des difficultés sur le secteur pour des patients chroniques en situation irrégulière ou des patients très complexes avec des profils psy particuliers. Il semblerait qu'il y ait un peu de difficultés de prise en charge par les médecins généralistes de ville. C'est des choses qui sont remontées. Quel est votre point de vue vis-à-vis de ça ? Et est-ce que la maison de santé pourrait aider justement

des patients qui viennent de la PASS à effectuer cette transition avec la médecine de ville ?

Dr2: Alors à côté du cabinet il y a le COS, qui reçoit beaucoup de réfugiés. J'ai l'impression que c'est une passerelle pour les étrangers, il y a beaucoup de réfugiés politiques et autres. Et moi depuis que je suis installé je vois beaucoup d'étrangers. Après avec la barrière de la langue c'est un peu problématique mais maintenant avec les nouveaux Smartphones il y a des traductions. Je communique avec des Ukrainiens, de Chinois, enfin les Chinois ils parlent Anglais et c'est très bien. Mais je vois beaucoup beaucoup d'Ukrainiens en ce moment. Avec les nouveaux téléphones c'est pratique on arrive à communiquer, en tout cas c'est moins difficile qu'avant mais un temps fût c'était très compliqué.

Dr1: Alors nous on a à peu près un tiers de notre patientèle qui sont des réfugiés migrants et on travaille beaucoup avec la PASS, donc pour le coup nous c'est un peu notre quotidien. Donc effectivement, une aide supplémentaire serait la bienvenue.

M1: Ok, merci. Est ce qu'il y aurait possibilité d'autres attentes qui vous viendraient avant de conclure ce focus groupe à deux ? (Rires)

Dr1: C'était pas mal, c'était pas mal (Rires).

M1: C'était très bien sincèrement, pour en faire, en étant juste à deux, votre interaction à été très productive. Le fait d'avoir des avis complémentaires était très très bien. (Rires)

M2: C'est vrai qu'on n'a pas été obligé de beaucoup relancer. (Rires)

M1: C'est vrai qu'à deux il y a moins d'idées qu'à six ou huit. Mais c'était très bien.

Dr1 : Et surtout on veut en savoir plus parce qu'on ne nous dit pas tout. (Rires)

### Focus group n°3 :

M1: On va réaliser ce qu'on appelle un focus group c'est-à-dire des échanges entre médecins qui avons cette expertise là pour répondre à un certain nombre de questions. Donc ce soir on va parler éventuellement... enfin pardon on va parler de cette, plus qu'éventuelle maintenant, maison de santé pluriprofessionnelle qui serait locataire de locaux situés dans l'hôpital Saint-André. Donc là on n'est plus entre l'enthousiasme et le pragmatisme en fait on va être entre le pragmatisme maintenant, et l'enthousiasme parce que ça il faut le garder... Donc ducoup ce qu'on va faire dans un premier temps, on imagine que ça va durer une petite heure, ce sera notion de focus group je vais revenir après pour vous expliquer, ensuite on fera un temps d'échanges et peut-être un temps d'informations autour de ce que c'est que cette maison de santé et ce projet de maison de santé universitaire. Donc là c'était pour la petite mise en bouche et peut-être un peu des notions apéritives... Et voilà l'élément qui nous rassemble dans un premier temps c'est cette notion de focus group donc c'est une méthode qui est beaucoup travaillée avec les sciences sociales, connue pour être une méthode exploratoire donc on constitue un groupe de réflexion donc ce groupe de réflexion c'est vous 4 surtout et qui permet de collecter des informations sur un sujet qui est ciblé et c'est en ça que je vais vous décliner 3 questions sur lesquelles on va essayer de répondre chacun notre tour et aussi en réflexion commune pour.. L'objectif ici c'est de réfléchir aux besoins et aux avantages que pourraient trouver les médecins généralistes à l'existence et la présence d'une maison de santé pluridisciplinaire universitaire sur le territoire de Bordeaux centre donc situé à Saint André, au sein de l'hôpital Saint André. Donc comme je vous l'ai dit vous êtes un groupe de réflexion parce que vous êtes des médecins généralistes avec l'expérience et l'expertise de professionnels de santé installés sur le secteur de Bordeaux centre et ducoup si vous d'accord je vais vous proposer la première question. Je vous informe qu'on enregistre en fait les réponses, ensuite on les retranscrira sous un format Word et on garde de toute façon l'anonymat en permanence et cet enregistrement ensuite sera détruit.

Donc la première recherche d'informations qu'on veut explorer avec vous c'est connaître vos expériences ou vos connaissances à la fois en terme d'organisation ou de collaboration d'organisation entre les médecins généralistes concernant notamment leurs activités de soins sur le territoire de Bordeaux plutôt intra boulevards donc je vous laisse la lire mais c'est ça: Vos expériences et connaissances concernant les organisations ou les collaborations entre médecins généralistes autour de leur activité de soin sur ce territoire de Bordeaux intra boulevards.

Le plus difficile, ça va être de briser la glace... (silence) et qu'il y en ai un premier qui se lance... (silence) ça veut pas dire que ce soit le plus ancien qui soit obligé de parler parce qu'il a le plus d'expérience, ça peut être aussi les installations plus récentes mais si c'est la plus ancienne ça va être Dr1 qui va donner toute son expérience de collaboration ou d'organisation entre les médecins sur ce territoire... (silence)

Dr1: Alors une question quand vous dites une maison de santé universitaire ça veut dire quoi ?

M1: Ça on y reviendra après ce sera le troisième temps..

Pour l'instant ça serait de répondre à ça, vous en tant que médecin du territoire de Bordeaux intra boulevards, qu'est-ce que vous avez comme expérience, encore une fois, comme connaissance en termes d'organisation ou de collaboration entre les médecins généralistes sur les activités de soins. Mais après je te promets Dr1 on va répondre à ta question (rires) !

Dr1: Bon déjà en travaillant dans des associations comme le C A C I S, on collabore sur un éthique et sur une prise en charge particulière à l'intérieur d'une association donc comme Dr3 l'a dit ça nous permet de rencontrer les médecins dans un objectif commun et dans une vision de santé publique particulière aussi donc voilà un exemple de rencontre de médecins autour d'un planning familial et surtout d'une structure associative qui est bien.. comment dirais-je.. bien typique dans la prise en charge de la précarité, dans son côté militantisme, donc ça par exemple c'est un exemple concret qui fonctionne très bien dans une prise en charge pareille. Moi après j'ai surtout développé avec le SP une collaboration avec les sages-femmes, parce que je pense que c'était très intéressant d'allier la médecine générale et les sages-femmes sur les suivis des grossesses parce que c'est très complémentaire et d'ailleurs normalement c'est un projet qui devrait pouvoir être partagé par d'autres médecins généralistes, ça sera la deuxième étape de ce projet de pouvoir partager l'expérience de santé publique, de prise en charge de grossesses qu'on a eu au sein de notre cabinet et de pouvoir l'exporter dans d'autres cabinets de médecine générale, donc voilà un petit peu deux exemples de coordination de médecins généralistes.

M1: Merci, est-ce qu'il y en a d'autres depuis 20 ans? Est-ce que tu as participé à d'autres choses qui ont, par exemple, péricliter ou des initiatives qui auraient eu et qui n'auraient pas été forcément jusqu'au bout, est-ce que tu as ce souvenir-là ?

Dr1: Je cherche .. (rires)

M1: Par exemple sur un peu de collaboration alors l'organisation ou la collaboration autour de la permanence des soins, autour du remplacement, ou quand tu as des absences de certains médecins dans le quartier est-ce qu'il y a eu des choses comme ça qui ont déjà été réfléchies ou tentées ?

Dr1: Malheureusement..

M1: Ou toi-même, est-ce que tu organises des choses même à un niveau plus restreint que juste le territoire ?

Dr1: Euh y'a pas de... je ne sais pas s'il y a une formation continue entre pairs dans le quartier, en tout cas je n'en fais pas partie... faudrait demander à Dr2 peut être qui est aussi depuis longtemps dans le quartier et à Dr3. Organiser une coordination entre médecins euh... ça prend énormément de temps donc c'est vrai que moi je me suis quand même consacré à un domaine bien précis parce que je trouvais qu'il y avait un manque dans le suivi des grossesses... après moi j'ai aussi beaucoup collaboré avec tous les médecins généralistes qui travaillent dans les associations de notre, comment dirais-je... de notre territoire, c'est à dire avec les associations qui s'occupent de l'addiction, avec Dr Z, elle est addictologue mais elle est médecin généraliste aussi, euh... on est quand même entourés d'énormément d'associations donc ça nous permet quand même de collaborer, par exemple avec le Samu social avec la CASE, avec les associations où on a travaillé pour la prise en charge de la prostitution, avec IPPO qui s'est transformé enfin on a quand même des médecins généralistes... moi j'ai beaucoup collaboré avec les médecins généralistes qui travaillent dans les associations... mais moins avec les libéraux.

Dr2: Pour rebondir sur ce que dit Dr1, effectivement quand on regarde le périmètre dans lequel nous sommes entre la Victoire, Nansouty et la gare Saint Jean y'a quand même pas mal de cabinets... bon certains sont en groupe, plus ou moins, d'autres sont complètement isolés..

y'a pas beaucoup d'échanges effectivement entre médecins généralistes je dirais d'une façon générale, sauf quand de temps en temps y'en a qui ont une certaines expertises, par exemple moi je fais des IVG en tant médecin généraliste, je pense que je suis pratiquement la seule sauf si y'a des sages-femmes qui le font dans le quartier, donc de temps en temps on m'adresse des patientes parce que y'a la proximité et y'a la disponibilité. Ensuite comme disait Dr 1 nous sommes effectivement en lien parce qu'on est, surtout dans ce petit périmètre, y'a pas mal de ... y'a le Samu social, le foyer Leydet, des services d'accueil d'urgences, les maisons maternelles, la CASE donc on a vraiment un concentré comme ça de population et en tout cas de prises en charges qui peuvent être faites dans des structures pour lesquelles on a même signé quelques partenariats mais y'a pas encore eu quelques choses qui puisse fédérer les médecins généralistes autour d'une problématique, autour de quelque chose de bien particulier. Au niveau des Capucins, avant qu'on soit tous confinés on faisait effectivement quelques repas à midi avec quelques groupes de médecins, tout ça c'était l'ancien temps...

M1: rires

Dr2: Voilà ..

M1: Mais c'était des repas de travail ou des repas plus amicaux et d'échanges amicaux professionnels..?

Dr2: C'était plus des échanges amicaux et de temps en temps il y avait des laboratoires donc on faisait quelques topos qui étaient programmés ou on invitait aussi des spécialistes qui venaient se présenter et qui nous faisaient un petit topo mais rien de très formel sur le plan scientifique en tout cas.

M1: Et sur le plan associatif non plus ? C'est pas un groupe de FMC identifié associatif ?

Dr2: Non

M1: Non.. C'est plus dans l'informel... ok!

Dr3: Moi j'ai pas un grand témoignage à apporter parce que je suis dans un cabinet à deux où on échange assez peu donc c'est plutôt le témoignage d'un vécu de grande solitude de la médecine générale... moi j'échange autant que possible, ça se passe dans le cadre... par exemple je participe autant que possible à toutes les réunions de coordination quand les associations prennent en charge des patients... là je suis en vacances mais la semaine prochaine j'ai une réunion addiction et douleur pour un patient des choses comme ça.. Après avec mes confrères j'avoue qu'on partage très peu, en plein centre-ville là... voilà moi je sais qu'ils sont en vacances quand je reçois leurs patients parce qu'ils ne sont pas là mais je ne suis jamais prévenu... on échange très très peu... même avec mon associé... Alors moi j'avais ce système de collaboration mais mon collaborateur est sur mon poste, il vient 1 à 2 jours par semaine sur mon poste donc on est obligé d'échanger beaucoup sur les patients euh mais voilà ça c'est vraiment autre chose mais âpre qu'avoue que moi je trouve que les échanges entre professionnels du centre sont pauvres mais en même temps je fais rien pour les améliorer puis on est un peu tous dépassés par notre activité donc effectivement moi là où j'échange le plus c'est C A C I S ou j'en profite pour parler de mes dossiers, pour échanger avec mes consœurs, Dr1 et autres, sur notre pratique, ça c'est très intéressant. Heureusement qu'il y a le C A C I S

je dirais mais alors après moi j'avoue que je vis mon quotidien de généraliste avec un sentiment de grande solitude quand même...

Dr1: Bah ce qui est intéressant au CACIS c'est que c'est quand même à l'initiative des médecins généralistes et la réunion des médecins qui a commencé maintenant il y a 2,3 ans  
Dr3 c'est ça ?

Dr3: oui oui..

Dr1: Ça a été aussi à notre initiative où en fait on voulait se retrouver et parler des cas complexes qu'on avait, uniformiser nos prescriptions sur les STI, avoir un, comment dirais-je.. un travail de coordination sur la thérapeutique, sur la prise en charge, sur la vision éthique des choses... je pense que c'est très important et c'est vrai qu'à l'intérieur de l'association ça s'y prêtait beaucoup parce que y'a une défense de point de vue qui était identique et je pense que pour pouvoir avoir des échanges entre généralistes il faut qu'on puisse partager des visions communes.

Dr2: Alors moi j'ai aussi la particularité quand même d'être dans une MSP, nous sommes 7 médecins généralistes m, des psychologues et infirmières, on a une coordinatrice donc même si on a pas de vision commune et qu'on a pas tous les mêmes pratiques, loin de là, nous arrivons quand même à avoir des temps d'échanges qui sont formalisés avec des protocoles qu'on essaie de mettre en place, difficilement cette, parce que pour certains c'est quasi impossible, mais on y arrive quand même parce que peut être que comme dans toutes les MSP, dans tous les groupes, tout le monde n'aura pas la même efficience mais on peut quand même avancer même si y en a 2 ou 3 qui tirent tout le monde. J'avoue que c'est pas facile mais on y arrive parce que je pense qu'on a même pas le choix et que le Covid nous a aussi interpellé et a fait qu'on s'est rendu compte que chacun de pouvait pas rester tout seul dans son coin... donc voilà un peu nous aussi notre expérience... nous avons aussi 2 collaboratrices qui ont travaillé, l'une 4,5 ans avec nous, la deuxième 2 ans et se sont installées du côté de la gare, elles ont créé leur cabinet, y'a pas mal de structures qui s'ouvrent comme ça avec des jeunes qui s'installent, tant mieux parce que de toute façon y'a du travail pour tout le monde ! Mais pas encore une dynamique de quartier ou de secteur.

M1: Si je peux me permettre de rebondir là-dessus Dr2 est ce que d'habitude ces 2 anciennes collaboratrices qui se sont installées à côté ont gardé un espèce de lien de collaboration, de coordination, d'entraide autour de la permanence de soins ?

Dr2: C'est tout nouveau elles sont parties le 1er Mars donc elles sont encore en train de s'installer..

M1: D'accord..

Dr2: Mais on a fait le vœu de continuer à collaborer, on avait quand même mis des choses en place avec elles donc je pense qu'on va continuer à avoir quelques liens surtout que... enfin moi quand elles sont arrivées je faisais un peu de gynéco donc elle se sont mises dedans... c'est même moi qui les ai quasiment formées et l'une d'entre elle ne va faire que de la gynéco et l'autre fait aussi un peu de gynéco donc elles ont l'intention de monter quelque chose qui soit un peu autour de la mère et de l'enfant on peut dire ça comme ça... elles ne font pas beaucoup de médecine générale mais plutôt... C'est des choses qu'on voit aussi maintenant des médecins généralistes qui essaient d'avoir des orientations un peu

plus spécifiques. Bon mais je pense que c'est parce que aussi le quartier commence à s'y prêter, il ne faut pas se leurrer le quartier est en train de changer énormément avec des familles, beaucoup de familles qui viennent s'installer et qui sont dans des recherches différentes. Alors moi quand je me suis installée il y a 20 ans comme Dr1 c'était un autre type de population et c'est en train de migrer petit à petit donc avec des exigences peut être différentes... même si on a encore une bonne partie de population vulnérable... moi je fais partie du comité de pilotage pour la mise en place de la plateforme vulnérabilité avec d'autres... des psychiatres, SOS, Médecins du Monde... pour essayer de faciliter l'accès pour les populations vulnérables à la médecine générale enfin au droit commun je vais dire... et avec l'appui éventuel d'interprétariat parce que c'est quand même ça le gros problème des personnes qui ne parlent pas français, qui avaient du mal à se soustraire de la PASS ou de médecins du monde ou c'était plus confortable pour eux d'avoir quelqu'un avec qui ils puissent communiquer.

M1: Ok, merci Dr2. Dr4 est ce que tu veux donner, encore une fois ton expérience sur cette organisation entre médecins généralistes sur ce territoire-là ?

Dr 4: Bah une expérience qui rejoint celles qui ont déjà été exprimées.. À la fois sur le fait que, comment dire, sur la collaboration entre médecins généralistes dans le quartier finalement pour moi se joue quand même plus au niveau du cabinet avec les associés, qu'il n'y a pas grand-chose de formalisé et finalement assez peu de contacts avec les autres médecins généralistes libéraux dans le quartier et effectivement il y aurait probablement à gagner à ce qu'on se connaisse un petit peu mieux pour coordonner certaines prises en charges et pour les patients qui ont des trajectoires de soins compliquées quand même parfois. Après pareil aussi des expériences de collaboration finalement avec des généralistes qui sont dans des structures un peu particulières avec le foyer Leydet par exemple ou bien avec d'autres spécialistes qui sont aussi... qui travaillent en ambulatoire, notamment certaines équipes mobiles de psychiatrie ou ce genre de choses... Après quoi dire euh... non j'ai pas grand-chose de plus à rajouter.

M1: En termes de FMC c'est pareil? Par rapport à ce que témoignait Dr2 c'est pas grand-chose et pas de choses structurées ou..?

Dr4: Non pas de FMC structurées. Mais c'est vrai que ça serait peut-être bien de profiter de ces différentes rencontres pour peut-être proposer quelque chose... ça serait intéressant d'avoir une FMC qui se monte sur Bordeaux... ça serait intéressant !

Dr1: Moi je trouve que ce qui serait intéressant est qui n'existe pas pour l'instant pour les médecins généralistes c'est de faire des groupes BALINT, enfin parce que moi dans mon cabinet j'ai quand même 30% de CMU, un pourcentage d'AME que je ne peux pas quantifier, j'ai quand même une très grande précarité, des parcours de vies, de migration très traumatisants pour les patients... ça se reporte un peu sur nous les médecins, je pense que, enfin je ne sais pas vous mais je trouve que la situation sociale devient vraiment catastrophique, sans compter l'année de Covid qui a marquée vraiment la population, sans compter tous les parcours migratoires, moi j'ai quand même un cabinet, je pense que vous aussi, Dr 2, Dr 3, vous avez quand même des patients qui viennent de tous les pays du monde, avec le français qu'ils ne connaissent pas... moi je sais que j'ai des secrétaires qui partent en arrêt maladie parce que c'est très compliqué pour elles de recevoir cette misère, je pense que pour les médecins c'est pareil. Je pense vraiment que un groupe BALINT serait très intéressant pour pouvoir partager sur cette violence qu'on a au quotidien et qui n'est pas

nécessairement quelque chose, même si on est médecin généraliste, ça devient très compliqué et le médecin généraliste je pense que si il ne veut pas rentrer dans un comportement un petit peu, comment dirais-je, automatisé, qu'il puisse garder son empathie et son efficacité dans son travail il doit... enfin je pense qu'un groupe BALINT serait bien dans ce sens-là et que je sais que c'est pas vraiment la tendance dans le Sud mais ça existe beaucoup dans le Nord et ça aide les médecins généralistes à regarder leur propre manière de travailler et aussi à pouvoir améliorer leur pratique avec des situations compliquées, ça ce serait intéressant pour des groupes universitaires, comme vous êtes, de développer pour les médecins généralistes.

Dr2: Tout à fait d'accord avec Dr1.

M1: Du coup ça fait un petit peu la transition avec la deuxième question qui est: comment est-ce que vous imagineriez une organisation de collaboration dans un espèce de monde idéal, bien sûr après il faut que ce soit réalisable, mais dans une espèce de monde idéal quel pourrait être ces organisations de collaboration entre les médecins généralistes du secteur de Bordeaux centre, c'était la question d'après donc en fait ça a enchaîné un peu naturellement mais on peut continuer la dessus ducoup.

Donc je t'ai coupé Dr 1, tu peux continuer, donc ces groupes tu disais que ça pourrait être éventuellement insufflé par l'université...

Dr1: Je pense que c'est ce qui serait le plus important pour l'instant dans la situation du quartier Saint-Michel, maintenant je ne connais pas tous les quartiers, alors c'est vrai que le quartier se bobohifie, je le vois dans mon cabinet parce que pour moi ce qui est important c'est qu'il y ait une mixité sociale à l'intérieur du cabinet mais malheureusement on est quand même dans un paupérisation, et c'est pas pour rien qu'on est entourés d'associations dans notre quartier, c'est aussi parce qu'il y a énormément de besoins socio-médical et je pense que oui, pour améliorer notre pratique, on a besoin d'un regard sur nous même, sur les autres, et comment améliorer aussi notre rapport à l'autre et soi-même. Ça c'est la première chose après moi je vous l'ai dit tout à l'heure notre prochaine, comment dirais-je, conversation avec l'ARS ça sera d'exporter notre modèle de prise en charge de grossesse chez d'autres médecins généralistes qui seraient intéressés, parce que tous les médecins ne font pas de suivi de grossesse, c'est parfaitement entendable, et je pense qu'une collaboration avec les sages-femmes au sein du quartier avec le même suivi de grossesse pourrait être intéressante donc ça on va essayer de demander ça à l'ARS prochainement. Donc voilà 2 modes de collaboration, d'initiatives qui pourraient aider à la collaboration. Je pense qu'il faut sortir des collaborations de FMC comme il y a pu en avoir, je pense que c'est pas ça qui peut être intéressant... ou alors un autre groupe qui pourrait être intéressant ce serait de faire un point sur des patients compliqués, qui font parfois du nomadisme médical et qu'on pourrait rassembler ça, comme on fait dans les réseaux de périnatalité par exemple, ou on discute d'un patient avec un groupe de partenaires... Mais bon ça ça dépasse un petit peu la médecine générale ou les médecins généralistes mais ça pourrait être intéressant de faire une réunion sur des cas vulnérables, de faire une coordination de ces cas-là, parfois y'a plusieurs médecins généralistes qui sont dans le parcours, que ce soit pour les patients qui sont sous Subutex ou Méthadone et qui font du nomadisme médical, ça ça pourrait être intéressant aussi de regrouper ces médecins là et de discuter de comment mieux gérer ces cas-là. Voilà ...

Dr2: Nous par exemple on s'était aussi proposé d'inviter quelques médecins du quartier parce qu'on essayait de mettre en place.. par exemple quand il y a eu le mois du tabac on a invité une addictologue, enfin on s'est rapproché de Charles Perrens, c'est l'équipe d'addictologie de Charles Perrens qui nous a fait via zoom, parce qu'on pouvait pas se réunir, on a eu 3

sessions de 30min de formation sur l'arrêt du tabac et on a trouvé ça très très intéressant et on se disait que ça serait intéressant qu'on puisse éventuellement proposer à d'autres personnes du quartier de nous rejoindre sur la thématique si ça les intéressaient. Ensuite il y avait aussi sur le cancer du sein... donc on essaie maintenant de se rattacher à des choses qui se font de façon annuelle et programmée et de voir si durant ce temps-là on peut initier des petites formations, des petites rencontres pour préciser un peu les choses et réactualiser nos données.

M1: Si je peux me permettre de rebondir un peu sur cette notion de parcours de soins et de nomadisme médical, est ce que vous 4 vous avez déjà imaginé des sortes d'organisations collaboratives qui permettraient de faciliter cette prise en charge ou ce parcours de soins ou cet accompagnement pour ces populations vulnérables ?

Dr2: Alors moi je sais qu'on a déjà organisé, on organise même régulièrement des RCP mais plus avec les autres structures qui s'occupent de ces patients là parce que très souvent comme c'est des patients qui sont à la rue donc par exemple avec le Samu social avec le foyer Leydet il nous est déjà arrivé de faire une RCP au sein de la maison de santé pour parler d'une situation mais jamais comme le disait Dr 1 autour d'un patient qui fait du nomadisme, pas entre médecins généralistes, on revient toujours au fait qu'on a pas trop de liens les uns avec les autres mais plus avec d'autres structures.

M1: Au sein de vos cabinets est ce que y a un outil collaboratif, notamment le logiciel est ce que c'est un outil collaboratif pour vous le logiciel métier ? Est-ce que y'en a d'autres que vous utilisez ?

Dr2: PAACO est super pour ça parce qu'on peut y intégrer autant de personnes qu'on veut, autant de médecins qu'on veut qui sont autour du patient parce que je ne suis pas sûre qu'on ai tous le même logiciel métier... moi je suis sur WEDA après 20 sous Hellodoc et je sais pas... je pense que PAACO est un très bon outil... même si certains le décline je pense que c'est un bon outil.

Dr3: J'ai pas grand-chose à ajouter, c'est vrai que le fait d'avoir un logiciel commun, on partage pas beaucoup avec mon associé mais alors au moins on a des dossiers communs donc c'est très pratique, notamment en l'absence de l'un ou de l'autre et j'utilise PAACO aussi donc effectivement, c'est un outil que j'avais oublié oui dans collaboratif qui est intéressant.. mais après.. moi pour mes patients effectivement chez qui je suspecte du nomadisme et qui n'ont pas de carte vitale, chez qui c'est difficile de retracer le parcours de soin, effectivement moi je m'appuie rapidement, alors je pense au problème d'addictologie, je m'appuie rapidement sur les CSAPA qui existent ou sur les CAARUD donc je suis en lien fréquent avec le CEID et avec le département d'addictologie et voilà pour qu'on puisse être pour le coup assez cadrant et aussi surtout pour ménager mes collaborateurs associés parce que c'était souvent une source de souffrance. Mon collaborateur a craqué récemment en me disant qu'il ne supportait plus les conditions de travail, je pense que quand même ce problème était une des raisons... Encore une fois je travaille moins en collaboration que Dr1 et Dr2 et je suis plutôt dans la solitude du médecin généraliste.

M1: Ok est ce qu'il y a d'autres choses Dr4 peut être sur une espèce d'organisation de collaboration idéale entre les médecins, vous disiez, enfin je ne veux pas trop initier de réponses mais vous parliez à un moment donné de.. dans ce quartier là, à la fois des modifications de populations mais aussi certaines spécificités de certains professionnels, ce que Dr1 disait sur ce suivi, enfin d'être identifiée pour pouvoir faire des suivis de grossesse,

Dr2 disait d'être identifiée pour faire des IVG ambulatoires, Dr3 disait aussi probablement des populations très vulnérables, des parcours de toxicomanes étaient peut être adressés pour lui ou il était identifié pour ça, est ce que, alors là aussi je veux pas trop induire, est ce que vous avez peut-être une espèce d'idée d'organisation idéale pour mailler ce territoire ou identifier les spécificités de chacun, comment ça se fait ? Est-ce que c'est très, encore une fois informel ? Est ce qu'il y a eu des tentatives de reconnaissance, d'identification... Est-ce que vous savez ça ?

Dr3: C'est difficile de répondre à cette question. Après moi pour avoir travaillé quand même longtemps en équipe puisque j'ai travaillé 10 ans dans une permanence d'accès aux soins de santé, dans un CAARUD, en même temps de réduction des risques de toxicomanie, et puis après m'être installé en libéral, ce qui est important c'est quand même que le patient reste au centre du projet de soin et c'est pas toujours évident quand parfois on le dilue dans une orientation, il ne comprend pas toujours voilà... notamment je fais attention, je recentre sur l'addictologie, je fais attention en addictologie, j'essaie d'abord de beaucoup échanger avec le patient et de l'orienter en fonction de son profil etc. parce qu'il comprendra pas toujours, parce exemple qu'il va attendre longtemps pour être reçu par des jeunes gens qui vont lui faire passer un nombre d'échelles dont il ne comprend pas toujours l'intérêt, de manière, pour lui roborative etc., et ça peut être contre-productif pour des patients qui se sentent un peu voilà.. cobayes dans un système, pas cobaye mais euh... donc je pense que c'est important, c'est aussi notre rôle de généralistes finalement, c'est l'intérêt du métier d'être capable de recentrer le patient dans le projet de soin et de forcément parfois de ne pas l'orienter parce que ce serait.. le moindre c'est de le garder... après tout est une évaluation subjective mais c'est vrai que moi je fais toujours attention en me disant j'essaie de ne pas me débarrasser du patient et de toujours lui expliquer pourquoi je l'oriente, l'intérêt.. et sinon ça marche pas de toute façon. Donc voilà en fait juste je voulais rappeler ça. Parfois on est seul mais c'est aussi un intérêt, on est le centre du parcours de soins. Voilà, donc c'est pas toujours facile de travailler en institution pour le patient, beaucoup s'y perdre en fait, je pense aux patients précaires qui ne parlent pas français, qui ont des problèmes d'addiction, des troubles de la personnalité et qui pour beaucoup échappent aux institutions donc parfois on est obligé de faire de la réduction des risques au sein du cabinet et puis voilà de prendre des décisions le moins toxiques possible... Donc c'est pas facile. On ne peut pas orienter tout le monde partout. Donc effectivement le cabinet reste quand même une cellule, parfois un refuge pour les patients et il faut que le médecin reste au centre du projet de soin. Ce n'est pas toujours évident. Donc y'a un travail toujours autour de la structure, d'orientation, d'accompagnement... Voilà juste je voulais rappeler cette singularité quand même qui fait le charme de notre métier.

M1: ouais ..

Dr2: De toute façon ça en étant maître de stage on le voit, moi je... pour avoir 4 vacances d'internes qui viennent pour faire de la gynéco euh y'a des moments y'a des patients qui partent en disant: moi ça fait 3 fois que je vois l'interne ça suffit et pourtant je suis dans une maison de santé.. Donc ça rejoint un peu ce que tu disais mais bon ça sort un peu du cadre parce que je pense que de toute façon on a toujours quelque chose que l'on peut... on peut toujours avoir besoin d'une expertise d'un confrère, par exemple avec toi Dr3, en addicto on parle de temps en temps, il nous arrive d'échanger autour d'un patient parce que je suis persuadée que tu as un peu plus d'expertise que moi dans ce domaine-là même si j'ai aussi travaillé à la CASE donc je pense qu'on pourra toujours trouver en l'autre quelque chose qui puisse nous faire avancer, même si effectivement on reste des médecins, chacun s'arqueboute un peu sur sa patientèle qui ne nous appartient pas d'ailleurs.

Dr3: Oui oui, juste pour conclure sur ce que tu disais, c'est sur notre patientèle ne nous appartient pas, il n'est jamais question de garder un patient, mais c'est vrai que quand même on passe du temps avec lui je pense qu'on est pas mal placés pour l'orienter à bon escient et de préparer une orientation je vais dire... voilà c'est juste ce que je voulais dire mais effectivement je pense que les patients ne nous appartiennent pas je suis d'accord avec toi. Et juste je n'avais pas parlé pour le groupe BALINT, très intéressant, Michel Duclame quand il était installé m'en parlait beaucoup en me disant : « mais je ne comprends pas que tu ne participe pas à des groupes BALINT », et en fait effectivement la maison médicale serait peut être un lieu propice pour échanger enfin sur nos pratiques, ça serait très intéressant. Voilà.

M1: Est ce qu'il y aurait d'autres éléments d'organisation collaborative qui vous sembleraient utiles pareil sur le secteur ? Là je reviens peut-être sur la permanence des soins, la nécessité de se remplacer, d'avoir un réseau de remplaçants... Je ne veux pas trop susciter mais est ce que d'autres organisations collectives et collaboratives entre médecins généralistes que vous verriez comme utiles et idéales dans un monde de bisounours peut être... (rires) ?

Dr1: C'est une question compliquée quand même que vous posez la parce que par définition un médecin généraliste a une patientèle et inversement le patient choisit son médecin traitant.. Comme dit Dr3 évidemment on voit le patient dans sa globalité mais c'est très compliqué votre question parce que ça rentre dans une relation patient/médecin et en dehors de ce que vous dites de très administratif comme partager ses remplaçants ou pourquoi pas faire une continuité des soins entre nous, ça ça peut, mais je vais dire une patientèle c'est quand même très personnel, c'est des patients qui vous choisissent, c'est une rencontre... On peut partager beaucoup de choses mais... Votre question n'est pas simple !

Dr2: Mais en même temps, quand on a des associés on partage forcément quelque part... toi Dr1 tu ..

Dr1: Oui dans le cabinet effectivement, dans mon cabinet je partage avec mon associé, j'ai une collaboratrice, nous partageons évidemment. On a un logiciel commun etc. mais je pense que la question va au-delà de notre cabinet...

M1: Pas forcément... cette réponse est déjà une réponse. C'est à dire, l'organisation collaborative idéale, votre expertise Dr 1 c'est de dire que c'est au sein de chaque cabinets et chaque groupe de médecins, après on sait qu'il y a des médecins qui sont en exercice individuel où comme le disait Dr3 tout à l'heure, c'est peut-être un peu plus difficile parfois au sein d'un même cabinet mais ça peut être l'organisation collaborative idéale, on peut se dire qu'elle doit être au sein de même cabinets avec plusieurs... au moins 2 associés ou un médecin et un collaborateur, ça peut être ça, moi j'entends ça aussi.

Dr1: Ah d'accord parce que je pensais que vous parliez en dehors de notre cabinet. Effectivement moi dans mon cabinet je vais dire... On partage les patients, on partage les informations, on va bientôt avoir une assistante médicale, on va essayer de former cette assistante médicale pour qu'elle nous décharge de tous les actes qui peuvent être déchargés, pour pouvoir se concentrer sur le cas médical. Ah oui je peux vous en parler jusqu'à demain mais je pensais que vous parliez en dehors du cabinet.

M1: Cette idée la d'assistante médicale aussi est une forme d'organisation, qu'elle soit collaborative au sein d'un même cabinet ou collaborative entre plusieurs cabinets. En tout cas

la question est posée : c'est vous, les experts du territoire, qu'est-ce que vous imaginez comme organisation collaborative ? Mais ça peut être chaque cabinet. Je ne sais pas parce que je n'y suis pas mais sur les périodes de vacances... D'autres groupes de réflexion disaient que c'était parfois un peu embêtant quand un autre médecin partait en vacances et qu'il n'avait pas de remplaçant, et du coup on se retrouve avec des patients qui viennent pour du dépannage. C'est des choses qui avaient été évoquées dans d'autres focus groupes qu'on a réalisés. C'est un exemple, ou on disait qu'une collaboration différente, au moins d'avertissement, d'orientation plus visible pour les patients de ces médecins qui partent en vacances. Ce sont des choses qui avaient été discutées.

Dr2: Cette problématique, elle existe quand sur le territoire il y a beaucoup de médecins qui sont installés seuls, mais nous dans notre quartier il y a seulement deux ou trois médecins qui sont installés tout seuls, ils sont très peu nombreux. On est pratiquement que dans des cabinets où il y a au moins deux médecins. Moi qui suis dans le quartier depuis vingt ans, on le sent beaucoup moins lorsqu'il y en a un qui part (en vacances), parce qu'on s'est quasiment tous regroupés. Mais peut être que quand on va en dehors de Bordeaux, les choses sont peut-être différentes.

Dr3: Juste une remarque, pour rebondir ce que dit Dr2, moi je suis très étonné parce que pas mal de jeunes médecins généralistes se sont installés dans le centre-ville depuis trois ans, et ils se sont tous installés tout seul, sauf à la MSP Saint-Jean. Une maison cour Aristide Briand vient de se créer, c'est pas une MSP, mais un regroupement qui comprend un ostéopathe, un psychiatre, un généraliste... Mais sinon les trois quatre derniers qui se sont installés, se sont installés tout seul. Et ça m'a beaucoup étonné, car je me disais moi à leur âge je ne me vois pas arriver à Bordeaux et poser ma plaque tout seul.

Dr2: Tu as bien remarqué que c'était des hommes (rires).

Dr3: Et non, et non (étonné) , Dr Barth rue Vital Carles c'est une femme, Rue du Palais Galien c'est une femme aussi. Non ce n'est pas que des hommes.

Dr2: Ce n'est pas que des hommes, ah ok. J'ai aussi vu qu'à Nansouty il y avait un cabinet qui était en train de s'ouvrir. C'est un regroupement aussi. Il y a du monde qui arrive donc tant mieux. Avant quand quelqu'un s'installait, on le savait, on en parlait, on se présentait, mais maintenant ça pousse comme des champignons.

M1: Donc là ce que vous témoignez un peu c'est qu'il y a pas forcément une recherche de collaboration, notamment dans les nouvelles installations. Vous n'avez pas eu cette impression là, dans les nouvelles installations, sauf le témoignage de Dr2 qui disait que ça n'empêchait pas qu'il y avait des médecins qui s'installent à côté en gardant un lien avec leurs anciens collaborateurs ou remplacés. Mais ça ne semble pas naturel, en tous cas du côté du Dr3, il y a des choses qui ne semblent pas naturelles, avec des absences de collaboration et des installations individuelles, sans se présenter et sans forcément avoir ce besoin l'a ressenti pour l'instant, pour les jeunes installés.

Dr3: Moi je le vis comme ça. Il y a une jeune installée qui m'a appelé pour un cas clinique, qui m'a dit : "je suis ravie de parler à un confrère car je suis installé depuis deux ans et je rame" ce à quoi je lui ai répondu qu'il fallait m'appeler avant de s'installer alors qu'on est qu'à 500 mètres. Mais elle n'avait pas eu l'idée, mais j'étais étonné qu'à son âge, elle n'ait pas cherché à s'installer au sein d'une maison médicale. Mais bon c'est comme ça...

M1: Dr4 peut être en termes d'organisation collaborative idéale entre les médecins généralistes ? Est ce qu'on reste sur cette idée qu'a amené Dr1 ? C'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait des organisations au sein de chaque cabinet ? Avec ensuite un espèce de maillage territorial naturel ou est-ce que vous avez d'autres imaginations de collaboration idéale ?

Dr4: J'ai jamais imaginé de choses idéales, mais je pense qu'effectivement les cabinets et groupements de médecins existants sont des cellules de bases sur lesquelles il faut s'appuyer. Pour faire quelque chose d'un peu plus large je ne sais pas trop bien comment ça pourrait fonctionner. Il y a eu des idées que je trouvais intéressantes sur le fait qu'on puisse parler de patients plus complexes sur le mode de RCP ou ce genre de choses. On est confronté à des patients parfois qui sont compliqués et donc le fait d'avoir un lieu où on pourrait en parler. Un lieu plus large que le cabinet, je pense que ça pourrait être quelque chose d'utile et d'intéressant.

Dr1: En tous cas dans un monde idéal, ce qui faudrait aussi c'est que les médecins fassent moins de paperasse quoi.

Dr4: Oui ça c'est le monde des Bisounours effectivement. (rires).

Dr1: Bah c'est ce que vous m'avez proposé. (rires). On pourrait faire moins de papiers parce que je trouve quand même qu'avoir un administrateur c'est pas mal aussi, en plus d'une assistante médicale. Ce sont des idées qui circulent depuis longtemps, et qui existent ailleurs.

M1: Ok, est ce qu'on passe à la troisième et dernière recherche d'information. Donc au début on a créé les focus groupes, on était parti sur cette phrase-là. Si une MSPU devait se créer à Saint André, mais là c'est même plus "si" une MSPU mais "parce que" une MSPU. On a eu l'information fin de semaine dernière avec M2. Parce qu'une MSPU va se créer au sein des locaux de l'hôpital Saint André actuel. Quelles seraient les attentes de vous, médecins généralistes du territoire, vis-à-vis d'une telle structure ? Pour préciser au Dr1, la MSP c'est des médecins et au moins un paramédical. Le logo universitaire implique que les médecins qui sont à l'intérieur de cette maison de santé, soient des enseignants universitaires, donc qui ont aussi une fonction de professeur ou maître de conférence au sein de l'université, qui aient une activité de soins avec des chefs de clinique de médecine générale à l'intérieur de cette maison de santé aussi. Qu'il y ait un accueil des étudiants de tous les niveaux, externes, internes, et que cette maison de santé ait des activités de recherches identifiées. Structure qui a cette fonction de soin, d'enseignement et de recherche qui lui permet d'avoir un label de MSPU.

Dr2: Quelle serait la différence entre cette structure et la PASS par exemple?

M1: Alors je ne connais pas bien la PASS donc je ne pourrais pas trop répondre en terme de comparaison mais cette MSP c'est les critères d'au moins deux médecins généralistes et au moins un paramédical. C'est une activité tournée vers l'ambulatorio. Je ne connais pas assez bien le fonctionnement de la PASS.

Dr3: Non mais la PASS c'est réservé aux patients qui ont un problème d'accès aux soins. Là ça serait une MSP axé tout venant non ? Quand les gens ont une CMU ils ne vont plus à la PASS. Moi je reçois beaucoup d'aide médical d'état puisque la PASS leur a permis de l'obtenir et ils ne veulent plus les suivre. La MSPU serait bien ouverte à tout le monde non ?

M1: Oui, c'est un cabinet de groupe de médecins généraliste, avant tout, en premier lieu et à priori. Là aussi en fonction des besoins et des attentes des médecins généralistes du territoire que des choses pourraient être mise en place pour y répondre. Mais oui la MSPU est un cabinet de médecine générale qui n'a pas vocation à trier les patients. C'est surtout du soin vers l'ambulatoire avec des patients qui auront un accès médecin traitant au sein de cette structure-là. Leur médecin traitant sera dans cette structure-là.

Dr1: Et c'est qui votre population cible?

M1: Alors, probablement que le besoin identifié par l'ARS et la CPAM, semble être des patients qui ont des difficultés à trouver des médecins traitants dans le quartiers, semble être des patients qui se présentent beaucoup aux urgences pour des soins inopinés alors qu'il relèveraient plus d'un parcours de soin ambulatoire. Et peut-être, ça on ne sait pas encore, peut-être cette nécessité de soins non programmés, pour décharger des médecins qui dans leurs cabinets ne pourraient pas accueillir ces soins non programmés, sans pour autant vouloir que ce soient des patients qui vont directement aux urgences ou par SOS et peut-être que la MSPU pourrait avoir cette fonction là aussi. Mais là on est dans l'hypothétique, ça dépend vraiment des attentes et des besoins.

Dr1: Et pourquoi vous dites universitaire? Parce que vous aurez des internes. C'est tout ?

M1: Il y aura des internes, y'a une fonction de recherche et les médecins qui exercent, pas obligatoirement tous mais il faut qu'il y en ait, qui soient universitaires, donc comme M2 ou moi-même, avec des statuts officiels de professeur, professeur associé ou maître de conférence. Il y aurait des chefs de cliniques de médecine générale aussi, qui viendraient faire leur part de soins à l'intérieur de la structure.

Dr1: Donc ça veut dire qu'ils quitteraient leurs cabinet pendant X heures pour aller travailler la ?

M1: Par exemple, au début ce sera ça. Mais à terme c'est juste une MSP avec un professeur, un chef de clinique, qui font de la recherche et qui accueillent des internes. En fait ça ne change pas grand-chose par rapport à un MSP sauf qu'à l'intérieur les médecins ont cette caractéristique-là d'être universitaire.

M2: Si je peux rajouter M1, pas que hein. C'est-à-dire que pour répondre à la question posée on pourrait supprimer le mot universitaire. C'est notre projet parce qu'on est universitaire mais c'est une MSP qui vient s'implanter à saint André, avec éventuellement cette valence universitaire. Mais la question c'est plutôt savoir est ce que vous auriez des attentes par rapport à cette structure.

Dr2: Et donc ça serait une structure purement libérale ou elle serait salariée de l'hôpital ?

M2: Elle sera libérale complètement.

Dr2: D'accord.

Dr1: Moi en général, j'éduque mes patients à ne pas aller aux urgences et à ne pas appeler SOS. Parce que je trouve que c'est aussi une éducation de ne pas aller aux urgences à la

moindre de fièvre d'un bébé ou autre. Donc effectivement vous aurez sûrement plein de patients puisque les urgences apparemment sont remplies de cas de médecines générales qui ne devraient pas aller aux urgences. Mais ça veut dire que vous allez cibler les plus précaires ?

M2: Dr1 si je peux me permettre, l'idée c'est de faire quelque chose de collaboratif avec les médecins du territoire, c'est pas forcément d'avoir quelques médecins hurluberlus qui ont envie de faire leur projet... Donc ce qui nous intéresse nous, c'est ce que les médecins du territoire peuvent attendre de cette structure ? Tout à l'heure il y a eu quelques pistes sur la formation par exemple. Mais tout ça, ça reste à discuter. Mais est-ce que sur l'organisation, les consultations non programmées, l'éducation thérapeutique...est ce qu'il y aurait des sujets qui pourraient vous intéresser ?

Dr3: Bon, je me lance alors. Contrairement au Dr1, moi je dis malheureusement souvent aux patients d'aller aux urgences ou d'appeler SOS. Parce que franchement je ne peux pas répondre à tous les appels. Même parfois pour de la bobologie, je sais que ça sera très compliqué de les recevoir, ou alors que je les recevrais à une heure indue et que je ne pourrais pas avoir d'examen complémentaires. Donc malheureusement moi j'avoue que souvent je suis obligé de leur dire d'appeler SOS ou d'aller aux urgences. Après moi je ne voyais pas ça comme ça. Alors est ce qu'effectivement une MSP peut servir de service pour les urgences de la médecine générale... je ne sais pas. Moi déjà comme attentes, nous avons parlé tout à l'heure de groupes de réflexions comme les groupes Balint, je pense effectivement que cela pourrait être un lieu où les médecins du centre-ville se réunissent pour échanger sur leurs pratiques, et ça serait coordonné sur la maison médicale pourquoi pas. Lieu de formation aussi, car les FMC qui étaient financés par des labos n'existent quasiment plus. Moi qui allais à toutes les formations sur l'addictologie et le VIH, il n'y en a quasiment plus, c'est assez compliqué. Donc pourquoi pas se réapproprier une forme de FMC, validé par le collège de médecine générale, dans cet endroit. Endroit qui nous permettrait également de nous rencontrer. Donc ça c'est bien. Après moi je me suis demandé quel rôle cela pouvait jouer sur la permanence des soins ? Parce que franchement on n'est pas satisfait de cette permanence des soins. On a abandonné l'urgence à SOS médecin en centre-ville. C'est pratique mais est-ce que c'est satisfaisant ? Avec nos gardes qui ne ressemblent à rien. Il pourrait également y avoir un lieu ressource où on échangerait avec les infirmiers, les kinés etc de gardes, et créer une permanence de soin digne de ce nom, je ne sais pas. Et après ça peut être intéressant pour moi qui suis nul en santé publique et en épidémiologie, ça serait peut-être intéressant d'intégrer des programmes en recherches de médecine générale, avec des chefs de clinique qui pourrait proposer à nos patients de participer à une étude clinique sur les projets qui nous intéressent. On pourrait proposer des sujets de thèse en fait. Cette maison médicale, puisqu'elle est universitaire, pourrait s'emparer et valider des études. Permettre à des gens comme moi, complètement nul en santé publique, de participer à de la recherche. Après, attention pour la prise en charge des soins non programmés, de ne pas faire des urgences bis. Après, au niveau du roulement de garde, qui ferait des gardes ? Il faut en discuter.

M1: Dans le cahier des charges des MSP, il doit y avoir une organisation pour assurer les soins non programmés à la patientèle de la maison de santé. En réalité on n'est pas censé accueillir tous les soins non programmés du secteur, mais comme il y a cette spécificité-là dans le centre de Bordeaux, c'est une question que l'on peut soumettre. On pourrait réfléchir à un élargissement de la MSP et une collaboration différente avec les médecins du quartier.

Dr2: Moi j'ai été sollicité par l'ARS, la semaine dernière, pour les consultations non programmés puisqu'ils étaient en train de recenser les cabinets de groupes ou les MSP, pour avoir un échange autour pour orienter des patients qui n'auraient pas de médecins traitant au

sein de ma MSP. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de MSP dans Bordeaux, mais voilà j'ai été sollicité pour un échange autour de ça. Parce que par définition on a des consultations non programmées mais pour notre patientèle. Et là ça serait pour orienter des patients qui n'ont pas de médecin traitant.

M1: En dehors du projet SAS?

Dr2: Je crois que c'est ce projet si.

M1: Ah d'accord.

Dr1: Mais nous dans notre cabinet, par rapport aux urgences, on prend les urgences, tous les bébés et enfants en dessous de 5 ans même si on est pas les médecins traitants. Nos patients, en cas d'urgence, viennent et on les prend aussi. C'est vrai que ça fait partie de la globalité, la précarité ne peut pas prendre rdv. En plus avec le COVID on a été obligé de passer sur rdv le matin, alors qu'on était sans rdv, donc ce n'est pas toujours évident pour les patients. Les urgences nous on les prend, maintenant je suppose qu'il doit y avoir une surcharge aux urgences donc une MSP à côté voir même à l'intérieur de la structure ça va aider à désengorger les urgences, ça c'est une très bonne idée. Après je suppose que comme vous dites, vous aurez des médecins traitants aussi donc ce n'est pas une structure qui est censé ne prendre que des urgences si j'ai bien compris ? Vous allez faire une MSP normale ? Avec des médecins traitants, donc après c'est une MSP en plus.

M1: (Rires) Du coup est ce que c'est un besoin ?

Dr1: Bah ça c'est vous avez fait l'étude des besoins, de la population cible. Vous avez déjà fait tout ça je suppose si l'ARS vous a dit oui c'est que ça doit correspondre à un besoin.

M1: Oui, a priori oui. (Rires).

Dr1: Bah voilà, donc c'est pas à nous de vous répondre, vous avez déjà fait votre étude la dessus.

M1: Sauf que ça c'est coté ARS, après nous encore une fois ce qui nous intéresse c'est la représentation des médecins généralistes du secteur. Et on voit qu'il y a différentes organisations...

Dr1: Moi ce dont j'ai peur, enfin peur c'est une manière de parler, c'est que vous allez avoir beaucoup de précaires, ça sera eux les premiers, la population cible c'est les précaires. Après ça dépend de vos heures d'ouvertures, vous allez ouvrir comme un MSP ? C'est-à-dire jusqu'à 20h ?

M1: Oui, pour être MSP faut assurer ça.

Dr1: Moi je trouve que les besoins c'est plutôt de 20h à 24h, mais bon. Je trouve que c'est cette tranche d'heure qui est la plus intéressante pour combler les déficits de présence médicale. Maintenant vous serez à l'intérieur de l'hôpital, donc que ça soit la PASS ou les urgences, les patients seront dirigés vers vous. Vous aurez beaucoup de gens qui sont aux urgences et qui n'ont pas de médecin traitant. Cela correspond à un besoin de la précarité hospitalière on va dire...

M2: Dr1, quand tu dis qui viendront vers “vous”, c’est parce que toi même tu te dis que cette MSP tu ne comptes pas y participer ? C’est ça que je dois comprendre ?

Dr1: Non pourquoi ? Enfin, comment voulez-vous que j’y participe ? Moi je prends en charge ma patientèle, que ça soit en urgence ou pas. Là où je ne parviens pas à la prendre en charge c’est de 20h à 24h. Effectivement c’est une tranche horaire qui correspond à un vrai besoin. J’avais déjà réfléchi à ça d’ailleurs il y a quelques années. Je m’étais dit, s’il y avait vraiment un truc collaboratif qu’on devrait faire entre les médecins, c’est une garde de 20h à minuit. Mais bon après il y a SOS médecins mais ce n’est pas l’idéal non plus. C’est vraiment cette tranche horaire là, ou il y a le plus d’urgences.

M2: Si je reformule ma question (rires). J’entends bien cette demande de 20h à 24h. Mais si je te demande si tu serais prête à venir une demi-journée par semaine à la place d’une de tes demi-journées de consultation, pour que tu reçoives avec éventuellement une sage-femme et des infirmières d’éducation thérapeutique, dans la structure ?

Dr1: Ah oui ça m’intéresserait de venir travailler là-bas, une demi-journée ou autre. Surtout au niveau de la recherche. Il y a plein de domaines de recherches qui pourraient être intéressants, que j’ai déjà imaginé au sein de mon cabinet mais que je ne peux pas mettre en place seule dans mon cabinet.

Dr4: Moi les attentes ça toucherait deux choses principales je trouve, qui sont plus compliqués en cabinet de groupe de petite taille, comme le nôtre actuellement. Cela serait tout ce qui est éducation thérapeutique. Je trouve qu’avoir une structure un peu plus étoffée, avec d’autres professionnels de santé sur place et des locaux adaptés pourrait nous permettre de gagner en éducation thérapeutique. Et puis je pense qu’on pourrait faire des choses très intéressantes en termes de recherche en soins ambulatoire et profiter de ce genre de structure pour récupérer des financements pour la recherche en médecine générale. Ce qui est quand même un peu le nerf de la guerre pour faire des projets plus ambitieux.

Dr3: Oui, je suis tout à fait d’accord. Je pense d’ailleurs qu’il faut vraiment le voir en termes collaboratifs, en se centrant ou recentrant sur des compétences spécifiques de chacun. Par exemple faire intervenir Dr1 sur sa spécialité. Mais après moi je pense qu’organiser la réflexion, la formation continue, la recherche, ensemble ça c’est intéressant. Le biais qui peut se produire c’est que des médecins opposés à la création de cette MSPU pour des raisons multiples mais par exemple des raisons de clientélismes ou autres. Ces médecins vont se servir de cette MSP de voie de garage en disant à tous les patients qui ne veulent pas voir, notamment les patients en situation de précarité, “ça tombe bien, une maison vient de se créer à Saint André pour ça”. Je pense pour cette raison que ça serait une erreur de se positionner sur un service entre les urgences, la PASS. Je crois qu’il faut plutôt essayer de fédérer les compétences et de travailler plutôt sur cela. Effectivement l’éducation thérapeutique, c’est quelque chose qu’on ne fait pas en cabinet. Mais attention à ces confrères qui risquent de profiter de cette structure. Je pense qu’il faut se recentrer sur une collaboration pour optimiser les compétences, la formation, l’éducation thérapeutique, l’échange de pratique, la recherche etc...

Dr2: Je disais que ça fera écho à certains médecins qui ont déjà un engagement, qui prennent des étudiants, qui mettent des choses en places, qui font des formations... Dans le cabinet où je suis, je suis une des seules à faire des formations, je suis la seule à prendre des étudiants,

externes puis internes. A mon avis il faut vraiment essayer de le positionner sur cette plus-value-là, c'est pour faire de la recherche etc... Il faut que ça puisse parler à ceux à qui ça ne parlent pas du tout.

M1: Ok, est ce qu'il y a d'autres choses à rajouter avant de passer vraiment aux questions sur le projet ?

Dr4: Oui il y a quelque chose qui me vient, si ça pouvait faciliter également l'accès aux soins pour les patients soignés en dehors de la MSPU mais dans le secteur de Saint André, mais qui présentent une difficulté d'accès aux soins. Par exemple, mettre à disposition des ressources accessibles plus facilement et plus rapidement. Ressources, ça peut être l'éducation thérapeutique, mais aussi l'accès à différents spécialistes très demandés, qu'on met sinon deux mois à atteindre.

M1: Dans le sens, peut être des vacations de soins de second recours au sein de la MSP qui serait ouvert pour l'ensemble des patients et des médecins généralistes du territoire ? C'est ça l'idée ?

Dr4: Oui mais peut-être trouver un système d'organisation qui permet, même si on est finalement médecin extérieur à cette structure mais travaillant en collaboration avec elle. De permettre de faciliter l'accès à un certain nombre de prise en charge pour des patients précaires. Prises en charges dont on a du mal à leur faire bénéficier sinon, que ça soit un examen complémentaire ou un avis spécialisé, ou de l'éducation thérapeutique... Il faudrait que cette structure puisse simplifier les choses.

M1: Ok , merci beaucoup.

# Annexe n°3 Statistiques dans le cadre d'un projet de création d'une MSPU, Assurance maladie 2021

	<b>Statistiques dans le cadre d'un projet de création d'une MSPU</b>	<b>Service Gestion du Risque</b>
		Suivi : Benoit MARCOS
		Version : 18/06/2021

## DESTINATAIRE(S)

Anaïs Marchal (RCOS)

## OBJECTIF

Création de la MSPU Saint André : Le porteur de projet souhaiterait disposer sur le territoire ciblé :

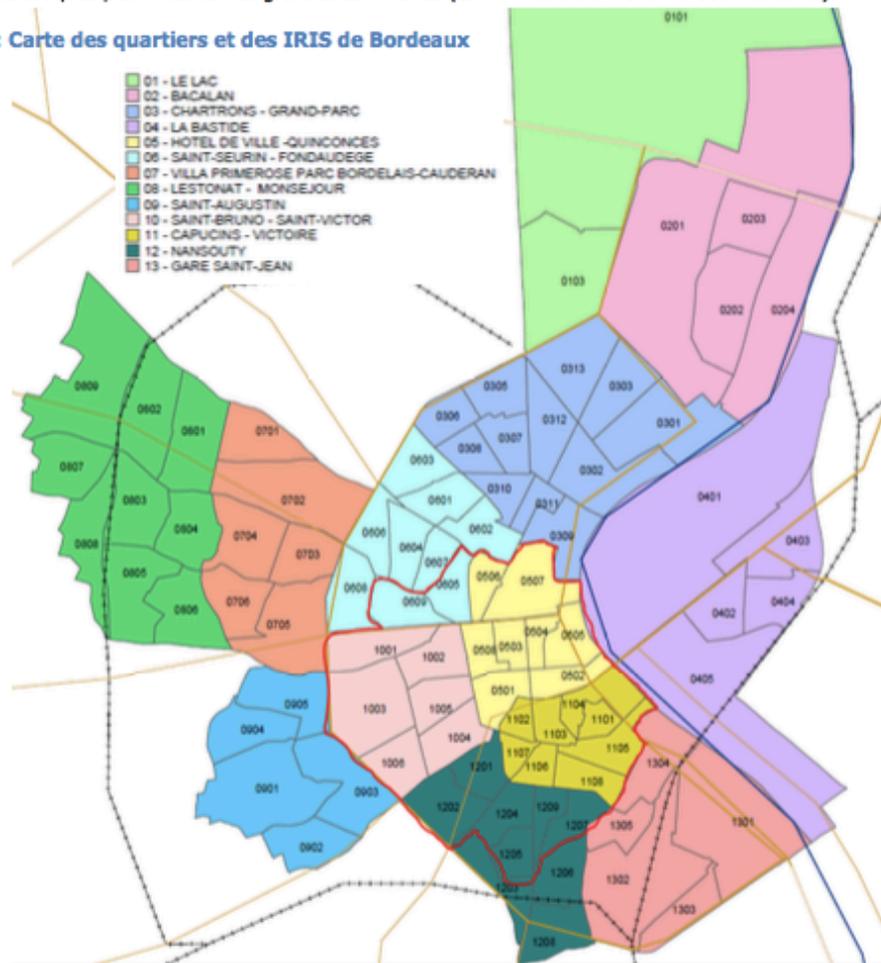
- Du nombre de patients sans médecin traitant, avec précision de leur profil en fonction des données disponibles,
- Du profil d'activité des médecins généralistes,
- Des indicateurs de prévention présents dans REZONE,

Le territoire ciblé est composée de 30 IRIS de l'hyper-centre de Bordeaux. Une comparaison est souhaitée avec l'ensemble de la ville de Bordeaux et avec le département.

## OBSERVATIONS

La commune de Bordeaux se découpe en 88 IRIS, répartis sur 13 grands quartiers (cf Figure 1 ci-après). Les IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique) sont des découpages de commune, permettant des analyses statistiques plus fines sur les grandes communes (communes d'au moins 10 000 habitants).

Figure 1: Carte des quartiers et des IRIS de Bordeaux



	<b>Statistiques dans le cadre d'un projet de création d'une MSPu</b>	<b>Service Gestion du Risque</b>	
		Suivi :	Benoît MARCOS
		Version :	18/06/2021

- ⇒ Le territoire ciblé par le porteur de projet couvre 30 IRIS (entourés en rouge sur la Figure 1) soit :
- les 8 IRIS du quartier HOTEL DE VILLE – QUINCONCES (IRIS n°0501 à 0508),
  - 2 IRIS du quartier SAINT SEURIN – FONDAUDEGE (IRIS n°0605 et 0609),
  - Les 6 IRIS du quartier SAINT BRUNO – SAINT VICTOR (IRIS n°1001 à 1006),
  - Les 8 IRIS du quartier CAPUCINS – VICTOIRE (IRIS n°1101 à 1108),
  - 6 IRIS du quartier NANSOUTY (IRIS n°1201, 1202, 1204, 1205, 1207, 1209).

Les indicateurs présentés dans le document portent sur différents échelons géographiques :

- le territoire ciblé par le porteur de projet, qui se rapporte spécifiquement aux quartiers composant le projet (cf Figure1),
- la commune de Bordeaux qui intègre le territoire ciblé,
- le département de la Gironde.

## PRINCIPAUX RÉSULTATS

### 1. Les affiliés sans médecin traitant sur le territoire ciblé

**Source :** ERASME

#### **Méthodologie :**

- ⇒ Affiliés à la CPAM de la Gironde, non décédés, résidant en Gironde, n'ayant pas déclaré de médecin traitant au 14/06/2021.
- ⇒ Patients en ALD : Patients ayant une exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection de longue Durée au 14/06/2021
- ⇒ Patients bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) : patients bénéficiaires de la C2S au 14/06/2021.
- ⇒ L'âge est calculé au 14/06/2021.

#### **Limites :**

Ces données ne concernent que les bénéficiaires rattachés au régime général strict.

Les adresses des bénéficiaires affiliés à la CPAM résidant à Bordeaux sont affectées à des codes IRIS à partir de la table de géocodage VSRGEO mise à disposition sur la base ERASME et d'un recodage de certaines adresses : Au final, ce sont 12% des assurés résidant sur Bordeaux et affiliés à la CPAM de la Gironde qui ne sont pas géolocalisés, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de code IRIS affecté. Il n'est donc pas possible de savoir, de manière automatisée, à quel IRIS est rattaché leur domicile.

	<b>Statistiques dans le cadre d'un projet de création d'une MSPu</b>	<b>Service Gestion du Risque</b>	
		Suivi : Benoît MARCOS	
		Version : 18/06/2021	

*Tableau 1 – Statistiques concernant la population d'affiliés sans médecin traitant du territoire ciblé (comparaison avec la ville de Bordeaux et le département de la Gironde)*

		Territoire ciblé	Bordeaux	Gironde
Nombre d'affiliés	<i>a</i>	68 587	248 234	1 499 336
Nombre d'affiliés âgés de 16 ans et plus	<i>b</i>	59 067	208 414	1 234 414
% des affiliés âgés de 16 ans et plus	<i>b/a</i>	86%	84%	82%
Nombre d'affiliés âgés de 16 ans et plus sans médecin traitant	<i>c</i>	7 576	20 354	73 323
% des affiliés âgés de 16 ans et plus sans médecin traitant	<i>c/b</i>	13%	10%	6%
Répartition selon l'âge des affiliés sans médecin traitant	% âgés de 16 à 24 ans	41%	41%	49%
	% âgés de 25 à 59 ans	55%	54%	45%
	% âgés de 60 ans et plus	4%	5%	6%
Répartition selon le sexe des affiliés sans médecin traitant	% Femmes	36%	35%	37%
	% Hommes	64%	65%	63%
Nombre d'affiliés bénéficiaires de la C2S sans médecin traitant	<i>d</i>	1 322	3 631	9 570
% des patients bénéficiaires de la C2S non participative sans médecin traitant	<i>d/c</i>	17%	18%	13%
Nombre de patients avec au moins une ALD sans médecin traitant	<i>e</i>	152	410	1 857
% des patients avec au moins une ALD sans médecin traitant	<i>e/c</i>	2%	2%	3%

**13% de la population du territoire ciblé n'a pas de médecin traitant.** Ce taux est supérieur à celui de la ville de Bordeaux et du département.

La structure de cette population sans médecin traitant est semblable entre le territoire ciblé et la ville de Bordeaux, que ce soit en termes d'âge ou de sexe.

Enfin, la part des bénéficiaires de la C2S sans médecin traitant dans la population d'affiliés sans médecin traitant est identique entre le territoire ciblé et la ville de Bordeaux, mais supérieur au département.

	<b>Statistiques dans le cadre d'un projet de création d'une MSPu</b>	<b>Service Gestion du Risque</b>	
		Suivi :	Benoît MARCOS
		Version :	18/06/2021

## 2. Le profil d'activité des médecins généralistes sur le territoire ciblé.

**Source :** ERASME

### Méthodologie :

- ⇒ Omnipraticiens girondins, conventionnés, ayant démarré leur activité avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021, en activité au 15 avril 2021. L'activité du médecin est regroupée sur l'ensemble de ses cabinets (principaux et secondaires).
- ⇒ Soins réalisés sur l'année 2020, remboursés jusqu'au 15/04/2021
- ⇒ Patientèle médecin traitant : Patients ayant déclaré le médecin (quel que soit le numéro du cabinet) comme son médecin traitant, au 31/12/2020, avec au moins une consultation ou une visite au cours de l'année 2020.
- ⇒ Patients en ALD : Patients avec au moins un jour d'exonération du ticket modérateur pour une Affection de longue Durée en 2020
- ⇒ Patients bénéficiaires de la C2S non participative (ex-CMUC) : patients avec au moins un jour en C2S non participative.
- ⇒ L'âge est calculé au 31/12/2020.
- ⇒ Exclusion des médecins généralistes de SOS médecins et des médecins généralistes intervenant dans un établissement (urgentistes,...)

### Limite :

Ces données ne concernent que les bénéficiaires rattachés au régime général strict.

*Tableau 2 – Statistiques concernant la patientèle des médecins généralistes du territoire ciblé (comparaison avec la ville de Bordeaux et le département de la Gironde)*

		Territoire ciblé	Bordeaux	Gironde
<b>Nombre de médecins généralistes</b>		100	280	1 543
<b>Moyenne du nombre de patients</b>		981	971	979
<b>Répartition selon l'âge des patients</b>	<b>% âgés de moins de 16 ans</b>	15%	17%	19%
	<b>% âgés de 16 à 24 ans</b>	14%	13%	11%
	<b>% âgés de 25 à 59 ans</b>	54%	51%	46%
	<b>% âgés de 60 ans et plus</b>	16%	20%	25%
<b>Moyenne du nombre de patients bénéficiaires de la C2S non participative</b>		216	162	97
<b>% des patients bénéficiaires de la C2S non participative</b>		22%	17%	10%
<b>Moyenne du nombre de patients avec au moins une ALD</b>		180	193	213
<b>% des patients avec au moins une ALD</b>		18%	20%	22%

	<b>Statistiques dans le cadre d'un projet de création d'une MSPu</b>	<b>Service Gestion du Risque</b>	
		Suivi :	Benoît MARCOS
		Version :	18/06/2021

En moyenne, un médecin généraliste du territoire ciblé a une patientèle de taille équivalente à ses confrères du département (et de Bordeaux).

Leur patientèle se démarque par une « part d'actifs » (entre 16 et 59 ans : 68%) plus élevée que celle du département (57%). A l'inverse, les populations plus jeunes ou âgées de 60 ans et plus sont structurellement plus importantes sur le département que sur le territoire ciblé.

La part des bénéficiaires de la C2S non participative est 2 fois plus élevée dans le territoire ciblé que dans le département. La part des patients avec au moins une ALD est plus faible pour les médecins généralistes du territoire ciblé.

### 3. Statistiques sur les indicateurs de prévention

**Source :** ROSP - DCIR

**Méthodologie :**

La zone géographique correspond à la zone d'installation du cabinet principal du médecin.

Ces indicateurs sont issus de du dispositif ROSP (Rémunération sur Objectifs de santé publique) Médecin traitant (données arrêtées au 4<sup>ème</sup> trimestre 2019).

- ⇒ **Taux de dépistage du cancer du sein :** Rapport entre le nombre de patientes âgées de 50 à 74 ans ayant eu une mammographie de dépistage et le nombre de patientes âgées de 50 à 74 ans avec médecin traitant éligible,
- ⇒ **Taux de vaccination contre la grippe saisonnière des 65 ans et plus :** Rapport entre le nombre de patients âgés de 65 ans ayant eu un remboursement de vaccin grippe (campagne 2018/2019) et le nombre de patients âgés de 65 ans et plus avec médecin traitant éligible,
- ⇒ **Taux de vaccination contre la grippe saisonnière des 16-64 ans en ALD :** Rapport entre le nombre de patients âgés de 16-64 ans en ALD ayant eu un remb. de vaccin grippe (campagne 2018/2019) et le nombre de patients âgés de 16-64 ans en ALD avec médecin traitant éligible,
- ⇒ **Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus :** Rapport entre le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu un frottis de dépistage (dans les 3 ans) et le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans avec médecin traitant éligible,
- ⇒ **Taux de dépistage du cancer colorectal :** Rapport entre le nombre de patients âgés de 50 à 74 ans ayant eu un dépistage colorectal (dans les 2 ans) et le nombre de patients âgés de 50 à 74 ans avec médecin traitant éligible,
- ⇒ **Part des patients diabétiques avec au moins 2 dosage d'HbA1c dans l'année :** Rapport entre le nombre de patients diabétiques ayant eu au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année et le nombre de patients diabétiques avec médecin traitant éligible,
- ⇒ **Part des patients diabétiques avec consultation d'ophtalmologie ou examen du fond d'œil ou rétinographie :** Rapport entre le nombre de patients diabétiques avec consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil ou rétinographie au cours des 2 dernières années et le nombre de patients diabétiques avec médecin traitant éligible.

**Tableau 3 – Statistiques sur les indicateurs de prévention pour les médecins traitants du territoire ciblé (comparaison avec la ville de Bordeaux et le département de la Gironde)**

	Territoire ciblé	Bordeaux	Gironde
<b>Taux de dépistage du cancer du sein</b>	62,0%	65,1%	66,5%
<b>Taux de vaccination contre la grippe saisonnière des 65 ans et plus</b>	59,5%	61,4%	60,0%
<b>Taux de vaccination contre la grippe saisonnière des 16-64 ans en ALD</b>	34,1%	34,3%	36,5%
<b>Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus</b>	58,0%	59,9%	58,7%
<b>Taux de dépistage du cancer colorectal</b>	21,3%	23,1%	25,0%
<b>Part des patients diabétiques avec au moins 2 dosage d'HbA1c dans l'année</b>	70,4%	73,6%	78,9%
<b>Part des patients diabétiques avec consultation d'ophtalmologie ou examen du fond d'oeil ou rétinographie</b>	68,7%	70,5%	70,3%

Sur l'ensemble des 7 indicateurs de prévention ciblés, les taux sont plus faibles sur le territoire ciblé que sur le département et la ville de Bordeaux.

## Annexe n°4 Analyses croisées du questionnaire.

	Médecins seuls	Médecins en groupes	Total	P value
Acceptent des nouveaux patients	12/15 (80%)	28/30 9(3,3%)	40/45 (88,9%)	0,3146
Réalisent des VAD	13/15 (86,6%)	25/30 (83,3%)	38/45(84,4%)	1
Réalisent des CS non programmées	14/15 (93,3%)	24/30 (80%)	38/4 (84,4%)	0,6942
Ont un secrétariat	9/15 (60%)	27/30 (90%)	36/45 (80%)	0,04246
Appartiennent à un réseau de soins	2/15 (13,3%)	9/30 (30%)	11/45 (24,4%)	0,4717
Prévoient cessation d'activité proche	3/15 (20%)	2/30 (6,7%)	5/45 (11,1%)	0,3146

	Pas de secrétariat	Avec secrétariat	Total	P value
Acceptent des nouveaux patients	7/9 (77,8%)	33/36 (91,7%)	40/45 (88,9%)	0,2575
Réalisent des VAD	7/9 (77,8%)	31/36 (86,1%)	38/45 (84,4%)	0,6137
Réalisent des CS non programmées	9/9 (100%)	29/36 (80,6%)	38/45 (84,4%)	0,3191
Appartiennent à un réseau de soins	0/9 (0%)	11/36 (30,6%)	11/45 (24,4%)	0,0867

Gestions des urgences non programmées en fonction de la présence d'un secrétariat ou non.

	Pas secrétariat	Avec secrétariat	Total	P value
Créneaux dédiés	2/9 (22,2%)	17/29 (58,7%)	19/38 (50%)	0,1245
Médecin dédié au sein du cabinet	2/9 (22,2%)	1/29 (3,4%)	3/38 (7,9%)	0,1337
Doublons des rdv ou rajout en sus du planning	6/9 (66,7%)	13/29 (44,8%)	19/38 (50%)	0,447
Sans rdv ou autre	1/9 (11,1%)	1/29 (3,4%)	2/38 (5,3%)	0,4225

## SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

## RÉSUMÉ

**Titre :** Évaluation des besoins et des attentes des médecins généralistes de Bordeaux centre concernant l'organisation des soins en santé primaire et la place d'une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire.

**Introduction :** Dans le cadre d'un projet de création d'une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire (MSPU) à Bordeaux centre, mené par le département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, il est nécessaire de déterminer les besoins exprimés par les médecins généralistes du secteur ainsi que d'établir la place que cette structure pourrait occuper sur le territoire.

**Objectif :** Décrire l'organisation et l'offre de soin des cabinets médicaux, ainsi que les représentations des médecins généralistes autour d'un projet de MSPU sur le secteur de Bordeaux centre.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude mixte quantitative et qualitative menée auprès des médecins généralistes, dans une zone de 1,5 kilomètres, centrée sur le lieu de la future MSPU (CHU Saint André). Des questionnaires ont été remis aux médecins de la zone. La fin de ces questionnaires les invitait à participer à des entretiens collectifs (focus groups). L'étude a eu lieu entre le 06 décembre 2020 et le 06 janvier 2021. Trois focus groups ont été réalisés. Une analyse statistique des données quantitatives et thématique des verbatims a été réalisée.

**Résultats :** Quarante six médecins généralistes ont répondu au questionnaire et nous avons réalisé trois focus groups. Les principaux besoins exprimés par les participants concernaient un manque de confraternité au sein du secteur ainsi qu'une meilleure gestion des soins non programmés. Ils souffrent également de difficultés à se faire remplacer sur les périodes de congés. Ils expriment également le souhait d'améliorer l'accès aux examens complémentaires tel que l'IRM, et à certaines spécialités notamment la gynécologie, la dermatologie et la psychiatrie.

**Conclusion :** La MSPU devra essayer de répondre aux besoins en santé de la population locale, en particulier aux patients sans médecin traitant, en situation de vulnérabilité, atteint de maladies psychiatriques, d'addiction ou de polyopathie complexe. Elle doit devenir un lieu de formation médicale continue plébiscité par les médecins généralistes du secteur et vecteur de confraternité.

**Discipline :** Médecine générale

**Mots clés :** Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire, confraternité, médecine générale, accès examens complémentaires, accès médecins spécialisés, vulnérabilité sociale, troubles psychiatriques, Bordeaux centre

**Intitulé et Adresse UFR :** UFR des Sciences Médicales de l'Université de Bordeaux, 146 Rue Léo Saignat 33076 Bordeaux.