

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

HERNANDEZ Sandra

Née le 5 juin 1982 à Vierzon (18)

MARIE-ANGELIQUE Alexandre

Né le 6 décembre 1980 à Chartres (28)

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2013

**Enquête qualitative auprès des professionnels de santé et des patients à
l'occasion de la création de la maison de santé de Châteaudun:
représentations et attentes.**

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Membres du Jury : Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain

Monsieur le Professeur RUSCH Emmanuel

Monsieur le Docteur JOSEPH Bertrand

Madame le Docteur RENOUX Cécile

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ – 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – Ph. BAGROS – G. BALLON – P.BARDOS – J.
BARSOTTI – A. BENATRE – Ch. BERGER – J. BRIZON – Mme M. BROCHIER – Ph. BURDIN –
L. CASTELLANI – J.P. FAUCHIER – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – P. JOBARD – J.-P.
LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER – G. LELORD – G. LEROY – Y.
LHUINTRE – M. MAILLET – Mlle C. MERCIER – E/H. METMAN – J. MOLINE – Cl. MORAINÉ
– H. MOURAY – J.P. MUH – J. MURAT – Mme T. PLANIOL – Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND –
Ch. ROSSAZZA – Ph. ROULEAU – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – M.J.
THARANNE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion

	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
Mme	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric Physiologie
DESOUBEUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MARUANI Annabel Dermatologie
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
M. TERNANT David Pharmacologie – toxicologie
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle Sciences du Médicament
ESNARD Annick Biologie cellulaire
MM. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication

LEMOINE Maël
Mme MONJAUZE Cécile
M. PATIENT Romuald

Philosophie
Sciences du langage - Orthophonie
Biologie cellulaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

Mmes HUAS Caroline
RENOUX-JACQUET Cécile
M. ROBERT Jean

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M. BOUAKAZ Ayache

Chargé de Recherche INSERM – UMR
CNRS-INSERM 930

Mmes BRUNEAU Nicole

Chargée de Recherche INSERM – UMR
CNRS-INSERM 930

CHALON Sylvie

Directeur de Recherche INSERM – UMR
CNRS-INSERM 930

MM. COURTY Yves
GAUDRAY Patrick

Chargé de Recherche CNRS – U 618
Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS
7292

GOUILLEUX Fabrice

Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS
7292

Mmes GOMOT Marie

Chargée de Recherche INSERM – UMR
CNRS-INSERM 930

HEUZE-VOURCH Nathalie

Chargée de Recherche INSERM – U 618

MM. LAUMONNIER Frédéric

Chargé de Recherche INSERM – UMR
CNRS-INSERM 930

LE PAPE Alain

Directeur de Recherche CNRS – U 618

Mmes MARTINEAU Joëlle

Chargée de Recherche INSERM – UMR
CNRS-INSERM 930

POULIN Ghislaine

Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS
INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire
MM. GOUIN Jean-Marie
MONDON Karl
Mme PERRIER Danièle

Orthophoniste
Praticien Hospitalier
Praticien Hospitalier
Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle
M. MAJZOUB Samuel

Praticien Hospitalier
Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme BIRMELE Béatrice

Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

Les auteurs adressent leurs remerciements

A notre directrice de thèse, Madame le Docteur Cécile Renoux, pour avoir accepté de nous guider tout au long de ce travail, pour ses conseils avisés, sa disponibilité et sa réactivité, pour nous avoir permis de mener ce travail jusqu'à son terme.

A notre présidente de jury, Madame le Professeur Lehr-Drylewicz, pour avoir accepté de présider notre thèse et pour nous avoir permis, à travers sa fonction au sein du département de médecine générale de Tours, de suivre une formation de qualité au cours de notre troisième cycle des études médicales.

A Messieurs les Professeurs Rusch et Chantepie pour avoir accepté de faire partie de notre jury, pour leur investissement au sein de la faculté de médecine et l'enseignement qui y est dispensé.

A Monsieur le Docteur Bertrand Joseph, qui nous a permis de mieux connaître et appréhender les maisons de santé pluriprofessionnelles à travers ce projet. Merci pour ta disponibilité, ta réactivité et ton investissement dans notre travail.

A l'ensemble des professionnels de santé et des patients ayant participé à cette étude pour votre sympathie et votre accueil. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu être effectué.

A tous nos maîtres de stage, qui ont su nous transmettre leur passion pour ce métier.

Au Dr Tibout, « médecin de famille » à Voves. Nous regrettons beaucoup votre absence. Merci pour votre accueil en Eure-et-Loir. Vous avez su nous vanter les mérites de votre département et nous transmettre votre savoir. Nous garderons toujours à l'esprit votre amour pour votre métier et pour vos patients. Vous êtes parti trop tôt...

Alexandre Marie-Angélique adresse ses remerciements

A tous mes amis rencontrés durant les études et plus particulièrement à Béné, Ilyess, Sèv, Dr Sicard et Cathy, Bigor, Bob, Elie et les autres. Merci pour les délires et soirées passés ensemble. Ces souvenirs resteront gravés pour longtemps. Wesh représente le 3-7 ! Post space cake post pop corn !

Aux urgences de Chartres, au personnel médical, paramédical et aux secrétaires, merci à toutes et tous pour votre sympathie et vos conseils. J'espère que notre aventure commune durera encore longtemps.

A mes confrères du groupe de pairs (Gerbi, Xander, Arash, Etienne, P-Y et Niko). J'espère que nos petites réunions dureront encore longtemps bien que nos routes se séparent.

A ma belle famille, pour sa présence et son soutien.

A mon père qui m'a coaché durant toutes ses années. Mon cher Papa, tu as su me montrer la voie, me motiver. Tu m'as appris à lutter contre l'adversité, à ne jamais baisser les bras, à ne compter que sur moi-même. Tu es et resteras un modèle pour moi. Merci pour ta disponibilité et j'espère qu'on ira encore longtemps au Parc pour crier PARIS EST MAGIQUE !!!

A mes deux Gremlins, Noah et Esteban. Vous êtes les 2ème et 3ème plus belles choses qui me soient arrivées dans ma vie. Vous faites de moi le plus heureux des pères même si parfois (en fait souvent pour ne pas le dire tout le temps !) vous me faites perdre la tête. Je vous adore et je serai toujours là pour vous.

Enfin, à toi, Sandra, mon âme soeur, qui a su me supporter et rester avec moi tout au long de ses années malgré ma calvitie affirmée désormais. Bientôt 11 ans de joie, de peine, de sourires, de pleurs, d'enguelades et de réconciliations.

Merci pour ton courage, ta patience, ta gentillesse, ton dévouement, ton amour, ta confiance. Je ne te remercierai jamais assez pour m'avoir offert nos 2 enfants.

Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée dans ma vie.

Je t'aime.

Sandra Hernandez adresse ses remerciements

A mes parents, avant tout. Merci de m'avoir permis d'effectuer ces longues études. Merci pour votre soutien dans les nombreux moments difficiles et les rebondissements des 2 premières années. Vous avez su trouver les mots justes pour me reconforter. Au final, les efforts et la ténacité que vous m'avez enseignés ont payé. Pour tout cela, je vous suis très reconnaissante.

A ma grande sœur, Valérie, avec qui je n'ai pas été toujours très tendre. Je profite de ce moment pour te dire comme je suis fière de toi. Tu as réussi, tu as l'air heureuse et épanouie, et c'est tout ce que je te souhaite. J'ai beaucoup de plaisir à vous voir toi, Amandio et les enfants. En espérant partager encore beaucoup de bons moments et de voyages avec vous.

A Aubert, mon beau papa. Merci pour ta présence au quotidien. Tu es comme un deuxième père pour les enfants et moi. Merci d'élever les enfants à nos côtés depuis leur naissance. Merci pour ton expérience, tes anecdotes d'outre-mer, ta culture et ta philosophie de la vie. Tu es toujours le bienvenu chez nous et tu pourras compter sur nous quelles que soient les circonstances.

A Steve, mon ami de toujours, mon meilleur ami. A nos longues conversations devant la maison. A nos virées en 205 GTI, à nos sorties, à nos repas de chef à la maison (souvenirs d'un Paris-Brest exceptionnel). Malgré nos parcours différents, notre éloignement, nous avons su rester soudés. Merci d'être là pour moi « my best friend »...

Aux filles, nous sommes un cercle soudé qui commence à grandir peu à peu au fil des années (avec tous nos bébés). Merci à Fabienne pour sa joie de vivre et son vocabulaire parfois surprenant, tu nous fais bien rire... Merci à Emilia, pour apporter une touche méditerranéenne à notre groupe, pour nous avoir fait découvrir son pays et pour son enthousiasme en toute circonstance. Merci à Caro, pour ton savoir-faire, ta créativité, pour ce merveilleux anniversaire des 30 ans « inattendu ». Merci à Céline, pour ta culture, pour ta façon de rebondir dans des moments difficiles, j'admire ton courage et ta ténacité. Merci à Elisabeth, ma partenaire de TP, celle qui m'a toujours précédée dans l'alphabet, grâce à cela j'ai eu l'occasion de te connaître. Merci à Isa, notre esthéticienne préférée. Merci pour tes conseils avisés. Tu as un parcours époustouflant et tu es maintenant un chef d'entreprise confirmé, un grand bravo.

A mes futurs associés, Lydie, Aude et Nicolas. J'ai beaucoup de plaisir à travailler avec vous. Je suis ravie de « cohabiter » avec vous dans notre belle maison médicale. J'espère conserver encore longtemps notre bonne entente et nos repas du vendredi avec nos collègues infirmières et kinés.

Un merci particulier à Nicolas qui m'a attirée dans cette aventure. Avant tout, merci pour ton accueil et ta gentillesse. Tu as su me faire découvrir le métier de médecin généraliste « semi-rural ». Ta façon de travailler et de prendre du recul sur certaines situations m'a permis d'aborder plus sereinement mon stage de premier niveau chez toi et mon exercice futur.

A mes Maîtres de Stage, Nicolas, Jean-Yves, Jacques, Sébastien, Pierre et Jean. Merci à tous pour votre accueil et la transmission de votre savoir.

A mes 2 « monstres », Noah et Esteban. Vous avez BOULEVERSE ma vie... Je vous promets que vous aurez désormais une maman plus présente. Je vous aime.

A l'homme de ma vie, mon partenaire de tous les jours, mon confident, et plus récemment co-thésard. Notre rencontre atypique a duré plus longtemps que prévu... Après 11 ans passés à tes côtés et 2 enfants (qui en valent 4 !) je crois que les épreuves de la vie confirment que nous sommes bien faits pour vivre ensemble. Merci pour ta présence. J'admire et jalouse parfois ta façon de faire face aux épreuves difficiles et ta sensibilité que je qualifierais de déroutante. Je t'aime tout simplement.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RESUME

Contexte : En 2004, face aux difficultés d'exercice des professionnels de santé (PS) de Châteaudun, un projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) est né pour pérenniser l'accès aux soins dans une ville vieillissante et peu attractive. Les patients n'ont pas été consultés lors de la création du projet. L'objectif principal de cette étude était de recueillir les attentes et représentations des PS et des patients sur la MSP avant son ouverture. L'objectif secondaire était de les comparer.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de PS et de patients concernés par le projet. Après une retranscription intégrale, une analyse thématique de contenu a été réalisée.

Résultats : Les PS souhaitaient favoriser les échanges par un travail d'équipe, améliorer la prise en charge des patients et leurs conditions de travail. La MSP serait un pôle d'attractivité pour lutter contre la désertification médicale. Leurs inquiétudes étaient d'ordre relationnel, logistique et financier. Les patients auraient souhaité donner leur avis. Ils attendaient une meilleure accessibilité aux soins par la création d'un service de garde et l'arrivée de nouveaux spécialistes mais craignaient la perte du lien avec leur médecin généraliste et le partage du dossier médical. La MSP permettrait une meilleure prise en charge des personnes âgées. Pour les 2 parties, elle améliorerait l'offre de soins. Il existait des niveaux d'attentes différents sur la permanence des soins et le partage du dossier médical.

Conclusion : L'évaluation du ressenti des patients et des PS après l'ouverture de la MSP, permettrait d'adapter son fonctionnement et ses objectifs.

Mots Clés : Maison de santé pluridisciplinaire, professionnels de santé, patients, attentes, représentations, soins primaires, coopération.

Qualitative survey of health professionals and patients on the occasion of the Chateaudun Health House creation: representations and expectations.

ABSTRACT

Context: In 2004, faced with difficulties in exercising of the Chateaudun health professionals (HPs), a project of Multidisciplinary Health House (MHH) was created to sustain access to care in an aging and unattractive city. Patients were not consulted during the creation of the project. The main objective of this study was to identify the expectations and representations of HP and patients on the MHH before opening. The secondary objective was to compare them.

Method: Qualitative survey with semi-structured interviews of HPs and patients involved in the project. After a full transcript, a thematic content analysis was performed.

Results: HPs wanted to promote exchanges of teamwork, improve the management of patients and their working conditions. The MHH would be a center of attraction in the fight against medical desertification. Their concerns were personal relationship, finance and logistics. Patients would have liked to give their opinion. They were waiting for better access to care by creating an on-call service and the arrival of new specialists, but feared the loss of the relationship with their general practitioner and sharing of medical records. The MHH would take better care of the elderly. For both parties, the MHH would improve the provision of care. There were different levels of expectations on continuity of care and sharing of medical records.

Conclusion: The evaluation of patients felt and HPs feedback after the opening of the MHH would enable its adaptation of its operations and goals.

Keywords: Multidisciplinary health home, health professionals, patients, expectations, representations, primary care, cooperation

TABLE DES MATIERES

• RESUME	page 12
• ABSTRACT	page 13
• ABREVIATIONS	page 15
• INTRODUCTION	page 16
• MATERIEL ET METHODE	page 23
• RESULTATS	page 27
- Résultats des représentations des professionnels de santé	page 27
- Résultats des représentations des patients	page 39
• DISCUSSION	page 50
- Discussion des représentations des professionnels de santé	page 50
- Discussion des représentations des patients	page 55
- Confrontation des résultats des professionnels de santé et des patients	page 60
• CONCLUSION	page 63
• BIBLIOGRAPHIE	page 64
• ANNEXE 1	page 68
• ANNEXE 2	page 70

ABREVIATIONS

AC/FA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

BIS : Bureau d'Information Sénior

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CNS : Conférence Nationale de Santé

CSP : Code de Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

MG : Médecin Généraliste

MRS : Mission Régionale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSPU : Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PS : Professionnels de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

INTRODUCTION

En France, les soins primaires connaissent une remise en cause de leur organisation. L'organisation de l'offre de soins de ville du siècle précédent ne répond plus aux nouveaux enjeux des systèmes de soins. Le sacerdoce des professionnels de santé (PS) n'est plus de mise et la demande des usagers en santé évolue.

En médecine générale, les modes d'exercice en groupe des professionnels de santé sont à l'ordre du jour, sous le terme de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) (1). Elles se développent un peu partout sur le territoire et sont l'objet de forts soutiens sur les plans politique et financier. Le phénomène est en pleine expansion et il est difficile de connaître le nombre exacte de MSP en France, tant les choses évoluent.

La définition des maisons de santé a évolué au cours des différentes lois. La première inscription dans la loi s'est faite dans la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007 (2). Elle a été modifiée par l'article 39 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009, puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade (3,4). Une nouvelle définition réglementaire des maisons de santé est désormais inscrite dans le Code de Santé Publique (CSP): « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (article L.6323-3 du CSP). Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (article L.1411-11 du CSP) et, le cas échéant, de second recours (article L. 1411-12 du CSP). Ils peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les professionnels de santé, exerçant dans une MSP, élaborent et signent un projet de santé, transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS), témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux (article L. 1434-2 du CSP). C'est un projet d'organisation sanitaire pour la mise en place d'une offre de soins gradués de qualité, accessible à tous, satisfaisant l'ensemble des besoins de santé ».

D'après le scénario tendanciel de l'ONDPS, les effectifs médicaux devraient baisser de près de 10% d'ici à 2019, avant de revenir à leur niveau actuel en 2030 (5). Dans ce contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels (6).

Les MSP sont notamment attendues dans les régions où l'offre de soins se raréfie. La densité des professionnels de santé de la région Centre, toute profession confondue (médecins généralistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes), est superposable avec de nombreuses zones dites déficitaires (7), (*Figure 1*).

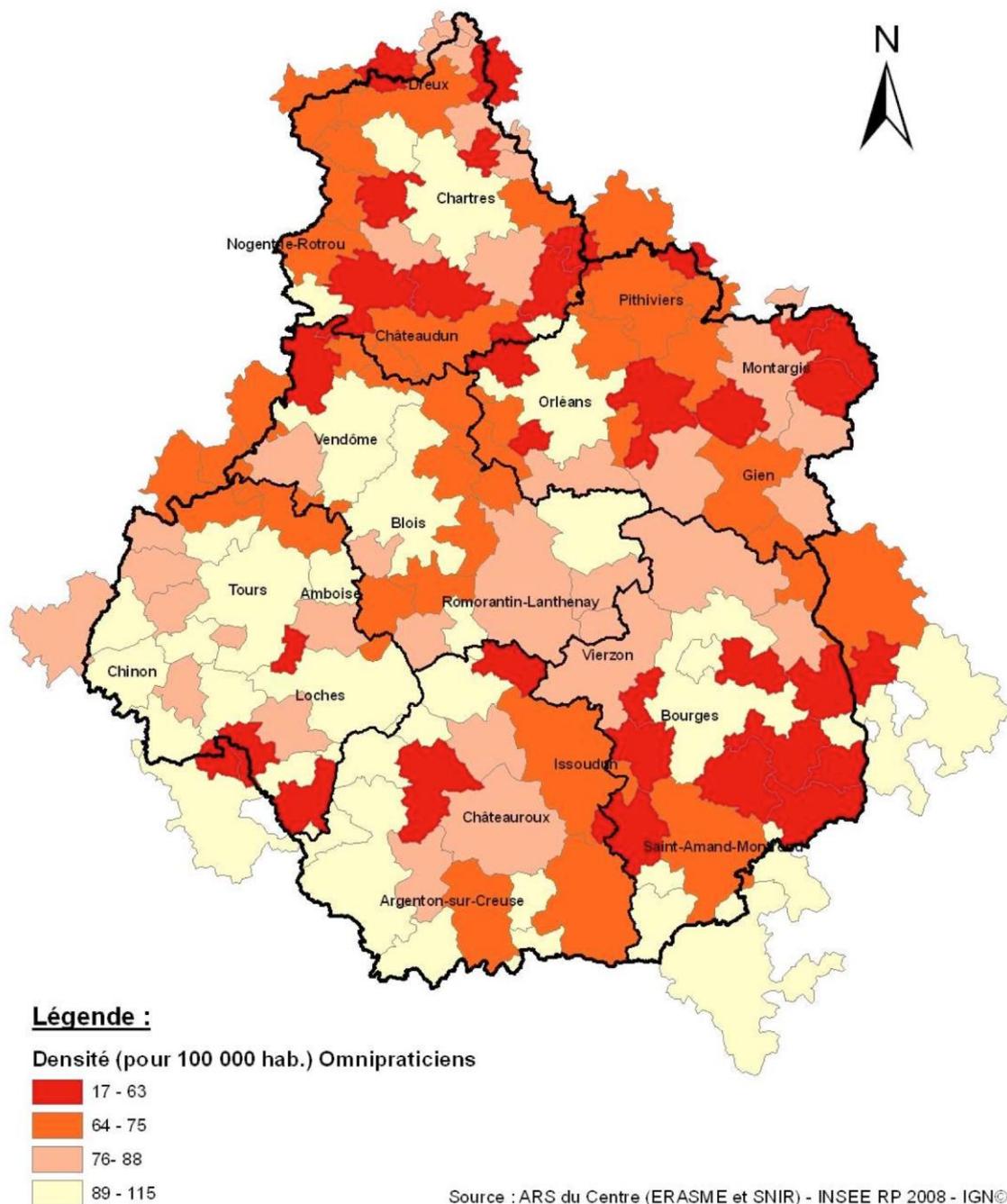


Figure 1: Densité d'omnipraticiens libéraux en région Centre par bassins de vie

En Eure-et-Loir, pour tenter d'enrayer cette tendance et de gagner en attractivité, le Conseil Général a adopté un Plan Santé 28 qui propose, entre autre, une aide financière pour les collectivités qui s'engagent dans un projet de création de maison de santé pluridisciplinaire (8).

Dans le sud du département, plusieurs professionnels de santé, proche de Châteaudun, ont pris l'initiative de créer une maison de santé pluridisciplinaire regroupant: 4 médecins généralistes, 5 spécialistes (cardiologue, gastro-entérologue, ophtalmologue, endocrinologue, psychiatre), 2 sages-femmes et de nombreux paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, psychologue, diététicienne, ergothérapeute, sophrologue, podologue, orthophoniste...).

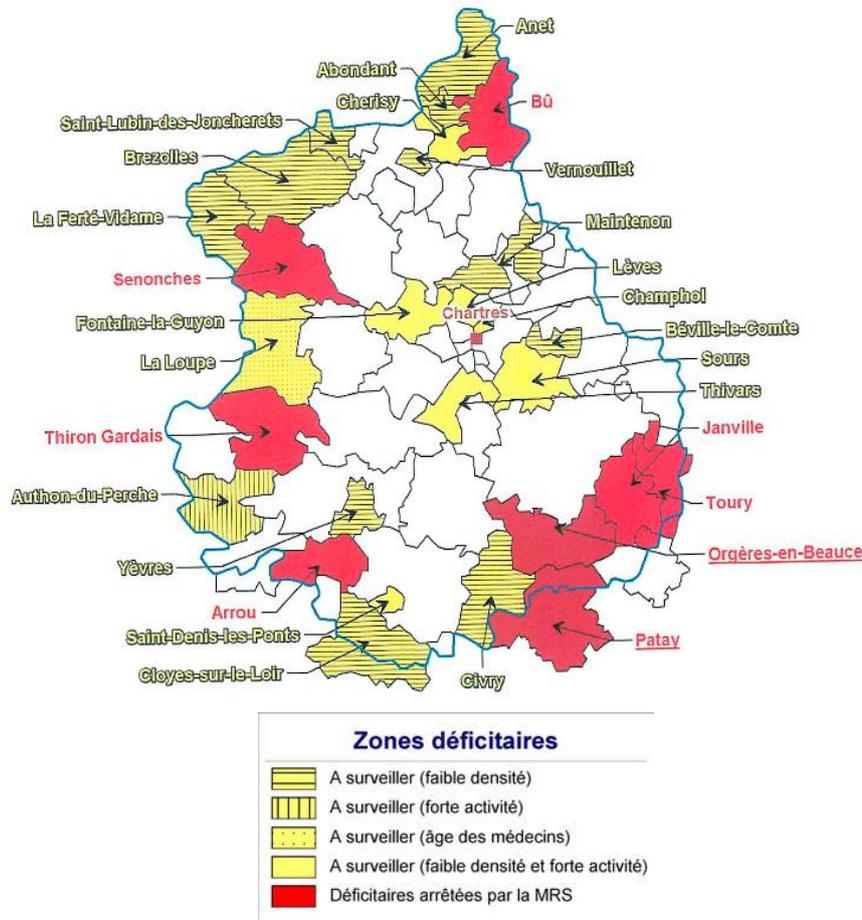
La réflexion a débuté en 2004. Les PS rencontraient déjà des difficultés dans leur exercice. Il devenait difficile de faire face à la demande de soins non programmés, notamment en période d'épidémie, de trouver un remplaçant en cas d'absence ou un successeur lors du départ à la retraite.

Les autorités politiques locales sont alors alertées sur 2 problématiques: la pénurie médicale et le vieillissement de la population. Dans le canton de Châteaudun, la pénurie médicale toucherait les médecins généralistes dès 2009 (avec une majorité de médecins de plus de 60 ans) et les spécialistes dès 2012. La densité des omnipraticiens libéraux dans ce canton était faible (entre 64 et 75 omnipraticiens pour 100 000 habitants). Le vieillissement de la population dans le sud de l'Eure-et-Loir venait aggraver ce constat. L'arrondissement de Châteaudun se caractérisait par la plus importante sous représentativité des tranches d'âge de 0 à 39 ans (-5,9% par rapport à la moyenne nationale et -6,1% par rapport à la moyenne départementale) et par une très forte représentativité des personnes âgées de 60 ans et plus (+6,8% par rapport à la moyenne nationale et +7,5% par rapport à la moyenne départementale).

Suite aux entretiens entre professionnels de santé et élus, la solution paraissait être la création d'un « centre de soins pluridisciplinaire de proximité », couplé secondairement à un pôle gériatrique regroupant le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Ce pôle serait un lieu d'information, de conseil et d'orientation pour les personnes âgées sous forme d'un guichet unique (BIS: Bureau d'Information Senior) pour une coordination gérontologique et du handicap sur le canton de Châteaudun. Un site adapté et central par rapport à la population dunoise devait être trouvé pour permettre aux professionnels de santé en exercice de continuer leur activité et de favoriser l'installation de nouveaux professionnels.

Le territoire de la MSP correspond aux territoires des patientèles des professionnels se regroupant dans l'établissement. Le canton de Châteaudun regroupe 17 communes soit 24203 habitants (INSEE 2009) pour les médecins généralistes. L'arrondissement de Châteaudun, regroupant 5 cantons et 80 communes soit 59722 habitants, correspond au territoire des spécialistes et des paramédicaux libéraux (*Figure 2*).

La zone de Châteaudun n'est pas considérée comme déficitaire en offre de soins en médecine libérale au sens de l'arrêté pris par le directeur de la MRS (Mission Régionale de Santé) en 2006 (Figure 3). Cependant le canton d'Orgères-en-Beauce et le canton de Cloyes-sur-le-Loir sont 2 zones déficientes parmi les 4 du département. Ces 2 zones sont dans le territoire de la MSP de Châteaudun.



— Limites départementales

Figure 3: Zones déficientes en Eure-et-Loir définies par la MRS en 2006

Le 4 février 2010, l'association des professionnels de la maison de santé du dunois est créée, présidée par le Dr Bertrand Joseph, médecin généraliste à Châteaudun et meneur du projet. Cette association regroupe la quasi-totalité des professionnels de santé déjà en place sur la commune de Châteaudun et a pour ambition d'en attirer d'autres afin de réduire les inégalités géographiques de santé. Les médecins généralistes n'intégrant pas le projet sont ceux qui sont proches de la retraite. L'objectif, à terme, est de regrouper l'ensemble des médecins généralistes dans la MSP: ce qui paraît être la demande des jeunes générations.

La particularité du projet de MSP de Châteaudun est d'être porté par un ensemble de professionnels voulant réaliser une maison médicale et paramédicale selon des principes innovants et modernes afin de garder intacte leur passion pour leur métier et la population dont ils ont la charge.

Les professionnels de santé ont élaboré ensemble un projet professionnel réunissant des objectifs en accord avec la politique de santé actuelle. Ils sont unis par une charte, un projet et des objectifs communs concernant la santé des patients. Ils souhaitent lutter contre la désertification médicale, améliorer l'accessibilité, la coordination, la continuité et la qualité des soins, améliorer leurs conditions de travail et initier des actions de prévention et d'éducation relayant les campagnes nationales.

Les grands axes de ce projet sont:

- *la continuité des soins*: larges plages d'ouverture, réponse à la demande de soins programmés (suivi en priorité par le médecin traitant) et non programmés (par un système de roulement des médecins généralistes sur la journée avec un « guide line » pour l'évaluation du degré d'urgence par les secrétaires), organisation des absences.

- *la permanence des soins*: organisation d'une permanence de garde par les médecins généralistes, le soir et le week-end, dans un local de garde à proximité de la maison de santé, lieu unique pour les patients. La régulation du SAMU pourra envoyer les patients vers cette structure de garde.

- *la coordination et la coopération*: entre médecins généralistes (secrétariat commun, mutualisation des salles d'attente, dossiers médicaux partagés), avec les spécialistes (optimisation des rencontres et des avis médicaux), avec les paramédicaux (consultations pluridisciplinaires), avec l'extérieur (optimisation du transfert des prélèvements vers le laboratoire, envoi des résultats biologiques par messagerie sécurisée, réception d'imagerie numérisée sur un serveur, communication facilitée avec l'hôpital et les réseaux...).

- *la prise en charge pluridisciplinaire des patients*: partage des dossiers informatiques pour faciliter les échanges, mutualisation des compétences des PS (par exemple dans le diabète: infirmière, diététicienne, endocrinologue, podologue...), formations interprofessionnelles (formation médicale continue), élaboration de protocoles de soins.

- *les actions de prévention et d'éducation*: ces actions font partie des missions du médecin généraliste (loi du 12 août 2004). Des thèmes prédéfinis seront proposés aux patients. Ces actions viendront renforcer l'efficacité des campagnes nationales de santé publique.

- *l'amélioration des conditions d'exercice des PS*: délégations de tâches aux secrétaires pour les tâches administratives, les commandes de matériel, le classement informatique (numérisation des comptes-rendus), l'accueil et l'orientation des patients... et aux infirmières pour les vaccinations.

- *l'accueil de stagiaires*: mise à disposition d'un logement équipé, formations des médecins généralistes à la maîtrise de stage (un trinôme déjà existant dans la MSP) pour l'accueil d'interne, accueil des étudiants infirmiers, sages-femmes... Le but est de devenir une MSPU (Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire).

Depuis plus de 8 ans, beaucoup d'énergie est fournie pour la réalisation de ce projet qui a ouvert ses portes en novembre 2012.

De nombreux projets de MSP sont menés chaque année en France, certains à l'initiative des professionnels de santé et d'autres à l'initiative des élus locaux. Les projets menés n'aboutissent pas toujours ou connaissent des difficultés d'organisation. Certaines MSP neuves restent vides. Il existe des failles dans l'élaboration de ces projets.

Des facteurs de bon fonctionnement des MSP ont été mis en évidence. L'importance de la cohésion de groupe, l'implication des professionnels de santé dans le projet et l'association de la population locale à la réflexion sont des éléments primordiaux (9).

Le projet de MSP de Châteaudun est né de la volonté des PS de travailler ensemble et de pérenniser l'accès aux soins dans une ville vieillissante et peu attractive pour les jeunes professionnels. Ce projet a abouti grâce à un travail acharné des PS et à l'aide financière des collectivités locales. Certaines MSP ont servi de modèles pour aider à l'élaboration de ce projet (MSP du Véron (37), de Saint-Amand-en-Puisaye (58) et de Guillon (89)). Le but principal est de répondre au mieux aux besoins de soins de la population locale par le biais de la pluridisciplinarité et du travail d'équipe, tout en maintenant un confort d'exercice pour les PS. L'élaboration du projet est le fruit d'une réflexion commune entre les PS, se basant sur les attentes de chacun, avec des objectifs communs demandant parfois des concessions. Les patients sont au cœur de ce projet. Pourtant, les patients concernés par le projet n'ont pas été sollicités pour donner leur avis dans l'élaboration de cette MSP, comme c'est fréquemment le cas. L'association de la population locale à la réflexion, définie comme un facteur de bon fonctionnement, manque à ce projet.

Professionnels de santé et patients ont chacun une représentation de la MSP «idéale». Leurs attentes n'ont pas été recueillies et confrontées avant l'ouverture de cette structure. Il existe probablement des divergences d'opinion sur le projet (attentes, craintes...) entre les 2 parties.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir, indépendamment, les attentes et les représentations des professionnels de santé et des patients vis-à-vis du projet et du regroupement des professionnels de santé, avant l'ouverture de la MSP.

L'objectif secondaire était, après analyse de ces données, de comparer les attentes des patients à celles des professionnels de santé intégrant la MSP.

MATERIEL ET METHODE

Ce travail de thèse a été réalisé par le biais de 2 enquêtes* qualitatives descriptives. L'enquête qualitative permettant le recueil des attentes et représentations des PS a été réalisée par Alexandre MARIE-ANGELIQUE, interne en médecine générale inscrit en année de thèse. L'enquête qualitative permettant le recueil des attentes et représentations des patients a été réalisée par Sandra HERNANDEZ, interne en médecine générale inscrite en année de thèse.

Dans l'enquête étudiant les attentes des professionnels de santé, la population recrutée était une majeure partie des professionnels de santé intégrant partiellement ou complètement la MSP de Châteaudun. Tous les PS ont été conviés par mail à participer à l'étude: un premier mail d'invitation, suivi d'un deuxième mail de relance. Seuls ceux ayant répondu positivement ont été interrogés. Cette population se composait de trois médecins généralistes, deux spécialistes (un cardiologue et un gastro-entérologue), deux sages-femmes, deux infirmières diplômées d'état, une pédicure-podologue, une psychologue, une orthophoniste, une diététicienne et une ergothérapeute.

Le recueil des données a été réalisé par entretiens individuels* semi-dirigés* jusqu'à saturation des données*. Cette méthode a été préférée aux entretiens collectifs* (ou focus groups) du fait de la diversité de la population. Un effet leader et des problèmes hiérarchiques évidents entre les différents PS auraient pu émerger, avec un risque de perte de données.

Une même trame (ou guide) d'entretien* a été utilisée auprès des professionnels interrogés (Annexe 1). Elle a été ajustée aux termes des trois premiers entretiens. La trame s'est légèrement modifiée en fonction des différents interlocuteurs mais gardait néanmoins le même fond. Ce guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue de la littérature (10,11) et des hypothèses* émises par les chercheurs, à l'aide du projet de santé des PS. Il se composait de questions ouvertes* et abordait deux grands thèmes: l'offre de soins actuelle sur le secteur de Châteaudun et le projet de MSP de Châteaudun (origine, fonctionnement, attentes et inquiétudes). Pour chacun de ces thèmes, des questions de relance approfondissaient les aspects professionnels, personnels et parfois contextuels selon les réponses apportées.

Les entretiens ont été conduits par un unique enquêteur, Alexandre MARIE-ANGELIQUE. Ils ont été enregistrés par dictaphone après autorisation de chaque interviewé. Les données non verbales n'ont pas été recueillies.

Le recrutement des patients a été réalisé de façon aléatoire par 3 médecins généralistes intégrant la MSP. Chaque médecin généraliste demandait aux patients, vus en consultation la semaine précédant les entretiens, s'ils acceptaient de participer à un entretien sur le thème de la maison de santé pluridisciplinaire de Châteaudun. Un nombre minimum de 5 patients par médecin avait préalablement été décidé, ce nombre pouvant augmenter en fonction de l'avancement du travail et de la saturation des données recueillies. Les 5 premiers patients acceptant de participer à l'étude étaient sélectionnés.

Les critères de sélection étaient:

- être majeur
- être patient d'un médecin généraliste intégrant la MSP
- accepter de participer à l'étude dans les conditions définies

Les entretiens se sont déroulés dans le cabinet de chaque médecin généraliste, en leur absence. Les patients ont été convoqués par les secrétaires des médecins. Les entretiens ont été menés par un seul et même enquêteur, Sandra HERNANDEZ. Ils ont été enregistrés par dictaphone après accord du patient.

Le recueil d'opinion a été fait par entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode a été préférée aux focus groups pour éviter un effet de leader d'opinion avec un risque de perte de données. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Les données non verbales n'ont pas été recueillies.

Un guide d'entretien a été préalablement établi, testé sur une patiente puis ajusté au fur et à mesure de la réalisation des entretiens (Annexe 2). Ce guide a été élaboré à partir d'une revue de la littérature (12,13) et des hypothèses émises par les chercheurs, à l'aide du projet de santé de la MSP de Châteaudun. La trame d'entretien se composait de questions ouvertes. Elle comportait 2 grands axes: l'opinion sur la prise en charge actuelle de la santé des patients et l'opinion sur le projet de la MSP de Châteaudun (bénéfices et inquiétudes liés au projet). Pour chacun de ces axes, des questions de relance approfondissaient les réponses données par les patients.

Pour les 2 enquêtes, l'analyse qualitative* a été menée selon la même démarche: l'analyse thématique de contenu*. Chaque entretien a été intégralement transcrit*, obtenant ainsi des verbatim*. Les verbatim n'ont pas été relus par les interviewés. L'anonymat des patients et des PS interviewés et cités dans les entretiens a été respecté. Les verbatim ont été découpés, classés, comparés, confrontés et étiquetés en fonction de l'idée qui pouvait les résumer: c'était l'étape de codification*. Les différents codes obtenus ont été regroupés en catégories* afin de créer une arborescence. Ce travail a été validé par le directeur de thèse qualifié en recherche qualitative. Aucune triangulation* des données n'était prévue au cours de ce travail exploratoire.

Le glossaire suivant permet de mieux comprendre la démarche en recherche qualitative, par la définition des termes utilisés dans cette méthode (termes étoilés*) (14,15):

Analyse de contenu [*Angl. Content analysis*]

Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative [*Angl. Qualitative analysis*]

Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Catégorie [*Angl. Category*]

1. Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification.
2. Concept représentant un phénomène dans le cadre de l'analyse qualitative.

Codification [*Angl. Coding*]

Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Enquête [*Angl. Survey*]

Moyen privilégié d'investigation en sciences sociales comprenant des techniques d'observation, d'entretiens et de questionnaires. Ces techniques varient selon la nature de l'objet de recherche, le temps, et les moyens disponibles. Traditionnellement, on distingue les techniques d'ordre quantitatif reposant sur des grands échantillons, des enquêtes d'ordre qualitatif reposant sur des groupes plus restreints.

Entretien collectif [Syn. Groupe d'expression] [*Angl. Focus group*]

Méthode d'entretien de groupe, habituellement considérée comme une technique d'entretien semi-structuré, reposant explicitement sur l'interaction au sein du groupe pour générer des données.

Entretien individuel [Syn. Entretien en face à face] [*Angl. Interview*]

Méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-directif [Syn. Entretien semi-structuré, semi-dirigé] [*Angl. Semistructured interview*]

Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Guide d'entretien [Syn. Canevas ou grille d'entretien] [*Angl. Topic guide, Topic schedule, Topic list*]

Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Hypothèse [*Angl. Hypothesis, Assumption*]

Conjecture vraisemblable et provisoire par laquelle l'imagination anticipe sur la connaissance en préalable à une recherche. Elle doit être validée par confrontation au réel.

Question ouverte [*Angl. Open-ended question, Open question*]

Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.

Saturation (des données) [*Angl. Saturation (of data)*]

Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Transcription [Syn. Retranscription] [*Angl. Transcribing*]

Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux

(hésitations, silences, tics de langage, mimiques, etc.); d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. En pratique, la (re)transcription doit être adaptée aux objectifs de la recherche.

Triangulation [*Angl. Triangulation*]

Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Verbatim [*Syn. Corpus de données*] [*Angl. Transcript, Verbatim*]

Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

RESULTATS

Résultats des représentations des professionnels de santé

Caractéristiques de la population

14 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de professionnels de santé intégrant la MSP de Châteaudun. Les entretiens se sont déroulés entre le 30/05/2012 et le 24/10/2012, dans les cabinets des professionnels ou à leur domicile. La saturation des données a été atteinte à partir du 12^{ème} entretien.

Les tableaux 1 et 3 regroupent les caractéristiques des professionnels interviewés. Les tableaux 2 et 4 regroupent les détails de leur activité.

Professionnels de santé	Sexe	Age	Années d'exercice	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Type d'exercice	Durée de l'entretien
Médecin généraliste (MG1)	Masculin	51	19	Châteaudun	Seul	Libéral	E1 80'25"
Médecin généraliste (MG2)	Masculin	54	23	Châteaudun	Association	Libéral	E2 33'57"
Médecin généraliste (MG3)	Masculin	55	28	Châteaudun	Seul	Libéral	E3 67'57"
Cardiologue (Spé 1)	Masculin	51	25, libéral depuis 2010	Châteaudun	Seul	Libéral	E4 31'54"
Gastroentérologue (Spé 2)	Masculin	57	23, libéral depuis 1994	Châteaudun	Seul	Mixte	E5 20'07"
Sage-femme (SF1)	Féminin	50	28, libéral depuis 2001	Châteaudun	Association	Libéral	E7 72'09"
Sage-femme (SF2)	Féminin	54	33, libéral depuis 2005	Châteaudun	Association	Libéral	E8 32'44"

Tableau 1 - Caractéristiques des Médecins et des Sages-femmes

Professionnels de santé	Temps de travail/Actes quotidiens	Secrétariat	Cabinet informatisé	Activités annexes	Rôle dans le projet
MG1	Complet, 25 actes/j	Oui, sur place	Oui	Formations, groupe de pairs, accueil de stagiaires	Coordonnateur du projet de MSP
MG2	Complet, 20 actes/j	Oui, sur place	Oui	Formations, groupe de pairs	Trésorier de l'association des professionnels de santé de la MSP
MG3	Complet, 20 actes/j	Oui, sur place, transfert d'appels le matin	Oui	Formations, groupe de pairs, accueil de stagiaires	Participation au projet architectural, liaison avec la mairie
Spé 1	Complet, 14 actes/j	Oui, sur place	Oui	Formations	Présence aux réunions
Spé 2	Complet, 7 actes/j	Oui, sur place	Oui	Formations	Présence aux réunions
SF1	Complet, 16 à 20 actes/j	Non, assuré par elle-même	Oui	Formations, activités de recherche, accueil de stagiaires	Présence aux réunions
SF2	Complet, 15 actes/j	Non, assuré par elle-même	Oui	Formations, accueil de stagiaires	Vice-présidente de l'association

Tableau 2 - Détails de l'activité des Médecins et des Sages-femmes

Professionnels de santé	Sexe	Age	Années d'exercice	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Type d'exercice	Durée de l'entretien
Ergothérapeute	Féminin	45	25	Châteaudun	Seule	Mixte	E6 26'00''
Diététicienne	Féminin	40	18, libéral depuis 2007	Lanneray	Seule	Libéral	E9 25'26''
Infirmière (IDE 1)	Féminin	54	27, libéral depuis 1995	Saint-Denis-lès-Ponts	Association	Libéral	E10 22'48''
Infirmière (IDE 2)	Féminin	55	27, libéral depuis 1997	Saint-Denis-lès-Ponts	Association	Libéral	E11 47'49''
Orthophoniste	Féminin	40	16	Saint-Denis-lès-Ponts	Seule	Libéral	E12 25'18''
Podologue	Féminin	40	17	Châteaudun	Seule	Libéral	E13 47'20''
Psychologue	Féminin	50	24, libéral depuis 1998	Châteaudun	Seule	Libéral	E14 54'15''

Tableau 3 - Caractéristiques des Paramédicaux

Professionnels de santé	Temps de travail/Actes quotidiens	Secrétariat	Cabinet informatisé	Activités annexes	Rôle dans le projet
Ergothérapeute	60% salariat 40% libéral	Non, assuré par elle-même	Oui	Formations	Présence aux réunions
Diététicienne	Complet, 12 actes/j	Non, assuré par elle-même	Oui	Formations	Présence aux réunions
IDE 1	Complet	Assuré par les IDE	Oui	Formations	Présence aux réunions
IDE 2	75%, environ 45 actes/j	Assuré par les IDE	Oui	Formations	2 ^{ème} secrétaire de l'association
Orthophoniste	Complet, 16 actes/j	Non, assuré par elle-même	Oui	Formations, accueil de stagiaires	Présence aux réunions
Podologue	Complet, 16 actes/j	Non, assuré par elle-même	Oui	Formations	Présence aux réunions
Psychologue	Complet, 8 actes/j	Non, assuré par elle-même	Non	Formations, activités de recherche	Présence aux réunions

Tableau 4 - Détails de l'activité des Paramédicaux

Analyse et interprétation des verbatim

1- Etat des lieux

Les professionnels de santé ont exprimé les constatations suivantes:

- La pénurie en professionnels de santé:

Les médecins mettaient en avant une médecine « *en déperdition* », une situation « *un peu catastrophique* » (E1), « *une offre de soins pas du tout satisfaisante* » (E1) avec refus de nouveaux patients. Il n'y avait pas de réelles perspectives de recrutement: départ « *en retraite bientôt* », « *pas de remplaçant* » (E4) et un hôpital qui ne faisait « *pas ce qu'il faut pour garder les gens, pour embaucher* » (E3).

Les paramédicaux mettaient en avant cette « *désertification médicale* » (E6), la surcharge de travail et l'inadéquation entre offre et demande de soins. Petite nuance pour les infirmières: elles avaient l'impression « *d'assurer le travail* » (E10).

Les sages-femmes trouvaient que la situation était moins catastrophique qu'à Chartres mais avaient parfois quelques difficultés.

- La distance entre les professionnels, conséquence de cette pénurie:

Les professionnels de santé avaient souvent recours à des professionnels d'autres villes: Chartres « *la plus proche mais quand même c'est un trajet pour les personnes* » (E4) ou encore Blois « *au centre de mémoire* » (E12).

- Les caractéristiques locales, un des déterminants de cette pénurie:

- Châteaudun: « *un petit patelin* » où il n'y a « *pas de distractions, rien qui peut attirer* » (E5).
- La population: « *beaucoup de personnes âgées* » (E4), « *des pathologies de plus en plus lourdes* », « *besoin de service médical* » (E4).

- Le ressenti de la population perçu par les professionnels:

Les professionnels ressentaient « *l'inquiétude* » (E5) des patients: « *pas de remplaçants* » (E4). Pour les sages-femmes, la population était satisfaite de « *la promiscuité, de la disponibilité* », des réponses apportées « *au cas par cas* » (E7). Il en était de même pour les infirmières. Vis-à-vis des paramédicaux, les patients aimeraient « *qu'on puisse leur répondre tout de suite* » (E12) et « *avoir un rendez-vous plus rapide* » (E14). Les patients « *attendaient énormément des maisons de santé* »: un « *moyen d'offrir aux jeunes pour s'installer* » (E5). Beaucoup étaient « *ravis* » (E3) selon les médecins, mais certains étaient « *un peu effrayés* » (E1).

- Les solutions envisagées pour améliorer la situation:

Les médecins avaient des propositions d'ordre financier: « *donner des avantages fiscaux pour amener les médecins* » (E4), revaloriser la tarification à l'acte ou envisager le salariat pour dégager du temps médical (E3).

Un autre médecin proposait un enrichissement du plateau technique local: l'écho-endoscopie, pour « *un petit relancement vers les gastro-entérologues, les jeunes qui veulent s'installer* » (E5).

Le temps partiel pourrait être développé: « *des spécialistes qui viennent un ou deux jours par semaine* » (E2).

Les stages des étudiants aideraient au recrutement: le médecin stagiaire « *connaîtrait la région* » et « *ça pourrait lui donner l'idée de venir s'installer* » (E4).

La maison de santé de Châteaudun pourrait ainsi « *attirer quelques médecins* » (E4).

2- Pratique actuelle

Les professionnels de santé ont exprimé:

- Les avantages et points positifs de leur pratique actuelle:

- L'informatique et le dossier médical: apport important pour un des médecins généralistes (MG), en amélioration constante « *depuis 8 ans* » pour « *être lisible et visible* » par d'autres professionnels, « *pour le travail en commun* » (E1), notion reprise par un des spécialistes « *le dossier médical, partenariat ici* » (E4).

- L'importance du réseau de soins: « *pôle de santé non formalisé* » (E1), participant à un « *dynamisme* » local (E1). Entre professionnels de santé, c'était « *un engrenage déjà fait* », « *une entente* » (E4), « *un fonctionnement qui est déjà fait* » (E4). « *L'objectif est de rendre service à une population, un service important* » (E8) pour les sages-femmes. Il était « *intéressant d'échanger cliniquement, bien plus riche et plus efficace* » selon un paramédical (E14). Un autre mettait en avant l'interactivité avec les médecins généralistes: la façon de travailler « *intéressante* », en « *interaction* », avec « *la chance de travailler avec les médecins, c'est très bien, très enrichissant* » (E9).
 - Local d'exercice, accueillant pour les patients: « *chaud, convivial* » (E8) avec des patientes qui se sentaient « *accueillies rien que par les locaux* » (E8) chez les sages-femmes. Des cabinets adaptés chez certains professionnels pour les patients handicapés ou à mobilité réduite: « *lits médicalisés* », « *fauteuils* », « *doubles portes* » (E12).
 - Coûts de fonctionnement: un des médecins généralistes avait de faibles coûts de fonctionnement: secrétariat et loyer, ça ne lui « *coutait rien* » (E3).
- Les inconvénients et points négatifs de leur pratique actuelle:
- L'informatique: 2 des MG mettaient en avant les inconvénients de l'informatique: « *angoisse* » (E2) pour l'un et outil chronophage pour le second (E3), avec « *l'impression que ça ne lui apportait pas* » (E3), mais était « *un plus pour un éventuel successeur* » en terme de « *qualité* » (E3).
 - L'activité libérale en elle-même: les MG déploraient le fait de payer « *beaucoup de charges* » (E2, E3), les contraintes liées à l'activité comme les consultations téléphoniques et « *les horaires* » (E3). Il en résultait une « *fatigue, une perte de temps et d'énergie* » pour un des MG (E2).
 - Local d'exercice, inadapté pour les patients chez certains professionnels: escaliers (E3, E4), « *pas assez de place* » pour faire des réunions de groupe de patients (E9) ou encore inadapté aux handicapés (E13).
 - Défaut d'interactivité entre professionnels: un MG s'incluait dans « *un pôle généraliste* » sans « *vision élargie* » (E2). On retrouvait cette notion chez un autre qui « *ne connaissait pas tout le monde* » avant le projet de MSP (E3). Il regrettait ne pas avoir eu « *assez d'échanges* » et de « *travailler tout seul* »: « *une grosse erreur* » (E3). On retrouvait cette notion de manque de communication chez certains paramédicaux. L'un d'eux avait l'impression « *de travailler seul* » (E13). Les sages-femmes mettaient en avant le manque de « *travail en collaboration avec les généralistes* » (E7).
 - Charge de travail: l'activité des MG et des infirmières était devenue de plus en plus importante avec « *de plus en plus de patients* » (E3): ils étaient « *surbookés* » (E3, E10). Deux MG regrettaient les sacrifices faits au détriment de leur famille (E2, E3). La majorité des paramédicaux constatait que le temps leur manquait: « *des fois, il faut courir* » (E11), avec parfois des horaires à

rallonge et un impact sur la vie personnelle (E11). De ce fait, ils avaient un manque de temps pour la formation des stagiaires ou le développement continu.

- Leur ressenti portait sur différents domaines:

- L'offre de soins: les MG trouvaient que l'offre de soins n'était « *pas satisfaisante* » (E1), sans sensation « *d'un gros manque* » (E3).
- La population: les MG avaient le sentiment que la population était parfois mal éduquée: « *une clientèle plus difficile* » (E3), faisant du « *forcing* » (E1), dont une partie « *de plus en plus exigeante* » (E11). Un médecin généraliste avait le sentiment d'un manque de reconnaissance (E3). A l'opposé, les sages-femmes se sentaient « *respectées* » (E7) et avaient le sentiment que la population était globalement satisfaite vis-à-vis de l'offre qu'elles pouvaient fournir. Les paramédicaux étaient « *ravis* » des patients, avec un sentiment de reconnaissance pour certains (E11).
- Interactivité entre professionnels: certains paramédicaux regrettaient un manque de « *travail de groupe* » (E12, E13, E14) et « *de réflexion* » sur certains cas cliniques (E12).
- Connaissance de la profession: certains paramédicaux avaient l'impression que leur profession n'était pas bien connue des autres professionnels et de la population (E6, E13).
- Points de satisfaction: l'accueil de stagiaires, les réunions entre pairs, ainsi que les Enseignements Post Universitaires à Tours (E1, E3). Un MG confiait volontiers qu'il avait « *un métier formidable* » (E3). Le projet de MSP était un point de satisfaction pour l'un d'eux, véritable « *moteur* » de sa pratique actuelle (E1).
Les spécialistes semblaient satisfaits de leur activité: « *pas de choses qui manquent* » (E5), sauf peut-être l'écho-endoscopie.
Les sages-femmes avaient « *des heures agréables* » (E7). Elles étaient satisfaites de leur activité et exerçaient « *de façon libre* » (E7).
Les paramédicaux étaient globalement satisfaits de leur situation actuelle même si certains regrettaient le manque de temps, source de « *frustration* » (E10), pour appliquer ou se perfectionner dans de nouveaux modes de prise en charge (E6).

3- Origines et représentations du projet de MSP

A l'origine, le projet de MSP murissait « *depuis 8 ans* » (E1). Il était porté par un des médecins généralistes qui avait démarché les politiques et recruté les professionnels de santé.

Les professionnels ont exprimé leurs motivations d'adhésion au projet, leurs représentations de la MSP et leurs buts.

- Les motivations: une seule véritable motivation se dégageait des entretiens.
 - Le travail « *en équipe* », en « *interactivité* » et en « *multidisciplinarité* » dans l'intérêt des patients.
 - On ne retrouvait pas de motivations financières: « *plus de perte d'argent que de gain* » (E3).
 - On ne retrouvait pas, non plus, de motivations logistiques sauf pour deux professionnels: l'orthophoniste, qui possédait un cabinet trop grand et inadapté et la psychologue, qui détenait un cabinet trop petit pour réunir des groupes de patients.

- Les représentations de la MSP:
 - Idées générales:
 - Un « *groupe solide* » (E4), un « *regroupement pluridisciplinaire* », « *un travail d'équipe* » (E13), une « *sorte de melting pot* » avec « *des compétences multiples et diversifiées* » (E6), « *un projet commun étudié pour sauver les meubles des professionnels* » et « *un anti burn-out* » (E1), « *une collaboration entre professionnels de santé* » (E11).
 - Un lieu d'échange entre professionnels, avec une influence politique exprimée par l'ergothérapeute et les sages-femmes, où les professionnels exerceraient en coordination et coopération dans l'intérêt des patients.
 - Un lieu où l'exercice resterait libre mais avec une responsabilité vis-à-vis des patients (E6).
 - Un pôle d'attractivité, qui « *oriente les patients vers les médecins* » (E4), avec un accès facilité et adapté. Cette notion était reprise par les paramédicaux, à la fois pour les professionnels et pour les patients, « *parce qu'il y aura une visibilité* » (E10). De ce fait, il y aurait une certaine « *confiance du patient pour aller voir un autre professionnel* » (E13).
 - Un lieu pensé pour les patients, avec la proximité des services sociaux. « *Tout est regroupé* » lançait la diététicienne (E9). Les patients auraient « *quasiment tout sous la main* » selon un médecin généraliste (E3).
 - Relations entre professionnels:
 - Une « *interactivité* » avec une « *ambiance la plus favorable possible* » (E1). Cela permettrait d'avoir « *une meilleure connaissance du travail des uns et des autres* » (E10). Le fait de se retrouver au sein d'une même structure permettrait de « *plus se voir* » (E9).

- Le risque de conflits, de « *clashes* » du fait de la diversité et du nombre de professionnels (E1). Pour les paramédicaux, les relations seraient surtout liées « à la *bonne volonté de chacun* » (E6) sans réelle crainte de survenue de conflits (peut-être plus entre médecins pensait un des paramédicaux).
- Le but de la MSP:
 - Assurer une qualité de soins, une « *mise de compétences en commun* » et l'élaboration « *de projets ensemble* » (E11). Pour certains professionnels, la MSP n'était pas « synonyme » de qualité de soins: cela dépendrait de « *l'organisation interne de la maison et à la bonne volonté de chaque professionnels et son engagement personnel dans la qualité des soins* » (E6).
 - Permettre de « *rencontrer d'autres médecins, d'autre jeunesse, c'est surtout ça* » (E5).
 - Améliorer les pratiques de chacun.

4- Attentes face au projet

Les attentes des professionnels portaient sur différents champs:

- Les patients: l'optimisation de leur prise en charge passerait par:
 - Cette « *multidisciplinarité* » et la proximité des professionnels de santé. Les spécialistes mettaient en avant « *la facilité de diagnostic* » (E2), avec recours rapide à « *l'écho* » en cas d'urgences cardiologiques notamment. Les sages-femmes appréciaient la prise en charge rapide des patientes par les médecins « *en cas de problème, de malaise, en cas d'urgence* » (E8).
 - Les professionnels espéraient de « *meilleurs délais de consultation* » et voulaient mieux « *connaître les patients* » (E4). Les paramédicaux mettaient en avant une prise en charge par « *une équipe* » (E10, E13), une meilleure organisation, une meilleure gestion du temps dans « *l'intérêt du patient* » (E10, E13).
 - L'accès à la MSP: amener les patients à la MSP. Dans l'idéal, même les patients à mobilité réduite (E10, E11), par des locaux adaptés. voire organiser la création de cabinets périphériques pour les patients isolés (E1).
- Les professionnels de santé:
 - Plus d'échanges entre professionnels passeraient par:
 - La coordination et la coopération: le but était d'avoir une attitude commune sur la prise en charge des patients, travailler « *ensemble pour surmonter les inquiétudes* » (E4). Les sages-femmes mettaient en avant le travail en « *collaboration* ». Cette notion était reprise par les

paramédicaux. L'ergothérapeute soulignait le fait de conserver sa « *liberté de travail* ».

- Le travail en réseau: en passant par plus d'« *interactivité* » entre professionnels. Ce serait une « *facilité d'accès entre le médecin et les spécialistes* » (E4). Les sages-femmes soulignaient « *le travail d'équipe* », « *en partenariat* » (E8). Elles attendaient plus de discussions. On retrouvait cette idée chez les paramédicaux: plus de réunions permettant de s'enrichir « *sur le plan pédagogique* », apprendre « *des choses des uns des autres* » (E14), en comptant sur le partage d'informations sur les patients.

○ L'amélioration des conditions de travail passerait par:

- L'amélioration de leur qualité de vie: « *travailler moins* » (E1), « *se poser* » (E11). A noter que la podologue se trouvait dans l'optique de travailler plus.
- Un meilleur confort d'exercice: pour les MG avec moins de « *dérangements* » (E3) grâce au filtre des secrétaires et par l'intermédiaire d'une meilleure organisation du temps de travail.
- L'amélioration des pratiques professionnelles: les sages-femmes voulaient améliorer la qualité de leur travail en élargissant leur champ d'activité. Les échanges entre professionnels leur apporteraient plus et éventuellement changeraient « *leur façon de travailler* » (E7). On retrouvait cette idée chez la psychologue avec la possibilité de créer des projets « *plus spécifiques* » (E14).

- La lutte contre la désertification médicale: véritable finalité du projet de MSP

- En créant un pôle de santé pour attirer de jeunes professionnels: « *enjeu énorme* », « *attraction des jeunes* » (E5) selon les spécialistes. Il ne devrait plus y avoir d'activité isolée, selon les MG. Les paramédicaux mettaient en avant « *un travail en groupe* » (E12, E14), pouvant « *attirer de jeunes professionnels* » (E13) notamment par l'existence « *d'une structure qui est toute prête* » (E6).
- En comptant sur les internes, durant leur stage ambulatoire, pour les attirer (E1).

Pour les professionnels, le projet de MSP représentait LA solution d'avenir pour leur territoire.

Cette affirmation était nuancée par les spécialistes: il faudrait également « *renforcer l'hôpital* » (E4) même s'ils soulignaient l'« *enjeu* » et « *le bénéfice médical* » que représentait ce projet (E5).

Cette notion était également nuancée par les sages-femmes qui parlaient d'une « *solution dans l'air du temps* » avec une influence politique. Il y aurait peut-être d'autres solutions (E7, E8).

Ce projet serait un « *succès* », « *une grande réalisation* » (E4) donnant un « *second souffle* » (E5) à la ville selon les spécialistes. Les professionnels voulaient marquer « *leur volonté de rebondir et de remonter la médecine* » à Châteaudun (E5).

Globalement, ils paraissaient assez optimistes sur le projet, grâce au médecin pilote du projet. Selon les sages-femmes, il existait « *un bon noyau* », « *dynamique* » qui allait « *tirer le reste* ». Il persistait néanmoins une attitude expectative quant au fonctionnement de la MSP à l'ouverture. Les paramédicaux partageaient cette idée: pour le moment, le nombre de médecins serait le même, « *les mêmes dans un autre endroit* » (E14). Ils avaient donc l'impression que cela ne changerait pas grand chose dans l'immédiat.

Le recours au temps partiel serait une idée: un médecin pourrait alors travailler sur différents sites pour pérenniser l'offre de soins (E1, E2).

5- Inquiétudes face au projet

Les inquiétudes des professionnels et les inconvénients de la MSP portaient sur différents champs:

- La logistique
 - La mutualisation des locaux: un des MG était gêné par la mutualisation de la salle d'attente (E3). On retrouvait cette notion chez certains paramédicaux: impossibilité de déplacer le matériel du cabinet (E6) ou encore pour la confidentialité (E14). Les sages-femmes redoutaient que la MSP soit « *moins bien* » que leur cabinet actuel, locaux plus petits et moins accueillant, mais elles acceptaient ce sacrifice.
 - L'informatique: peur de pannes intempestives, angoisse d'un des MG car pas totalement familiarisé avec l'outil (E2). Pas de problèmes pour les sages-femmes car elles ont su anticiper la migration vers le logiciel pour « *maîtriser un peu* » (E8). Soucis de confidentialité, outil inadapté pour la pratique avec les patients, ou encore peu de maîtrise de l'informatique étaient des notions que les paramédicaux exprimaient.
 - Le secrétariat: méconnaissance de la patientèle (E3).
- L'organisation
 - Le fonctionnement: les MG s'interrogeaient sur les premiers jours, de peur que cela ne soit « *pas évident* » (E1). On retrouvait cette interrogation chez les spécialistes et les paramédicaux. Un médecin généraliste n'était pas sûr de pouvoir « *gérer la pénurie* » (E2).
 - Les absences: gestion de patientèle en cas d'absences répétées d'un médecin. Un des spécialistes s'interrogeait sur la gestion des patients si un « *arrêt du jour en lendemain* » survenait (E5).
 - L'emploi du temps: un des MG s'inquiétait de la gestion de son agenda déjà « *pas mal plein* » (E3) et de faire en fonction de ses confrères pour les congés (E3).
 - La charge de travail: les MG étaient inquiets que la MSP ne soit « *victime de son succès* » (E2). Un MG très impliqué dans le projet, avait peur d'une augmentation de sa charge de travail et de voir son temps libéral

« *amputé* » (E1). A l'inverse, les infirmières s'inquiétaient de ne pas avoir assez de travail durant les premiers jours.

- L'aspect financier: « *le nerf de la guerre* », « *point d'échauffement* » (E1)
 - Les charges: les MG mettaient en avant une majoration des charges. L'un d'eux dépenserait « *1000 euros de plus par mois* » (E3). La MSP ne représentait pas un « *gain financier* » (E3). Les spécialistes exprimaient également ce désagrément de payer « *plus cher* » (E5). Pour les sages-femmes, « *c'est toujours la grosse inconnue* » (E8), mais à priori « *ça va être moins* », ce serait des « *charges raisonnables* » (E7). Les infirmières se retrouvaient avec un deuxième cabinet et donc plus de charges (E10, E11).
 - L'impact sur les revenus: les infirmières s'inquiétaient d'une perte de revenus durant la période de mise en route avec l'angoisse que « *financièrement ça ne suive pas* » (E11).
- Les patients:
 - Gestion de l'afflux de patients: comment gérer l'afflux et crainte de recevoir une population qui, potentiellement, ne plairait « *pas durant les astreintes* » (E3).
 - Information donnée aux patients: les sages-femmes trouvaient « *compliqué vraiment d'informer* » la population sur ce projet (E7).
- Les relations entre professionnels: un des MG s'interrogeait sur la gestion des conflits, chose qu'il n'avait « *pas du tout envie de gérer* » (E1). Les sages-femmes mettaient en avant la possible « *difficulté* » pour créer une « *dynamique ensemble* » avec les spécialistes (car « *pas trop avoir professionnellement de rapports ensemble* ») (E8). Elles se demandaient si les professionnels arriveraient à collaborer ensemble. Les paramédicaux s'inquiétaient de la survenue d'éventuels conflits qui pourraient émerger en rentrant dans la MSP.
- Le devenir du projet: les MG appréhendaient ce projet novateur et la rencontre avec d'autres professionnels avec lesquels ils n'avaient pas l'habitude de travailler. Les paramédicaux s'interrogeaient sur le devenir du projet dans plusieurs années quand les médecins partiraient à la retraite (E13).
- Le ressenti personnel: un des MG se posait la question « *d'être à la hauteur* » dans ce nouveau projet (E3). Les sages-femmes se demandaient si cela allait leur « *apporter suffisamment* » (E7). Le devenir de la maternité (éventuelle fermeture dans les années à venir) faisait partie de leurs interrogations. Comment prendre en charge les futures mamans dans ce cas, avec le sentiment de se retrouver « *seule de chez seule* » (E7). Elles se demandaient si elles seraient « *déçue d'avoir déménagé* » en cas d'échec de collaboration (E7). Pour l'un des paramédicaux, ce projet n'était pas la principale préoccupation (E6).

Enfin, un des MG évoquait la problématique de gérer les relations avec les politiques « *chronophages* » pour ne pas se fermer la porte à de futurs financements (E1).

Résultats des représentations des patients

Caractéristiques de la population

17 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de patients volontaires, issus de 3 patientèles de médecins généralistes intégrant la MSP de Châteaudun. Les entretiens se sont déroulés entre le 29/05/2012 et le 27/09/2012, dans le cabinet du médecin généraliste de chaque patient. 2 entretiens réalisés chez 2 patients (patient 12 et 13) de médecins généralistes différents n'ont pas été pris en compte, ils s'étaient présentés en couple. Leurs réponses pouvant être influencées par le conjoint, il a été décidé de ne pas les analyser. La saturation des données a été atteinte à partir du 11^{ème} entretien.

Les tableaux 5, 6 et 7 regroupent les caractéristiques des patients interviewés.

Patient	Sexe	Age	Actif/Retraité	Pathologies	ALD	Nombre de consultation /An	Durée de l'entretien
Patient 1	féminin	60	retraîtée	Hypercholestérolémie	non	10	E1: 42 minutes
Patient 2	féminin	64	retraîtée	Rein unique, endométriose	oui	6	E2: 41 minutes
Patient 3	féminin	45	actif	Tumeur ovarienne, hypercholestérolémie	oui	12	E3: 37 minutes
Patient 4	masculin	60	retraité	Infarctus, hypercholestérolémie	oui	6	E4: 52 minutes
Patient 5	masculin	69	retraité	Arythmie, ostéoporose	oui	8 à 10	E5: 39 minutes
Patient 6	féminin	21	actif	aucune	non	12	E6: 29 minutes
Patient 7	masculin	62	retraité	aucune	non	2	E7: 38 minutes

Tableau 5 - Caractéristiques des patients du médecin N°1

Patient	Sexe	Age	Actif/Retraité	Pathologies	ALD	Nombre de consultation /An	Durée de l'entretien
Patient 8	féminin	67	retraîtée	Hypothyroïdie, AC/FA	oui	4	E8: 42 minutes
Patient 9	féminin	70	retraîtée	HTA, problèmes rénaux ?	non	2	E9: 38 minutes
Patient 10	féminin	42	actif	hypothyroïdie	non	3	E10: 38 minutes
Patient 11	masculin	68	retraité	HTA	oui	2	E11: 47 minutes
Patient 12 (non analysé)	féminin	89	retraîtée	HTA	oui	5	E12: 36 minutes

Tableau 6 - Caractéristiques des patients du médecin N°2

Patient	Sexe	Age	Actif/Retraité	Pathologies	ALD	Nombre de consultation /An	Durée de l'entretien
Patient 13 (non analysé)	masculin	65	retraité	Arythmie	oui	10	E13: 55 minutes
Patient 14	féminin	77	retraîtée	Hypercholestérolémie, asthme, cancer du sein	oui	6	E14: 48 minutes
Patient 15	masculin	37	actif	Insuffisance rénale	non	4 à 6	E15: 53 minutes
Patient 16	masculin	69	retraité	Flutter, cancer prostatique, carcinome œil gauche	oui	4 à 8	E16: 48 minutes
Patient 17	masculin	79	retraité	Maladie de Ménière	non	4 à 6	E17: 36 minutes

Tableau 7 - Caractéristiques des patients du médecin N°3

Analyse et interprétation des verbatim

Le codage des entretiens a mis en évidence deux grands axes: les représentations des patients sur le système de soins actuel et leurs représentations sur la maison de santé pluridisciplinaire de Châteaudun.

Représentations des patients sur le système de soins actuel

1- L'organisation des soins

D'une manière générale, les patients étaient «satisfaits» (E15/L168) de leur prise en charge médicale. Ils regrettaient néanmoins des soins de plus en plus coûteux («pas mal de médicaments n'étant pas remboursés... c'est de l'argent» (E1/L8)) et certains dénonçaient un défaut de compétences médicales («j'ai toujours un problème et on ne sait pas quoi me proposer» (E2/L17)).

La majorité des patients mettaient en avant la qualité des soins prodigués par leur médecin généraliste («moi je suis satisfaite» (E1/L34)).

Certaines qualités étaient plus fréquemment citées:

- La disponibilité: le médecin généraliste était décrit comme «quelqu'un de très disponible» (E15/L8) et de «très dévoué» (E15/L226). Soit pour un «conseil téléphonique» (E10/L161) ou «entre 2, quand il y a besoin» (E14/L330), malgré une charge de travail importante («le docteur est submergé» (E17/L10)).
- L'écoute et la compréhension: Il était «très à l'écoute» (E1/L41) et les patients se sentaient «compris» (E1/L54). Une seule patiente se sentait «moins écoutée qu'il y a quelques années» (E8/L91).
- L'adaptation: Il savait adapter son temps de consultation «suivant les besoins» (E10/L33), «c'est malléable» (E10/L34). Il ne «regarde pas son temps» (E1/L41). Les consultations duraient «d'un quart d'heure» (E5/L85) à «facilement une demi-heure» (E8/L49). Il se mettait «à la portée» (E9/L62) des patients. Certains le trouvaient «très bon au niveau explications» (E4/L79) quand d'autres restaient «dubitatifs» (E2/L162). Malgré tout, le diagnostic et l'ordonnance délivrés étaient globalement compris par le patient.

D'autres qualités émergeaient:

- la prise en charge globale: «c'est très complet» (E7/L113)
- le suivi du patient: «je suis bien suivi» (E2/L9)
- l'efficacité: «Il a été très rapide. Il a été efficace» (E16/L84)
- l'orientation vers les spécialistes: «de ce côté là c'est excellent» (E4/L13)

Les patients décrivaient une relation particulière avec leur médecin généraliste dont les principales composantes étaient:

- l'estime: «j'aime énormément mon médecin» (E10/L371)
- la fidélité: «je changerais de médecin pour rien au monde» (E6/L81)
- la confiance: «j'ai instauré une relation de confiance» (E4/L10), «c'est mon confident, c'est très précieux» (E1/L128)
- la transparence: «je suis très libre avec le docteur, quand j'ai quelque chose à dire je le dis» (E14/L112)

L'organisation de la consultation paraissait adaptée avec un temps de consultation «suffisant» (E7/L77) pour certains et «un peu juste» (E5/L91) pour les problèmes plus compliqués, pour d'autres. Ils ne «voyaient pas» (E4/L91) d'amélioration à apporter, sauf «peut-être le temps d'attente» (E10/L48).

A l'inverse des médecins généralistes, les patients regrettaient le manque d'explications diagnostiques de la part des spécialistes des autres disciplines «c'est trop rapide. Il y a des choses pas claires quand je sors» (E10/L60), «j'ai l'impression que c'est... on fait du chiffre» (E4/L111) avec «une distance qui n'est pas du tout la même qu'avec un médecin généraliste» (E4/L121). Les avis concernant le suivi médical étaient très mitigés.

Quant à la prise en charge par les services d'urgences, les patients constataient un temps d'attente *«trop long»* (E9/L36) avec un manque d'organisation, *«c'était mal organisé»* (E5/L76) et une sensation de mauvaise prise en charge médicale, *«ils n'ont pas tout à fait bien fait leur boulot»* (E11/L178).

Manque d'organisation, également, dans la permanence des soins. Les patients rencontraient des difficultés d'orientation, *«c'est la galère»* (E1/L238) par *«manque d'informations»* (E4/L63).

Mise à part le *«réflexe»* du 15 (E4/L54), quelques patients avaient entendu parler d'un *«système de garde le week-end»* (E15/L452) qui présentait quelques dysfonctionnements, *«j'ai déjà eu des soucis»* (E3/L34).

Ils avaient donc recours à *«l'automédication»* (E15/L452) ou aux *«conseils»* de leur pharmacien (E9/L193) et ne consultaient aux urgences qu'en cas de *«très grande urgence»* (E10/L17) ou en l'absence *«d'alternative»* (E15/L396).

Ils dénonçaient une absence de permanence des soins, de la part de toutes les spécialités, le soir et le week-end (*«le week-end ou le soir, là c'est un problème»* (E17/L35)). Il existait, malgré tout, une disponibilité relative des médecins en cas d'urgence (*«s'il y a urgence il vous prend»* (E2/L46)).

2- L'accès aux soins

L'accès aux soins chez les médecins généralistes inquiétait la plupart des patients. L'offre de soins en médecins généralistes se raréfiait (*«de moins en moins de médecins généralistes»* (E11/L11)). Ils observaient de nombreux *«départs en retraite»* (E1/L113) *«non remplacés»* (E11/L228) face à une population *«vieillissante»* (E8/L127) et des médecins qui se déplaçaient de moins en moins. (*«Parce que maintenant un médecin pour le faire venir...»* (E11/L419)).

Ils se heurtaient parfois à un *«refus»* (E10/L95) de prise en charge (*«ils ne peuvent pas prendre de nouveaux patients»* (E8/L343)). Ils avaient des *«difficultés à trouver un médecin»* (E4/L48) en l'absence du leur, sauf si ce dernier avait un remplaçant (*«On a la chance que le Dr X soit presque toujours remplacé donc...»* (E4/L46)).

Un patient ressentait également une perte de liberté de choix (*«On n'a plus la liberté de changer de médecin»* (E8/L342)) due à la *«pénurie»* (E16/L297) de médecins généralistes.

L'arrivée de médecins étrangers leur posait un problème de *«confiance»* (E8/L321).

Malgré tout, les délais de consultations chez les médecins généralistes étaient *«acceptables»* (E4/L21) tant dans l'urgence, *«dans la journée ou le lendemain»* (E11/L13), qu'en dehors de l'urgence, *«quelques jours»* (E4/L20), *«c'est rapide»* (E7/L25).

En revanche, une réelle pénurie existait déjà chez les spécialistes (*«c'est le désert un peu au niveau des spécialistes»* (E4/L33)), avec un choix restreint (*«on n'a pas trop le choix, on est obligé de prendre ce qu'il y a»* (E6/L318)), sans compter les *«départs en retraite non remplacés»* (E14/L38).

Les plus cités étaient les ophtalmologues, les cardiologues, les dentistes ou encore les ORL, les pédiatres et les gériatres.

D'autant plus que les spécialistes en place avaient déjà une charge de travail importante (*«ils sont surbookés»* (E16/L129)) ne leur permettant pas d'accueillir de nouveaux patients (*«Oui ils refusent systématiquement, même chez des médecins»* (E8/L256)).

Il en découlait des délais de consultations *«très longs»* (E2/L24) qui se dégradait (E2/L30) allant *«parfois jusqu'à 1 an»* (E1/L333). Comme chez les médecins généralistes, les

consultations d'urgence étaient malgré tout honorées par les médecins spécialistes installés, «*s'il y a urgence il accepte*» (E2/L46).

Concernant l'offre en paramédicaux, les patients «*ne manquent pas*» (E1/L92) d'infirmières mais souffraient du «*manque de kinésithérapeutes*» (E8/L127).

Les autres professions paramédicales n'avaient pas été évoquées par les patients lors de cette question.

L'accès matériel aux soins paraissait particulièrement important pour les patients. Ils soulignaient «*la chance d'avoir un car urbain gratuit*» (E3/L413) mais dénonçaient un très gros problème de stationnement dans la ville («*c'est difficile de se garer*» (E3/L430), «*les parkings à Châteaudun c'est la cata*» (E1/L295)).

Représentations des patients sur la MSP de Châteaudun

1- Le projet de MSP de Châteaudun

Le projet de MSP de Châteaudun était bien accueilli par les patients («*c'est une bonne initiative*» (E7/L152-153), «*c'est rassurant cette maison de santé*» (E1/L276-277)) et par la population («*les gens disent que c'est très bien*» (E3/L533)).

Ce projet s'inscrivait dans une évolution de la pratique médicale («*il faut vivre avec son temps, il faut évoluer*» (E8/L293)) avec un certain effet de mode («*c'est dans l'air du temps*» (E3/L140)).

La MSP était perçue comme un facteur dynamisant pour la ville de Châteaudun («*ça pourra attirer du monde extérieur et qui pourra développer au niveau commerce...*» (E7/L572)).

Certains y étaient complètement indifférents («*ça me fait ni chaud ni froid*» (E15/L176)).

Les patients en avaient entendu parler essentiellement «*par la presse*» (E2/L194) mais regrettaient le manque d'information sur le sujet («*on n'a pas été vraiment informé*» (E1/L67)). Ils auraient majoritairement souhaité donner leur avis («*personne n'a été voir les patients pour savoir s'ils avaient des aspirations quelconques*» (E4/L167-170)) sauf 1 ou 2 patients qui considéraient les meneurs du projet à même de prendre les bonnes décisions pour eux.

Ils attendaient, depuis longtemps, l'ouverture de cette MSP («*il est temps que ça se fasse*» (E1/L440)), sans inquiétudes, mais «*attendaient de voir*» (E4/L175-176) le fonctionnement. Ils espéraient qu'elle serait modulable dans le temps, en fonction de l'offre et de la demande de soins.

Les patients définissaient la MSP comme un «*groupement de médecin*» (E1/L61), avant tout, puis de paramédicaux, dans un «*même lieu*» (E8/L101). Parfois décrite «*comme une petite clinique*» (E11/L193), certains y voyaient «*une pérennité des soins*» (E4/L134) ou encore une liaison entre médecine de ville et médecine hospitalière (E15/L110).

2- L'organisation des soins de la MSP de Châteaudun

Les patients souhaitaient «*de la jeunesse*» (E1/L374) et «*de la nouveauté dans les médecins*» (E6/L374) pour dynamiser la MSP.

Ils attendaient:

- des médecins généralistes, considérés comme le fondement de la MSP: «généraliste c'est évident» (E7/L197), «par définition le médecin généraliste» (E11/L164).
- des spécialistes en priorité: du choix et de la diversité («Qu'il y ait un large choix de spécialistes» (E6/L374), «Que chaque spécialité soit représentée» (E10/L71)). Les ophtalmologues étaient très souvent cités.
- des professions paramédicales: les plus citées étaient les kinésithérapeutes, les infirmières, les diététiciennes et les orthophonistes. 3 patients n'en voyaient pas l'utilité dans la MSP.
- éventuellement, «une pharmacie» (E6/L143), «un laboratoire, si on a besoin d'une prise de sang» (E6/L305), ou encore «un petit centre radiologique» (E1/L104).

Les patients ne souhaitaient pas ou peu de modifications de l'organisation des consultations («j'espère que ça ne va pas changer grand-chose» (E5/L219)).

Ils préféraient des consultations sur rendez-vous («On attend moins» (E8/L176-178), «c'est plus organisé» (E1/L199)), avec, éventuellement, quelques créneaux sans rendez-vous pour dépanner («le lundi, après le week-end, on est bien content qu'on nous prenne sans rendez vous» (E14/L301)).

Ils espéraient avoir «une amplitude et des plages horaires beaucoup plus larges» (E4/L283), de 8h à 20h, surtout pour les patients actifs («Il faut surtout penser aux actifs en premier, les retraités ils ont le temps» (E8/L172)).

La permanence des soins dans la MSP était très attendue. Les patients souhaitaient «un endroit bien spécifique pour les médecins de garde» (E8/L202) pour savoir «où s'adresser» (E1/L234). Une permanence «le soir et le week-end» (E9/L143) sous forme de «roulement de médecins» (E16/L241) sur place ou même «d'astreinte» (E15/L397). Ils souhaitaient un service «7 jours sur 7» (E4/L324) mais «pas 24 heures sur 24» (E5/L109).

3- La logistique dans la MSP de Châteaudun

Un accueil paraissait «indispensable» (E4/L249), au moins «au début» (E9/L96). Les patients plus âgés préféraient le «côté rassurant d'avoir un interlocuteur» (E4/L253) pour les «guider» (E6/L150), plutôt qu'un système de fléchage «abstrait» (E4/L245). Ils avaient peur d'être «perdus» (E1/L156). Certains patients estimaient qu'il fallait «laisser les gens se débrouiller» (E8/L148).

La majorité des patients souhaitait un secrétariat «sur place» (E1/L166), jugé plus «convivial» (E3/L185). Une secrétaire médiatrice pour faire une «liaison avec le médecin» (E15/L202) ou pour «un renseignement» (E3/L184).

Les plates-formes téléphoniques étaient tolérées, uniquement pour les prises de rendez-vous, «à condition qu'on puisse leur passer le médecin» (E11/L276) si besoin. Elles présentaient beaucoup de désavantages: une mauvaise connaissance du patient, une perte de service (comme la délivrance d'ordonnance), une perte de flexibilité des plannings (sans négociation possible), voir même une suppression de poste de travail.

Les patients préféraient des salles d'attentes privatives, surtout pour les spécialistes, pour plus de discrétion («ici ça se colporte, ça va très très vite» (E3/L202)) et de tranquillité («ce sera plus tranquille» (E10/L105)). Pour les médecins généralistes, les salles d'attentes

communes suffisaient («*qu'il y ait 3 ou 4 médecins généralistes pour une salle d'attente ce n'est pas grave*» (E6/L298)). Une seule patiente trouvait les salles d'attente communes plus «*conviviales*» (E1/L179).

La MSP était considérée parfois comme un lieu de «*rencontre*» (E4/L541), familial, pour certains, et souvent «*impersonnel*» (E10/L342) et stigmatisant, pour d'autres, par rapport aux cabinets médicaux indépendants.

La MSP était «*facile d'accès*» (E7/L162) et bien placée dans la ville. Les patients espéraient disposer d'un stationnement plus correct que ce qu'ils connaissaient actuellement («*en espérant qu'il y ait du stationnement facile d'accès*» (E5/L326)). Beaucoup étaient inquiets face au nombre de places disponibles dans le parking («*j'ai peur que ce ne soit pas suffisant*» (E5/L234)). L'alternative était le bus de ville gratuit qui les déposait devant la MSP. Une patiente proposait «*un transport qui aille chercher les patients dans les petites communes et qui les amènent à cette maison de santé*» (E1/L390-391). L'accès handicapé et l'ascenseur étaient jugés «*indispensables*» (E16/L428) dans la structure.

Représentations des patients sur le regroupement des professionnels de santé dans la MSP de Châteaudun

1- Impacts du regroupement des PS dans la MSP, pour les patients

Le regroupement des PS paraissait impacter de façon plutôt positive. La majorité des patients attendaient «*un plus*» (E5/L325) de ce regroupement, mais quelques uns n'y trouvaient pas de bénéfices («*A mon avis ça ne met rien en péril mais ça n'arrange rien non plus*» (E14/L550)).

Les principaux impacts du regroupement sur les patients, étaient:

- «*une meilleure accessibilité aux soins*» (E4/L142) grâce à:

- «*une ouverture plus grande en terme de plages horaires*» (E5/L131)
- un accès permanent aux soins, par le remplacement des médecins entre eux («*qu'on puisse joindre quelqu'un quand notre généraliste n'est pas là, si on est malade, qu'on puisse au moins nous prendre en charge*» (E3/L503)), une sorte de «*médecin de substitution*» (E16/L261).
- une réduction de la distance du soin entre les différents professionnels de santé: «*on est éclaté partout dans la ville, donc c'est très bien de centraliser*» (E4/L232).
- un accès routier et un stationnement plus pratique: «*une meilleure possibilité de stationnement*» (E15/L98), «*l'accès est facile parce que ce n'est pas tout à fait le centre ville*» (E10/L226).

L'ouverture de l'accès aux soins («*l'accès à tous aux soins*» (E10/L68)) favorisait:

- un «*gain de temps*» (E7/L466)
- un accès aux habitants des campagnes alentours («*A Châteaudun c'est vrai que c'est utile parce qu'on a quand même beaucoup de campagne autour*» (E17/L146)), parfois difficiles à déplacer («*Les gens des campagnes? Eux qui ne sont pas habitués à se déplacer, vous aurez du mal à les déplacer!*» (E2/L491)).

-une offre de soins enrichie

Un des intérêts majeurs de ce regroupement était l'attractivité de «*nouveaux médecins*» (E16/L293): «*J'espère, je le souhaite ardemment que la maison médicale va générer un peu de médecins et de spécialistes*» (E16/L48-49) permettant une offre de soins plus riche et plus variée. L'unique regroupement des médecins exerçant actuellement n'avait aucun intérêt: «*c'est vrai que c'est saturé, s'il vient des spécialistes, des médecins supplémentaires c'est bien. Parce qu'autrement si ça reste comme c'est maintenant ça ne sert à rien*» (E14/L542).

L'impact le plus attendu était la création d'un service de garde: «*Le service de garde serait la plus-value que je verrais au niveau des patients*» (E15/L133). Il permettait une amélioration de la permanence des soins.

-un impact sur la consommation des soins

Spontanément, la majorité des patients pensait que le regroupement n'allait pas modifier leurs habitudes de consultations dans l'immédiat: «*Pour moi ça ne va pas me changer grand-chose*» (E10/L79). L'avantage était surtout dans l'avenir: «*dans l'avenir je pense que ça pourrait m'apporter quelque chose. Tant qu'on conduit, on n'y pense pas trop, mais après, c'est plus rassurant*» (E5/L304).

Certains pensaient revenir consulter à Châteaudun si l'offre de soins s'élargissait: «*ça évitera aux gens de Châteaudun d'aller à Vendôme, à Chartres surtout voir des spécialistes*» (E7/L357).

Ils estimaient conserver leur liberté de choix médical: «*je pense qu'on a toujours notre liberté de choix*» (E16/L449). Certains patients craignaient d'être incités à consulter des médecins de la MSP: «*Parce qu'après ce que je crains c'est que quand il n'y aura plus de place chez notre médecin on vous envoie chez celui d'à côté*» (E2/L172).

Ce regroupement permettait une simplification de la recherche de médecins «*S'il faut que je trouve un médecin, je ne vais pas me casser la tête, je vais aller direction la maison de santé et là je sais qu'il y en aura un*» (E1/L282) et de la prise des rendez-vous chez les spécialistes et les paramédicaux: «*on sort du cabinet du médecin on va au secrétariat du médecin où on doit aller, on prend rendez vous tout de suite c'est réglé, y'a plus à y penser*» (E15/L318).

-un impact sur la qualité des soins

Les patients étaient plus motivés pour «*se faire suivre*» (E6/L309).

La prise en charge par les professionnels de santé était «*plus rapide*» («*il y a moins d'attente diagnostique* (E3/L498)) et de meilleure qualité («*ça optimise le suivi, ça optimise beaucoup de choses*» (E15/L515)).

Le partage du dossier médical faciliterait la coordination entre les PS: «*Un dossier médical en commun entre plusieurs médecins et la liaison avec les spécialistes... le suivi médical gagne en efficacité du moment que l'information circule mieux*» (E15/L300), permettant une meilleure qualité du suivi.

Les patients y étaient plutôt favorables entre médecins généralistes et autres spécialistes («*ils peuvent se partager le dossier médical au contraire c'est très bien* (E1/L417)) sauf quelques réfractaires («*si ce n'est pas un médecin que je vais consulter habituellement oui ça me dérangerait*» (E10/L382)). Tant que le secret médical était préservé le partage d'informations était possible: «*ils ont un devoir de réserve donc je ne vois pas pourquoi ils n'auraient pas les renseignements?*» (E4/L448).

L'avantage essentiel était une meilleure connaissance du patient, notamment «*en cas d'urgence*» (E8/L348). Il permettait de limiter «*les erreurs*» (E3/L370) et de «*gagner du temps*» (E7/L531).

En revanche, certains patients ne souhaitaient pas que les paramédicaux accèdent librement à leur dossier médical («*je ne vois pas pourquoi l'infirmière en aurait besoin pour les soins. Elle n'a pas besoin de rentrer là dedans. Ça doit rester interne aux médecins*» (E8/L352)). Ils préféreraient qu'on leur demande leur «*accord*» (E3/L374) si cela se faisait.

Le regroupement des PS optimisait essentiellement la qualité des soins des personnes âgées: «*la plupart c'est une population âgée donc c'est plus adapté. Et pour le suivi ce sera beaucoup mieux*» (E6/L357), notamment avec la création du pôle gériatrique accolé à la maison de santé («*C'est vrai que si vous avez quelqu'un d'agé et que vous avez vraiment besoin pour un placement ou pour une aide sociale... Au moins, tout va être regroupé*» (E3/L331)).

-un impact sur la relation médecin/patient

Les patients avaient des craintes sur l'avenir de leur relation avec leur médecin, dont:

- la perte de disponibilité du médecin généraliste: «*Ça me tracasse un petit peu parce que j'espère qu'il ne va pas avoir trop de clientèle et après plus pouvoir être aussi disponible et motivé*» (E10/L178).
- la perte du lien avec le médecin généraliste: «*la seule crainte que j'ai c'est que j'espère que mon médecin restera le même, qu'il ne sera pas happé par le mouvement collectif voilà. Qu'il n'en oubliera pas les soins particuliers qu'il nous donne*» (E10/L359).

-un impact sur l'éducation thérapeutique et la prévention

Les patients étaient intéressés, individuellement, par la mise en place de consultations d'éducation et de prévention au sein de la MSP: «*Ah oui, moi je suis pour*» (E3/L392). Ils doutaient de l'intérêt de la population pour ce type d'intervention: «*compte tenu de la population je ne suis pas sûr. Ça m'étonnerait qu'ils soient intéressés*» (E8/L282).

Les consultations individuelles leur paraissaient plus adaptées que les réunions de groupe: «*Je ne sais pas si en groupe les gens vont tellement se laisser aller. Là ça va peut-être poser des problèmes. Mais en individuel je pense que ça peut marcher*» (E1/L456).

Les intérêts étaient:

- une meilleure connaissance de sa maladie, donc moins d'erreurs
- les réponses aux questions des patients
- un rapprochement avec les professionnels de santé permettant une approche différente de la consultation habituelle: «*il y a toujours une distance avec un médecin, et encore plus avec un spécialiste, quand vous allez chez un spécialiste il vous prend... de haut. Il y a toujours une distance et ça serait génial de pouvoir échanger avec des gens comme ça à bâton rompu*» (E4/L542).

-un impact sur les besoins de soins des patients

Les patients pensaient que la MSP allait répondre à leurs besoins de santé, certains l'espéraient, en attendant de juger («*Je vous le dirai dans un an*» (E15/L529)).

La MSP répondrait plus particulièrement aux besoins de la population majoritairement âgée de Châteaudun: «*Oui parce que la plupart c'est une population âgée donc c'est plus adapté. Et pour le suivi ce sera beaucoup mieux*» (E6/L356).

2- Impacts du regroupement des PS dans la MSP, pour les PS

Les patients estimaient que les PS qui se regroupaient dans la MSP avaient de nombreux avantages. En revanche, certains patients ne voyaient pas l'intérêt de rentrer dans cette structure pour les médecins déjà installés: *«à titre personnel, le gars qui est installé, qui a ses bâtiments, qui a tout ce qu'il faut chez lui, qui a tout son matériel, à la limite... il n'a aucun intérêt»* (E4/L350).

Les différents intérêts cités étaient:

-les intérêts financiers

Le regroupement permettrait une réduction des frais de fonctionnement (*«Ils se répartissent les frais. C'est un avantage pour eux»* (E17/L96)) et une réduction des coûts d'installation des jeunes médecins (*«Et ça peut permettre aux jeunes médecins de pouvoir s'installer, d'avoir moins de frais»* (E6/L238)).

-les intérêts médicaux

La communication entre les PS serait facilitée par le regroupement: *«le généraliste et le spécialiste qui sont à dix mètres l'un de l'autre vont échanger beaucoup plus facilement que le gars qui est à 30 km ou 50 km!»* (E4/L426), *«S'il y a quelque chose à faire, ils sont la porte à coté, le médecin peut bien aller voir l'infirmière et vice versa, pour communiquer»* (E16/L138).

Les médecins pourraient se donner des avis médicaux en cas de doute *«Au niveau d'un diagnostic, j'ai un petit doute, on peut aller voir le collègue à coté. Ça peut aider au niveau du raisonnement. Et éviter une petite erreur»* (E16/L281).

La collaboration entre PS permettrait un enrichissement de leurs connaissances médicales: *«Parce que pour eux ça doit être hyper enrichissant d'avoir des gens autour d'eux de disciplines différentes»* (E4/L417).

Certains patients pensaient que les PS se regroupaient dans l'intérêt de leurs patients *«pour faciliter l'accès aux soins»* (E10/L206), perçu comme *«une idée avant-gardiste»* (E4/L346).

Le regroupement permettrait également d'éviter le nomadisme médical de certains patients: *«les gars qui changent de docteur tous les 8 jours, ils vont être coincés quand ils vont aller là-bas, parce qu'ils vont être démasqués»* (E17/L162).

-les intérêts organisationnels

Le regroupement permettrait *«de meilleures conditions de travail»*. Ce confort de travail serait possible grâce à:

- l'organisation des absences: les PS pouvaient *«se remplacer en cas de besoin»* (E14/L382) et *«s'organiser pour les vacances»* (E5/L227).

- la répartition de la charge de travail: *«ce sera moins de contraintes»* (E14/L137), *«je crois que c'est encore plus facile dans une maison médical, parce qu'on peut se partager les plages horaires»* (E4/L305).

- le recrutement de nouveaux confrères: *«je pense que ça peut amener un plus dans ce domaine là»* (E14/L158).

- la facilitation de la passation d'activité: *«Je pense que ça sera peut-être plus pratique quand il s'en ira pour revendre son fond ou trouver un remplaçant» (E2/L343).*

- des locaux plus confortables: *«avec tout ce que ça comporte comme avantages au niveau structure et infrastructure, que d'avoir chacun son cabinet dans son petit coin... Et novateur, des locaux neufs» (E16/L269).*

Les PS auraient, en revanche, une certaine perte de liberté: *«Lui (le médecin) je sais que le fait de commencer à 8h ça va le gêner énormément» (E16/L212).*

-les intérêts humains

L'intégration de la MSP permettrait au PS d'être moins isolés: *«si on intègre une maison de santé, c'est aussi parce qu'on a plus envie de travailler dans son petit coin!» (E4/L417).*

Elle faciliterait:

- la rencontre de nouveaux confrères: *«faire connaissance avec d'autres médecins, avec lesquels on n'a pas pensé aller. Faire connaître d'autres spécialistes, médecins qu'ils n'auraient pas côtoyé» (E8/L212).*

- le compagnonnage des jeunes médecins: *«Et puis un jeune qui arrive il a besoin d'être aidé, épaulé (...) Il faut débiter, on a besoin d'aide. Je pense que c'est un plus à ce niveau là» (E16/L287).*

DISCUSSION

Discussion des représentations des PS

A propos de la méthode

Le but de l'étude était de connaître les opinions et attentes des professionnels de santé intégrant la future MSP de Châteaudun.

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a préalablement recueilli l'opinion des professionnels de santé sur la démographie médicale locale, ainsi que leur pratique actuelle.

Ce recueil a permis de mieux appréhender les attentes et les craintes exprimées par les professionnels, ainsi que leurs représentations du projet.

Le recrutement des participants a été réalisé en interrogeant une partie des PS intégrant la MSP de Châteaudun. Lors de ce travail sont apparues des difficultés pour interviewer certains professionnels. Celles-ci étaient liées à la disponibilité de certains participants. Malgré le souci de représentativité qualitative, le kinésithérapeute n'a pas été interviewé car il n'a pas pu se libérer.

Les entretiens semi-dirigés étaient les plus appropriés pour cette étude. L'entretien semi-directif est basé sur un questionnaire qui mêle des questions biographiques et d'autres concernant le thème de la collecte. Cette méthode permettait d'adapter le questionnaire à chaque témoin, nécessitant une part d'improvisation. Le but était d'orienter le témoin sans encadrement important, ce qui permettait une grande liberté de parole. Certaines opinions n'auraient probablement pas été émises en groupe: on aurait pu assister à un effet hiérarchique du fait de la diversité des PS interrogés.

Cette technique présentait des avantages: garantir l'étude de l'ensemble des questions qui intéressaient l'enquêteur, assurer la comparabilité des résultats et recueillir des informations approfondies sur les valeurs, les faits et comportements des personnes interrogées. Elle présentait également des limites: c'était une technique qui se révélait compliquée à mettre en œuvre car les thèmes abordés par l'enquêteur pouvaient casser le fil et la dynamique du discours. Il était difficile de tirer des conclusions générales. Enfin, elle nécessitait beaucoup de temps et des compétences particulières pour concevoir, conduire et interpréter un entretien. Les données recueillies dépendaient des connaissances des personnes interrogées et de leur volonté à répondre. Le choix des interviewés était donc important.

Concernant la validité interne de l'étude, la méthode des entretiens semi-dirigés a été présentée aux participants afin qu'ils adhèrent à cette méthode. La retranscription des enregistrements a été la plus fidèle possible. Cependant, les verbatim n'ont pas été relus par les participants. Les codages des verbatim des PS et des patients ont été réalisés de façon indépendante. Concernant le critère de fiabilité, une catégorisation thématique des résultats a été effectuée, en relisant et archivant successivement des grilles d'analyses préliminaires. A la fin de ce processus de relecture et de reclassement, une grille d'analyse définitive a été obtenue. Il n'y a pas eu de triangulation des données et de la méthode.

Enfin, il s'agissait d'une analyse à un moment donné, sur un lieu défini. Les résultats ainsi obtenus ne pouvaient être généralisés mais simplement comparés à ceux de la littérature.

A propos des résultats

1- Un constat mais quelles solutions ?

Les professionnels de santé interrogés ont ressenti la pénurie qui s'installait à Châteaudun. Cette situation était également retrouvée au plan national. Celle-ci était responsable d'une augmentation de leur charge de travail. Selon les médecins généralistes, l'offre de soins n'était pas satisfaisante, impliquant une modification de comportement des patients, notamment une augmentation de leurs exigences.

Il n'y a jamais eu autant de médecins qu'aujourd'hui. Pourtant, on constate des difficultés d'accès aux soins primaires pour la population: allongement des délais pour accéder à certains spécialistes, pression supplémentaire liée au vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de l'accompagnement de la dépendance (16,17). Les professionnels interrogés étaient bien conscients de cette situation.

La mission confiée au Dr Michel Legmann tentait d'expliquer cette diminution de la population médicale libérale par des facteurs comme le vieillissement des médecins en exercice et un attrait grandissant pour le salariat (meilleures conditions d'exercice et plus d'avantages sociaux). Il existerait une baisse inéluctable des effectifs médicaux dans les dix prochaines années contrastant avec une hausse de la population (18).

Les professionnels de santé interrogés proposaient des incitations financières pour tenter d'améliorer la situation. Elles se sont développées ces dernières années, par l'intermédiaire de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi n°2005-157 du 23/02/2005, articles : 114 (1464 D du code général des impôts), 38 et 38bis, 108 et 111). En fonction des zones concernées par la pénurie en médecins, des exonérations fiscales, des aides financières aux étudiants de 3^{ème} cycle de médecine, à l'installation ou au maintien des médecins étaient proposées (19). En France, à l'échelon national, les mesures pour améliorer la répartition des professionnels portaient essentiellement sur des leviers financiers. Elles étaient peu ou mal évaluées au final. A contrario, sur le plan régional, il existait une grande variété d'actions portant sur la formation et les conditions d'exercice (20).

Une revue de la littérature anglo-saxonne montrait qu'il n'existait pas de solution unique pour enrayer le problème de répartition des professionnels de santé (21). L'ensemble des mesures étudiées, portant sur la pertinence de la logique de saturation de l'offre et sur l'utilité des stratégies incitatives uniquement financières semblaient n'avoir qu'une influence modérée à court terme et très faible à long terme. Les résultats étaient meilleurs si on renforçait les politiques visant à réformer la formation initiale. Il faudrait cibler les étudiants les plus aptes à exercer en zone déficitaire (étudiants issus des dites zones). La littérature soulignait également l'importance de la combinaison de ces différentes mesures et la coordination nécessaire des différents acteurs sur les plans local, régional et national.

Les incitations financières ne seraient donc pas l'unique solution aux problèmes de répartition des PS sur le territoire. De plus, le facteur financier n'apparaissait pas prioritaire dans la pratique des PS interviewés. En plus des aspirations professionnelles, il faudrait également tenir compte des aspirations personnelles: attentes par rapport au cadre de vie et à la vie de famille (21). Des politiques d'aménagement du territoire seraient donc nécessaires.

2- La MSP de Châteaudun: ce que les PS imaginent

Certains PS ont exprimé un manque d'interactivité dans leur pratique actuelle. Paradoxalement, ils soulignaient l'importance du réseau de soins et l'existence de certains échanges entre PS. La MSP de Châteaudun apparaissait comme une solution pour résoudre ces problèmes. Les professionnels interrogés attendaient donc de la MSP un travail en équipe et surtout en multidisciplinarité avec plus d'échanges et de coopération. Cette notion représentait la principale motivation des PS. Ces représentations sont la base des projets de MSP: la coordination entre PS représente la pierre angulaire des projets (22).

Ils souhaitaient conserver leur liberté d'exercice. Cette notion d'indépendance, base de l'activité libérale, était également avancée dans d'autres travaux (11).

Les PS interviewés imaginaient avoir plus d'échanges entre eux. Ils souhaitaient organiser des réunions pour parler des dossiers des patients. L'expérience des MSP de Franche-Comté et de Bourgogne montraient qu'il existait bien une coopération effective, surtout entre MG et IDE, mais celle-ci passait plus par des échanges informels d'informations (au cours des pauses, durant les consultations ou par l'intermédiaire du secrétariat). La coopération avec les autres professionnels se faisait principalement au cas par cas (23).

L'autre motivation, notamment pour les médecins généralistes, était la fin de l'activité isolée. Cela permettrait une meilleure prise en charge des patients et une meilleure organisation de travail pour améliorer leur qualité de vie. Le regroupement des MG s'est développé de plus en plus ces dernières années. Cette pratique de travail en groupe est devenue majoritaire: 43% en 1998 versus 54% en 2009. Elle permettait une organisation différente du temps de travail par rapport aux MG exerçant en cabinet isolé. Les MG travaillant en groupe déclaraient effectuer plus d'actes quotidiens et hebdomadaires que leurs confrères exerçant seuls. Cependant ils travaillaient en moyenne un nombre de jours inférieurs. Ils s'impliquaient également plus dans des pratiques de formation (24).

Même si la tendance au regroupement apparaît en augmentation en France, le travail de groupe reste nettement inférieure comparée à la Suède, la Finlande, le Canada ou au Royaume-Uni. Les MG exerçant dans ces pays travaillent au sein de structures publiques locales avec des équipes pluridisciplinaires (Suède et Finlande) ou dans des structures privées dans un cadre contractuel (Canada, Pays-Bas et Royaume-Uni). Ceci implique des règles et des pratiques nouvelles, notamment le développement de la coopération entre les PS, la modification de la rémunération des PS et de nouveaux contrats (25).

Les PS se représentaient la MSP comme un lieu pensé pour les patients avec une meilleure accessibilité et la proximité des différents PS et des services sociaux. Le projet serait un véritable pôle d'attractivité pour les patients et pour le recrutement de nouveaux PS. Cette notion de "guichet unique" a été exposée dans la conférence sur les MSP de Besançon (26).

Pour les PS, le but du projet était d'assurer une qualité des soins, rencontrer et attirer des PS et améliorer les pratiques de chacun. Cependant, il est difficile de faire une évaluation globale de la qualité des soins dans les MSP. Cela dépend de chaque maison de santé et des professionnels y travaillant.

3- La MSP porteuse de nombreuses attentes pour les PS

Les PS avaient de multiples attentes. Ils souhaitaient l'amélioration de la prise en charge des patients par le biais de la multidisciplinarité et de la coopération entre PS par plus d'interactivité. De meilleurs délais de consultations, des services rapides, adaptés et mieux organisés pour les patients étaient attendus. Les PS interrogés désiraient également une meilleure prise en charge des personnes à mobilité réduite.

Ils espéraient de meilleures conditions de travail en comptant sur un meilleur confort par la délégation des tâches administratives et le rôle filtre des secrétaires.

Enfin, ils espéraient que ce projet attirerait de nouveaux PS afin de lutter contre la pénurie touchant le secteur de Châteaudun. La création d'un pôle de santé avec des PS à temps partiel ou les stages ambulatoires des internes pourraient contribuer à améliorer la situation.

Toutes ces aspirations se retrouvent dans différents travaux. Ainsi, dans le rapport de l'ARS Lorraine, les PS attendaient, avant tout, une amélioration des conditions d'exercice par le biais de la modification des pratiques en élargissant leur champ d'activité (plus d'échanges entre PS) et la rupture de l'isolement (fin de l'activité isolée comme le soulignait un des PS interviewé) (16). D'autres attentes étaient retrouvées dans ce rapport telles que: la mutualisation des moyens matériels et humains, les activités innovantes, l'optimisation du temps médical ou encore l'attraction de confrères ou de remplaçants.

4- La MSP: source d'inquiétudes

Malgré les attentes et l'enthousiasme suscités par ce projet, les PS ont exprimé des craintes voire de véritables inquiétudes.

Concernant les patients, les MG avaient peur d'un afflux massif vers la MSP du fait de sa visibilité. Dans un premier temps, il paraissait évident pour les MG de gérer leur propre patientèle afin d'éviter une surcharge de travail. En revanche, les IDE craignaient manquer de travail, et par conséquent, de revenus. Elles pensaient accepter tous les patients.

En intégrant cette nouvelle structure, ils redoutaient son fonctionnement initial. L'organisation des emplois du temps les inquiétait.

Les relations professionnels étaient au cœur des inquiétudes. La multiplicité des PS qui ne se connaissaient pas avant pourrait être source de conflits. Certains PS craignaient même d'y perdre au change.

Cette structure novatrice, intégrant une nouvelle logistique (informatique, secrétariat) et de nombreux PS serait coûteuse. La majorité des PS l'avait bien compris. Les MG redoutaient la majoration des charges alors que les sages-femmes les jugeaient acceptables.

Enfin, le dossier médical partagé suscitait des interrogations par la limitation du partage d'informations. Bien que les sages-femmes et la plupart des paramédicaux y étaient favorables dans notre étude, le code de déontologie est clair dans son article 4: chaque médecin est tenu au secret professionnel. Le partage du dossier médical ne se conçoit qu'après consentement du patient, avec un confrère qui sera impliqué dans la prise en charge (ou

l'équipe soignante dans le cadre d'un service hospitalier). Or, le partage d'information entre PS dans une MSP s'impose dans la pratique quotidienne afin d'assurer la continuité des soins et d'améliorer leur qualité dans l'intérêt du patient. Bien qu'une avancée réglementaire ait eu lieu sur le partage d'informations dans les MSP, les solutions pour rester dans ce cadre légal seraient de demander systématiquement le consentement du patient ou de limiter l'accès en fonction de chaque PS (4).

Toutes ces inquiétudes pourraient constituer un frein au projet. En effet, dans son livre, Pierre de Haas a montré que la dépendance des PS pour l'organisation des congés (pour assurer une permanence de soins), le risque d'émergence de conflits et la majoration des charges étaient des facteurs entravant le bon déroulement des projets (22). Ainsi, les principales craintes évoquées par les PS des différents projets de MSP étaient similaires à celles retrouvées dans notre étude. Ces freins pourraient être éliminés dès la conception du projet par la création d'une dynamique d'équipe.

5- Perspectives et propositions pour l'avenir

Comme le soulignaient certains PS interrogés, la MSP ne constituerait pas l'unique solution pour améliorer l'offre de soins. Elle constituait un levier mais il fallait également agir sur l'ensemble des déterminants à l'installation.

Une solution serait de promouvoir les pôles de santé pour consolider l'accès aux soins dans des territoires fragilisés, non pas par un regroupement de PS, mais par une coordination formalisée dans un projet de santé (16). Le développement de la télémédecine permettrait également d'améliorer la prise en charge des patients concernés (22).

La coopération entre PS, largement exprimée dans ce travail, permettrait une amélioration de l'exercice et de la prise en charge des malades.

Cette coopération, définie par la loi HSPT de 2009 implique des transferts d'activités, redéfinissant les périmètres d'intervention de chaque PS (3). Néanmoins, leur mise en œuvre est complexe. Elle se heurtait à une double réticence. Les PS craignaient une perte d'identité professionnelle et de rémunération. Quant aux usagers, ils redoutaient une prise en charge de moindre qualité si les soins étaient prodigués par un PS autre que le MG.

Le cadre général actuel est peu propice à ce type de pratique. Des facteurs comme le secret professionnel (limitant le partage d'informations), une liste limitative des actes des PS non médecins et la rémunération à l'acte (le transfert d'activité se traduisant immédiatement par une perte de revenus) en étaient des exemples.

Dans de nombreux pays, le développement des coopérations est présenté comme une solution pour pallier à la pénurie de médecins, améliorer la qualité et la continuité des soins, maîtriser la croissance des dépenses de santé.

Dans les pays anglo-saxons et scandinaves, le champ d'intervention des infirmiers est plus large, permettant ainsi de dégager plus de temps médical, de diminuer la charge de travail et d'améliorer les conditions d'exercice des médecins. Ceci concourt à améliorer l'efficacité du système de santé dans son ensemble (27). En France, cela supposerait la création d'un nouveau statut infirmier si de telles pratiques se développaient.

Le cadre d'exercice des PS doit donc évoluer. Il faut développer de nouveaux modes de rémunérations, notamment plus collectifs, en tenant compte des objectifs de coordination. Il faudrait également assurer un meilleur partage des données de santé et redéfinir le cadre juridique des professions paramédicales.

Discussion des représentations des patients

A propos de la méthode

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les attentes des patients vis-à-vis du projet de MSP de Châteaudun. Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a préalablement recueilli l'opinion des patients sur la prise en charge de leur santé au moment de leur interview. Ce recueil a permis de mieux comprendre les attentes et les craintes des patients vis-à-vis de ce projet. Les représentations des patients sur l'organisation des soins, la logistique et le regroupement des PS, ont été secondairement étudiées dans ce travail.

Les entretiens semi-dirigés étaient plus appropriés pour recueillir les opinions des patients. Les représentations sur la prise en charge de leur santé les amenaient à évoquer leurs problèmes de santé personnels dont ils n'auraient probablement pas parlé en groupe. L'analyse par focus groups pouvait induire des réticences à exprimer des idées personnelles et il pouvait se dégager des normes de groupe et un effet de leader d'opinion qui auraient entravé la liberté d'expression des patients sur certains sujets (28). Les représentations des patients sur la qualité des soins délivrés par certains professionnels de santé, dont leur médecin généraliste, auraient été énoncées de façon plus mesurée en groupe. Certaines critiques n'auraient probablement pas été émises. Ces entretiens ont fait émerger des caractéristiques communes de la MSP « souhaitée » par les patients, correspondant le plus à leurs attentes.

Cependant la validité interne de cette étude présentait certaines faiblesses. Le lieu des entretiens (cabinet du médecin généraliste des patients) a pu susciter une certaine retenue de la part des patients, lors des questions sur leur prise en charge médicale actuelle. Certains patients hésitaient à répondre de façon transparente au début des entretiens, malgré l'assurance de leur anonymisation. Cette retenue a rapidement disparu au cours de l'entretien, les patients se sentant de plus en plus à l'aise. Ils avaient peu de représentations spontanées sur la MSP et semblaient avoir peu réfléchi au sujet. Des questions de relance étaient parfois nécessaires pour les pousser dans leur réflexion. Ce manque de réflexion venait probablement du fait que leur avis n'avait pas été sollicité en cours de projet. La réalisation d'un ou plusieurs focus group aurait permis d'obtenir plus d'échanges et de réflexion et aurait facilité l'émergence d'idées novatrices. La triangulation de l'analyse des données aurait augmenté la validité des résultats de l'étude. Le recrutement des patients a été effectué sur la base du volontariat. Les patients ayant accepté avaient probablement des remarques à émettre ou connaissaient plus le projet, voire y étaient impliqués (1 patient faisait partie du conseil municipal). La moyenne d'âge des patients était élevée, 59 ans. 11 patients sur 15 étaient retraités. Les personnes plus âgées ont connu une organisation des soins différente de celle d'aujourd'hui et avaient donc des aspirations différentes de celles des générations plus jeunes. La diversité de l'échantillon était probablement insuffisante pour assurer la totale saturation des données. Cependant, la population de Châteaudun vieillissant, les usagers de la maison de santé seraient majoritairement âgés.

A propos des résultats

1- Une volonté des patients de s'exprimer sur le sujet de la MSP de Châteaudun

Cette étude a, avant tout, mis en évidence la volonté des patients de s'exprimer sur le sujet de la MSP. Ils auraient souhaité une sollicitation de leur avis et une meilleure information sur le déroulement du projet de la part des meneurs. Un patient trouvait impensable de ne pas recueillir les attentes de la population, il proposait même une grande enquête nationale. D'autant plus que la charte des maisons de santé mettait le patient au cœur du dispositif de soins (29). D'après le livre de Pierre De Haas, « Monter et faire vivre une maison de santé », 6 briques étaient nécessaires pour l'élaboration d'une MSP. L'analyse territoriale comportant, entre autre, une étude d'opportunité était une de ses briques. L'étude d'opportunité permettait de mesurer l'intérêt du projet par rapport à la prise en charge des besoins de soins de la population du territoire (22). Cette étude reposait sur plusieurs critères dont l'analyse des attentes de la population, particulièrement importante en zone urbaine sensible (ce qui n'est pas le cas Châteaudun). La MSP de Saint-Amand-en-Puisaye, par exemple, a réalisé une enquête auprès de la population sur les besoins et les pratiques de soins lors du montage de la MSP. Cette situation est idéale mais, en pratique, ces enquêtes sont peu réalisées.

Cette volonté d'expression des patients de Châteaudun rejoignait les souhaits des représentants des usagers, même si les patients n'ont pas exprimé clairement une volonté de s'impliquer dans le projet. En 2012, la Conférence Nationale de Santé (CNS) a demandé que les usagers puissent intégrer les lieux de décision au sein des maisons et pôles de santé.

Une thèse récente (2013) sur la création d'un comité de représentants des usagers de la MSP Saint-Claude à Besançon, a démontré l'enthousiasme des patients pour participer au projet novateur des MSP en collaboration avec les professionnels de santé (30).

2- La MSP perçue comme un facteur d'amélioration de l'accès aux soins: attraction de nouveaux médecins, meilleure accessibilité

La définition de la MSP donnée par les patients était très restreinte. Seule l'unicité du lieu et le regroupement des médecins y figuraient. Les patients évoquaient peu les professions paramédicales. Quelques patients allaient plus loin avec des notions de liaison avec la médecine hospitalière, de pérennité des soins. Ce n'était que plus loin dans les entretiens qu'ils commençaient à évoquer des notions de coordination, de prévention, qui figurent dans la définition officielle des MSP (4). Leur idée était globalement floue. Ce phénomène était probablement dû au manque de réflexion préalable sur le sujet et au manque d'information.

En revanche, les patients imaginaient facilement les acteurs de la MSP. Les premiers acteurs attendus étaient les médecins spécialistes alors que les principaux acteurs impliqués dans ces projets étaient des professionnels de soins de premier recours (médecins généralistes, infirmières, masseurs kinésithérapeutes...) et plus rarement des acteurs de soins de deuxième recours comme les spécialistes ou les laboratoires d'analyses. Depuis 2011, le terme « pluriprofessionnelle » apparaît dans la dénomination des maisons de santé. Ce terme qui illustre la collaboration entre plusieurs professionnels des soins de premier recours est préféré à « pluridisciplinaire » qui évoque plutôt la présence de médecins de différentes spécialités.

La composition de la MSP imaginée par les patients venait probablement du fait que les patients ressentaient une grande pénurie en médecins spécialistes dans le secteur. Les médecins généralistes n'étaient parfois même pas cités mais leur présence était sous entendue et paraissait être la base de ce regroupement. En effet, une MSP nécessite au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute...) pour exister et pour bénéficier de financements publics. Elle doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS (31). Les professions de santé paramédicales étaient peu citées, voir non souhaitées dans la MSP par quelques patients. A leurs yeux, les professions paramédicales ne manquaient pas (infirmières) ou peu (kinésithérapeutes) sur le territoire de Châteaudun.

Les patients ressentaient une pénurie en médecins généralistes et surtout en médecins spécialistes. Cette pénurie existait réellement, comme en témoignaient les chiffres (7). Cependant la densité médicale était un indicateur restreint en soins primaires. Il ne prenait pas en compte le type réel des pratiques, le temps de travail, la diversité et la spécificité des exercices qui dépendent de la géographie et du plateau technique des différents secteurs. Ces facteurs pouvaient majorer la pénurie ressentie par les patients (32). Cette pénurie engendrait des refus de prise de charge de la part de certains médecins qui ne pouvaient plus faire face aux demandes des patients. Elle était perçue comme une entrave à l'accès aux soins.

La MSP paraissait être un facteur attractif de nouveaux PS permettant un meilleur accès aux soins. Du fait du regroupement, les patients pensaient que la réduction de la charge financière (coûts d'installation, frais de fonctionnement), la communication entre les PS et un meilleur confort de travail étaient des atouts pour attirer les médecins, notamment les jeunes médecins, plébiscités par les patients. En effet, de nombreux travaux de thèse ont démontré que la jeune génération s'orientait vers des exercices en groupe (33). La MSP permettrait un renforcement et un enrichissement de l'offre de soins locale.

Parallèlement, les problèmes de stationnement rencontrés dans la ville de Châteaudun faisaient de l'accessibilité de la MSP (stationnement et accès handicapé) un point essentiel des attentes des patients. Ce sujet avait suscité des interrogations: certains étaient très inquiets sur la capacité d'accueil du parking, d'autres estimaient pouvoir se garer aux alentours (parkings de la médiathèque ou de la gare) et marcher. L'emplacement retenu était de toute façon plus accessible que les cabinets qu'ils fréquentaient au moment de leur interview, tant pour le stationnement que pour l'accès handicapé. Cette préoccupation était prioritaire par rapport à l'organisation interne de la MSP pour certains patients. Les leaders des projets avaient bien compris que la localisation de la MSP faisait partie des étapes phares du projet immobilier et mettaient un point d'honneur à étudier tous les lieux envisageables grâce à des aides extérieures (architecte, notaire, société de maîtrise d'œuvre...) (22).

3- La MSP perçue comme un facteur d'amélioration de la prise en charge médicale des personnes âgées et de la qualité des soins. Réticences sur le partage d'informations et sur la prévention.

Les patients se sentaient bien pris en charge par leur médecin généraliste. Il était perçu comme un pilier dans leur prise en charge médicale, garant de leur bonne santé, souvent mis sur un piédestal. Les patients estimaient que le médecin généraliste exerçait bien son rôle. Les critères de jugement des patients sur le rôle du médecin généraliste étaient assez proches de la définition donnée par la WONCA Europe (World Organization of National Colleges,

Academies and Academic Associations of General Practitioners: Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) (34). Le médecin généraliste assurait une prise en charge globale sur un modèle holistique, une coordination des soins avec les autres professionnels de santé de soins primaires et un suivi médical, en conservant une relation médecin-patient basée sur la communication. En revanche, ces compétences n'étaient pas retrouvées lors des consultations chez les autres médecins spécialistes ou dans les services d'urgence.

Les patients étaient liés à leur médecin généraliste par une relation de confiance et de fidélité du fait d'une histoire commune. Ils craignaient de perdre cette relation avec l'organisation mise en place dans la MSP. Ils n'étaient pas contre le regroupement des PS. Que leur médecin exerce seul ou en groupe était un fait mineur par rapport aux liens privilégiés qu'ils entretenaient. Ils ne voyaient pas ce que cette nouvelle organisation des soins dans la MSP pourrait leur apporter dans l'immédiat. Cette notion rejoignait ce qu'a démontré une thèse de médecine générale de 2009 évaluant le niveau de satisfaction des consultants du cabinet de médecine générale de la maison de santé de Pont-d'Ain (35). Cependant, les patients de notre étude envisageaient quand même un apport bénéfique de la MSP mais plutôt dans le futur, lors de leur vieillissement.

Le regroupement des PS dans une même structure permettrait aux patients, notamment âgés, de mieux se prendre en charge, du fait de la proximité des PS. Ces patients, souvent poly-pathologiques, avaient de nombreux rendez-vous chez des PS dispatchés dans la ville ou même en périphérie. Ils rencontraient des difficultés pour s'y rendre. Le regroupement des PS permettrait aux patients de concentrer leur rendez-vous sur une même journée, au même endroit et aux PS de communiquer sur l'état de santé des patients poly-pathologiques pour mieux coordonner les soins. La création d'un pôle gériatrique, prévu dans le projet de MSP, était très favorablement accueillie. Il permettrait d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans leur globalité, sur le versant médico-social. Ce projet permettrait une simplification des démarches administratives et un gain de temps pour l'entourage.

Les patients mettaient en avant le versant pratique de la MSP mais craignaient certains aspects de l'exercice coordonné des PS comme le partage du dossier médical. Le partage des informations médicales entre médecins ne créait pas de réticences. En revanche, les patients ne souhaitaient pas que les professionnels paramédicaux accèdent à leur dossier librement. Ils souhaitaient qu'on leur demande leur accord. Ces craintes étaient comparables à celles des patients de la MSP de Steenvoorde qui avaient été interrogés sur ce sujet (36). Pourtant, une avancée réglementaire sur le système d'information en ambulatoire a eu lieu. Jusqu'en 2011, les équipes de l'ambulatoire n'avaient pas le droit de partager l'information sur un patient, contrairement aux établissements de santé où l'information sur un patient était réputée partagée par l'équipe soignante. Une action de la FFMPS a permis que le droit du partage de l'information entre PS soit inscrit dans la loi Fourcade du 10 août 2011.

Les nouveaux services, comme la prévention, étaient bien accueillis mais peu connus. Les patients ne se représentaient pas bien leur fonctionnement. Ils bénéficiaient de peu d'actes de prévention par manque d'implication des médecins généralistes et par manque de temps. Les patients n'interprétaient probablement pas certains actes comme la vaccination ou les informations et conseils donnés au cours des consultations comme des actes de prévention. Ces messages étaient délivrés aux patients au cours de consultations qui n'étaient pas entièrement dédiées à la prévention. Leur demande était de faire des consultations spécifiques individuelles plutôt que des réunions jugées peu adaptées et stigmatisantes pour la population.

Malgré ces réticences minimales, les patients pensaient que le regroupement des PS améliorerait la qualité des soins. Le partage du dossier médical et la proximité des PS entre eux faciliteraient la coordination permettant une meilleure qualité du suivi du patient. En effet, il a été démontré que le regroupement de PS sur le même lieu améliore la qualité des soins. Le simple échange de pratiques entre professionnels agit positivement sur la qualité comme le pense les patients interrogés (37).

4- La MSP perçue comme un facteur d'amélioration de l'organisation des soins et de la permanence des soins: un service de garde très attendu

Les patients interrogés étaient favorables au projet de MSP. Une patiente pensait qu'il s'agissait d'une mode. Aujourd'hui, plusieurs signaux indiquent que les MSP sont plus qu'une mode: l'intérêt du monde politique, de l'assurance maladie, des étudiants professionnels de santé, la multiplication des projets, le développement rapide de fédérations régionales des maisons et pôles de santé... Les MSP prennent de l'ampleur et pourraient modifier en profondeur l'organisation des soins.

La conception de l'organisation des soins dans la MSP faisait l'unanimité. Les patients ne souhaitaient pas de changements majeurs dans l'organisation des soins, chez leur médecin généraliste, dans la mesure où la situation actuelle leur convenait (consultations sur rendez-vous, prise de rendez-vous, délai de prise en charge...). Ils souhaitaient, avant tout, de l'humanité dans des lieux jugés moins conviviaux que les cabinets individuels de leur médecin. Ils souhaitaient tout sur place: accueil, secrétariat... tout en conservant une intimité dans des salles d'attente privatives. La MSP était alors perçue, majoritairement, comme un lieu stigmatisant dans une petite commune où les informations circulaient vite. Le côté familial disparaissait dans cette grande structure.

L'organisation des soins telle qu'elle existait chez les médecins généralistes satisfaisait les patients de Châteaudun, comme l'ont montré d'autres travaux dans d'autres villes (36). Elle était perfectible pour le temps de consultation (parfois un peu court), la ponctualité des médecins (liée à leur surcharge de travail) et surtout la permanence des soins.

Le sujet de la permanence des soins avait suscité de vives réactions de la part des patients interrogés. Ils dénonçaient un manque d'organisation et un défaut de permanence des soins. Ils se sentaient mal informés, mal orientés et parfois livrés à eux-mêmes. Le regroupement des PS permettrait d'améliorer cela par la coordination et l'organisation des médecins. L'organisation des absences par le remplacement des médecins entre eux (sous forme de roulement) permettrait un accès permanent aux soins la journée. De nombreux patients évoquaient la création d'un service de garde ou maison médicale de garde dans la MSP. Sa présence au sein de la structure sécuriserait les patients et apporterait une réelle plus-value. Des patients de la MSP de Vizille (38) interrogés en 2007 évoquaient déjà ce problème d'information sur la permanence des soins et imaginaient la MSP comme garantie de son bon fonctionnement (12). Ainsi, la maison de santé ne pouvait se penser sans la permanence de soins qui donnait le caractère de continuité dans le temps.

Confrontation des résultats des PS et des patients

Patients et professionnels de santé appréciaient et attendaient le projet de MSP comme un « plus » pour la ville de Châteaudun. Le projet suscitait des attentes communes des deux parties. Cependant, ils restaient tous dans l'expectative, générant quelques craintes.

1- Des attentes communes sur l'amélioration de l'offre de soins par l'attraction de nouveaux médecins. Des intérêts différents pour la permanence des soins.

Patients et professionnels de santé s'accordaient sur l'existence d'une pénurie médicale à Châteaudun, surtout chez les spécialistes. Les médecins généralistes ressentait l'inquiétude des patients. Ils constataient des exigences croissantes et un mécontentement qui s'installaient chez les patients. En effet, les patients avaient largement souligné leur satisfaction sur la prise en charge de leur médecin généraliste. En revanche, ils avaient dénoncé un défaut de prise en charge de la part des spécialistes de Châteaudun, du fait de délais d'attente trop longs. Les spécialistes paraissaient pourtant satisfaits de leur activité. Cependant les patients étaient conscients que les médecins produisaient beaucoup d'efforts pour satisfaire leurs demandes et qu'il ne s'agissait pas d'un manque de travail. Les professionnels de santé avaient effectivement confié la nécessité de faire des sacrifices personnels qu'ils n'aimeraient plus avoir à faire. En revanche, les paramédicaux étaient globalement satisfaits de l'offre de soins délivrée sur le secteur, tout comme les patients qui ressentait peu de pénurie chez ce type de professionnels.

Patients et professionnels de santé avaient bien compris qu'il fallait attirer de nouveaux médecins dans une ville peu attractive. La MSP leur paraissait être une solution pour améliorer la situation actuelle. Elle permettrait de combler voir diversifier l'offre de soins.

La permanence des soins restait un point sensible. Les patients attendaient des roulements entre les médecins la journée et la création d'un service de garde pour leur assurer une permanence de garde le soir et le week-end. Cette permanence était prévue dans le projet de la MSP mais les professionnels de santé en avaient très peu parlé. Pour les uns, la permanence des soins était la garantie d'un service permanent, rassurant, par rapport à ce qu'ils connaissaient. Pour les autres, cette permanence n'était pas perçue comme un avantage de la MSP car cela n'avait pas été évoqué.

2- Quelques divergences sur la perception des motivations des PS par les patients

Les motivations des PS imaginées par les patients étaient un peu éloignées des motivations réelles.

Les patients pensaient que les PS se regroupaient avant tout dans un but financier pour réduire leurs frais de fonctionnement puis pour augmenter leur confort de travail, et secondairement, pour travailler ensemble. Un seul patient avait émis l'idée que le regroupement était avant tout dans l'intérêt des patients comme l'avait évoqué les PS. Ils faisaient du projet de MSP, le projet des patients du secteur, en s'adaptant aux besoins de la

population locale (plutôt âgée). En effet, la seule véritable motivation des PS était le travail d'équipe et la coopération dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Cependant, aucun PS n'avait émis l'idée de demander l'avis des patients pour bâtir ce projet. Un PS a évoqué le manque d'informations donné à la population à ce sujet. Seule une évaluation des actions était prévue dans le projet, après 6 mois de fonctionnement, sous forme de questionnaire qui serait remis aux patients.

La motivation financière n'avait été citée par aucun PS. Une étude de la FFMPS sur un échantillon de 16 MSP, fin 2009, a montré que l'exercice en maison de santé entraînait un surcoût d'environ 4400 euros par an pour un médecin généraliste, variant en fonction de la masse salariale de la MSP. Ce surcoût était en partie compensé par le fait que les médecins déléguaient des tâches aux secrétaires et récupéraient ainsi du temps de soins rémunéré (22). Un ou deux PS étaient motivés par le changement de locaux, pour augmenter leur confort de travail, sans que ce soit leur motivation principale. Patients et PS s'accordaient sur le fait que lutter contre l'isolement des médecins, comme un « anti burn out », enrichir leur contact et leur connaissances pouvaient être des motivations.

3- Un accord sur l'amélioration de la prise en charge des patients. Existence de craintes communes d'origines différentes.

Un des buts du projet était d'optimiser la prise en charge des patients par la coopération et la communication entre PS. Les patients imaginaient cette optimisation, essentiellement, au service des personnes âgées et les PS voulaient s'adapter au mieux à la population locale.

Il existait des craintes sur le dossier médical partagé informatisé pour des raisons différentes. Le partage d'informations craint par les patients était perçu comme un atout par les PS. Cependant, quelques PS redoutaient, d'une certaine façon, ce partage d'informations, par la logistique informatique qu'il générerait. Le problème de la confidentialité et du secret médical avaient été évoqués par les deux parties.

Il existait également des craintes communes sur le travail en équipe. Le travail de groupe était perçu comme un plus pour les patients, assurant un meilleur suivi et une meilleure coordination au service de leur santé. Leur crainte principale résidait dans la perte du lien et de la disponibilité de leur médecin généraliste. En effet, les médecins généralistes souhaitaient une activité plus sereine en étant moins dérangés grâce au filtre des secrétaires, ce qui impliquait une certaine perte de disponibilité pour leurs patients. Dans une moindre mesure, le côté moins familial du cabinet, du fait de l'effet de groupe, dérangeait les patients. Du point de vue des PS, le travail d'équipe était à la fois leur plus grande motivation mais aussi leur plus grande crainte. Ils étaient séduits par le fait de travailler ensemble, mais craignaient les soucis organisationnels que pouvait générer la MSP. Il fallait s'adapter au changement et apprendre à se connaître pour mieux travailler ensemble. L'avenir leur paraissait encore confus, notamment pour le fonctionnement, surtout pour les professionnels paramédicaux.

4- Un accord commun sur le but ultime de la MSP: lutter contre la désertification médicale existante dans le secteur de Châteaudun

Chaque partie avait des intérêts communs dans ce projet. Cela assurerait aux patients une pérennité des soins dans le futur, notamment lorsqu'ils vieilliraient et auraient un besoin grandissant de soins. Les PS pourraient travailler plus sereinement, moins pressés par les demandes de soins parfois insistantes mais légitimes des patients. Ils pourraient ainsi se dégager du temps pour diversifier leur activité, se former ou former des étudiants en vue de leur succession.

Ils étaient tous conscients que le changement ne serait pas immédiat. Il se construirait progressivement grâce au travail d'équipe et aux contacts avec d'éventuels futurs confrères. Accès aux soins et prise en charge médicale n'en seraient que meilleurs si le travail d'équipe fonctionnait.

Un travail de thèse comparant les attentes des 2 parties, démontrait également un désir commun d'une prise en charge optimum (12). Cependant, chacun pensait à ses propres intérêts qui étaient différents. Les professionnels de santé songeaient surtout à améliorer leur pratique par le biais du travail d'équipe, mais aussi à se décharger de leur travail administratif, et à se libérer du temps. Pour le patient, la MSP était le garant d'une permanence des soins par le biais de la création d'un service de garde et permettait une optimisation de l'offre de soins par l'attraction de nouveaux PS, notamment des spécialistes.

CONCLUSION

Cette étude a révélé les principales représentations et attentes des PS et des patients avant leur intégration dans la MSP de Châteaudun. Ce recueil a mis en évidence les nombreux points communs et les rares divergences des deux parties sur ce projet. L'analyse de la confrontation de leurs attentes paraissait indispensable avant l'ouverture de cette MSP afin d'optimiser son fonctionnement.

Les professionnels de santé accordaient beaucoup d'importance au travail d'équipe. Leur proximité dans la MSP faciliterait leurs échanges parfois inexistantes. Certains appréhendaient cette coopération et craignaient la survenue de conflits. Le fonctionnement au sein de la MSP leur paraissait confus. Il existait des inconnues logistiques et financières, source d'inquiétudes. Ils espéraient une amélioration de leurs conditions de travail leur permettant d'aborder plus sereinement leur activité future. Leur regroupement constituerait un pôle d'attractivité pour d'autres professionnels de santé améliorant l'offre de soins et optimisant la prise en charge des patients.

Le recueil des représentations des patients a mis en évidence une volonté de donner leur avis sur le projet. La MSP « idéale » serait une structure offrant une large offre de soins et une amélioration de la permanence des soins par le biais de la création d'un service de garde. Le partage d'informations et la coopération entre PS seraient le garant d'une meilleure qualité des soins, notamment pour les personnes âgées. Néanmoins, ils souhaitaient une restriction de ce partage avec les paramédicaux, et craignaient une perte du secret médical. La perte du lien existant avec leur médecin traitant était leur plus grande inquiétude. La prise en compte de leurs attentes dès la conception de la MSP aurait probablement permis d'atténuer certaines de leurs craintes par une meilleure connaissance du projet. Le simple regroupement des PS en activité dans le secteur n'apparaissait pas suffisant. L'arrivée de nouveaux PS semblait nécessaire pour faciliter leur accès aux soins.

Pour les 2 parties, la MSP paraissait être un facteur d'amélioration de l'offre de soins pour lutter contre la désertification médicale en espérant attirer de nouveaux professionnels de santé. Il existait quelques divergences d'opinions sur les motivations des PS et des niveaux d'attentes différents sur la permanence des soins et le partage du dossier médical. Un flou existait sur le fonctionnement de la structure.

La prise en compte de ces attentes et l'évaluation du ressenti des patients et des professionnels de santé après l'ouverture de cette MSP, devraient permettre d'adapter le fonctionnement et les objectifs de cette structure au plus près des attentes de chacun.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Baudier, F. Les maisons de santé: une aventure humaine à partager. Les maisons de santé: une solution d'avenir ? Santé publique, 2009, Volume 21, N° Hors série, 1-5
- 2- Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554>
- 3- Loi Hôpital, Santé, Patients, Territoires (HSPT), Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7629C7354363244707A2CD0BC8F24389.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id
- 4- Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D5BEFD03D3844800F0A20AF9A555EC8C.tpdjo04v_1?cidTexte=JORFTEXT000024457033&dateTexte=20130721
- 5- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Rapport annuel 2008-2009, Tome 3
<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/rapport-annuel-2008-2009-de-l-ondps.html>
- 6- Haute Autorité de Santé. Rencontres HAS 2008, Table ronde 15 du 18 décembre 2008: « Maisons de santé: quel impact sur la qualité de l'offre de santé »
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_717982/rencontres-has-2008-maisons-de-sante-quel-impact-sur-la-qualite-de-l-offre-en-sante
- 7- URCAM Centre. C@rtoSanté
<http://carto.assurance-maladie.fr/cartoprof.php?prof=gene&geo=24d24&theme=3>
- 8- Conseil Général d'Eure-et-Loir. « Plan Santé 28 : faciliter l'accès de tous aux professionnels de santé »
<http://www.cg28.fr/parcours-de-vie/plan-sante-28/plan-sante-28-faciliter-l-acces-de-tous-aux-professionnels-de-sante>
- 9- Gondrecourt, M. Une réponse à la désertification médicale en milieu rural: la création d'une maison de santé à Avoine (37). Thèse de médecine générale, Faculté de médecine de Tours, Université François Rabelais, 2006, N° 3075
- 10- Leprette V. Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Ile-de-France: motivations des porteurs de projets et difficultés rencontrées. Thèse de médecine générale, Faculté de médecine René Descartes, Université René Descartes Paris V, mars 2011
- 11- Vadant, E. Exigences des professionnels de santé dans le projet de maison médicale à Vizille (38). Thèse de médecine générale. Faculté de médecine de Grenoble, Université Joseph Fourier, 2011

- 12- Hadrouf, B. Projet de construction d'une maison de santé à Vizille (Isère, 38): étude qualitative par la technique des focus groups des attentes des patients vizillois. Thèse de médecine générale, Faculté de médecine de Grenoble, Université Joseph Fourier, 2007
- 13- Grand, C. Evaluation par les patients de l'évolution liée au regroupement de trois médecins généralistes en maison de santé pluridisciplinaire. Thèse de médecine générale, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2011
- 14- Letrilliart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Indépendance ». Exercer 2009; 87: 74-79
- 15- Letrilliart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009; 88: 106-112
- 16- Coudray, Ph. L'accès aux soins pour tous: les maisons de santé pluriprofessionnelles. Agence Régionale de Santé Lorraine, mai 2013
- 17- Centre d'analyse stratégique. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain. Les coopérations entre professionnels de santé, Question n°254, 2011
- 18- Legmann, M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission confiée au Dr Michel Legmann, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, avril 2010
- 19- Juilhard, J.M. Rapport d'information sur la démographie médicale. Session ordinaire du Sénat N°14, Annexé au procès verbal de la séance du 03 octobre 2007
- 20- Bourgueil, Y., Mousquès, J., Marek, A., Tajahmadi, A. Améliorer la répartition géographique des médecins: les mesures adoptées en France. Questions d'économie de la santé, Question 122, mai 2007
- 21- Bourgueil, Y., Mousquès, J., Tajahmadi, A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé: les enseignements de la littérature. Questions d'économie de la santé, Question 116, décembre 2006
- 22- De Haas, P. Monter et faire vivre une maison de santé. Edition Le Coudrier, 2010 + éléments d'actualisation, février 2012
- 23- Bourgueil, Y., Clément, M.C., Couralet, P.E., Mousquès, J., Pierre, A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la santé, Question 147, octobre 2009
- 24- Baudier, F., Bourgueil, Y., Evrard, I., Gautier, A., Le Fur, P., Mousquès, J. La dynamique du regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé, Question 157, septembre 2010

- 25- Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? Questions d'économie de la santé, Question 127, novembre 2007
- 26- Recommandations: concevoir et faire vivre une maison de santé. Séminaire national Maisons de santé Besançon, juin 2008
- 27- Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J. Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes, Rapport IRDES, 2006
- 28- Moreau A., Dedienne M.C., Letrillart L., Le Goaziou M.F., Labarère J., Terra J.L. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien - médecine générale, 2004; 18 (645): 382-84
- 29- Haute Autorité de santé. L'exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé et centre de santé, novembre 2007
- 30- Buffet, S. Création d'un comité de représentants des usagers d'une maison de santé pluridisciplinaire: la parole aux usagers. Thèse de médecine générale, Faculté de médecine de Besançon, Université de Franche Comté, 2013
- 31- Cahier des charges des maisons de santé pluridisciplinaires: DGOS/PF3/CdC MSP PF3 R2 DSS RB 21 07 10
- 32- Gladu F.P. Pénurie réelle ou ressentie d'omnipraticiens ? Santé INC, 2006
- 33- Chartier N. Intérêts des cabinets de groupes pluridisciplinaires pour favoriser l'installation des jeunes médecins en zone rurale: enquête auprès des internes de médecine générale en région Centre. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Tours, Université François Rabelais, 2007
- 34- WONCA, The European definition of general practice/family medicine, WONCA Europe 2002.
- 35- Rivier, P. Evaluation du niveau de satisfaction des consultants du cabinet de médecine générale de la maison de santé de Pont-d'Ain après 3 ans d'activité. Thèse de médecine générale, UFR de médecine de Lyon-RTH Laennec, Université Claude Bernard Lyon, 2009
- 36- Mulliez-Caquant, C. Evaluation des attentes de la population du canton de Steenvoorde à l'occasion de la création d'une maison de santé. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Lille, Université du droit et de la santé, 2011

37- Mehrotra A., Epstein A.M., Rosenthal M.B. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations ? *Annals of Internal Medicine*, 2006; vol 145; n°11: 826-833

ANNEXE 1 : Trame d'entretien des professionnels de santé

Début de l'entretien: explication du principe de l'entretien et demande d'autorisation d'enregistrement.

1) Que pensez-vous de la qualité de votre exercice à l'heure actuelle ?

Relances: Parlez-moi de votre façon d'exercer aujourd'hui, de votre qualité de travail. Qu'est-ce qui vous manque ? Qu'est-ce qui vous satisfait ?

2) Que pensez-vous de l'offre de soins actuelle dans votre secteur ?

3) Quelles sont, selon vous, les opinions et attentes de la population vis-à-vis de l'offre de soins ?

4) Pour vous, c'est quoi une MSP ?

Relances: ça signifie quoi, concrètement dans votre esprit ? Décrivez-moi son fonctionnement et son organisation tels que vous les imaginez.

5) Pourquoi avez-vous décidé de vous regrouper au sein d'une MSP ?

Relances: origine du projet, motivations particulières: financières, logistiques / Si interactivité abordée: que va-t-elle vous apporter ? A votre avis, que peuvent vous offrir les autres professionnels ? Sous quelle forme ? Considérez-vous cela comme bénéfique ? Pourquoi ?

6) Comment imaginez-vous ce regroupement avec d'autres professionnels de santé ?

Relances: Qu'en attendez-vous ? Et vis-à-vis des relations interprofessionnelles ? Ambiance générale ? Quid en cas de conflits/absences imprévues, notamment pour la gestion de la patientèle dans ce dernier cas.

En avez-vous parlé ou écrit quelque chose à ce sujet ? Oui/non/pourquoi ?

7) Quels bénéfices pourrait vous apporter la MSP pour vous et vos patients ?

Relances: en termes de qualité de travail, de qualité de prise en charge des patients, d'approche globale du patient ?

8) Quels sont vos inquiétudes face à ce projet ?

Relances: quelles sont ou seraient vos craintes, vos angoisses? Le fait de travailler en multidisciplinarité au sein d'un même lieu, divergences d'organisation pour chaque professionnel. Pourquoi ? Changements d'habitudes ? Avez-vous songé à la façon de les gérer ? Y'a-t-il des solutions pré-établies ou des protocoles ? Rebondir sur les inquiétudes: Pourquoi ? Qu'est-ce qui pose problème ?

9) Quel impact ce projet aura sur votre pratique ? Dans quels domaines et dans quelles mesures ?

Relances: emploi du temps, soins programmés et non programmés, prévention, éducation, formation, recherche...

Si non abordé précédemment, quelle sera l'organisation vis-à-vis des patients ? Les patients conserveront-ils leur médecin ou y aura-t-il une suppléance prévue ? En avez-vous parlé ? Oui/non/pourquoi ?

10) Comment vivez-vous le partage de dossier du patient ?

Y aurez-vous accès facilement (question plus spécifique pour les paramédicaux) ? Comment envisagez-vous la gestion du secrétariat (éducation des patients, prise de rendez-vous spécialisé, plages horaires aménagées) ? Attractivité pour de jeunes médecins ?

11) Quelle sera, selon vous, la réponse de ce projet face à l'accessibilité aux soins ?

Relances: délais de consultation acceptables, accessibilité, avis spécialisés plus rapides, temps consacré au patient, accueil de nouveaux médecins, de stagiaires, désertification médicale, accès pour personnes à mobilité réduite...

12) Y a-t-il plus d'avantages selon vous à travailler au sein d'une MSP ?

Relances: nouveaux éléments ou arguments qui auraient pu murir au cours de cet entretien et non abordés dans les questions précédentes.

13) Pensez-vous que la MSP est une solution d'avenir en termes d'offre, de qualité et de permanence de soins ? Pourquoi ?

ANNEXE 2 : Trame d'entretien des patients

Début de l'entretien: explication du principe de l'entretien et demande d'autorisation d'enregistrement.

1-Que pensez-vous de la prise en charge de votre santé actuellement ?

-Accès aux soins: facilité d'accès/délais moyens de consultation/acceptation de nouveaux patients/accès en cas d'urgences (maison médicale de garde, urgences du jour)...

-Temps de consultation/Ecoute du patient: temps consacré par le médecin pendant la consultation/temps suffisant ?/vous sentez-vous écouté ?/améliorations à apporter ?

-Réponse aux problèmes: explication du diagnostic/explication de l'ordonnance/compréhension du patient en fin de consultation

2-Pour vous, c'est quoi une MSP ?

-Entité: de quoi parle-t-on ?/qu'est-ce que ça représente pour vous ?/où en avez-vous entendu parler (TV, journaux...) ?

-Qu'est-ce que ça représente ?

-Finalement, ça sert à quoi ?

3-Avez-vous entendu parler du projet de MSP de Châteaudun ? Par quels biais ? Avez-vous été sollicité(e)s pour donner votre avis sur ce projet ?

-Que pensez-vous de ce projet ?

-Que pensez-vous de cette initiative ? (bénéfices pour la ville, pour la collectivité/dynamique et gestion du projet)

-Que pensez-vous du moment auquel arrive ce projet ? (trop tôt, trop tard)

-Comment imaginez-vous l'organisation au sein de la MSP ?

-Qui: Avez-vous une idée des professionnels de santé qui composeront cette MSP ? (laisser évoquer les différents PS +/- en proposer d'autres)

-Comment: logistique (accueil des patients/ secrétariat sur place, téléphonique.../salles d'attente privatives, communes...), organisation des consultations (amplitude horaire/avec ou sans rendez-vous/créneaux d'urgences/organisation particulière pour les urgences/modification par rapport au fonctionnement antérieur)

-**Pourquoi pensez-vous que les PS se regroupent dans la MSP ?** (quels sont leurs buts et motivations, intérêts du PS, intérêts du patient, notion de désertification médicale...)

4-Qu'est-ce que la MSP va changer pour vous ?

5-Quels bénéfices pourraient vous apporter la MSP ?

-Offre de soins: nouveaux médecins/horaires de consultations plus larges/rendez-vous plus rapides en cas d'urgences/permanence des soins: week-end et jours fériés/nouveaux services (pôle gériatrique...)

-Qualité de la prise en charge: plus de temps consacré au patient/prise en charge pluridisciplinaire/convivialité/actes de prévention et d'éducation

-Organisation et confort du patient: gain de temps si rendez-vous groupés/transports organisés/facilité d'accès (parking, accès handicapé...)

6-Quels sont vos inquiétudes face à ce projet ?

-Offre de soins: points négatifs ?

-Qualité de la prise en charge: liberté de choix du médecin/obligation de consultation des PS de la MSP/secret médical: dossier médical partagé/anonymat: plus grosse concentration de population au même endroit

-Organisation et confort du patient: distance du domicile

7-Finalement, pensez-vous que cette MSP répondra à vos besoins de soins ?

-Individuellement (délai de consultation, prise en charge pluridisciplinaire...)

-A l'échelle de la population (dynamique de groupe de la MSP, réunions organisées pour la prévention et l'éducation, services spécifiques de la prise en charge des personnes âgées...)

Finalement, qu'est-ce que vous en attendez ?

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

HERNANDEZ Sandra

MARIE-ANGELIQUE Alexandre

Thèse n°

74 pages – 7 tableaux – 3 figures – 2 annexes

Contexte : En 2004, face aux difficultés d'exercice des professionnels de santé (PS) de Châteaudun, un projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) est né pour pérenniser l'accès aux soins dans une ville vieillissante et peu attractive. Les patients n'ont pas été consultés lors de la création du projet. L'objectif principal de cette étude était de recueillir les attentes et représentations des PS et des patients sur la MSP avant son ouverture. L'objectif secondaire était de les comparer.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de PS et de patients concernés par le projet. Après une retranscription intégrale, une analyse thématique de contenu a été réalisée.

Résultats : Les PS souhaitaient favoriser les échanges par un travail d'équipe, améliorer la prise en charge des patients et leurs conditions de travail. La MSP serait un pôle d'attractivité pour lutter contre la désertification médicale. Leurs inquiétudes étaient d'ordre relationnel, logistique et financier. Les patients auraient souhaité donner leur avis. Ils attendaient une meilleure accessibilité aux soins par la création d'un service de garde et l'arrivée de nouveaux spécialistes mais craignaient la perte du lien avec leur médecin généraliste et le partage du dossier médical. La MSP permettrait une meilleure prise en charge des personnes âgées. Pour les 2 parties, elle améliorerait l'offre de soins. Il existait des niveaux d'attentes différents sur la permanence des soins et le partage du dossier médical.

Conclusion : L'évaluation du ressenti des patients et des PS après l'ouverture de la MSP, permettrait d'adapter son fonctionnement et ses objectifs.

Mots Clés : Maison de santé pluridisciplinaire, professionnels de santé, patients, attentes, représentations, soins primaires, coopération.

Jury :

Président : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Membres : Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain

Monsieur le Professeur RUSCH Emmanuel

Monsieur le Docteur JOSEPH Bertrand

Madame le Docteur RENOUX Cécile

Date de la soutenance : Jeudi 26 septembre 2013