

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Aurélien ESCOT

Né le 12/05/1991 à Vélizy-Villacoublay (78)

Ressenti des Médecins Généralistes installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire :

**Etude qualitative prospective par entretiens semi-dirigés auprès de médecins
généralistes de la Région Centre-Val de Loire**

Présentée et soutenue publiquement le **9 février 2023**

Devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Yannick LEGEAY, Médecine Générale, Tours

**Directeur de thèse : Docteur Cédric DE LA PORTE DES VAUX, Médecine Générale,
Tours**

Ressenti des Médecins Généralistes installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire : retours sur un mode d'exercice récent.

Contexte : Nous vivons actuellement une crise sanitaire. En effet il existe une explosion de la demande de Soins parallèlement à une diminution de l'offre qui est proposée. Il s'agit d'un enjeu majeur de Santé Publique. Il y a une désertification médicale de certains territoires français. Une solution est proposée pour lutter contre cette diminution de l'offre de soins : les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP). Au milieu de ces changements de société et des propositions d'améliorations qui en découlent, les soignants, et notamment les médecins généralistes, ont vécu une modification de leur exercice. Que ressentent-ils du fait de ce nouvel exercice ?

Objectif : Explorer le ressenti des Médecins Généralistes installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire en région Centre Val de Loire.

Méthode : Étude qualitative prospective menée par entretiens individuels semi-directifs basés sur un guide d'entretien, avec échantillon raisonné de douze médecins généralistes installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire en région Centre-Val de Loire, puis analyse thématique du contenu.

Résultats : Les praticiens ont donné la vision de la Maison de Santé Pluridisciplinaire qui est la leur, à savoir un esprit d'équipe, un moyen de modifier la médecine, le tout au service du patient. Ils ont également décrit l'état des lieux qu'ils ont réalisé sur leur activité précédente et qui les a poussé à se tourner vers de telles structures. Ils ont majoritairement trouvé que les instances politiques ont été un frein au développement du projet qui a été long et épuisant. Les changements ressentis sont que la MSP leur a permis un épanouissement professionnel à travers le travail d'équipe et l'ouverture à d'autres pratiques. Ils ont trouvé que les MSP permettent une attractivité des soignants et ont pensé que ces structures améliorent la qualité du soin. En revanche, ils ne sont pas persuadés qu'elles améliorent l'offre de soins médicaux. Ils ont également considéré que le fait d'être à plusieurs peut être source de conflits, et que ce risque est majoré de manière proportionnelle au nombre de membres de la structure. Ces soignants ont également pensé qu'il existe des contraintes à ce mode d'exercice. Enfin ils ont exprimé une certaine forme de crainte sur l'avenir du fait d'exercer en MSP, avec un sentiment d'assujettissement à l'ARS.

Conclusion : Les MSP sont présentées comme une solution à la dégradation de la démographie médicale. Les médecins y travaillant pensent que de telles structures améliorent le confort d'exercice et la qualité du soin, mais ne ressentent pas une amélioration de l'offre de soins. Il serait intéressant de compléter ce travail par le recueil du ressenti des patients au sujet des MSP. En effet ils sont les principaux bénéficiaires de ce modèle de soins, il paraît important de prendre en compte leur vision des MSP.

Mots clés : Maison de Santé Pluridisciplinaire – MSP – médecine générale – ressenti – mode d'exercice

Feelings of General Practitioners installed in Multidisciplinary Health Homes : feedback on a recent mode of exercise.

Context : We are in the midst of a health crisis. In fact, there is an explosion in the demand for care, with on the other hand a decrease in the supply proposed. This represents a challenge for Public Health in terms of the distribution of health professionals in the coming years. Medical desertification of some French territories is reported. A solution is proposed to combat this decrease in the supply of care: the Multidisciplinary Health Homes (MHH). In the midst of these societal changes and the resulting proposals for improvement, caregivers, especially general practitioners, have experienced a change in their practice. How do they feel about this new exercise?

Objective : To explore the feelings of General Practitioners installed in Multidisciplinary Health Home in the Centre-Val de Loire.

Method : Prospective qualitative study conducted by individual semi-directional interviews based on a pre-written interview guide, with a reasoned sample of twelve general practitioners installed in the Maison de Santé Pluridisciplinaire in the Centre-Val de Loire, then thematic analysis of the content.

Results: The practitioners gave the vision of the Multidisciplinary Health Homes which is theirs, namely a team spirit, a way to change medicine, all at the service of the patient. They also described the state of play they had carried out on their previous activity and which prompted them to turn to such structures. They mostly found that the political authorities were obstacles to the long and exhausting development of the project. The changes felt are that the MHH has allowed them professional development through teamwork and openness to other practices. They find that the MHH allows an attractiveness of caregivers and think that these structures improve the quality of care. On the other hand, they are not convinced that it improves the provision of medical care. They also consider that being together can be a source of conflict, and that this risk is increased in proportion to the number of members of the structure. These caregivers also feel that they are constrained by this method of exercise. Finally, they express some fears about the future of practising in MHH, with a sense of subjection to the ARS.

Conclusion: MHH are presented as a solution to the deterioration of medical demographics. The doctors working there think that such structures improve the comfort of exercise and the quality of care, but do not feel an improvement in the care offer. It would be interesting to supplement this work with a collection of patient feelings about MHH. Indeed they are the main beneficiaries of this model of care, it seems important to describe the impact on them of MHH.

Keywords : Multidisciplinary Health Homes – MSP – general medicine – feeling – way of exercise

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 – ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

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.

Remerciements :

A Madame le Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Présidente de ce jury de thèse :

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir présider mon jury de thèse, pour cet acte veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance respectueuse.

A mon directeur de thèse et juge, Monsieur le Docteur Cédric DE LA PORTE DES VAUX,

Merci d'avoir bien voulu m'accompagner dans ce travail de longue haleine. Votre expérience et votre gentillesse ont permis l'aboutissement de ce travail.

A Monsieur le Docteur Maxime PAUTRAT, juge de ce jury de thèse :

Un grand merci pour tous vos conseils et pour le travail réalisé pour les internes de la faculté. Votre aide et votre implication m'ont aidé à progresser dans ma démarche scientifique, et ont amplement facilité l'achèvement de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Yannick LEGEAY, juge de ce jury de thèse :

C'est avec plaisir que je vous retrouve dans ce jury, et je vous en remercie. A travers vous c'est un peu du Bahut qui se rappelle à moi. Comme le dit notre devise : « Noblesse Oblige, Bahut Aussi ». Je suis votre obligé. Avec tout mon respect, cher TGVA, brutionnement votre, 6554D.

A tous mes maîtres de stage :

Vous avez permis, grâce à votre compagnonnage bienveillant, de faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Je tâcherai de transmettre au mieux les valeurs que vous m'avez inculquées, et de m'appliquer chaque jour dans cette belle discipline qu'est la médecine générale.

A vous Papa et Maman,

Mille remerciements pour avoir été tout deux le terreau, permettant sans restriction, la croissance de mes ambitions. Merci de m'avoir suivi et soutenu. J'espère ne jamais vous avoir déçu. Votre présence à mes côtés représente la base solide sur laquelle j'ai pu construire ma vie. Avec toute ma tendresse.

A toi mon cher frère,

Il est évident que sans toi je ne serai pas l'homme que je suis aujourd'hui. Ton génie et ta sagacité ont depuis toujours été un exemple à suivre pour moi. D'un autre côté ta malice et ton espièglerie, allant de paire avec les miennes, ont su créer la complicité qui nous anime. Merci de ta présence et de ta gentillesse.

A vous Papily et Mamily,

Merci d'avoir été présents tout au long de mon enfance. Les années passent mais le temps n'a pas de prise sur l'affection que je vous porte. Pour vos encouragements et votre accompagnement, merci.

A Paul et Minou,

A tous les deux, merci de votre implication, de votre présence, de votre amour. Couper du bois permet d'assainir l'esprit. Grâce à toi, Paul, j'ai l'esprit extrêmement sain ! Et toi Minou, quel plaisir de deviser de tout. Continuons de refaire le monde en permanence, et peut-être un jour, sera t'il à la hauteur de nos attentes.

A toi Marie-Gabrielle,

Je sais que tu détestes que je t'appelle comme ça, mais c'est le privilège que je m'octroie ! A toi, je te suis particulièrement redevable pour ce travail de thèse. Tu as été le phare dans la nuit qu'était pour moi ce travail. Sans toi, il est clair que je n'aurai pas pu finir cette thèse. Je te suis donc infiniment

reconnaissant pour ton investissement, ta jovialité et ton humour. Je te souhaite évidemment le meilleur avec Chou. Encore une fois, merci.

A mes amis,

Théo, Élo, Clem, Adrien, Lucas, de longues années d'amitié nous lient. J'espère qu'elles seront encore nombreuses. Vous avez été des soutiens, des copains, votre humour et votre joie font votre beauté. Sans vous la vie serait bien triste. Merci de toujours être présents et de ne jamais faillir.

Aux belles rencontres et amis de l'internat,

Jad, évidemment, tu es une personne importante de ma vie. On peut assurément confirmer qu'une garde ne serait pas la même sans un barbecue improvisé sur le balcon du SSR. J'ai su trouver en toi une personne drôle, fidèle, et surtout honnête et intègre. Pour qui tu es, je te remercie.

Olivier, tu auras été une belle rencontre de cet internat si particulier. Nous n'avons pas toujours été d'accords, mais c'est ce qui fait le charme et la passion de cette relation. J'ai la nostalgie des moments passés à refaire l'Univers dans ce petit placard, qu'ils ont osé appelé bureau. Pour la suite je te souhaite du bonheur et de la joie.

Simon et Agathe, comme quoi le hasard fait bien les choses. Toi Agathe, en stage avec Anne, et toi Simon, avec moi. Deux couples qui se rencontrent par le biais de l'internat. Nous partageons des valeurs similaires, et je suis ravi de vous compter parmi nos amis. Et j'ai hâte de poursuivre ce que l'internat nous a permis de commencer.

A mon fils,

Tu es chaque jour source de bonheur. Je suis immensément fier de toi, et du petit garçon que tu deviens. Je sais que ce travail m'a pris beaucoup de temps et que tu aurais préféré que je le passe à jouer avec toi. Mais dorénavant, nous allons pouvoir nous rattraper. Je t'aime par dessus l'arc en ciel, et tu as mon infinie, inconditionnelle et indéfectible tendresse.

A ma fille,

Ce travail se termine, et tu vas bientôt pointer le bout de ton nez. Le timing a été serré mais tu es restée au chaud le temps que je l'achève. Tu n'es pas encore parmi nous, mais tu occupes déjà une grande place dans nos cœurs. Ton grand frère et nous même avons hâte que tu arrives.

A ma femme,

Que pourrais-je dire que je ne t'ai déjà dit ? Merci d'être continuellement là, à mes côtés, à me soutenir, à me rassurer et à veiller sur notre petite tribu. Merci également de me supporter depuis toutes ces années. Tu es une épouse merveilleuse, et une maman encore plus formidable. J'ai hâte de parcourir le chemin de nos vies, côte à côte, amoureusement, pour l'éternité.

Table des matières

1. INTRODUCTION	p14
2. MATERIEL ET METHODE	p16
2-1 Type d'étude	p16
2-2 Population étudiée	p16
2-3 Recueil des données	p17
2-4 Analyse des données	p18
2-5 Consentement éthique et avis CNIL	p19
3. RESULTATS	p21
3-1 Population de l'étude	p21
3-2 Les représentations d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire selon les médecins généralistes	p22
3-2-1 La Maison de Santé Pluridisciplinaire est une équipe	p22
3-2-2 La Maison de Santé Pluridisciplinaire est un moyen	p23
3-2-3 La Maison de Santé Pluridisciplinaire est une amélioration du soin	p25
3-3 Le projet « Maison de Santé Pluridisciplinaire » : une volonté de changement	p27
3-3-1 Les déterminants du changement	p27
3-3-2 Les retours des médecins généralistes sur la réalisation du projet : moteurs et freins	p30
3-3-3 Les ambitions de l'installation en Maison de Santé Pluridisciplinaire	p32
3-4 Expression des changements apportés par l'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire	p35
3-4-1 La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis une valorisation du travail d'équipe	p35
3-4-2 La Maison de Santé Pluridisciplinaire est un support de l'attractivité	p37
3-4-3 La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis d'améliorer le confort d'exercice	p38
3-4-4 La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis une ouverture à d'autres pratiques	p42
3-4-5 La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis d'améliorer la qualité du soin	p44
3-4-6 La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis l'épanouissement professionnel	p46
3-5 Les limites de l'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire	p49
3-5-1 La Maison de Santé Pluridisciplinaire n'améliore pas l'offre de soin	p49
3-5-2 Le travail en groupe peut être source de conflits	p50
3-5-3 L'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire présente des contraintes	p52
3-5-4 La Maison de Santé Pluridisciplinaire : une organisation imparfaite	p54
3-5-5 L'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire entraîne des craintes et des réflexions sur l'avenir	p55

4. DISCUSSION	p58
4-1 Interprétation des résultats de l'étude	p58
4-1-1 Les représentations de la Maison de Santé Pluridisciplinaire par les médecins qui y travaillent	p58
4-1-2 Constat d'une nécessité de changement dans l'exercice de la Médecine Générale	p58
4-1-3 Les apports de la Maison de Santé Pluridisciplinaire d'après les soignants y exerçant	p60
4-1-4 Les limites ressenties pour les Maisons de Santé Pluridisciplinaires	p62
4-2 Les limites de l'étude	p65
4-3 Les forces de l'étude	p66
5. CONCLUSION	p67
6. BIBLIOGRAPHIE	p69
7. ANNEXES	p73
7-1 Annexe 1 : Guide d'entretien	p73
7-2 Annexe 2 : Notice d'information et de consentement	p75

Abréviations

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

SMS : Short Message Service

RNIPH : Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine

MG : Médecin Généraliste

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

SCI : Société Civile Immobilière

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

ASALEE : Action De Santé Libérale En Equipe

MSU : Maitre de Stage Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

SCM : Société Civile de Moyens

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

1 – INTRODUCTION :

Nous traversons actuellement une crise sanitaire, avec une apparente difficulté d'accès au soin pour les patients, et une remise en question du système de soins dans sa globalité, par les différents acteurs du soin. L'accès au soin reste un enjeu majeur de santé publique et revêt un fort impact politique.

Dans ce contexte, le mode d'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) est en plein essor en France depuis quelques années. La structure qu'est la MSP est encadrée depuis le 19 décembre 2007 par une définition juridique dans le cadre de la Loi de financement de la sécurité sociale : « Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens » (1). Elles concernent donc un rassemblement, une association de différents acteurs locaux du soin au sein d'une même structure.

« Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence » (1). Ainsi les soignants exerçant dans ces structures doivent se plier à un certain nombre de contraintes, et justifier d'un exercice conjoint pour pouvoir obtenir les subventions de la collectivité et l'appellation MSP.

Cette MSP répond apparemment à une demande des soignants exerçant au sein des CPTS pour faciliter le soin et remettre le patient au centre du soin. Le tout s'inscrivant dans une tentative de modeler le paysage du soin pour le rendre plus efficient (2) (3). De même, les MSP sont présentées par les politiques comme une solution de lutte contre la désertification médicale sur le territoire national, avec une simplification de l'interaction entre les professionnels de santé et ainsi faciliter le recours et l'efficacité du soin pour les patients (4) (5).

Depuis plusieurs années, l'offre de soin et la démographie médicale se sont étiolées alors que la population dans la région Centre Val de Loire continue de croître. Avec environ 40000 professionnels de santé pour un bassin de population estimé à 2,5 millions d'habitants

(recensement de population du 1^{er} janvier 2014) (6). Il existe un autre facteur à prendre en compte, qui est le vieillissement de la population, qui majore la demande de soin et donc accentue la sensation de manque de soignants (7).

Le fait de présenter la MSP comme une réponse à la désertification médicale et donc comme une amélioration de l'offre de soin (8), et parce qu'elles semblent être plébiscitées par les soignants, font qu'il existe une augmentation importante du nombre de MSP sur le territoire national avec un passage, en une dizaine d'années, à 1889 MSP en France et 366 projets en cours de réalisation, selon un recensement de juin 2021 (1). Pour la région Centre Val de Loire, il y a un objectif de création de 125 MSP supplémentaires d'ici l'horizon 2025 (9).

Au milieu de ces volontés politiques, de ces besoins en santé, se trouvent les soignants. Et notamment les médecins généralistes. Le fait d'exercer en MSP représente un changement par rapport aux modèles préexistants qui consistaient à exercer soit seul, soit en groupe de médecins généralistes. Actuellement, peu de travaux ont pu faire la lumière sur ce que les soignants exerçant au sein de ces structures pouvaient ressentir (10).

L'objectif de ce travail de thèse est donc d'explorer le ressenti des Médecins Généralistes installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire, en région Centre-Val de Loire.

2 – MATÉRIEL ET MÉTHODE :

2-1 – TYPE D'ÉTUDE

L'objectif de cette étude était d'explorer le ressenti des médecins généralistes sur leur mode d'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire, en région Centre-Val de Loire.

Les éléments relevés faisaient parti du domaine du subjectif, en rapport avec les ressentis des médecins généralistes interrogés, rendant donc compliquée toute analyse quantitative. Ainsi une méthode d'analyse qualitative permettant de comprendre plutôt que dénombrer (11), paraissait plus adaptée à ce type de travail. L'analyse par une méthode qualitative permet de récupérer des échantillons verbaux ou verbatim et d'en extraire une interprétation, un sens (12).

L'étude a été menée par méthode prospective qualitative et par entretiens individuels semi-dirigés, avec utilisation d'un guide d'entretien, auprès de médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire. Une analyse thématique a été utilisée pour extraire les données.

2-2 – POPULATION ÉTUDIÉE :

Nous avons réalisé un recrutement au sein de différentes MSP de la région Centre-Val de Loire, pour tenter de former un échantillon raisonné et ainsi avoir le plus de diversité de réponses au sujet de la question de recherche.

Les critères que nous avons retenu pour inclure les médecins généralistes dans l'étude étaient les suivants :

- Etre installé en MSP
- Avoir exercé au préalable en cabinet de groupe ou esseulé
- Etre dans la région Centre-Val de Loire

Pour le recrutement, nous nous sommes essentiellement servis du téléphone pour le contact et d'internet pour trouver une partie des sujets.

Nous avons pris contact avec différents médecins généralistes installés en MSP en région Centre-Val de Loire. Le bouche-à-oreille nous a permis d'obtenir les numéros de téléphone de certains Médecins Généralistes qui ont pour la plupart répondu favorablement à la demande d'entretien. Certaines demandes sont restées sans réponse, tandis que nous avons eu quelques refus de participer à l'étude. Mais la majorité des demandes a débouché sur un entretien.

Le premier contact est systématiquement passé par un SMS ou un appel téléphonique pour décrire le sujet et l'objectif de l'étude, et pour convenir d'un rendez-vous ultérieur pour l'entretien.

2-3 – RECUEIL DES DONNÉES :

Le recueil des données s'est fait par des entretiens semi-dirigés, reposant sur un guide d'entretien (Annexe 1) rédigé au préalable par l'investigateur (Aurélien ESCOT).

L'ensemble des entretiens a été réalisé par l'investigateur entre Août 2020 et Septembre 2022.

Dans le contexte épidémique dû au Sars-Cov 2 (Covid 19), il a été décidé de réaliser les entretiens au téléphone, chacun à son domicile, en haut-parleurs du côté de l'investigateur. Aucune limite de temps n'a été imposée, permettant aux sujets de développer à souhait leurs ressentis. Les entretiens ont donc duré entre 26 minutes pour le plus bref et 55 minutes pour le plus long.

L'intégralité des entretiens a été enregistrée sur un dictaphone, puis a été retranscrite mot à mot sur l'ordinateur de l'investigateur. Une anonymisation a été réalisée en utilisant la lettre « E » pour « Entretien » et un chiffre allant de 1 à 12, le chiffre ayant été donné dans l'ordre de retranscription mot à mot des entretiens. Cette anonymisation a permis la sécurité des informations recueillies et a donc rendu impossible tout lien avec les sujets de l'étude. L'ensemble des entretiens retranscrits et du codage a fait l'objet d'un stockage en double sur une clef USB et sur l'ordinateur de l'investigateur.

Pour la réalisation des entretiens, un guide d'entretien a été utilisé, servant de repère pour relancer la discussion ouverte si besoin. Le but de ce guide d'entretien a été de ne pas dévier du sujet ; de plus les questions ont été articulées de telle manière qu'il a été permis d'explorer le plus de champs de réponses possibles. L'entretien a systématiquement commencé par un rappel de l'objectif de cette étude. Les trois premières questions ont servi à décrire le sujet de l'étude, avec des questions simples permettant de mettre directement à l'aise le sujet et ainsi lancer convenablement la discussion, pour qu'elle paraisse la plus naturelle possible. Ces trois questions faisaient ainsi office de « questions brise glace ». Ensuite il y a eu une succession de huit questions ouvertes permettant d'explorer le ressenti des médecins généralistes en rapport avec leur installation, les critères l'ayant motivée, ce que représente la MSP pour eux, ce que ça a changé dans leur pratique, les avantages, les inconvénients, et le ressenti général.

L'ossature générale du guide d'entretien a légèrement changé à la suite du premier entretien, les questions qui n'étaient pas assez ouvertes ont été modifiées pour permettre d'avoir des réponses plus longues et plus riches en informations. En effet certaines questions ont pu entraîner une réponse par l'affirmative ou la négative, et l'investigateur a dû préciser qu'il fallait développer, l'échange n'étant pas aussi fluide que prévu.

A la suite de ce changement initial, il n'y a plus eu de modification apportée à la trame de ce guide d'entretien, seule l'aisance de l'investigateur s'est petit à petit améliorée au fur et à mesure des entretiens, rendant les derniers entretiens beaucoup plus fluides.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données. Il est apparu qu'aucune nouvelle information ou idée n'émergeait à partir du dixième entretien.

Douze entretiens ont finalement été réalisés dans cette étude.

2-4 – ANALYSE DES DONNÉES :

Une analyse thématique a été utilisée pour extraire les données au fur et à mesure des différents entretiens réalisés. Cette méthode d'analyse est de plus en plus fréquemment utilisée dans le cadre de travaux de recherche en Santé Publique et en Médecine Générale. Elle consiste, comme l'a décrit Mucchielli, à « repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets », ou encore « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (13).

Nous avons donc repéré des expressions verbales, nous avons tâché d'en extraire différentes idées, ensuite nous avons procédé à un regroupement en sous-thèmes de ces multiples idées, en lien avec l'objectif de l'étude, et nous les avons regroupés en plusieurs thèmes majeurs, correspondant à la problématique.

Pour coller au « principe de réalité » et limiter l'apparition de biais d'interprétation une triangulation a été réalisée. Le double codage prévu initialement avec le directeur de thèse originel n'a pu avoir lieu, un changement de directeur de thèse ayant dû avoir lieu au moment du codage des résultats de cette étude. Une triangulation a finalement été assurée et enrichie par l'analyse d'investigateurs extérieurs à l'étude. Un total de trois investigateurs extérieurs a été sollicité. Ainsi en discutant et en comparant les résultats, l'investigateurs de l'étude a pu affiner les sous-thèmes et thèmes.

Les différents résultats, issus des douze entretiens, ont été regroupés en sous-thèmes, eux mêmes liés les uns aux autres en divers thèmes majeurs.

2-5 – CONSENTEMENT ETHIQUE ET AVIS CNIL :

L'investigateur de l'étude a rédigé un formulaire d'information et de consentement (annexe 2) basé sur un modèle préalablement utilisé pour d'autres travaux de thèse en l'adaptant au sujet de l'étude en cours. Ledit formulaire permettant d'expliquer les tenants et les aboutissants de l'étude, d'expliquer comment l'étude allait être menée et d'insister sur le caractère anonyme du recueil de données et de la destruction de ces dernières à la fin de l'étude. De plus il a été signifié, à chaque médecin généraliste ayant accepté de participer, la possibilité de se retirer de l'étude à n'importe quel moment que ce soit.

L'anonymisation de l'ensemble des verbatim a été respectée en donnant une lettre et un numéro à chaque entretien.

Un avis a été pris auprès de la coordonnatrice de la cellule « Recherches Non Interventionnelles » du CHRU de Tours, le 18 septembre 2022. Un dossier expliquant la nature et le contenu, ainsi que la méthode de l'ensemble de l'étude lui a été communiqué. L'étude est de type Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH), dite hors loi

Jardé, et correspond à une recherche évaluant la pratique professionnelle. Avec une anonymisation complète du guide d'entretien et des résultats, ne permettant de faire le lien avec aucun des médecins généralistes ayant répondu à l'étude, dans ce cas, aucun avis CNIL ou éthique n'a été nécessaire (réponse du 21 septembre 2022).

La coordonnatrice a apporté une précision, demandant à ce que l'intégralité des enregistrements audio soit détruite à la fin de l'étude, ce qui était déjà prévu dès le départ ; de plus, elle a donné la consigne qu'en cas de publication, certaines revues demandent un avis éthique, et que si le cas se présentait, il pourrait être demandé dans un second temps.

3 – RÉSULTATS :

3-1 : POPULATION DE L'ÉTUDE :

La population étudiée est détaillée dans le *tableau 1*.

Tableau 1 : Description de la population interrogée :

	sexe	Age (ans)	Année d'installation	Exercice	Département	Exercice précédent
E1	M	65	1986	Rural	41	Cabinet de groupe
E2	M	64	1986	Urbain	45	Cabinet de groupe
E3	F	60	1994	Urbain	41	Cabinet de groupe
E4	M	62	1994	Semi	18	Cabinet de groupe
E5	M	45	2007	Semi	37	Cabinet de groupe
E6	M	55	2002	Urbain	45	Cabinet de groupe
E7	M	63	1994	Rural	41	Cabinet de groupe
E8	M	65	1984	Rural	36	Cabinet de groupe
E9	F	62	1991	Urbain	45	Cabinet de groupe
E10	M	58	1996	Semi	36	Seul
E11	M	51	1999	Rural	36	Cabinet de groupe
E12	M	50	2004	Semi	37	Seul

M = Masculin / F = Féminin / Semi = semi rural

3-2 : LES REPRÉSENTATIONS D'UNE MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE SELON LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES :

A la demande de l'investigateur, les médecins généralistes installés en MSP ont été invités à donner leurs propres définitions de ce que représentait pour eux la MSP, ce que ça englobait, ce que ça signifiait, sans forcément se baser sur la définition officielle. Il était nécessaire qu'ils puissent formuler ce que ça impliquait pour eux d'exercer en MSP.

3-2-1 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire est une équipe :

Une notion a été évoquée dans tous les entretiens réalisés, c'est que la MSP représentait la formation d'une équipe : « *C'est surtout la dimension de groupe, d'équipe. C'est ça qui me plait beaucoup. J'ai vraiment ressenti que le fait qu'on ait ce projet là ça a dopé l'équipe. Ça nous a soudé énormément.* » (E2).

Cette notion d'équipe a été complétée par le fait que la MSP permettait la possibilité d'une vraie pluridisciplinarité : « *En un c'est la pluridisciplinarité. Et d'une autre façon, le fait qu'il y ait des professionnels de différents horizons qui travaillent ensemble.* » (E2). Cette pluridisciplinarité passait par le regroupement de différents professionnels de santé : « *La MSP elle concerne les médicaux, les paramédicaux, la pharmacie, les kinés, la diététicienne, il y a une orthophoniste, un podologue, des IDE, une coordinatrice.* » (E1) ; « *C'est un progrès. Dans le sens où on travaille avec des paramédicaux, surtout les infirmiers.* » (E8).

Les médecins interrogés ont décrit cette équipe comme n'étant pas juste une association de différentes professions axées sur le soin, mais également un regroupement générationnel : « *C'est également un lieu multi générationnel.* » (E9).

De plus, ils ont dit que l'équipe n'était pas uniquement une association de plusieurs acteurs, mais vraiment la base qui soutenait l'interaction, l'entraide, le partage : « *Pour moi la MSP est un lieu d'exercice de la médecine. Un lieu de réunion avec d'autres collègues. Une mise en commun de nos personnes et moyens matériel. Un lieu d'échange et de convivialité. Un travail en équipe possible. Indépendamment du contexte médical c'est une petite*

communauté humaine agréable avec laquelle on peut discuter, être entre amis. » (E7). Ils ont rajouté que cette équipe de soignants permettait de s'entraider et de pouvoir diversifier les activités, donc d'avoir une pratique complémentaire : « La vision que j'avais de la MSP, c'était donc de travailler ensemble, parler des patients, se conseiller car on ne sait pas tout et diversifier la proposition des actes (par exemple je fais peu de gynéco et ma consoeur pouvait en faire un peu plus, je faisais les infiltrations et elle non). Et si c'est difficile pouvoir en discuter. » (E11).

Les médecins généralistes ont expliqué que l'esprit d'équipe était au cœur de cette représentation de la MSP : pas uniquement un regroupement de soignants, mais surtout des soignants qui travaillent ensemble et qui s'améliorent ensemble : « *ce n'est pas le fait de regrouper des professionnels de santé qui fait la MSP. C'est la manière dont ils vont travailler ensemble.* » (E12).

Le principe d'égalité semblait également être un point important dans ce travail d'équipe : « *Tous les soignants participent aux réunions et les statuts décidés donnent une voix à une personne et donc on est sur un pied d'égalité, et ce même si les cotisations ne sont pas égales.* » (E2).

C'était donc la notion d'équipe, pluridisciplinaire et multi générationnelle, qui ressortait dans les entretiens. Les MSP étaient décrites comme le siège d'entraide, de partage et d'interactions, sur fond d'égalité et d'écoute respectueuse. Les MSP n'étaient ainsi pas réduites à un regroupement géographique de différents acteurs du soin, mais correspondaient au support permettant l'esprit d'équipe.

3-2-2 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire est un moyen :

Certains médecins interrogés ont décrit la MSP comme un moyen de lutter contre la solitude, une façon de ne pas se retrouver seul et isolé : « *En gros c'est un moyen de ne pas se retrouver seul.* » (E5), « *J'ai vécu ça comme une opportunité, parce que le but c'était de ne pas être tout seul. (...) Je voulais m'intégrer à une équipe, et ne pas m'installer tout seul.* » (E11). Les MSP apparaissaient donc comme un moyen de permettre le regroupement de soignants.

D'un autre côté, la MSP a également été présentée comme un moyen d'améliorer les locaux et le confort d'exercice : « *L'amélioration des conditions de travail pour les professionnels et l'amélioration des soins pour les patients.* » (E4) ; « *La MSP nous a permis donc de répondre d'une part à l'immobilier (...). Donc c'était l'aspect financier qui a été un moyen. L'ARS n'a pas mis tous les sous mais également la collectivité locale. La MSP a été un moyen.* » (E4). C'était un moyen pour ces soignants de pouvoir améliorer leur quotidien via des dotations pécuniaires de la part des collectivités, de modifier la façon de travailler : « *Pour moi ça a été l'occasion de moins ressentir de pression sur la quantité de travail. Ça a permis de mieux répartir le travail.* » (E5).

La MSP a ensuite été considérée comme permettant de créer la pluridisciplinarité et l'attractivité : « *C'est donc le fait de passer en MSP qui nous a permis de nous ouvrir à la pluridisciplinarité.* » (E2) ; « *Un moyen de pouvoir répondre à la demande pour que des jeunes s'installent.* » (E4). Elle permettait également le partage entre soignants : « *Un lieu d'exercice avec beaucoup de partage. Avec certainement un confort de travail. C'est une mutualisation des biens. C'est un lieu d'échange.* » (E9). Cette MSP n'était pas uniquement une association entre différents acteurs du soin, mais bien le moyen de permettre l'action conjointe entre ces soignants, et le moyen de les attirer.

De plus, certains sujets interrogés ont reconnu dans la MSP un moyen de favoriser l'innovation, l'invention de la médecine de demain : « *la MSP pour moi c'est ce dynamisme, et cette recherche d'innovation. Pour moi le dynamisme c'est aller vers l'avenir, inventer la médecine de demain* » (E12) ; « *Où tu peux mettre des projets en commun. Tu nourrisse à la fois les patients mais aussi les professionnels de santé, c'est à dire que pour moi c'est important aussi que la structure puisse protéger aussi ceux qui sont à l'intérieur (...) faire évoluer les gens qui sont à l'intérieur. C'est à dire que tu as ton rôle mais que tu puisses évoluer et faire évoluer* » (E1). Pour les sujets interrogés, la MSP était bien plus qu'un concept abstrait, mais bien quelque chose de plus grand que les soignants eux-mêmes.

On a ainsi une description de la MSP comme étant un moyen. Un moyen de lutter contre la solitude dans l'exercice du quotidien. Un moyen de créer la pluridisciplinarité, d'améliorer les locaux et le confort d'exercice. Un moyen d'attirer d'autres professionnels de santé. Et enfin un moyen de créer du dynamisme et de l'innovation dans la médecine générale.

3-2-3 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire est une amélioration du soin :

Quand on leur a demandé ce que représente la MSP pour eux, certains médecins interrogés l'ont présentée comme une amélioration du soin dans son ensemble. En effet ils ont considéré que ça a permis de remettre le patient au centre du soin : « *Pour moi c'est un formidable outil qui permet de remettre le patient au centre du soin. Entouré de tous ces professionnels. C'est une approche plus centrée-patient. C'est une approche de travail d'équipe.* » (E12).

Pour eux, cette remise du patient au centre du soin a été permise par la continuité du soin qu'offre la MSP : « *quand il y a en a un qui est absent ça permet que les autres puissent compenser quand même. C'est la définition pour moi d'une MSP.* » (E10) ; « *se remplacer mutuellement, assurer les urgences des uns et des autres. Mutualisation et proximité des soignants, une optimisation de la prise en charge des patients.* » (E7). Ainsi ils ont considéré que la MSP permettait une amélioration de la qualité du soin. Certains sont même allés plus loin dans la description de la MSP : « *Pour moi une MSP c'est un endroit où l'on peut s'adresser quand on a des problèmes de santé et il y aura une écoute et il y aura une réponse. Au moins une réponse de premier recours. Pour moi la MSP c'est ça, où le soin se poursuit et se, comment dire, où il y a de la communication entre les professionnels de santé. C'est à dire que sinon pour moi ce n'est pas une MSP.* » (E1).

Cette amélioration du soin est ressentie à travers une prise en charge plus complète du patient : « *Un endroit où on peut prendre les gens en charge si tu veux de façon plus que pluri professionnelle. Les gens vont être pris en charge de la façon la plus complète possible.* » (E1).

La MSP a été décrite, par ces praticiens, comme une amélioration du soin, en permettant de changer la profession, elle a permis l'innovation et elle a donc permis des succès de prise en charge : « *si tu veux c'est un métier, c'est un métier que j'ai découvert, non seulement parce ce projet de soins et professionnel, au niveau professionnel ça a vraiment été de réinventer un peu la médecine. Tu vois on découvrait un truc, ce n'était plus de l'activité dans ton coin comme je faisais, de l'abattage. C'est de la médecine mais à une autre échelle. C'est une vision plus complète de la médecine, inscrite dans la société* » (E12) ; « *A la fois dans la réunion pluridisciplinaire avec des moments d'échanges sur des patients précis où on a des succès de prise en charge, et ça on ne le faisait pas avant. Je trouve qu'on a mieux soigné*

certaines personnes parce que prise en charge en équipe. » (E2). Ainsi, de part l'innovation qui a été ressentie et l'organisation nouvelle du soin, la MSP a été considérée comme une amélioration du soin à part entière.

En conséquence, on retrouvait une vision plus complète et complexe de la MSP, vue par les soignants qui y exerçaient. Avec une MSP qui a été représentée comme une amélioration du soin par la remise du patient au centre du soin. Le tout permis par l'innovation, le changement d'organisation, la continuité du soin et ainsi donnant la possibilité d'une prise en charge plus complète avec des succès de prise en charge.

3-3 : LE PROJET « MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE » : **UNE VOLONTÉ DE CHANGEMENT**

Au travers des différents entretiens, il y a eu la volonté d'explorer ce qui a poussé les médecins généralistes interrogés à se tourner vers une structure telle que la MSP.

3-3-1 : Les déterminants du changement :

Un certain nombre de critères a poussé les médecins généralistes à se tourner vers les MSP. Il leur a donc fallu réaliser un véritable état des lieux, une introspection, qui a permis à ces professionnels de santé de découvrir ce qui n'allait pas dans leurs pratiques, et de vouloir changer leur mode d'exercice.

Dans un premier temps, ce qui est ressorti est que des médecins généralistes ont fait le constat d'un manque de communication entre les soignants d'un même secteur, qu'ils soient médecins ou paramédicaux : « *il travaillait beaucoup beaucoup et ne partageait donc pas grand chose, il n'avait surement pas de difficulté. Nous n'avions pas de réunion dossier par exemple.* » (E9) ; « *Pour la communication dans le cabinet il n'y avait pas de réunion en particulier. On mangeait ensemble (...) Pour le reste il y avait très peu d'échange.* » (E11). Ce manque de communication a entraîné une difficulté d'exercice et de prise en charge des patients et ils en ont ressenti un profond mal-être : « *les IDE avaient des problèmes de plaie, c'était des SMS, des coups de téléphone, où il fallait me chopper avant que je parte en visite, c'était compliqué.* » (E12). De plus, certains ont décrit un manque de disponibilité des uns envers les autres, y compris au sein d'un cabinet de groupe : « *Parce que je me suis rendu compte que je n'échangeais pas beaucoup, parce que mes précédents confrères n'étaient pas très disponibles.* » (E9).

Il y a également eu une prise de conscience d'une certaine forme d'isolement, de solitude : « *Rapidement je me suis retrouvé tout seul, en tout cas le seul médecin parce qu'au bout de trois ans mon collègue est parti pour aller s'installer ailleurs dans le village. Parce qu'il y avait le secrétariat et que ça coûtait trop cher et il voulait faire des économies. Et donc je me suis retrouvé pendant 2004 à 2017 seul médecin dans le cabinet médical.* » (E12). Parmi les réponses, certains ont décrit une véritable difficulté à gérer cette solitude : « *Moi qui ai*

beaucoup exercé seul si tu veux, je pense que le travail en groupe c'est quand même quelque chose qui te sort de ta solitude. Ce n'est pas simple quand tu es seul à soulever le truc. » (E1).

Certains ont également analysé la démographie médicale et ce qu'elle pouvait devenir, notamment le fait qu'elle allait s'amenuiser : *« En sachant qu'à l'époque on a fait l'analyse en disant à la mairie « attention, dans quelques années il y aura tant de départs à la retraite de différents confrères, et si vous ne faites rien, on va diviser la population médicale par deux en moins de dix ans et surtout qu'il y a un risque d'implosion des cabinets de groupes car quand il y a un départ ça devient difficile pour ceux qui restent d'assurer financièrement et au niveau de la patientelle et qui risquent de ne pas tenir et qui risquent de s'en aller ». » (E2) ; « c'était un vrai désert médical. » (E9).* Cette évolution de la démographie médicale rendait nécessaire le fait de se regrouper et de s'organiser.

La majorité des sujets interrogés a décrit que c'était aussi le départ à la retraite de confrères qui a entraîné une certaine forme d'anxiété sur l'avenir et a créé l'envie de changement et l'orientation vers une MSP : *« on était sur une dynamique où il y avait beaucoup de départ à la retraite de confrères, et on sentait qu'il y avait une sorte d'angoisse sur ce qu'allait devenir notre vie après avec la demande de soin croissante. » (E5).* Une partie des médecins interrogés a en effet ressenti une difficulté dans la possibilité de trouver un successeur dans les années à venir : *« En fait on a deux confrères qui sont partis à la retraite et qui ont trouvé des successeurs, et le euh l'avant dernier et le dernier à partir à la retraite ont eu énormément de mal à trouver quelqu'un pour prendre la suite. On a eu de la chance cependant de trouver des successeurs, mais il était évident que les deux suivants à partir il serait très difficile de trouver un successeur. » (E4).* Il leur a donc fallu réfléchir à une solution pour cette situation.

La majorité des sujets a également décrit une surcharge de travail qui rendait difficile leur quotidien : *« Il y avait beaucoup de plages sans rendez-vous également. C'était terrible, parce qu'ils arrivaient parfois très nombreux. » (E9) ; « quand il y avait une urgence, même si on n'avait pas son médecin là, c'est là qu'on avait tendance à atterrir, tout de suite en priorité, sauf que l'habitude est restée même quand j'étais tout seul, donc je ne te raconte pas les journées à 50 patients par jour. Et si il n'y avait pas eu le projet MSP, que j'ai porté à bout de bras, euh j'aurais décroché ma plaque » (E12).* Cette surcharge de travail rendait

inconfortable l'exercice de la médecine générale et a participé à la réflexion sur la nécessité de changer de mode d'exercice.

Ensuite, d'un point de vue plus matérialiste, des médecins interrogés ont évoqué le fait qu'ils ont fait le constat que leurs locaux n'étaient plus tout à fait adaptés à l'exercice de la médecine générale, avec des locaux trop vétustes ou trop petits pour permettre une modification de leur pratique : « *J'étais dans un cabinet rural, un cabinet de groupe, nous étions deux médecins en séparation complète (...). Il est à noter que nous nous partagions un seul bureau, quand l'un était sur place, l'autre était en visite et vice versa.* » (E11) ; « *du fait que pour recevoir des personnes en plus il nous fallait agrandir les locaux. Nous avions initialement prévu d'agrandir à nos frais.* » (E2). Cette envie de changer de local a donc participé à la volonté de s'orienter vers une structure telle qu'une MSP.

D'autre part, parmi les médecins généralistes interrogés, quelques uns ont eu une réflexion plus profonde sur la médecine générale et son organisation, et ont fait le constat que pour perdurer, il fallait changer la façon de pratiquer : « *moi j'ai vécu une époque où les médecins étaient un peu les uns contre les autres. Chacun était pour son pré carré. On a vécu ça. Donc tout à coup je pense qu'il s'est dit que pour que la médecine survive en rural, il faut, et vu l'évolution de la démographie il faut trouver un autre système. Le but c'était de créer autre chose.* » (E1). Dans cette volonté de changer leur façon d'exercer, les MSP semblaient être une partie de la réponse.

Ainsi, des critères multiples et variés ont poussé les praticiens à se tourner vers une autre forme d'exercice de la médecine générale. On y a retrouvé le sentiment d'isolement, de solitude et le manque de communication, les départs à la retraite de confrères, et l'appauvrissement de la démographie médicale, rendant inconfortable l'exercice de la médecine, avec une impression de surcharge de travail. Ensuite d'un point de vue plus matérialiste, il y a eu une prise de conscience de locaux qui n'étaient plus tout à fait compatibles avec la poursuite de l'exercice. Enfin, certains ont eu une réflexion approfondie sur la pratique de la médecine générale, et ont eu le sentiment qu'il fallait changer la façon de pratiquer pour pouvoir pérenniser la discipline de la médecine générale, inscrite dans son temps.

3-3-2 : Les retours des médecins généralistes sur la réalisation du projet : moteurs et freins :

Suite à l'état des lieux qui a été réalisé, les médecins généralistes ont projeté d'exercer dans des structures telles que les MSP. Il leur a donc fallu monter un projet.

Ce qui est ressorti, c'est que le projet a très fréquemment été initié par un médecin généraliste ou un soignant qui, suite aux constats préalablement faits, a pensé un autre moyen d'exercer la médecine : « *Au départ ça a été la volonté de médecins.* » (E1).

La motivation principale était de regrouper différents acteurs du soin au même endroit. Il a donc fallu se concerter : « *Moi j'ai fait le tour de mes collègues, on a discuté d'abord pour savoir si on voulait se réunir, euh, dans les mêmes locaux* » (E12). Ils trouvaient primordial que les soignants du secteur s'accordent et adhèrent au projet avant d'aller plus loin : « *(...) la mienne à la base. J'ai fait un premier tour de table, j'ai fait un sondage, pour savoir si c'était réalisable de se lancer dans un projet comme ça. Pour savoir si tu vas être suivi. Ils m'ont tous dit « oui », mais ils m'ont tous dit « on ne met pas un copec ». Voilà. Donc je suis allé voir la mairie.* » (E12). Un point important est apparu : la nécessité de subventions pour que le projet avance.

Les médecins interrogés ont expliqué qu'il fallait obtenir le concours des organismes politiques locaux pour pouvoir poursuivre le montage de ce projet. Dans quelques situations, les soignants ont eu l'impression que les politiques ont facilité le projet : « *j'ai eu un très bon soutien de l'ARS. On m'avait dit « oh tu verras l'ARS ... les médecins ont peur de l'ARS... », honnêtement moi je les ai intégrés dans le jeu dès le début, c'est à dire que dès le départ je suis allé les voir et j'ai dit « voilà on veut monter une MSP, comment faut faire ? », « bah faut faire un projet professionnel, nana.. bon d'accord on peut aider, on vous donne le canevas » et en fait quand je rédigeais, je prenais des rendez-vous régulièrement et je leur montrais et on échangeait et ils me conseillaient. On a monté le projet avec l'ARS donc quand on est arrivés et que le projet a été fini ils ne pouvaient pas dire non non plus* » (E12)

Mais dans la très grande majorité des cas, les médecins interrogés ont exprimé le fait que pour eux, les instances politiques ont plutôt été, initialement, un frein majeur au développement de leur MSP : « *Il fallait pour ça être en lien avec les pouvoirs publics qui*

nous ont un peu mené en bateau de 2008 à 2014, ça a été un long combat avec pressions et débats pour faire comprendre le projet à la communauté de commune et le lui faire accepter. Pour moi c'était ça au départ. » (E4). Soit parce qu'ils étaient en avance sur leur temps : « En fait on a déménagé en 2004 et on voulait faire l'équivalent d'une MSP en 2004. On avait demandé des subventions à la mairie mais ce n'était pas du tout d'actualité et on s'était fait bouler » (E3). Soit parce que le secteur n'intéressait pas les politiques : « De ce qu'il s'est passé, c'est que des confrères du secteur ont stimulé la municipalité (et je dis « stimulé » car elle était un peu frileuse) pour créer une structure telle que celle ci. C'est dans un quartier prioritaire, défavorisé. Les autorités n'ont d'ailleurs rien fait d'autre. Ils ont eu du mal à se laisser faire et ont surtout laissé les médecins tout faire. Ça a été laborieux et maintenant, comme ils ont eu la main un peu forcée, on ne peut plus leur demander grand chose. » (E9).

Ce qui a été ressenti par l'ensemble des médecins ayant porté ces projets, c'est qu'ils ont nécessité un lourd investissement en temps et en énergie pour mener à bien le montage : « Ca représente une immense satisfaction après 10 ans de boulot. Un énorme investissement en énergie. Je suis rentré en MSP en 2018 au bout d'un long cheminement de 10 ans entre la première évocation de l'idée pour faire venir des jeunes médecins, et la fin des travaux. » (E4).

Certains ont également évoqué les difficultés administratives pour l'élaboration du projet : « Donc il a fallu qu'on aille faire des présentations du projet, des présentations, moi j'ai été en réunion, en assemblée générale avec tous les maires de communauté de commune pour présenter mon projet, pour expliquer ce que ça allait changer, ce que ça allait apporter pour essayer d'avoir leur aval (...) nous notre maître d'œuvre c'est la communauté de commune, donc il fallait qu'ils aient des subventions. Pour avoir des subventions il fallait avoir le quitus de l'ARS, pour être MSP. Et donc tu as tout un cahier des charges à remplir, alors je te dis il faut que tu fasses un projet professionnel et un projet de soin. » (E12).

Toutefois, du fait de l'implication de chacun dans ce vaste projet qu'était le montage d'une MSP, la plupart des médecins interrogés a trouvé que c'était déjà les prémices de l'esprit d'équipe : « Et le fait d'avoir monté ce dossier, c'est qu'on a tous réfléchi autour de la table. C'est à dire que déjà, avant d'être dans la MSP, on avait déjà une certaine fusion, on avait déjà créé l'esprit d'équipe. Quand on est arrivés dans les locaux le fonctionnement il s'est

mis en place tout seul. Et c'est pour ça je pense que ça a fonctionné. Et que ça fonctionne toujours très bien » (E12).

Ainsi il s'est avéré que le projet a souvent été initié par un médecin, dans l'optique de se regrouper, mais que devant la nécessité de subventions, il y a eu une obligation vécue de passer par les instances politiques qui ont été majoritairement décrites comme un frein initial à la création de la structure. Ont été ressenties une certaine difficulté administrative à la genèse du projet, et un lourd investissement en temps et en énergie. Toutefois, malgré les contraintes et difficultés, il a semblé que l'esprit d'équipe a émergé à travers la réalisation de ces projets.

3-3-3 : Les ambitions de l'installation en Maison de Santé Pluridisciplinaire :

Au travers de cette étude, nous avons tâché de faire la lumière sur les désirs que, finalement, les médecins généralistes ont eu en s'installant dans une structure telle qu'une MSP. Ce qu'ils ont recherché à obtenir ou à faire.

Dans un premier temps, il est ressorti que les médecins s'orientant vers une MSP recherchaient une certaine forme de collégialité, de travail d'équipe, qui tranchait avec la façon d'exercer qui existait jusqu'à présent : *« Le travail d'équipe. Ne pas être tout seul sur un dossier. Retrouver un peu une structure qui ressemble à un mini fonctionnement hospitalier si tu veux. Je pense également que pour les autres acteurs du soin c'est plus attractif. Je pense que les jeunes médecins qui arrivent ne feront plus comme les anciens : tout seul, on pourra en trouver mais je pense que ça se fera de moins en moins. Bien sûr c'est attractif parce qu'il y a un certain confort et une certaine sécurité mais mon objectif c'était de ne plus me retrouver tout seul et surtout de pouvoir travailler en équipe. » (E12).* La volonté de travailler ensemble était au cœur de leurs attentes, et pas simplement le fait de travailler à côté les uns des autres : *« on va se réunir, et on ne va pas se réunir pour faire 15 cabinets dans un même local et basta. Cette fois si on se réunit, c'est parce que on veut travailler ensemble » (E12).*

Deuxièmement, il y a eu cette volonté d'être attractif, et donc de faire ce pari qu'en se regroupant dans une structure comme une MSP, des remplaçants, des successeurs, voir même de nouveaux collaborateurs allaient rejoindre le projet : *« nous cherchions également à nous*

étendre pour attirer des nouveaux médecins (...) Le fait d'être attractif déjà. Attirer de nouveaux médecins, car c'est un peu la galère. » (E6).

Cette recherche d'attractivité est passée par la nécessité de devoir modifier les locaux dans lesquels ils exerçaient, soit parce que les locaux étaient trop petits et donc restreignaient l'attractivité : *« Il nous fallait effectivement de nouveaux locaux pour pouvoir faire venir plus de monde car nous étions déjà plein au niveau des locaux et c'est pour ça que nous sommes passés en MSP. » (E6)*, soit parce que le montage financier était trop compliqué ou trop onéreux et limitait donc la volonté des successeurs à s'installer : *« Pour les locaux, nous étions propriétaires et en passant en MSP la mairie est devenue propriétaire des locaux et donc nous sommes locataires. Ca a eu un intérêt parce que les jeunes qui voulaient nous rejoindre ne voulaient pas acheter de part de la SCI et donc en passant en location ça a permis qu'ils aient uniquement un loyer à verser. » (E2).*

Certains ont désiré changer de locaux pour simplement modifier l'organisation de leur cabinet, soit pour améliorer leur exercice : *« Déjà c'est que quoi qu'il arrive on allait changer de cabinet. On avait un seul cabinet pour deux, donc on se relayait sur des horaires différents. Donc on n'avait pas des plages suffisamment longues chacun pour pouvoir travailler. Donc il fallait agrandir les locaux et la notion de MSP nous arrangeait bien. » (E8)*, soit pour faciliter l'accès pour les patients en plus de rendre la structure plus attractive pour les successeurs : *« Le but initial c'était de penser qu'on avait un cabinet médical au fond d'une cour avec un accès pas facile (...) On voulait avoir un projet immobilier au départ, c'est à dire faciliter l'accès, et surtout agrandir la structure, car nos locaux étaient déjà pleins. On voulait pousser les murs et rendre notre structure attractive pour de jeunes médecins lors de départ à la retraite et aussi de faire venir du monde en plus. » (E4).*

Cette volonté de changement des locaux a demandé un investissement financier important aux soignants, qui n'étaient pas spécialement enclins à le faire. A travers l'installation en MSP, il y a eu une recherche de financement avec des fonds publiques : *« Et au niveau immobilier on n'avait pas spécialement l'envie ni les moyens d'investir dans de la pierre à fonds perdus. Et il y avait ces projets là avec des fonds publiques qui permettaient d'améliorer les locaux (...) On était prêts à investir dans un terrain et un bâtiment. Mais c'est vrai que c'était très lourd financièrement pour nous. Du coup peu intéressant comme investissement. » (E4).*

Sans se restreindre aux locaux, certains médecins interrogés ont également mis en avant un réel attrait financier pour ces structures : « *De plus, il y avait des subventions, qui d'ailleurs étaient, à l'époque, bien plus conséquentes que maintenant.* » (E11) ; « *Il y avait des avantages financiers non négligeables* » (E10).

Avec ces objectifs, il y a également eu une volonté d'améliorer l'offre de soin : « *Le critère majeur était de pouvoir répondre à la demande de soin, en maintenant à minima et d'étoffer l'offre de soin et donc d'être attractif. L'idée de départ c'était ça.* » (E4).

En conclusion, les soignants ont exprimé leur volonté de travailler en équipe. Et pour ce faire il a été nécessaire de modifier leurs locaux et leur organisation. Mais cette modification des locaux entraînait un investissement financier important qu'ils n'étaient pas prêts à réaliser. La MSP apparaissant alors comme une solution pour obtenir des financements publics, pour améliorer l'attractivité pour les plus jeunes et donc à terme pouvoir améliorer l'offre de soin.

3-4 : EXPRESSION DES CHANGEMENTS APPORTÉS PAR L'EXERCICE EN MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE :

Ce travail a servi à explorer les ressentis des médecins généralistes qui exercent en MSP, et notamment, à avoir un retour sur leurs impressions, sur ce que ça a changé dans leurs pratiques.

3-4-1 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis une valorisation du travail d'équipe :

De manière assez unanime, les sujets de l'étude ont décrit une véritable amélioration du travail en équipe et en pluridisciplinarité avec des échanges facilités, plus fréquents et une meilleure communication, le tout permis par la proximité qu'ont apporté les locaux en commun, et facilitant donc l'interaction : « *Ca a permis par contre d'avoir une structure énorme qui regroupe les différentes professions et donc de parler plus facilement avec les différents acteurs du soin. Surtout de manière informelle et beaucoup plus fluide.* » (E5). Cette promiscuité, qui a été rendue possible par une structure telle que la MSP, a permis aux soignants de se regrouper au même endroit, et donc de simplifier et multiplier les rencontres : « *De mon côté je vois les infirmiers tous les matins. Je vois le kiné tous les jours. Je vois l'angiologue à chaque fois qu'elle vient et cetera ...* » (E8). Il en ressort également que les médecins généralistes ont trouvé que c'est vraiment le fait d'être en MSP qui a permis cette amélioration : « *On parle plus qu'avant. Je pense que c'est un point important qui est à dire. Et que le fait d'être en MSP a nettement amélioré ça* » (E6).

D'autre part, la majorité des médecins interrogés a exprimé le fait que la MSP a pu améliorer le travail d'équipe, en permettant de multiplier les supports de communication : « *Entre collègues associés on a le même logiciel donc on peut se mettre des notes entre nous. On peut donc se mettre des petites notes. On peut s'appeler les uns les autres avec les lignes directes internes via l'organisation téléphonique. Pour les IDE c'est plutôt par SMS. Et aussi via le secrétariat qui est sur place. On peut utiliser des mails sécurisés aussi. On fait également des réunions, environ quatre par an pour l'ensemble de la structure. Plus une tous les deux mois pour les médecins. En gros quasiment une réunion par mois. On essaye de grouper les réunions.* » (E4). Cette multiplication des moyens de communiquer entre les

acteurs de la MSP a permis de faciliter l'échange et donc a amélioré la possibilité de travailler ensemble.

Il y a également eu une organisation de cette communication qui a été permise ou imposée par la MSP, avec la nécessité de faire des réunions, qui sont des temps d'échange : « *Sur un plan pratique on fait des réunions une fois par mois de manière formelle, dans le cadre de la SISA et MSP, avec tous le monde. De manière informelle, avec les IDE et le podologue on est dans le même bâtiment donc on discute dans les couloirs, dans la salle de pause, autour d'un café. Il y a des demandes qui se font.* » (E7).

Les membres de ces structures, qui ont été interrogés, ont expliqué que le fait d'être en MSP a permis un développement de l'entraide et du partage de connaissance entre les différents soignants, avec pour conséquence une amélioration de la qualité du soin : « *Ca améliore ma pratique, parce que si tu veux mieux. J'ai moins de point aveugle sur ma façon de travailler. J'ai le regard d'autres professionnels, qui est plutôt bienveillant. Avec, pouvoir travailler comme ça avec d'autres professionnels, médecins ou non médecins, où tu peux échanger, ça te fait voir d'autres choses et ça t'oblige à te positionner différemment. A voir tes points aveugles, à voir tout ce que tu ne peux pas voir ou te faire changer ta vision des choses. Je trouve que c'est positif, de ne pas te scléroser.* » (E1). Ce partage entre les différents acteurs du soin a permis aux soignants de se remettre en question fréquemment et de progresser. De plus, pour les médecins, ce travail d'équipe a permis d'améliorer la prise en charge des patients en évitant la perte d'information sur ces derniers. Ça a amélioré la collecte globale des informations sur les patients : « *Quand tu es en équipe, tu as plusieurs visions, la « famille » ne voit pas le patient comme toi tu le vois. Le kiné il t'apprend plein de trucs, le patient il lui dit plein de choses qu'il ne te dira pas et quand on reprend tout ça on arrive vraiment à bien cerner ton patient et à pouvoir faire ce qu'il faut pour lui et être plus près de voilà (...) Parce que je pense qu'on accepte de se remettre en question, on accepte d'échanger avec l'autre de ses doutes et en toute confraternité si tu veux, on n'est pas dans le jugement, ou dans la peur. Le patient est patient de la MSP, on n'est pas à dire c'est le patient d'untel ou d'un autre, le pré carré, « oh il va me piquer mon patient ». On est vraiment très libre. Tu peux échanger. Il y a un soucis et tu vas pouvoir frapper et dire « qu'est-ce que tu penses de ça ? ». Il n'y a plus de rivalité.* » (E12).

Un certain nombre de médecins a également décrit le fait que la MSP a permis d'améliorer la collégialité dans les prises de décision, et ainsi les faciliter : *« certaines décisions doivent avoir l'unanimité (par exemple pour intégrer une nouvelle personne dans la MSP). Quand c'est une décision pécuniaire, ça va dépendre de la taille de l'enveloppe, si c'est un budget important, il faut une décision avec les deux tiers qui acceptent pour que ça passe (...) Quand il y a des décisions difficiles à prendre, à plusieurs c'est plus simple. La collégialité. De plus quand tu as un souci, il y a toujours quelqu'un pour te dépanner »* (E6).

Les médecins interrogés dans l'étude ont également perçu une amélioration dans leur interaction avec les différents acteurs sociaux du secteur, et cela grâce au fait d'être en MSP : *« On invite des intervenants extérieurs, comme le SSIAD, parfois les acteurs médico-sociaux, c'est un peu compliqué mais parfois on les a ... La coordinatrice de la plateforme, euh, PTA, pour les cas très complexes départementale, qui vient de temps en temps. »* (E12).

Ainsi, les médecins exerçant en MSP ont décrit une vision bien définie de l'apport qu'a eu la MSP sur le travail en équipe. Ils ont considéré que les locaux ont permis la proximité des soignants et donc la facilité des échanges. Ils ont décrit une organisation de la communication et une multiplication des supports de communication avec les réunions, l'uniformisation de l'informatique, les messageries internes, le secrétariat entre autres. De plus ils ont expliqué que la MSP a permis la collégialité avec des décisions prises en équipe et dans la bienveillance la plupart du temps. Il y a eu également la réalisation de protocoles qui ont permis d'améliorer le soin en tirant bénéfice de cette proximité. Le fait d'être en MSP a semblé avoir permis aux soignants de s'inscrire dans la société, avec un ancrage dans les discussions avec les différents acteurs sociaux. Le travail d'équipe a également permis de récolter plus d'informations sur les patients du fait de la pluridisciplinarité, et ainsi avoir une meilleure entraide et un meilleur partage des informations entre les acteurs du soin.

3-4-2 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire est un support de l'attractivité :

Les médecins interrogés ont majoritairement ressenti que la MSP a permis d'attirer des professionnels de santé de différentes professions : *« A partir de l'ouverture de la MSP, il y a deux IDE qui nous ont rejoints. Il y a un sixième médecin généraliste qui nous a rejoint, il y a également une psychologue qui est arrivée, il y a une orthophoniste qui est arrivée. Ce qui correspond au schéma actuel de notre MSP. Il y a également une collaboratrice depuis peu.*

Et ce que j'ai oublié de dire c'est que depuis juin, on a deux IDE ASALEE. Il y a aussi depuis le début une coordinatrice qui est présente une fois par semaine et fait le lien avec l'ARS et drive les sujets, elle soude énormément l'équipe. » (E2).

Ensuite, certains médecins ont considéré qu'à défaut d'attractivité globale, la MSP a permis d'éviter la fuite de soignants, et donc de limiter la désertification médicale locale. Que c'était une forme d'attractivité, mais qui concernait les soignants qui exerçaient déjà sur le même secteur : « *Pour ma part l'existence de cette MSP m'a permis de rester sur place et donc de ne pas partir. J'ai donc pu garder mes patients et qu'ils ne se retrouvent pas à la rue. Mais ça a permis de conserver ce qu'il y avait. Moi je serai parti par exemple. Ça a conservé ça, et c'est énorme, étant donné le quartier, qui est très défavorisé et populaire* » (E9).

Enfin, les sujets de l'étude ont exprimé le fait qu'être en MSP et avoir une structure organisée, étaient attrayant pour les successeurs, et que ça a permis de renouveler les soignants et de rajeunir la population médicale : « *et qu'on a fait venir des jeunes médecins. Parce qu'au départ on était arrivés à deux médecins et on se retrouve maintenant à 4, dont un qui a succédé à celui qui était avec moi au départ et qui est parti à la retraite.* » (E12) ; « *Là quand un médecin est parti en retraite il y a deux jeunes qui se sont mises en mi-temps à sa place.* » (E6). Les MSP permettaient également d'attirer des remplaçants qui parfois appréciaient tellement travailler sur place qu'ils ont décidé de rester et de se joindre au projet : « *Ca a permis l'attractivité de la structure (...) D'ailleurs la dernière remplaçante en date nous a dit que c'était tellement bien chez nous qu'elle aimerait bien rester sur place aussi.* » (E9).

Pour les médecins qui y travaillent, c'est bien le fait d'être en MSP qui a permis d'être attractif, en évitant que les soignants du secteur s'en aillent d'une part, en regroupant les différents professionnels de santé au même endroit avec un projet commun et surtout de permettre l'attractivité pour les remplaçants et parfois pour les successeurs.

3-4-3 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis d'améliorer le confort d'exercice :

Pour certains médecins installés en MSP, le fait d'y exercer a permis une amélioration de leur confort d'exercice : « *Ca n'a pas changé ma façon d'exercer la médecine mais ça a nettement amélioré mon confort.* » (E4).

Cette amélioration du confort s'est ressentie au travers d'une simplification de la gestion du cabinet du fait qu'ils soient devenus locataires : « *Pour la structure on est en location, c'est donc plus simple que d'être propriétaire. Donc pas besoin de gérer la maintenance ou l'entretien. Une simplification de l'organisation du travail (au dépend de fonds publics).* » (E4). De part cette simplification, ils ont ressenti une tranquillité d'exercice importante : « *La seule différence c'est que l'ancien cabinet nous appartenait et que maintenant non donc on paye un loyer. C'est la seule différence. Mais la paix ça n'a pas de prix. De prendre en charge les gens plus facilement ça n'a pas de prix.* » (E8).

D'un point de vu plus matérialiste, ils ont également trouvé une amélioration de leur confort d'exercice par l'amélioration des locaux : « *Alors déjà ça l'a améliorée grâce aux locaux qui sont quand même confortables. Même si ils ne sont pas climatisés. C'est fonctionnel.* » (E4) ; avec notamment la présence d'appartements sur place pour recevoir étudiants ou remplaçants si besoin : « *Les locaux ont été financés par la mairie, et nous en sommes locataires. Il y a un appartement pour les étudiants, ou les remplaçants dans la structure.* » (E8). De plus ils ont exprimé le plaisir d'avoir des locaux neufs avec un agencement réfléchi qui permet de se réunir à plusieurs et faire venir des intervenants extérieurs à la structure pour se former, le tout dans une ambiance conviviale : « *Ca nous a permis d'avoir des locaux complètement neufs, aux normes. Et selon nos besoins. (...) Parce qu'on a la salle de réunion et que la structure est adaptée à recevoir plein de monde. Les intervenants extérieurs notamment et ça c'est important. Et puis une fois par trimestre on a une Assemblée Générale où, là, on va traiter les problèmes de fonctionnement, financiers et tout ça. Et on fait venir des plateaux traiteurs et tout ça fini autour d'un verre en toute bonne camaraderie.* » (E12).

Plusieurs médecins interrogés ont également trouvé que la MSP a amélioré leur confort d'exercice de part un certain intérêt financier. En effet, le fait de se regrouper en MSP leur a

permis de mutualiser les charges : « Alors pareil, on a un partage des frais, par principe tout le monde participe au pôle secrétariat même si il ne l'utilise pas, parce qu'on considère qu'il y a un pourcentage d'accueil, qui fait que tout le monde doit prendre à sa charge au moins un pourcent du salaire. Et après on répartit en fonction de, en sachant que les médecins et le kiné qui lui fait gérer son planning, prennent le gros des charges de salaire. Au prorata. » (E12). Ensuite, ils ont reçu des dotations leurs permettant d'améliorer le matériel, et surtout le matériel informatique : « Je dois aussi amener le côté financier. On a probablement gagné un petit peu. Les revenus sont un peu plus importants, surtout du fait de la diminution des charges. Il y a une subvention qui est versée par les CPAM, en fonction de la patientelle. C'est une somme non négligeable. Ça a amélioré l'ordinaire car ça a permis de financer tout un tas de matériel, y compris le changement complet du parc informatique, le logiciel et puis dans l'opération financée par la mairie pour laquelle on paye un loyer, on a refait faire à neuf les locaux avec une extension neuve de 150m2 et rénovation totale des anciens locaux de 250m2 soit une grosse structure et surtout toute neuve. Donc ça a permis d'avoir un outil de travail vraiment sympathique. » (E2). Enfin, concernant l'intérêt financier, ils ont eu l'impression de pouvoir se permettre d'avoir plus de services sans augmenter leurs charges, ce qui a amélioré leur quotidien : « je pense qu'on gagne un peu plus de sous par rapports aux services apportés (secrétariat sur place) » (E3). Pour eux, c'était bien le fait d'être en MSP qui a permis d'accéder à ces avantages : « Notamment avec l'attractivité financière qui va avec. Nous n'aurions jamais eu tout ça si il n'y avait pas eu la MSP c'est une certitude. » (E8).

D'autres idées ont émergé par rapport à l'aspect financier, en effet, quelques médecins interrogés ont évoqué le fait qu'ils ont eu une amélioration significative de leurs revenus : « Il y a donc un avantage financier aussi. Je ne l'ai pas dit mais à un moment j'avais l'impression de bosser beaucoup mais qu'en contre partie ça ne rentrait pas énormément, alors que là c'est un peu plus lisse » (E5). De plus ils ont expliqué le fait qu'être installé en MSP leur a permis, du fait de la location, d'être plus serein sur le départ à la retraite : « Il y a quand même de gros avantages, en effet par ce principe nous sommes locataires et donc ça permet d'être tranquille si un médecin s'en va. Mais on est sûr de rien quand on est un groupe, car quand il diminue ça peut devenir une vraie galère par la suite. Alors en tant que locataire c'est beaucoup plus serein » (E6).

Il est également à noter qu'ils ont ressenti une amélioration de leur confort d'exercice car la MSP a permis d'avoir un remplaçant plus facilement et donc de pouvoir partir plus facilement en vacances ou en formation : *« Par contre ça a changé l'attractivité des remplaçants. Je trouve qu'on peut avoir beaucoup plus facilement un remplaçant dans une MSP que dans un cabinet de médecine générale normal »* (E9).

Ce confort d'exercice est également passé par un sentiment de liberté retrouvée, au service de la mobilité : le principe locatif permettant de quitter la structure sans incidence sur les autres : *« Et puis, avec la vision que j'ai à mon âge, je pense que c'est bien pour la mobilité, car il y a un turn-over chez les soignants, je pense que pour les jeunes qui se sont installés là, ils auront sûrement envie de bouger dans une dizaine d'années ou une quinzaine et bien je suis persuadée que ça facilitera le fait de trouver un successeur et donc ça leur donne plus de liberté par rapport à un cabinet qu'on a acheté, qu'on a une clientèle bien installée et qu'on cherche désespérément un successeur qui ne viendra jamais dans un cabinet individuel. Je pense que pour la mobilité des médecins jeunes c'est parfait, de même que pour les médecins qui partent à la retraite. On en revient donc à l'attractivité. C'est un bon argument pour s'installer pour les jeunes et qui n'ont pas envie de passer 40 ans dans le même coin et je pense que c'est beaucoup plus facile en MSP que quand on est deux dans un cabinet »* (E9).

Enfin, l'amélioration du confort d'exercice a été décrite par le fait qu'il y avait une continuité de soin si un soignant avait un soucis personnel et devait s'absenter, ça a été décrit comme rassurant d'être dans une telle structure et ça a permis d'avoir du temps pour soi pour se reconstruire : *« Tu vois moi qui ai fait un burn-out et qui ai dû m'arrêter ça a été un moment privilégié : imagine toi tu t'arrêtes et ta patientelle est quand même prise en charge. Ça j'ai franchement apprécié. Alors que si tu es tout seul, tu galères. Si tu dois trouver tes remplaçants et tout voilà. Parce que quand tu es libéral tu es libéral. Là du coup je me suis dit « voilà je ne suis pas tout seul, même si je suis tout seul dans mon problème, dans mon truc, ça a continué à tourner » »* (E1).

Pour résumer, les médecins installés en MSP ont trouvé que cette installation a permis d'améliorer leur confort d'exercice en passant par une amélioration des locaux, une simplification de la gestion permise par l'aspect locatif, qui permet de faciliter la gestion du cabinet, de gagner en liberté, que ce soit pour la retraite ou tout simplement pour changer d'air. Cet exercice en MSP a permis de diminuer leurs charges, par la mutualisation des frais,

d'améliorer les services sur place (secrétariat notamment), d'acheter du matériel neuf (informatique, échographique...), de globalement améliorer leurs revenus et enfin d'avoir une certaine tranquillité d'esprit grâce à la continuité des soins qui permet de dégager du temps pour soi.

3-4-4 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis une ouverture à d'autres pratiques :

Bon nombre des médecins interrogés ont pu relater le fait qu'exercer en MSP leur a permis de s'ouvrir à d'autres pratiques, et qu'ils en ressentaient une grande satisfaction : « *Deuxième chose, je pense que c'est aussi une façon d'évoluer dans ton métier. De voir les choses autrement. De ne pas te scléroser.* » (E1).

Dans un premier temps, les médecins en MSP ont pour la plupart été obligés de recevoir des internes, et qu'ils ont trouvé une certaine forme d'accomplissement dans ce compagnonnage : « *Il y a un élément important à préciser, en effet dans la MSP, il faut qu'il y ait des MSU, donc on s'est retrouvé à être plusieurs MSU. Ça a changé ma pratique énormément. J'étais initialement très réticent au fait d'accueillir des internes. Je ne me voyais pas recevoir un interne dans mon cabinet jusqu'à il y a 6 ans maintenant. Et dorénavant j'ai un interne en permanence. Et ça a été sur le plan personnel ça a changé ma vision des choses, ma pratique et mon intérêt. En fait j'adore ça. J'adore pouvoir échanger et discuter avec les jeunes internes de ce qu'on fait, leur parler de mes patients j'aime beaucoup ça.* » (E2). Certains ont même retrouvé une forme de réinvestissement dans la médecine générale par cet accompagnement des confrères de demain : « *En 2010 si je suis devenu MSU c'est parce que je commençais à m'emmerder dans mon boulot, à rentrer dans une routine comme à l'usine, donc ça m'a redonné du peps à ce moment là.* » (E4). Parmi les médecins, quelques uns ont trouvé que le fait de recevoir les internes leur a permis de garder une certaine forme d'apprentissage en continu : « *Je ne sais pas si ça amélioré ma pratique, mais déjà, le fait d'avoir des internes j'ai trouvé ça très bien. Car de temps en temps ils ont des connaissances qu'on n'a pas, surtout sur les nouveautés, et on en discute et les internes m'ont permis de rester ancré dans l'apprentissage. J'apprends plein de choses.* » (E6).

Pour rester dans le thème de la formation, il est ressorti que le fait d'être en MSP favorisait la formation médicale continue, parce que les locaux le permettaient : « *On organise des*

*topos par des spécialistes, par des intervenants extérieurs, même si le covid a ralenti le tout. Le fait des locaux communs, ça a permis de faciliter la présence des acteurs de soins aux différentes formations proposées. » (E5) ; parce que l'organisation en MSP permettait de dégager du temps personnel pour la formation : « *Il y a également des temps pour la formation, parce que comme on est quatre, bah c'est plus facile de s'absenter se former quand tu sais qu'il y a du monde encore qui fait tourner la boutique et puis à tour de rôle et puis pareil ça te permet de te former.* » (E12) ; parce que le fait d'avoir une vraie pluridisciplinarité permettait le partage d'informations et de connaissances par les différents acteurs de la MSP : « *On apprend en permanence. Tu vois on a une ergothérapeute aussi. Des fois il y a des choses que tu ignores et qui vont t'être présenté et donc voilà ça te permet d'avancer sur un sujet. Tout ce partage, ou même ta façon de voir tes propres patients.* » (E1) ; et enfin, parce que la structure en elle même était plus intéressante pour les spécialistes pour les FMC : « *Il y a également les FMC, en effet le fait d'être en MSP attire plus les spécialistes pour faire des formations* » (E9).*

Pour finir, la MSP a permis de donner un terrain propice à la diversification des activités, et également à l'innovation : « *Ça nous a permis de nous diversifier dans l'offre de notre plateau technique aussi parce que le fait d'investir à plusieurs et de se motiver, on a pu se lancer dans la télémedecine, dans la rétino, se lancer dans le fait d'acheter du matériel de MAPA, acheter un spiromètre, avec mon collègue, se former à l'écho et acheter un échographe, faire de la polygraphie nocturne, enfin tu vois on a diversifié l'exercice et du coup évité au patient d'aller à droite à gauche et d'attendre un rendez-vous pendant des mois (...) c'est cette dynamique d'aller, euh, de toujours être en avance. Essayer de toujours être en avance, de toujours aller vers l'avant, voir ce qu'on pourrait proposer de plus, en sortant des sentiers battus* » (E12).

Le fait d'être en MSP a donc permis aux praticiens de s'ouvrir à d'autres pratiques, avec l'accueil d'internes, qui leur permettaient de transmettre leurs savoirs et en même temps de rester ancrés dans l'apprentissage et le développement personnel de manière continue, assurant une sorte de réinvestissement dans la Médecine Générale. La MSP offrait la possibilité de bien se former avec des FMC, grâce aux locaux, l'attraction des spécialistes, la possibilité de se libérer du temps personnel, et le fait qu'il y avait différentes professions au sein de la structure, permettant d'apporter des connaissances à chacun. Cette MSP leur a également permis de varier leur activité et d'innover dans leur pratique du quotidien.

3-4-5 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis d'améliorer la qualité du soin :

Les médecins interrogés ont exprimé le fait que la MSP a permis une réelle amélioration de la qualité du soin sur différents points.

Premièrement, les MSP ont permis une amélioration de l'offre de soin par une diversification des actes proposés, et parce que ça permet d'apporter une réponse plus rapide à la demande de soin : « *Ça nous a permis de nous diversifier dans l'offre de notre plateau technique (...) enfin tu vois on a diversifié l'exercice et du coup évité au patient d'aller à droite à gauche et d'attendre un rendez-vous pendant des mois. (...) Ça nous a permis de nous organiser aussi pour faire du soin non programmé, ce qui est quand même important et ce qui leur permet d'avoir une réponse assez rapide dans les 24h quand ils ont des problèmes aigus.* » (E12). Ces médecins ont pensé que c'était l'organisation en MSP qui a permis de rendre plus efficient le temps médical : « *Pour nous c'est simple, ça a amélioré nos plages de fonctionnement. Ça a augmenté le temps de présence médicale sur place.* » (E8).

Deuxièmement, la majorité des médecins a trouvé que le fait d'être en MSP a entraîné une amélioration de la qualité du soin : « *Ca a permis également l'amélioration de la prise en charge des patients.* » (E6). Cette amélioration de la qualité est passé par une meilleure communication entre les acteurs du soin, qui a été permise par la proximité, certains ont même pensé que quelques situations n'auraient même pas été discutées si il n'y avait pas eu la MSP : « *Ça aide parce qu'on échange et on communique beaucoup mieux entre nous du fait d'être les uns près des autres. Echanger nos points de vu. Les IDE peuvent par exemple nous signaler quelque chose qu'elles remarquent car on se voit souvent. Ça a accéléré les communications entre les soignants et c'est bénéfique pour le patient. Et ça permet de faire des échanges qui n'auraient peut être pas eu lieu si on avait été éloignés. Ça va être plus rapide et plus complet.* » (E7). Cette meilleure communication entre les soignants, au sujet des patients, a donc permis d'avoir un meilleur suivi de ces derniers : « *Pour le suivi des diabétiques par exemple ça a permis de faciliter le suivi pluridisciplinaire.* » (E5).

Troisièmement, l'amélioration de la qualité du soin est passée, d'après les médecins interrogés, par une amélioration de la continuité du soin, qui a été permise par ce mode d'exercice en MSP : « *Ca permet aussi de proposer une solution aux patients en cas*

*d'absence ou de surcharge, même si ce n'est pas leur médecin traitant qui peut les voir à un instant T (...) Le fait de pouvoir trouver une solution pour un patient à un instant donné, c'est à dire de fournir une disponibilité de soin accrue pour les patients, même si ce n'est pas avec son médecin traitant. » (E5). Certains des sujet interrogés ont même exprimé qu'ils appréciaient avoir un regard neuf et extérieur sur leurs patients, en les laissant parfois aux confrères de la structure : « *Oui parce que ça permet d'avoir un autre regard et je ne prétends pas détenir la vérité, et je pense que c'est bien de temps en temps qu'un patient soit vu par un autre médecin. Parce que tu peux, a force de voir les mêmes patients tu n'as pas la même vigilance, tu deviens trop près du patient.* » (E1).*

Quatrièmement, quelques sujets ont évoqué avoir aimé l'uniformisation informatique, permettant une facilité des remplacements, soit des uns par les autres, soit par les remplaçants, permettant ainsi d'éviter une perte d'information et améliorant donc la qualité du soin : « *On a du changer de logiciel pour être uniformisé et partager les dossiers. On a donc un dossier commun, ça a permis de faciliter le remplacement des uns par les autres. Le dossier commun c'est une grosse évolution. Ça améliore le suivi. Nous n'aurions probablement pas fait le changement d'uniformisation si il n'y avait pas eu la MSP. Ça a permis de faciliter les choses pour les remplaçants aussi* » (E5).

Cinquièmement, la majorité des médecins interrogés a expliqué avoir le sentiment d'une amélioration de la qualité du soin passant par une simplification du soin pour les patients, avec ce regroupement, cette centralisation : « *Ça a permis aux patients d'identifier clairement la structure de soin.* » (E5). La MSP a permis de faire venir des spécialistes sur place, évitant ainsi aux patients des transports onéreux et fatigants, rendant ainsi plus simple le fait de se faire soigner : « *Certains intervenants hospitaliers de spécialités qui viennent une fois tous les quinze jours pour consulter des gens pour lesquels il faudrait déclencher un transport médicalisé pour les emmener sur le centre hospitalier de proximité, il y a un cardiologue, un rhumatologue, un gastro-entérologue, un angiologue.* » (E10). La MSP a donc permis de simplifier le soin en facilitant l'identification de la zone de soin et l'accès à la structure, et a ainsi permis de maintenir le lien et donc favoriser l'observance et le suivi par les patients eux-mêmes : « *Je pense que les patients ont plus de lisibilité, une identification plus simple de la structure de soin. Ça a amélioré l'accessibilité physique aussi par rapport à nos anciens locaux. Ça permet une meilleure exposition. Ça permet une centralisation et donc une simplification de l'accès au soin. Du fait de la distance qu'il y avait avec les différents*

acteurs du soin, certains patients n'étaient pas observant, je pense donc que ça a amélioré l'observance de ces patients. » (E5).

En résumé, les médecins installés en MSP ont ressenti qu'en travaillant dans une telle structure, il y a eu une amélioration de la qualité du soin. Cette amélioration est passée par la diversification des professions proposées, des actes réalisés, par la réactivité qu'a pu donner cette structure pour la prise en charge aiguë des patients du secteur. Elle est également rendue possible par la proximité et la pluralité des intervenants, qui proposaient donc une prise en charge plus complexe et plus complète grâce à une meilleure communication. La MSP a également amélioré la continuité des soins, le suivi, l'observance des patients, et a permis dans certaines situations d'avoir un regard neuf de la part des confrères de la même structure. Cette amélioration du soin est également passée par une simplification et une meilleure lisibilité du « centre de santé » qu'est la MSP. Elle a également permis de faire venir des spécialistes éloignés, et éviter ainsi des déplacements fatigants et astreignants pour les patients.

3-4-6 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire a permis l'épanouissement professionnel :

La très grande majorité des médecins généralistes interrogés, a exprimé le fait d'avoir atteint une certaine forme d'épanouissement professionnel, du fait de cet exercice en MSP : *« C'est un ressenti global. Il y avait certaines oppressions avant, le fait de tourner en boucle, ça m'a créé une vraie bouffée d'air. Je n'y vois que des côtés positifs. » (E5).* Plusieurs raisons ont ainsi été évoquées.

Certains ont rapporté une forme d'accomplissement après un travail de longue haleine : *« Ca représente une immense satisfaction après 10 ans de boulot » (E4).*

D'autres ont ressenti cet épanouissement à travers le travail en équipe : *« On s'épanouit plus dans un groupe qui marche bien, plutôt que seul de son côté. » (E7).* Et également par les différents profils et âges qui coexistaient au sein de la MSP, entraînant un dynamisme apprécié : *« Et je me retrouve avec des gens de tous les âges, avec certains qui sont même plus jeunes que mes enfants, et je trouve ça super, car c'est dynamisant, plein d'idées. Presque plus que la pluridisciplinarité. » (E9).*

Cet épanouissement semblait également se ressentir par la possibilité de recevoir des internes : « (...) *plus épanouie grâce aux internes car c'est sympa d'échanger beaucoup plus et de se remettre en question. C'est un partage mutuel de connaissance. Moi ça me fait du bien.* » (E3).

Il a également pu être ressenti car les médecins ont eu l'impression d'une continuité dans leur liberté d'exercer leur médecine : « *mais je suis en tout cas plus satisfait de travailler dans ces conditions là. Moi je m'éclate dans mon boulot. C'est une prolongation de ma satisfaction d'exercer comme je veux.* » (E4).

De plus, l'épanouissement professionnel a parfois reposé sur la possibilité de diversifier son activité, qui a été rendue possible grâce à l'exercice en MSP : « *Pour moi c'est un épanouissement, c'est une joie d'aller travailler, c'est une joie d'exercer mon métier, c'est quelque chose qui permet de te diversifier, je pense que si j'étais resté tout seul jamais je n'aurais fait de l'écho, jamais de n'aurais fait de la médecine du sommeil. C'est vraiment la confraternité, le travail en équipe mais un peu plus fort, vraiment en confraternité, avec un lien plus fort que juste une équipe.* » (E12).

Il est parfois rapporté que le fait d'exercer en MSP a diminué l'anxiété, ce qui a participé à cet épanouissement professionnel : « *Oui indubitablement. Je suis beaucoup plus détendu dans l'exercice de mon métier. Même en dehors, ça permet d'avoir un peu plus de temps à soi et du coup je suis beaucoup plus serein. Je suis content le matin de partir au travail.* » (E6).

Enfin, quelques uns ont décrit le fait qu'exercer en MSP a fait partie des meilleures années de leur exercice de médecin généraliste : « *Je le dis souvent mais ça aura probablement été pour moi les plus belles années de mon installation, du fait des internes, du travail d'équipe, de l'ouverture vers autre chose.* » (E2).

En synthèse, les médecins généralistes exerçant en MSP y ont trouvé un certain épanouissement professionnel, car la MSP était le résultat d'un long travail de réalisation et la concrétisation d'un investissement personnel important. De plus elle leur a permis de recevoir des internes, de travailler en équipe, d'accéder à un dynamisme et un esprit d'équipe. Le fait d'exercer en MSP a également rendu possible le fait de se diversifier dans son activité. Elle a

permis la diminution générale de l'anxiété, et a permis d'améliorer le quotidien, jusqu'à être décrite comme faisant partie des meilleures années d'exercice de la médecine générale.

3-5 : LES LIMITES DE L'EXERCICE EN MAISON DE SANTÉ

PLURIDISCIPLINAIRE :

Un certain nombre de limites au fait d'exercer en MSP sont également apparues au travers des entretiens réalisés.

3-5-1 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire n'améliore pas l'offre de soin :

Les soignants interrogés ont exprimé le sentiment que le fait d'exercer en MSP n'a apporté qu'une réponse partielle à l'offre de soin défailante : « *Je ne pense pas, car vu le nombre de demandes qui arrivent tous les jours, je pense que notre offre de soin est une goutte d'eau dans la mer. Je pense qu'il y aura toujours une demande supérieure à l'offre qu'on peut fournir. La MSP est donc une réponse partielle à cette carence d'offre de soin.* » (E6).

Parmi eux, quelques uns ont même pensé qu'il n'y a eu aucune amélioration quant à l'offre de soin : « *Je pense que c'était pas mal, mais qu'on faisait la même chose que maintenant en nombre de patients, je pense (...) Je ne pense pas qu'on ait pu proposer une offre de soin plus grande.* » (E3).

Alors même que c'est un des objectifs de la MSP à la base, certains d'entre eux ont rapporté un sentiment d'échec par rapport à l'offre de soin : « *Le gros problème vient en fait de la démographie, car l'idée de départ était de dire « on est dans un quartier un peu difficile, socialement défavorisé, il y a un problème de démographie qui va aller grandissant, et on arrive déjà plus à fournir l'offre de soin adaptée et à faire face aux demandes des gens du quartier ou de la ville et donc en augmentant les médecins on va y répondre ». Et en fait sur ce point on n'est pas très bons, et on n'arrive pas à y répondre* » (E2).

Les médecins généralistes interrogés ont expliqué que le fait de ne pas pouvoir absorber plus de patients était source d'insatisfaction et de confusion pour ces derniers : « *Au départ, pour les patients c'est problématique, car en arrivant dans une MSP ils se disent qu'il y a beaucoup de médecins et que donc on va forcément pouvoir les prendre en charge, et ils sont donc bien déçus quand on ne peut pas les prendre en plus parce qu'on est déjà pleins* » (E6).

Les sujets de l'étude qui ont pensé que la MSP n'a apporté qu'une réponse partielle à cette carence d'offre de soin, l'ont justifié par le fait que les jeunes médecins auraient un rendement de consultations plus faible que les soignants qui sont partis à la retraite, et qu'il fallait souvent deux jeunes médecins pour assumer le même travail. La MSP a donc permis l'attractivité pour ces jeunes médecins, mais la réponse apportée n'a pas été suffisante parce qu'elle ne prenait pas tous les critères en compte : « *Pourquoi ? Parce que, sans faire de critique sur les plus jeunes installés, les jeunes médecins n'ont pas du tout le même rendement médical, et on les comprend tout à fait, et en fait le médecin parti à la retraite et remplacé par deux jeunes (...) Elle n'a pas pu faire le même rythme et je n'aurais pas pu non plus. Mais elle a une collaboratrice qui s'est mise avec elle pour absorber à elle deux le travail de celui qui est parti. Donc on n'a pas pu absorber de nouveaux patients. Le problème pour moi c'est celui là. On a un problème de démographie et il faut y répondre et on n'y arrive pas. On a limité la casse. Ca aurait été bien plus catastrophique si on n'avait pas réussi à faire venir de nouveaux médecins, car au lieu de ne pas pouvoir augmenter l'offre, on aurait même dû la diminuer* » (E2).

Ainsi, les médecins questionnés ont eu le sentiment que la MSP n'a pas apporté une solution satisfaisante à cette carence dans l'offre de soin. Soit ils ont pensé que ça n'améliorait pas du tout l'offre de soin, soit que ça ne l'améliorait que partiellement, peut-être du fait d'un rendement moindre dans l'activité des jeunes médecins qui se sont installés à la place de ceux qui sont partis à la retraite. Cette absence d'amélioration dans l'offre du soin a pu apporter confusion et insatisfaction pour les patients.

3-5-2 : Le travail en groupe peut être source de conflits :

Les médecins qui ont répondu aux questions de cette étude ont fréquemment rapporté que le fait de travailler en groupe, avec les différentes personnalités et souhaits de chacun, pouvait être source de conflits : « *L'humain. Le caractère des gens. C'est le premier truc. Si on s'entend bien, tout va bien et on peut progresser dans le projet. Après il en suffit d'un qui foute le bordel et ça part en vrille. Si il y a une mauvaise ambiance tu n'as pas envie de t'investir non plus, tu fais ton truc et basta.* » (E11).

Un médecin a même émis l'hypothèse que le risque de conflits augmentait en corrélation avec le nombre de membres au sein de la MSP : « *Le nombre de soignants est un*

*inconvenient. Car plus on est nombreux et plus c'est difficile de s'entendre, de tout gérer, d'obtenir l'unanimité. Même avoir une majorité peut être difficile. » (E4). L'entente et la prise de décisions pourtant importantes pour la MSP, étaient alors rendues difficiles : « *Il y en a eu (de la communication et de l'entraide). Mais en ce moment c'est l'hiver glacial. Même plus de réunion pour parler du budget, ou de la gestion de la structure. C'est en standby. » (E10).**

Les médecins généralistes ont expliqué qu'il a parfois suffit d'un acte anodin pour faire basculer les relations : « *J'ai décrit un paysage idyllique, mais on a eu des passages, on a eu des crises, en particulier au départ d'un kiné. Le facteur humain, euh, le relationnel, ça c'est ce qui créé, c'est ce qui peut être le plus déséquilibrant. Tant qu'il y a une bonne entente ça va, mais euh ... voilà ; c'est vraiment le facteur humain, le seul truc qui pourrait pécher c'est le facteur humain. Le seul truc qui peut faire qu'un projet comme le notre qui roule, et bien s'arrête, et bien c'est le facteur humain. » (E12). Ils ont également rapporté qu'en général les griefs se sont accumulés au fil du temps : « *à l'époque l'ambiance était correcte, sans plus. Elle s'est détériorée de plus en plus, et elle est actuellement très moyenne » (E10).**

Cette mésentente a même pu aller jusqu'à provoquer un sentiment de mal être chez les praticiens, jusqu'à leur faire regretter l'installation en MSP : « *Même si nous, au vu de la mésentente actuelle je ne vois pas trop le bénéfice, si ce n'est du stress dont on a pas besoin en ce moment (...) Pour finir, si c'était à refaire je ne le referais pas. Entre les trajets car je me suis donc installé loin de chez moi, je ne rentre pas tous les soirs, l'ARS qui veut nous imposer des gardes de jour en plus de celles de nuit, et surtout la mésentente entre les différents acteurs. » (E10).*

Certains médecins ont exprimé le fait qu'il fallait faire attention à l'individualisme : « *en fait on a du mal à mettre nos intérêts en commun car les deux autres sont individualistes » (E3), et qu'il fallait absolument préserver l'esprit d'équipe* : « *De temps en temps il y a des discordes entre membres, mais ça ne dure jamais longtemps et ça n'est jamais très grave. Et personne n'essaye chez nous de tirer la couverture à soi » (E6). Il était d'ailleurs parfois nécessaire d'avoir une personne qui jouait le rôle de médiateur* : « *Je reviens sur la coordonnatrice qui permet souvent de désamorcer les conflits » (E2).*

Les praticiens exerçant en MSP ont donc expliqué qu'il existait un risque de conflits du fait de la proximité de plusieurs personnes au sein d'une même structure. En effet, il y avait autant de personnalités et de volontés qu'il y avait de membres dans cette MSP. Les conflits ont pu rendre difficile la prise de décisions collectives. Les ressentiments ont pu s'accumuler au fil du temps, et il a parfois suffi d'un acte anodin pour altérer irrémédiablement l'esprit d'équipe, allant jusqu'à provoquer un sentiment de mal être, voir même faire regretter le fait de s'être installé en MSP. Il fallait donc faire attention à l'individualisme, et préserver l'esprit d'équipe, parfois avec la nécessité de recourir à un médiateur.

3-5-3 : L'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire présente des contraintes :

Les médecins généralistes qui ont participé à cette étude ont rapporté qu'il existait quelques contraintes du fait de l'exercice en MSP.

Dans un premier temps, un bon nombre de médecins interrogés a expliqué ressentir un aspect chronophage lié à cet exercice en MSP : « *Les réunions je trouve sont un inconvénient. Car il y a trois structures, la SCM médecins, la SCM des autres et la SISA et la structure perso. C'est un peu chronophage. Il faut un gérant qui fasse le lien avec l'ARS et qui a une charge de travail importante.* » (E5). Avec en prime le fait que les décisions prenaient plus de temps du fait de la nécessité de la collégialité : « *La MSP prend également un peu plus de temps pour certaines choses du fait des décisions collégiales. Par exemple quand tu es tout seul et que tu veux t'acheter un appareil, si tu en as les moyens tu l'achètes. Point. Alors qu'en MSP, de temps en temps il faut négocier* » (E6).

Dans un deuxième temps, certains professionnels ont décrits avoir ressenti un certain désarroi du fait de l'obligation de changer de logiciel, dans une optique d'harmonisation des pratiques au sein de la MSP : « *Alors du coup si ça a changé quelque chose, on a été obligé de changer de logiciel pour avoir le même et j'ai cru devenir folle. Je pense que c'était un des freins au passage en MSP parce que ça me rendait malade de devoir tout changer comme ça. Je pense que c'était le frein majeur. Et ça me rend toujours malade (...) le changement informatique m'a vraiment fait devenir folle et me fait encore m'arracher les cheveux* » (E3).

Dans un troisième temps, les soignants interrogés ont exprimé être contraints de se plier à un certain nombre d'obligations du fait de ce mode d'exercice en MSP, comme le fait d'avoir

un cahier des charges, d'avoir une amplitude horaire d'ouverture, de pouvoir loger remplaçant ou étudiant : « On a un secrétariat téléphonique pour pouvoir avoir une réponse téléphonique entre 8h et 20h en fonction du cahier des charges de la MSP. On a également un logement pour pouvoir loger les étudiants qui fait partie du cahier des charges d'une MSP également. » (E4), les réunions ou les échanges avec l'ARS : « Mais on a également des réunions et des échanges obligatoires, on est obligé avec la MSP d'avoir un cahier des charges » (E9), ou encore de faire des fiches actions de prévention en santé publique : « On a eu par contre en obligation de faire des fiches actions ou de la prévention et ça s'est rajouté sur la liste des obligations de la MSP » (E3). Ces obligations ont été jugées contraignantes par les soignants : « Je ne savais pas trop ce que ça impliquait, car il y a un cadre légal ou juridique, il y a des règles un peu contraignantes. » (E5).

Dans un quatrième temps, les médecins ayant participé à l'étude ont rapporté qu'ils trouvaient qu'il était difficile de gérer une telle structure : « C'est lourd au niveau de la gestion (la SCM ou la SISA, ça prend du temps). C'est chronophage. C'est complexe sur le plan financier, sur le plan juridique et sur la communication (...) Et donc on est obligés de prendre un suivi comptable, juridique et administratif. Et donc il y a plein de sous publics qui sont utilisés pour complètement autre chose que l'amélioration du soin. » (E4), entraînant donc une sur-dépense de fonds publics dans de la gestion plutôt que du soin.

Dans un cinquième temps, et en lien avec la difficulté de gestion, plusieurs médecins ont expliqué ressentir une lourdeur administrative du fait d'exercer en MSP, avec la nécessité d'être en lien avec l'ARS et de recourir à un langage bureaucratique auquel les médecins ne sont pas rompus : « Ce qui complique vraiment les choses ce n'est pas vraiment de mettre d'accord les professionnels de santé pour qu'ils travaillent ensemble, mais c'est qu'on est obligés de formuler ça, de rédiger ça et de formaliser ça dans un langage bureaucratique qui est exigé par l'ARS et la CPAM, et c'est exaspérant et aberrant. Par exemple pour un protocole donné, on est obligé de rédiger en double, c'est à dire une version pratico pratique pour les professionnels du soin, et l'autre complètement rébarbatif à destination de l'ARS/CPAM avec leur jargon qui leur est propre, pour être validé par eux. C'est là d'ailleurs qu'avoir une coordinatrice est indispensable. C'est donc un problème de lourdeur administrative et la complexité surtout rédactionnelle et bureaucratique folle » (E4).

Ainsi, les médecins de l'étude ont exprimé le fait de ressentir des contraintes liées à l'exercice en MSP. Ils ont trouvé que c'était chronophage comme exercice, que certaines décisions prenaient plus de temps du fait de la nécessité d'avoir une majorité. Certains ont explicité avoir vécu un désarroi profond du fait de devoir changer de logiciel au cours de leur exercice. Ils ont décrit un certain nombre d'obligations qu'ils ont jugé contraignantes, que ce genre de structure était difficile à gérer, qu'il y avait une lourdeur administrative du fait du lien avec l'ARS et de l'obligation du langage bureaucratique.

3-5-4 : La Maison de Santé Pluridisciplinaire : une organisation imparfaite :

Certains médecins exerçant en MSP ont décrit une organisation imparfaite d'un mode d'exercice comme celui là, avec une mise en garde sur le fait qu'il existait un risque de perdre le sens du soin du côté des patients, de par le pluralisme des médecins s'occupant d'eux, comme si il y avait une perte de médecin référent pour eux, et que le suivi pouvait être moins performant : « *Après par contre c'est aussi l'effet inverse, c'est à dire que des fois si tu veux tu as l'impression que le patient il voit un peu trop de médecins et que le suivi est peut être pas aussi rationnel qu'il devrait être. Je pense que si il voit trop de médecins différents, il a un peu l'impression d'être un peu trimballé, il perd un peu le sens du soin (...) C'est plus par rapport au suivi chaotique parfois. C'est plus celui là que je vois* » (E1).

D'un autre côté, certains ont ressenti qu'il y avait une sorte de perte d'humanité dans ces structures géantes : « *Et en fait c'est un peu l'usine à gaz et les patients ne s'y retrouvent pas trop. Je pense qu'il y a beaucoup de patients qui migrent et qui essayent d'aller ailleurs aussi. Il y a des patients qui n'ont plus de médecin traitant et qui viennent chez nous, donc c'est, pour une relation médecin patient sur le long court, on est un peu en dérive là. Et ça perd un peu de son humanité à mon sens. Mais j'ai quand même le sentiment qu'on perd en humanité (...) Les secrétaires par exemple sont débordées et ne connaissent pas forcément tous les professionnels. Du fait de la taille de la structure il y a une perte de temps, de moyens et surtout d'énergie.* » (E10).

Ensuite, des médecins ont parlé du fait que ce mode d'exercice en MSP ne convenait pas à tous les patients, et qu'il y a eu une sorte de déception de la part de certains de ces derniers : « *Effectivement ça a changé des choses pour eux. Je pense si tu veux mieux que certains ont été très déstabilisés parce que certains étaient très habitués à moi et ce passage a été très*

compliqué. Je pense que parfois les patients le fait d'aller voir un médecin plus un autre ça peut les déstabiliser (...) Oui, je t'ai dit j'ai certains patients qui n'ont pas accepté le système, ça m'a été dit clairement. C'est une frange de la population, ce n'est pas tout le monde, et ça tient peut-être à mon profil encore une fois. » (E1).

Il ressort donc que certains médecins installés en MSP ont pensé que du fait de cet exercice il y a pu avoir une perte du sens du soin pour le patient, que le suivi pouvait être un peu moins performant, voir chaotique. De plus certains ont ressenti qu'il y avait également une perte d'humanité liée à la taille de ces structures qui attiraient énormément de monde. Enfin, quelques uns ont expliqué que ce genre de structure pouvait ne pas convenir pour tous les patients, et que certains pouvaient être déçus.

3-5-5 : L'exercice en Maison de Santé pluridisciplinaire entraine des craintes et des réflexions sur l'avenir :

Au cours des entretiens, certains médecins ont fait part de leurs craintes sur l'avenir par rapport au fait d'exercer en MSP. D'autres ont partagé leurs réflexions sur l'avenir et sur les MSP.

Certains ont rapporté se méfier de l'avenir, et craindre une augmentation du temps administratif et des réunions, voir l'imposition de rendement, l'obligation d'embaucher certains acteurs de santé, et qu'à un moment les contraintes dépassent les bénéfices de l'exercice en MSP : *« Alors je me méfie sur le long terme. Parce qu'on a vu nos réunions se multiplier. Donc si tu veux mieux il faut que les réunions tu en sortes avec des infos qui te nourrissent et que tu n'aies pas l'impression ... tu vois ce que je veux dire. Si tu veux je reste un peu la dessus, attention que ça n'aille pas trop loin (...) Je ne veux pas qu'on devienne des pions. Qu'on nous donne trop de taches administratives, ou qu'on nous dirige vers quelque chose, tu vois ce que je veux dire ? Parce que j'ai quand même la sensation qu'il y a des projets qui sont décidés ailleurs si tu veux et que ça risque d'être astreignant pour nous à un moment donné. Que c'est quelque chose d'assez nouveau et qu'on ne nous montre pas encore la queue du loup si tu vois. Je pense que pour moi une MSP bien sûr tu reçois des sous et tu as des contraintes, mais je me méfie qu'à un moment donné les contraintes soient trop tu vois. Je me méfie de l'administratif tu vois ? Comme l'imposition d'un rendement. Parce que tu vois quand tu vois par exemple les assistants médicaux, les trucs comme ça, tu vois ce que je*

veux dire, est ce qu'il n'y aura pas de trucs comme ça dans les MSP, genre obligation de les embaucher » (E1).

La crainte d'une obligation d'organisation d'un service d'accueil des urgences en ville a été également évoquée, faisant redouter un afflux encore plus important de patients au sein de la structure qui est déjà au maximum de sa capacité d'accueil : « Ca fait complètement clinique, d'autant que l'ARS peut nous imposer à tout moment l'organisation d'un mini service d'urgences, sous forme de garde de journée. De vouloir faire un mini « SOS médecins » dans notre structure, ça va faire un appel d'air (je ne suis pas forcément pour), c'est à dire que ça va faire venir des gens de plus loin, environ vingt ou vingt-cinq kilomètres et vont venir en pensant qu'il y a un service d'urgences comme dans un centre hospitalier. Tout en sachant qu'on est déjà surbookés ça va surement être compliqué. » (E10).

Parmi eux, quelques uns ont ressenti un certain assujettissement à l'ARS et ont avoué être pessimistes sur l'avenir de la Médecine Générale dans ce genre de structure : « Mais je me demande comment ça va se passer dans cinq ans, ce qu'il y aura comme contraintes ? Est-ce qu'on en demandera davantage aux MSP parce qu'on leur aura financé l'installation ? Qu'est-ce qu'on va imposer aux gens qui travaillent en MSP, je ne sais pas ? Car il y a un assujettissement à l'ARS. Je me dis qu'il pourrait y avoir des contraintes énormes ; qu'ils ne sortent pas maintenant car ce ne serait pas dans leur intérêt pour l'instant. Il pourrait y avoir une obligation de voir des patients qui ne sont pas du cabinet... A ce sujet je ne suis pas très confiante. On a donc pour l'instant aucune visibilité sur l'avenir. » (E9).

Certains ont fait part de leurs réflexions quant à la taille des structures et aux limites qu'elles devraient avoir : « Je ne sais pas si il faudrait une structure plus grosse, parce qu'après ça devient ingérable je pense. Ca deviendrait une entreprise » (E9) ; « La MSP en général peut être intéressante, mais à mon avis dans une petite structure. Là pour moi, c'est beaucoup trop gros » (E10).

D'autres enfin ont rapporté qu'ils ont éprouvé une certaine forme de déception sur la forme qu'ont pris les MSP : « Tout en sachant que pour moi les MSP ne devraient pas ressembler à ça (...) Je pense que les MSP ne sont pas ce qu'elles devraient être. Il y a trop de MSP. Le fait d'en avoir mis partout réduit considérablement le nombre d'intervenants qui peuvent être sur une structure. On crée actuellement beaucoup de « coquilles vides ». » (E8).

En résumé, des médecins interrogés ont rapporté des craintes sur l'avenir, avec la peur de se voir imposer un certain nombre de contraintes ou d'obligations du fait de l'assujettissement à l'ARS, craignant que les politiques n'aient pas encore dévoilé l'intégralité de leur plan. En effet, ils ont expliqué redouter de se voir imposer un quota de consultations, d'être obligés d'embaucher tel ou tel paramédical, de devoir organiser un service d'accueil des urgences en ville, de voir augmenter encore le nombre de réunions. Quelques uns se sont fait la réflexion que la taille des structures pouvait être problématique passé un certain volume, tandis que d'autres ont exprimé leur déception par rapport à la forme qu'ont pris les MSP.

4- DISCUSSION :

4-1 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE :

L'objectif de cette étude était d'explorer les différents ressentis des médecins généralistes installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire en Région Centre Val de Loire.

4-1-1 : Les représentations de la Maison de Santé Pluridisciplinaire par les médecins qui y travaillent :

On se rend compte, grâce à ce travail, que les médecins généralistes, exerçant au sein d'une MSP, avaient une image de cette dernière qui était plus précise et aboutie que la définition officielle de la MSP (1) ou celle du code de la santé publique (14). Ils ont trouvé que ce n'était pas simplement une structure, une bâtisse, mais bien une équipe avec un véritable esprit d'équipe. Ainsi ils ont mis de l'humanité dans ce qui à la base était surtout un projet immobilier et politique de Santé Publique. Ils ont appuyé sur l'importance de la pluridisciplinarité et surtout sur la qualité de l'interaction entre les différents acteurs et l'entraide qu'ils pouvaient s'apporter les uns aux autres, insistant sur la complémentarité des acteurs. Ils ont également défini la MSP comme un moyen, un moyen de lutter contre la solitude d'exercice dans certaines contrées défavorisées en acteurs du soin. Et également un moyen d'avoir de meilleurs locaux, permettant une meilleure entraide entre les professionnels. Ils ont parlé d'innovation et surtout de remettre le patient au centre du soin. Ainsi leur définition de la MSP contenait une empathie primordiale à la Médecine Générale. Cette définition collait à la description qu'en a fait l'APMSL (association chargée du développement de l'exercice coordonné des professionnels de santé dans la région du Pays de la Loire), de ce qu'était une MSP, avec cette notion d'équipe, de collaboration et surtout de projet commun, et le tout au service du patient (15).

4-1-2 : Constat d'une nécessité de changement dans l'exercice de la Médecine Générale

Avec les réponses obtenues, on comprend que les médecins généralistes se sont sentis dans une impasse dans leur activité, concernant leur avenir. Ils ont fait un véritable état des lieux de leur pratique, qui a permis de mettre en avant une dégradation de la démographie médicale, du

fait de nombreux départs à la retraite de confrères. Ainsi, pour ne pas se retrouver seul, et avoir une surcharge de travail, ils ont décidé de changer et d'adapter leurs pratiques. Ils ont donc découvert les MSP et les changements qu'elles apportaient.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sort annuellement un atlas démographique national, et ce dernier, pour 2022, corroborait l'étiollement de la démographie médicale, avec, pour la Médecine générale, un vieillissement de la profession sur le territoire national, comme le montrait la pyramide des âges, page 144 de l'Atlas démographique national (16). Pour la Région Centre, qui nous intéresse, l'atlas le plus récent englobait la période de 2007 à 2015, et montrait qu'il y avait une diminution du nombre de médecins sur le secteur, et que ce nombre comprenait les médecins retraités. Si on prend en compte ce critère, on s'aperçoit que sur la période, le nombre de retraités a augmenté fortement. En effet les médecins retraités correspondaient à environ 15% des effectifs totaux en 2007, et 25% environ en 2015. De plus, au sujet de l'âge des médecins en exercice, la tranche des 60ans et plus correspondait à 28,7% de la population médicale sur le secteur, pour seulement 14% pour les moins de 40ans.

Pour la Médecine Générale, sur la période concernée, en Région Centre Val de Loire, la population médicale a chuté de 13,8%. (17).

Ces informations nous montrent que la démographie active médicale en Région Centre Val de Loire diminuait effectivement et imposait une modification de l'exercice de la Médecine Générale.

Les médecins interrogés nous ont donc expliqué avoir eu la nécessité de modifier leur mode d'exercice et se sont dirigés vers les MSP qui étaient une forme nouvelle de pratique de la médecine. Mais d'après eux, une MSP ne pouvait pas se développer du jour au lendemain. En effet, ils ont senti qu'ils ont du réaliser un véritable projet, qui a pris de l'énergie et du temps, et qui majoritairement s'initiait du fait d'un médecin généraliste. Il y a également eu le fait de devoir trouver des financements, et ils ont pensé que les instances politiques étaient plutôt un frein au développement de ces structures. Avec de nombreux refus initiaux, et ensuite une lourdeur administrative.

Le fait est, que de nos jours, il paraît moins compliqué de monter un projet de regroupement de professionnels de santé au sein d'une MSP. Cela passe par un tour des soignants exerçant sur un secteur donné, et voir si ils veulent composer ensemble. Si un projet de soin commun naît, alors il faut recourir au soutien, notamment financier et foncier des instances politiques locales et régionales. Cette dernière étape est probablement moins dure de

nos jours car l'offre de soin reste un enjeu de santé publique. Il existe même des « guides » qui expliquent les étapes à réaliser pour monter une MSP (18)(19). Il apparaît dans le travail de Boris CAMPOS JARQUIN (20), que la création s'est également simplifiée, car les MSP sont une nouveauté dans le soin, avec un interventionnisme de l'ARS et de la CPAM, et que ces dernières ont du apprendre à gérer ces situations complexes. Ainsi avec le temps elles deviennent plus conciliantes et aidantes, car plus compétentes sur le sujet. Mais même si il paraît plus simple de réaliser une telle structure, ça demande toujours énormément de temps.

4-1-3 : Les apports de la Maison de Santé Pluridisciplinaire d'après les soignants y exerçant :

Les médecins installés en MSP ont décrit ce qu'ils y ont trouvé et ce que ça leur a apporté. Dans un premier temps, ils nous expriment surtout que ça a permis de l'attractivité pour les remplaçants et pour les jeunes médecins et donc associés ou successeurs et que ça a permis d'éviter la fuite des soignants qui restaient dans le même secteur.

Pourtant, un travail de thèse de Camille DELAMARLE, en 2018, tend à montrer que les jeunes médecins ne sont pas particulièrement attirés par l'installation en MSP (21). Et donc que ces structures ne sont pas attirantes en tant que telles pour les jeunes médecins. L'étude va plus loin, et indique qu'environ la moitié des jeunes médecins interrogés ne sont pas intéressés par ce mode d'exercice, mais elle rajoute que c'est surtout qu'il existe un manque important d'information au sujet des MSP dans la population interrogée. Et donc que la population qui est ciblée par l'attractivité des MSP, ne connaît en fait pas grand chose sur le sujet. Il serait donc intéressant d'expliquer à ces jeunes professionnels ce qu'est une MSP pour leur permettre de choisir plus sagement ce mode d'exercice.

De même, une étude de Guillaume CHEVILLARD et Julien MOUSQUES pour l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) (22) tend à montrer que les MSP ne sont pas si attractives sur les jeunes médecins, mais modère les résultats de la thèse ci dessus, en expliquant que ça a permis une diminution moindre de l'offre de soin, comparativement aux zones dans lesquelles il n'y a pas eu de projet de MSP.

Dans un second temps, il ressort de ce travail que les médecins ont trouvé un certain intérêt financier au fait d'exercer en MSP et que ça a grandement joué sur un sentiment de confort d'exercice obtenu, en passant par l'amélioration des locaux, du matériel, le fait de pouvoir

dégager du temps pour soi et pour la formation, et enfin la mutualisation des charges et l'amélioration des revenus.

En mai 2020, l'URPS de la région Occitanie a sorti un guide pratique à destination des professionnels de santé au sujet des MSP (23) et est plus rentrée dans le détail au niveau de l'aspect financier. Il semblerait que ça aille dans le même sens que les résultats obtenus dans cette étude, avec l'amélioration des revenus de par l'apport de financements des collectivités territoriales (conseil régional), des financements de l'état et de ses effecteurs (ARS, CPAM), également des dotations d'équipement des territoires ruraux, de l'Union Européenne pour la valorisation des territoires ruraux ou agricoles (pages 24 et 25 du guide). En contrepartie d'engagements préétablis, il y a un contrat entre les professionnels de la MSP et l'ARS et la CPAM avec en 2018, une dotation moyenne de 63540 € par MSP par ces dernières. Ainsi le fait d'être en MSP permet bien de toucher des fonds publics permettant d'améliorer les locaux, le matériel et donc le confort d'exercice.

Dans un troisième temps, les praticiens ont expliqué qu'exercer en MSP a permis une amélioration de la qualité du soin, grâce à la diversité des actes proposés, un temps de réponse plus rapide pour les demandes aiguës, grâce à une meilleure communication entre les soignants, également grâce à l'uniformisation de l'informatique qui permet de limiter la perte d'information et de faciliter le remplacement. Ils ont décrit le fait que la MSP permettait un meilleur suivi, grâce à l'aspect pluridisciplinaire, et une meilleure observance du fait de l'accessibilité et de la lisibilité du soin. Enfin ils ont trouvé que la MSP permettait une meilleure continuité des soins avec la multiplication des acteurs qui pouvaient répondre aux demandes des patients.

Une thèse de Margaux SEI (24), intégrée dans une étude nommée QualSoPrim (dont l'objectif est d'établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluridisciplinaires), va dans le même sens que ce qu'ont rapporté les médecins de notre thèse. En exprimant le fait que les MSP apportent un accès plus facile à identifier pour les patients, une rapidité pour avoir un rendez-vous pour les urgences, donc plus de disponibilité, une meilleure relation médecin/patient et une offre diverse.

Il semblerait donc que les MSP améliorent bel et bien la qualité du soin.

Dans un quatrième et dernier temps, les médecins interrogés pour cette thèse ont exprimé ressentir un épanouissement professionnel, qui a été permis par une véritable valorisation du travail d'équipe, la communication, les échanges, le partage, la collégialité, le fait de s'ouvrir

à d'autres pratiques dont le fait de recevoir des internes et de pouvoir partager avec eux et se réinvestir dans la Médecine Générale.

Un travail de thèse par François BURTE (25) explique les composants de cet épanouissement professionnel en équipe. En effet, il dit que « *Il s'agit de trouver la bonne recette afin d'y doser correctement tous les ingrédients nécessaires : la communication, l'intégration, le respect, l'écoute, le soutien, l'équité, le partage, les valeurs communes, le management de l'équipe, la mise en place de conditions de travail propices à un équilibre professionnel mais aussi personnel. En effet, la réussite d'une vie en équipe participe à la performance collective mais la satisfaction d'un travail accompli permet l'épanouissement de chacun* ». Ainsi, la MSP permet d'obtenir cet épanouissement, mais cela nécessite un équilibre permanent entre les volontés et les désirs de chacun, et le fait de faire vivre cette équipe, et donc, avec l'avancement continu de la structure, de permettre de ressentir un épanouissement personnel au sein d'une multitude.

Au sujet de l'épanouissement grâce au compagnonnage et la réception d'internes, il n'existe que peu de travaux significatifs, il serait donc intéressant de chercher dans ce sens, pour permettre, peut-être, de décrire ce que ressentent les MSU qui reçoivent des étudiants, pour pouvoir améliorer le nombre de MSU sur le territoire.

4-1-4 : Les limites ressenties pour les Maison de Santé Pluridisciplinaire :

Il est apparu dans cette étude que les médecins installés en MSP ont ressenti des limites au fait d'exercer dans ces structures.

En effet, ils ont explicité le sentiment que ça ne permettait pas l'amélioration de l'offre de soin sur leur territoire et ont expliqué en ressentir un sentiment d'échec. Certains des médecins interrogés ont exprimé l'hypothèse que ce serait dû au fait que les jeunes médecins s'installant travailleraient moins que ceux qui partent à la retraite.

Un article du journal Le quotidien du médecin.fr (26) va dans le même sens, en tablant sur le fait que les jeunes médecins privilégient leur qualité de vie personnelle au détriment de leur travail, dans un objectif de meilleure santé mentale. Il serait intéressant de réaliser un travail de recherche sur le rendement des jeunes médecins généralistes qui s'installent en comparaison au rendement des prédécesseurs et d'essayer de trouver les déterminants de cette modification d'exercice.

D'autre part, les médecins questionnés ont exprimé le fait que la MSP pouvait être mal perçue par les patients qui pouvaient se sentir perdus, avoir un sentiment de perte de sens du soin, et avoir une forme de déception.

Rien dans la littérature ne va dans ce sens, en effet, un travail de thèse de Chadia SAOUD (27) explique au contraire que les patients considèrent plutôt les MSP comme une chance, comme une solution à la démographie médicale s'amenuisant. Ils trouvent même que ça simplifie l'accès au soin. Ils apprécient la pluridisciplinarité, et ont le sentiment d'être mieux pris en charge. Allant plutôt dans le sens des précédents ressentis des médecins interrogés dans cette étude. Il serait intéressant de continuer de récolter les retours des patients dans les années à venir pour voir l'évolution sur le long court.

Ensuite, même si ils ont trouvé une certaine forme d'épanouissement dans le travail en équipe, quelques uns ont considéré qu'il existait un risque de conflit plus important du fait de ce travail en équipe justement. Avec un risque de conflit qui augmenterait proportionnellement au nombre de personnes composant l'équipe en question.

Ce phénomène est un peu le corolaire de ce qu'explique François BURTE (25) plus haut. En effet il explique que l'épanouissement professionnel en équipe est la résultante d'un équilibre entre différents ingrédients. Ainsi, si il y a un déséquilibre (une mésentente entre deux soignants par exemple ou une prise de décision clivante), ça peut désagréger l'esprit d'équipe et donc entrainer une spirale de conflits.

Par ailleurs, il existe des travaux explorant les conflits en équipe, mais qui concernent le milieu en entreprise, et qui sont difficilement applicables à la médecine ou aux MSP. Il serait peut-être souhaitable que des travaux explorent ce principe dans les années qui viennent pour tâcher de trouver des parades et ne pas faire imploser ces infrastructures.

De plus, certains soignants ont expliqué ressentir des contraintes du fait de l'exercice en MSP, comme l'aspect chronophage des réunions, que les décisions prenaient plus de temps du fait de la nécessité d'une majorité, qu'il existait une lourdeur administrative, ou qu'il a fallu une adaptation importante de leur part pour ce changement de pratique, avec notamment la nécessité de changer de logiciel. Ce dernier point a pu être vécu comme une véritable souffrance.

Une revue de Michel NAIDITCH (28) décrit d'ailleurs les difficultés de certains soignants à s'adapter à ces logiciels. Du fait du manque d'ergonomie et de praticité de ces derniers. Ils sont en effet peu nombreux à avoir l'autorisation de l'agence des systèmes d'information

partagée de santé (ASIP) et répondent à un appel d'offre de l'état qui investit massivement dans ce domaine, sans qu'il n'y ait pour l'instant de vraie régulation. Ainsi les soignants subissent ce changement de logiciel et le ressentent comme une limite à la MSP.

Enfin, parmi les médecins interrogés, quelques uns ont exprimé ressentir des craintes pour l'avenir de la médecine en MSP. En effet ils ont décrit un sentiment d'assujettissement à l'ARS, et ont expliqué craindre que des contraintes se rajoutent au fil du temps en contrepartie des intérêts financiers. Comme par exemple le fait d'imposer un rendement, d'imposer l'embauche de telle ou telle profession au sein de la structure ou encore une obligation d'organisation comme une sorte de service d'accueil des urgences. Ils ont également expliqué avoir peur que la part d'administrative augmente encore.

Pour l'instant ce ne sont que des craintes ou suppositions, il n'existe aucun texte qui puisse prédire que les MSP iront dans ce sens, mais il faudra que les médecins travaillant en MSP restent vigilants et préservent leur liberté d'exercer la médecine.

4-2 : LES LIMITES DE L'ÉTUDE :

Parmi les limites de cette étude, il y a le fait que l'investigateur était novice dans ce genre de travail. Cette étude étant la première réalisée par ce dernier, de nombreux biais ont pu être engendrés dans son étude.

Ensuite, la technique d'entretien n'était absolument pas maîtrisée, il y a donc pu y avoir une perte d'information non négligeable du fait du manque d'expérience de l'investigateur.

Il y a également eu un biais lors de la collecte d'information pendant les entretiens, les questions et les relances de l'investigateur ont pu être influencées par ses propres idées préconçues sur le sujet du fait que l'investigateur a déjà remplacé dans ces structures. Ce biais a pu être limité par la réalisation d'un guide d'entretien avec des questions les plus ouvertes possibles.

De plus, il existe un biais de sélection, en effet, les critères d'inclusion indiquant la nécessité d'avoir exercé dans un cabinet classique avant l'installation en MSP, la plupart des soignants interrogés avait sensiblement le même âge et se projetait dans leur départ à la retraite qui approchait. Ce biais de sélection a pu entraîner un manque de représentativité de la population actuelle des médecins généralistes en MSP.

Nous avons essayé de recruter des sujets dans les différents départements de la région Centre-Val de Loire, mais avons regretté de ne pas avoir eu de réponse favorable dans le département de l'Eure-et-Loir.

Enfin il y a pu y avoir un biais d'interprétation, car lors de la lecture des verbatim, l'investigateur a interprété les dires des sujets de l'étude avec son propre vécu et ses propres expériences personnelles. Ce biais a néanmoins été grandement limité par la triangulation avec des personnes externes à l'étude.

4-3 : LES FORCES DE L'ÉTUDE :

Pour commencer, la méthode choisie paraît être la plus adaptée au sujet d'étude. En effet il était question d'explorer ce que ressentaient les médecins généralistes installés en MSP. Il paraît donc licite d'utiliser une méthode d'analyse qualitative avec une analyse thématique. De plus la création d'un échantillon raisonné a permis l'obtention de la diversité et la saturation des informations avec 12 entretiens et renforce donc la validité intrinsèque de l'étude.

Le fait d'utiliser un guide d'entretien avec des questions ouvertes a permis de limiter le biais de suggestion que pourrait apporter les questions fermées.

Ensuite, le biais de mémorisation a été annulé du fait de l'enregistrement des entretiens et donc une reproduction fidèle et mot à mot des discussions.

De plus, il semblait intéressant d'obtenir le point de vue des médecins généralistes qui sont au cœur du sujet des MSP.

Et pour finir, le sujet en lui même n'a été que peu exploré du fait que les MSP sont un phénomène récent dans la médecine moderne. L'objectif de ce travail paraît donc d'actualité, et pourrait servir de support pour un travail futur sur les retours des médecins généralistes installés en MSP.

5 – CONCLUSION :

La crise de la démographie médicale a poussé les acteurs du soin et les instances politiques à trouver une solution. Depuis 2007, il existe légalement une structure, qui est présentée comme une réponse à la désertification médicale de certaines zones, et qui se nomme « Maison de Santé Pluridisciplinaire ». Le fait de passer en MSP représente un changement de pratique pour les médecins généralistes qui y travaillent.

À travers ce travail, nous avons pu mettre en évidence que ces médecins généralistes avaient une définition bien personnelle de ce que représente, pour eux, une MSP. En effet ils ont exprimé le fait qu'elle représente une équipe, un travail en commun, un partage. Et donc bien plus que simplement la définition officielle.

Nous avons pu découvrir également que le passage en MSP représentait tout un procédé. Dans un premier temps le fait de se rendre compte qu'il y avait une nécessité de changement de dogme et de pratique par rapport à l'exercice antérieur. Bien souvent, ce changement a été précipité par le départ à la retraite de confrères et donc l'appauvrissement continu de la démographie médicale.

Ensuite il y a eu toute la genèse du projet, et bon nombre d'entre eux ont décrit les instances politiques comme un frein à la création de la MSP et source de découragement. Mais il faut rappeler que la MSP est un concept récent, et donc qu'il a fallu un temps d'adaptation aux politiques et qu'on peut espérer qu'à l'avenir elles soient plutôt un moteur. La démographie médicale étant toujours un sujet de santé publique.

Les médecins généralistes installés en MSP ont décrit les changements apportés par le fait d'exercer en MSP. Ils y ont trouvé un épanouissement professionnel grâce à un travail d'équipe, élément primordial, d'ailleurs recherché lors de la décision d'installation en MSP. La MSP a permis également une attractivité et un regroupement des paramédicaux et de différentes professions au sein d'une même structure, donnant plus de lisibilité et de facilité d'accès au soin. La MSP a également permis aux soignants d'être plus épanouis grâce à une diversification des activités, une véritable ouverture à d'autres pratiques et par une facilité d'accès à la formation. Il y a également eu de décrit la notion d'un confort d'exercice nettement amélioré par des locaux récents et aux normes, et qui a été permis par un avantage

financier que représente la MSP. Les soignants se sont également accordés pour dire que la qualité du soin est améliorée par l'exercice en MSP.

En revanche, il semblerait que la MSP ne soit pas la solution au problème que pose la démographie médicale. Les médecins y exerçant ont expliqué qu'elle permettait d'attirer de jeunes médecins, mais que ces derniers travailleraient moins que leurs prédécesseurs, limitant donc l'efficacité d'une telle structure sur l'offre de soin.

De plus il a été mis en avant par ces soignants que le fait de travailler en équipe représentait un risque de conflits, et que ce risque augmentait avec l'effectif et avec le temps, car les griefs s'accumulaient.

Ensuite, si d'un côté la MSP a amélioré le confort d'exercice, elle semble avoir apporté son lot de contraintes, avec une lourdeur administrative, des réunions, une gestion plus difficile (qui l'est d'autant plus qu'il y a d'acteurs au sein de la MSP) et donc un aspect plus chronophage qu'un exercice classique. De plus, il ressort de ce travail que certains médecins ont ressenti un immense désarroi du fait de l'obligation d'uniformisation informatique et donc la nécessité de changer de logiciel médical.

Enfin, les médecins exerçant dans ces MSP ont exprimés des craintes pour l'avenir du fait d'un tel exercice, avec la peur de se voir imposer un rendement pour les consultations, de se voir imposer l'embauche de certaines professions au sein de la MSP, de se voir obligés d'organiser un service d'accueil des urgences ou encore de voir le temps administratif augmenter encore en contre partie des investissements de l'ARS, avec une impression d'assujettissement à cette dernière.

En complément de ce travail, il serait pertinent de s'intéresser aux points de vue des patients au sujet des MSP. En effet le but de ces structures est d'améliorer l'offre de soin, ce travail a permis d'avoir une ébauche de ce que ressentent les médecins qui y travaillent, mais les patients pourraient avoir un point de vu complémentaire intéressant à dévoiler. On pourrait même accentuer ce travail et recueillir les ressentis des paramédicaux y exerçant. Ainsi nous aurions la vision de tous les soignants d'une part, et des soignés de l'autre part.

6 - BIBLIOGRAPHIE :

- (1) : Définition d'une MSP, solidarité-santé.gouv, 2022 : disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000ee08dc4c7b5abf66680dc6420e8ceffb9dec739b46e447879ef720cdad96e64d08b1bfbd9a143000d3efae347b8807d49eb78715eb849b65f176443db6ecd82be1d9a38c4bf796f920a2d7cc4ff82ff6aa66f9337b81f26b
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (2) : Définition d'une CPTS et objectifs de la CPTS, issu du site de l'ARS, 2021 : disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (3) : ARS région Centre Val de Loire, Structures de Coopération, 2020 : disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/structures-de-cooperation-msp-centres-de-sante-reseaux>
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (4) : Par Cécile FOURNIER, Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours. Place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université Paris-Sud, Paris DESCARTES, 2015. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149605/document>
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (5) : Par le Ministère des affaires sociales et de la Santé, démographie médicale et organisation de l'offre de soin : disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_351_280912-2-2.pdf
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (6) : ARS région Centre Val de Loire, démographie des professionnels de santé, 2022 : disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante-2>
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (7) : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques : quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques, 2021 : disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76%20-%20synthese.pdf>
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (8) : Définition de l'offre de Soins : disponible sur : <https://www.gpe-afrique.com/moodledata/filedir/dc/3e/dc3e3f4edc567c5f818c9bdf44922fea0634d8c2>
(Consulté le 16 octobre 2022)

- (9) : Site de la région Centre Val de Loire : la santé au cœur des priorités de la région, 2022 : disponible sur : <https://www.centre-valdeloire.fr/agir/favoriser-le-bien-etre-et-la-sante/la-sante-au-coeur-des-priorites-de-la-region>
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (10) : Par Lucie Marie BUTTET, Nicolas Raymond Claude JULLIEN, Ressenti des médecins généralistes face aux difficultés de création d'une maison médicale : étude qualitative par entretiens individuels dans l'Isère, 2015 : disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01242982/document>
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (11) : Par Laurence KOHN, Wendy CHRISTIAENS, Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche de soins de santé : apports et croyances, 2014 : disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm?contenu=article>
(Consulté le 16 octobre 2022)
- (12) : Par AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLAR L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ;80 :142-5.
- (13) : Par MUCHIELLI A, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en Sciences Humaines*, 2011, Paris, Armand COLIN
- (14) : Article L6323-1 du code de la Santé Publique : cadre légal définissant la MSP : consultable sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896
(Consulté le 28 octobre 2022)
- (15) : Présentation d'une MSP par l'APMSL : disponible sur : <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>
(Consulté le 28 octobre 2022)
- (16) : CNOM : Atlas démographique médical national 2022 : page 144 pyramide des âges : consultable ici : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/bnhcwi/cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf
(Consulté le 28 octobre 2022)
- (17) : CNOM : Atlas démographique de la Région Centre Val de Loire sur la période 2007-2015 : disponible ici : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/lq9in7c/atlas_centre_2015.pdf
(Consulté le 28 octobre 2022)
- (18) : APMSL : « Comment créer une MSP ? » : disponible sur : <https://www.apmsl.fr/page/comment-creer-une-msp/>
(Consulté le 29 octobre 2022)

- (19) : par la CPAM : « Constituer une MSP : mode d'emploi » (décembre 2021) : disponible sur : <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp>
(Consulté le 29 octobre 2022)
- (20) : Par Boris CAMPOS JARQUIN, « Freins et leviers à la création des centre de santé récemment ouverts en France métropolitaine » (thèse de doctorat en médecine de l'université Rennes 1, soutenue le 3 juin 2019). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02145749/document>
(Consulté le 29 octobre 2022)
- (21) : Par Camille DELAMARLE, « Les MSP : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins » (2018), accessible sur : https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2018/11/181025_these_MSP_jeunes_MG.pdf
(Consulté le 29 octobre 2022)
- (22) : Par : Guillaume CHEVILLARD et Julien MOUSQUES pour l'IRDES : « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soin ? » (2020) : disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>
(Consulté le 29 octobre 2022)
- (23) : Par URPS médecins d'Occitanie : « Guide pratique : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles » (Edition mai 2020) : disponible sur : <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/04/URPS-ML-MSP-Guide-pratique-MASTER-images-compressées.pdf>
(Consulté le 29 octobre 2022)
- (24) : Par Margaux SEI, « Indicateurs de qualité en soins primaires de patients multimorbides du point de vue des professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé pluriprofessionnelles » (Avril 2019) : consultable sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02101042/document>
(Consulté le 29 octobre 2022)
- (25) : Par François BURTE, « Indice de bonheur partagé au sein d'une équipe exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle. Elaboration de critères par méthode de consensus auprès de professionnels de santé lorrains » (octobre 2019) : disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298568/document>
(Consulté le 29 octobre 2022)
- (26) : Par Le Quotidien du Médecin.fr « Les jeunes médecins veulent travailler moins pour vivre mieux » (2013) : disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/les-jeunes-medecins-veulent-travailler-moins-pour-vivre-mieux>
(Consulté le 30 octobre 2022)

- (27) : Par Chadia SAOUD, « Démocratie sanitaire et place des usagers dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaire » (2018) : disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932257/document>
(Consulté le 30 octobre 2022)
- (28) : Par Michel NAIDITCH « Difficultés d’usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2020, pp 237-262. Consultable sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-237.htm?contenu=article>
(Consulté le 30 octobre 2022)

7 – ANNEXES

7-1 : ANNEXE 1 : guide d’entretien

Introduction :

Merci d’avoir accepté de me recevoir dans le cadre de cette thèse. L’objectif est de mettre en avant le ressenti des médecins généralistes exerçant en MSP en comparaison d’un mode d’installation dit « classique », soit en cabinet de groupe soit esseulé.

1 – pouvez vous vous présenter en quelques mots ? (Relances :)

- sexe
- âge
- année d’installation
- exercice individuel ou en groupe avant l’installation en MSP
- année d’entrée en MSP
- Département
- population concernée : Importance de la patientelle (nombre)

2 - Pouvez vous me décrire votre installation avant d’aller en MSP ? (Relances :)

- nombre de médecins
- distance IDE / kiné / spécialistes
- relation avec les autres médecins ou paramédicaux
- par quels moyens, sur quelles bases passait la communication ?
- Secrétariat
- Rural / Urbain

3- Pouvez-vous me faire une présentation de la MSP dans laquelle vous exercez ? (Relances :)

- Quels sont les professionnels de la MSP ?
- Un secrétariat commun existe-t-il ?
- Quel type de secrétariat ?
- Création de la structure sur la volonté de qui ? (un des praticien ou décision politique ?)
- Organisation générale de la structure ?
- Rural / urbain

4 – Que représente la MSP pour vous ? Décrivez ce que ça implique pour vous avec vos propres mots ? En gros quelle est votre définition d’une MSP ?

5 – Quels sont les critères ayant motivés votre installation en MSP ?

6 – pouvez vous me décrire quel est le mode de communication entre les professionnels de santé de la structure?

- existe-t-il des réunions prévues ou programmées : à quel rythme ?
- y a t'il une communication au jour le jour avec les différents acteurs de la MSP ?
- Quels sont vos interlocuteurs préférentiels ? (médecin / IDE / kiné ...)
- Lors des réunions chaque vote à la même valeur ? (médecins / IDE / kiné ...)

7 – Pouvez vous m'expliquer en quoi la MSP a-t-elle améliorée votre pratique ? Comment ?

8 – En quoi la MSP a-t-elle permis d'améliorer la prise en charge des patients selon vous ? Pourquoi ? Comment ?

9 – Pouvez vous me faire la liste des inconvénients ayant trait à ce mode d'exercice ?

10 - Pouvez vous me faire la liste des avantages ayant trait à ce mode d'exercice ?

11 – Vous sentez vous plus épanoui avec ce mode de pratique ? (Développez)

7-2 : ANNEXE 2 : notice d'information et de consentement

NOTICE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Entretiens individuels sur le ressenti des médecins généralistes installés en maison de santé pluridisciplinaire

Investigateur principal : Aurélien ESCOT

Directeur de thèse : Dr Cédric De LA PORTE DES VAUX

Institution : Université François Rabelais – Faculté de médecine de Tours

Vous êtes invité(e) à participer à une étude conduite dans le cadre d'un travail de thèse sur le ressenti des médecins généralistes installés en maison de santé pluridisciplinaire.

Votre participation est entièrement volontaire, vous avez le droit de refuser ou de vous retirer à tout moment sans justification.

Cette notice d'information et de consentement a pour objectif de vous informer sur le déroulement de cette recherche. Si quelque chose n'est pas clair ou que vous avez des questions, surtout n'hésitez pas à demander.

Objectif de l'étude

Vous allez participer à un entretien individuel, destiné à explorer votre témoignage sur votre ressenti en tant que médecin généraliste installé en MSP. L'objectif est de mettre en lumière ce que le fait d'être installé en MSP vous fait ressentir, ce que ça vous a apporté, ce que ça vous contraint à faire et en quoi ça a changé votre pratique et votre approche de la médecine.

Modalités

Les entretiens individuels auront lieu soit à votre cabinet, soit chez vous, soit au téléphone.

Ils n'auront pas de durée imposée, ils se termineront quand la discussion s'achèvera ou à tout moment si vous souhaitez y mettre fin.

Les entretiens ne seront pas filmés mais ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de pouvoir les retranscrire ensuite mot à mot, avec anonymisation des données.

Il n'est attendu aucune bonne ou mauvaise réponse, le but étant de recueillir votre propre expérience.

Qui peut participer ?

Tout médecin généraliste installé en MSP en région Centre-Val de Loire et qui a déjà exercé auparavant dans un cabinet avec un mode d'exercice dit « classique » soit en groupe soit esseulé.

Bénéfices attendus

Il n'y a pas de bénéfice direct lié à votre participation à cette étude.

Risques éventuels

Il n'y a pas de risque attendu à participer à cette étude.

Indemnités

Vous ne percevrez aucune indemnité dans le cadre de votre participation à cette étude.

Confidentialité et protection des données personnelles

Un enregistrement audio sera fait lors de la séance. Il sera ensuite stocké dans une base de données et identifié avec un code unique. Lors de la retranscription, nous procéderons à une anonymisation des noms propres. Votre identité et vos données personnelles n'apparaîtront à aucun moment dans la retranscription.

Seuls les résultats finaux de l'étude, complètement anonymes, pourront être révélés.

Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

A la suite de la soutenance de ce travail de thèse, l'intégralité des enregistrements audio et des retranscriptions seront détruites complètement.

Qui est responsable de cette étude ?

Cette étude est menée par Monsieur Aurélien ESCOT. La collection des données et leur exploitation seront supervisées par le Dr Cédric de LA PORTE DES VAUX.

Question ou information complémentaire

Si, après lecture de cette notice d'information, vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez contacter **Monsieur Aurélien ESCOT au 0675216956**.

N'oubliez pas de conserver une copie de ce formulaire de consentement.

Consentement de participation

Après avoir lu cette notice d'information et obtenu les réponses à mes éventuelles questions, j'accepte librement et volontairement de participer à ces entretiens individuels.

Je suis conscient que je n'ai aucune obligation et que je peux me retirer à tout moment, sans justification ni conséquence.

J'ai bien reçu une copie de cette notice d'information et de consentement.

Nom du participant :

Nom de l'investigateur : ESCOT

Date :

Date :

Signature :

Signature :

~~SECRET~~ Dredging & La Porte des Vieux
MSP du port de l'igueboz
RPPS : 10-10-9
Adress 37 : 133047

77

ESCOT Aurélien

79 pages – 1 tableaux

Résumé :

Contexte et objectif : Le modèle d'exercice en MSP se développe actuellement. L'objectif de ce travail a été d'explorer le ressenti des médecins généralistes installés en MSP, au travers d'une étude qualitative prospective menée par entretiens semi dirigés et analyse thématique.

Résultats : Les praticiens ont donné la vision de la Maison de Santé Pluridisciplinaire qui est la leur, à savoir un esprit d'équipe, un moyen de modifier la médecine, le tout au service du patient. Ils ont également décrit l'état des lieux qu'ils ont réalisé sur leur activité précédente et qui les a poussé à se tourner vers de telles structures. Ils ont majoritairement trouvé que les instances politiques ont été des freins au développement du projet qui a été long et épuisant. Les changements ressentis sont que la MSP leur a permis un épanouissement professionnel à travers le travail d'équipe et l'ouverture à d'autres pratiques. Ils trouvent que les MSP permettent une attractivité des soignants et pensent que ces structures améliorent la qualité du soin. En revanche, ils ne sont pas persuadés qu'elles améliorent l'offre de soin médicale. Ils considèrent également que le fait d'être à plusieurs peut être source de conflits, et que ce risque est majoré de manière proportionnelle au nombre de membres de la structure. Ces soignants pensent également qu'ils existent des contraintes à ce mode d'exercice. Enfin ils expriment une certaine forme de craintes sur l'avenir du fait d'exercer en MSP, avec un sentiment d'assujettissement à l'ARS.

Conclusion : Les MSP sont présentées comme une solution à la dégradation de la démographie médicale. Les médecins y travaillant pensent que de telles structures améliorent le confort d'exercice et la qualité du soin, mais ne ressentent pas une amélioration de l'offre de soin. Il serait intéressant de compléter ce travail par le recueil du ressenti des patients au sujet des MSP. En effet ils sont les principaux bénéficiaires de ce modèle de soin, il paraît important de décrire leur vision des MSP.

Mots clés : Maison de Santé Pluridisciplinaire – MSP – médecine générale – ressenti – mode d'exercice

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA
Directeur de thèse : Docteur Cédric DE LA PORTE DES VAUX
Membres du Jury : Docteur Maxime PAUTRAT
Docteur Yannick LEGEAY

Date de soutenance : 9 février 2023