



UNIVERSITE DE LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : connaissances et
attractivité chez les jeunes médecins généralistes**

**Etude quantitative auprès de la promotion sortante du DES de médecine générale,
dans le Nord-Pas-de-Calais en novembre 2017**

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2018 à 18h
au Pôle Recherche

Par Camille DELEMARLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

DES : Diplôme d'études spécialisées

ARS : Agence Régionale de Santé

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation Statistique

ECN : Epreuves Classantes Nationales

UPL : Unité Pédagogique Locale

MG : Médecin Généraliste

DMG : Département de Médecine Générale

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyens

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

FST : Formations Spécialisées Transversales

ED : Enseignements Dirigés

Table des matières

INTRODUCTION	8
1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, un concept en plein essor	9
1.1 Un élan justifié par la démographie médicale.....	9
1.1.1 Bilan national du Conseil de l'Ordre des Médecins.....	9
1.1.2 Situation dans le Nord-Pas-de-Calais.....	10
1.2 La MSP, solution d'avenir proposée par les politiques successifs	10
1.2.1 Mesures et plans d'actions politiques	10
1.2.2 Un intérêt grandissant des politiques de santé pour les MSP.....	11
1.3 La croissance du concept des MSP	12
1.3.1 Définitions des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.....	12
1.3.2 Une structuration progressive	13
2. Les MSP et les jeunes médecins généralistes.....	14
3. Question de recherche	15
4. Objectifs.....	15
METHODE	16
1. Population étudiée	17
2. Etude	17
2.1 Type d'étude	17
2.2 Réalisation du questionnaire	17
2.3 Méthode de diffusion du questionnaire.....	18
2.4 Méthode d'analyse des données.....	18
RESULTATS	20
1. Population.....	21
1.1 Profil.....	21
1.2 Activité professionnelle.....	22
2. Connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP	23
3. Intérêt des jeunes médecins généralistes pour les MSP	27
4. Analyses multivariées	30
4.1 Corrélation entre intérêt et connaissances	30
4.2 Corrélation entre intérêt et profil.....	35
4.3 Corrélation entre intérêt et expérience	37
DISCUSSION	40

1. Critique du travail de thèse	41
1.1 Faiblesses de l'étude.....	41
1.2 Forces de l'étude.....	42
2. Résultats principaux	43
2.1 Absence de corrélation entre connaissances et attractivité des MSP	43
2.2 Fragilité des connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP	43
2.2.1 Connaissances insuffisantes	43
2.2.2 Connaissances erronées	44
2.3 Attractivité modérée des MSP chez les jeunes médecins généralistes....	45
2.4 Désir d'informations des jeunes médecins généralistes sur les MSP	46
3. Comparaison aux autres travaux	46
4. Enseignements immédiats.....	47
4.1 Manque de connaissances sur plusieurs aspects	47
4.1.1 Le fonctionnement d'une MSP.....	47
4.1.2 Le projet de santé	48
4.1.3 La coordination des soins	49
4.1.4 Définitions erronées des maisons, pôles et centres de santé.....	50
4.1.5 Les nouveaux modes de rémunérations.....	51
4.1.6 La délégation de tâches.....	52
4.2 Attractivité modérée des MSP.....	53
4.2.1 Profil des jeunes généralistes intéressés par les MSP	53
4.2.2 Beaucoup de jeunes généralistes non intéressés par les MSP	54
4.2.3 Etude des freins et des motivations à l'exercice en MSP	56
5. Propositions et perspectives	58
5.1 Agir sur l'information.....	58
5.1.1 Manque d'informations	58
5.1.2 Désir d'informations	58
5.1.3 Sensibilisation à l'information	59
5.2 Agir sur la formation	60
5.2.1 Formation théorique sur les MSP	60
5.2.2 Formation pratique avec terrains de stages privilégiés.....	61
5.2.3 Evolution du DES de médecine générale	62
5.3 Synthèse des propositions	63
5.4 Les MSP, un avenir incertain si leur approche ne change pas.....	63

CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	73

INTRODUCTION

1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, un concept en plein essor

1.1 Un élan justifié par la démographie médicale

1.1.1 Bilan national du Conseil de l'Ordre des Médecins

Dix ans après le premier Atlas de la démographie médicale en 2007, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a établi en 2017 une vision décennale de l'évolution de l'offre de soins en France (1). Au 1^{er} janvier 2017, on recense 290 974 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, soit une majoration des effectifs de 1,8 % de 2016 à 2017 et de 15 % de 2007 à 2017. Mais la proportion de médecins en activité régulière tend à diminuer, avec 68 %, soit 197 859 médecins en activité au 1^{er} janvier 2017, contre 78 % en 2007. On constate également une nouvelle chute du nombre de praticiens libéraux avec 88 137 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 9,1 % des effectifs depuis 2007.

En termes de densité médicale, on recense 330,7 médecins pour 100 000 habitants en 2016. Mais la répartition sur le territoire est inégale avec 10 régions situées dans la tranche inférieure de la moyenne nationale, soit en densité faible (*annexe 1*). Concernant les médecins généralistes, la France compte 130,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2016, contre 141,0 pour 100 000 habitants en 2010 (1). Cependant, on retrouve également 10 régions en densité faible, situées dans la tranche inférieure de la moyenne nationale (*annexe 2*).

On observe un vieillissement grandissant de la population médicale avec une majoration du nombre de médecins retraités et retraités actifs. On constate que leur proportion a augmenté de 11 % sur la période 2007/2017, avec parallèlement une diminution de 10 % de la part des médecins en activité régulière (*annexe 3*). L'effectif de médecins retraités a quasiment doublé en dix ans (38 751, soit 15,3 % des médecins inscrits au CNOM en 2007 contre 75 033, soit 25,8 % des médecins inscrits au CNOM en 2017), tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté sur la même période, que de 0,9 % (*annexe 4*). Actuellement, les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 47 % de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre contre 27 % en 2007 (1).

1.1.2 Situation dans le Nord-Pas-de-Calais

Au 1^{er} janvier 2017, on compte 22 539 médecins dans la région Hauts-de-France. La région est soumise à un contraste important. Elle enregistre une hausse des médecins en activité régulière toutes spécialités confondues (*annexe 5*), mais fait partie des régions enregistrant une diminution sérieuse de l'activité de ses médecins généralistes avec une diminution de 8,8 % des effectifs sur la période 2010/2017 (*annexe 6*). Ce phénomène est plus marqué dans les départements de l'Aisne, de l'Oise et du Pas-de-Calais qui comptabilisent respectivement une diminution de 15,2 %, 13,2 % et 10,2 % de leurs effectifs de médecins généralistes en activité régulière (*annexe 7*).

En termes de densité médicale, la région Hauts-de-France se situe dans la moyenne basse avec 306,8 médecins pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale à 330,7 médecins pour 100 000 habitants (*annexe 1*). En 2016, on comptabilise 127,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans la région Hauts-de-France, pour une moyenne nationale à 130,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants (*annexe 2*). Cependant, la répartition intra régionale est inhomogène puisque les départements du Nord et de la Somme comptent respectivement 139,7 et 146,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants, étant ainsi supérieurs à la moyenne nationale de 130,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants (*annexe 8*).

1.2 La MSP, solution d'avenir proposée par les politiques successifs

1.2.1 Mesures et plans d'actions politiques

Les plans d'actions et autres mesures gouvernementales se succèdent en matière de politique de santé afin de palier la désertification médicale et ces disparités territoriales.

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoires (H.P.S.T) (2) est la première à offrir des mesures en réponse à l'assèchement territorial. Elle modifie notamment la formation médicale initiale en régulant la répartition des postes d'internes offerts chaque année par spécialité, en particulier celle de la médecine générale, en tenant compte de l'évolution de la démographie dans ces spécialités médicales. Elle crée également le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) permettant aux étudiants en médecine de se voir dispenser une allocation mensuelle à partir de la 2^{ème}

année de leurs études et tout au long de leur 3^{ème} cycle, lesquels s'engagent en contre partie à exercer dans une zone médicalement déficitaire.

En 2012, le gouvernement met en place le Pacte Territoire Santé (3) pour garantir l'accès aux soins de tous les Français sur l'ensemble du territoire national. Il consiste à renforcer le CESP instauré par la loi HPST, à promouvoir le stage de médecine générale chez les étudiants et à encourager l'activité de nouveaux médecins dans les territoires déficitaires. Il crée le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG), dispositif opérationnel depuis septembre 2013 permettant une garantie de revenus et une protection sociale améliorée en sécurisant leurs deux premières années d'installation, sous réserve d'un minimum d'activité.

La Loi de modernisation de notre système de santé (4), inspirée de la Stratégie Nationale de 2013, a été promulguée le 26 janvier 2016. Elle s'articule notamment autour de 3 axes : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste, et le développement des droits des patients. Elle prévoit également la généralisation du tiers payant.

1.2.2 Un intérêt grandissant des politiques de santé pour les MSP

La diminution de l'offre de soins pose donc le problème de l'accès aux soins en tout point du territoire. En réponse à cela, les pouvoirs publics créent une nouvelle dynamique en encourageant le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, notamment en direction des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et pôles de santé (5), lieux d'exercice innovant. Ces structures ont pour vocation première de maintenir ou renforcer l'offre de soins dans les espaces fragiles.

Le 11 mai 2010, le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) consacré au plan d'action en faveur des territoires ruraux prévoit un plan national de création de 250 maisons de santé pluriprofessionnelles (6) entre 2010 et 2013, afin de favoriser le maintien des professionnels de santé en facilitant leur regroupement.

On constate un certain enthousiasme pour les MSP de la part des pouvoirs publics qui y voient un moyen de maintenir une offre de soins sur le territoire. Selon un rapport du Sénat (7), le nombre de MSP est passé de 20 en 2008 à 910 en 2017, en bénéficiant de nombreux financements publics, notamment des investissements des collectivités territoriales. En janvier 2017, on recensait 37 maisons de santé dans le Nord-Pas-de-Calais (73 au total en région Hauts-de-France) (8).

Le 13 octobre 2017 est élaboré le plan « Soins pour tous » (9), un panel de mesures destinées à lutter contre les déserts médicaux et à « garantir aux citoyens un égal accès aux soins », sur tout le territoire. Au cœur du dispositif, les maisons et centres de santé avec pour projet la création de 1000 maisons et centres de santé supplémentaires en 5 ans.

1.3 La croissance du concept des MSP

1.3.1 Définitions des MSP

Le terme de maison de santé est apparu en 2007 avec le Rapport du sénateur Juilhard (10), son but étant de rendre plus intéressante la médecine en milieu rural. Il crée un label « maison de santé » afin de pouvoir couvrir des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

La première définition des Maisons de Santé apparaît en 2007 avec la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 (11) définissant la maison de santé pluriprofessionnelle comme « *un lieu où s'exercent des activités de soins sans hébergement, de premier recours (...) et pouvant participer à des actions de santé publique et des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.* »

En 2009, la loi H.P.S.T vient enrichir cette définition (11) avec la notion de projet de santé qui va permettre de différencier les MSP d'autres structures de soins. « *Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de*

la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

En janvier 2016, la Loi Santé complète la dernière définition en vigueur des MSP : « *Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.* » (11).

1.3.2 Une structuration progressive

En 2008 est créée la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), dont le but est de soutenir le déploiement de ces rassemblements interprofessionnels.

En 2011, la loi Fourcade (12) instaure la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) ayant pour objectif de mettre en commun des moyens afin de faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun des associés. La loi Fourcade élargit le panel des professions autorisées à se regrouper en permettant d'intégrer les pharmaciens. De plus, le projet de santé élaboré par les membres de la MSP doit être non plus conforme mais seulement compatible avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Enfin, la loi Fourcade apporte une définition plus récente des Maisons de Santé en la définissant comme étant « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] et, le cas échéant, de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges [...]. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux [...]. Il est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé [...]* ».

2. Les MSP et les jeunes médecins généralistes

Si les jeunes médecins généralistes sont attirés par l'exercice en MSP malgré des aspects juridiques et administratifs encore dissuasifs, ils semblent avoir un manque de connaissances sur le mode d'exercice et le fonctionnement de ces structures (13) (14) (15) (16) (25) (26) (27).

Les MSP sont présentées comme étant une solution d'avenir à la désertification médicale par les pouvoirs publics. Mais pour être efficaces, il est essentiel que les porteurs du projet d'une MSP soient les professionnels de santé. Il est indispensable que les médecins généralistes connaissent ce type de structure et leur mode d'exercice, sans quoi ils ne peuvent pas développer un intérêt à y exercer. En effet, certains élus locaux ayant construit ce type de structure sans avoir sollicité en amont les médecins, se retrouvent aujourd'hui avec des établissements vides.

On peut alors se demander pourquoi les nouveaux professionnels de santé ne s'y installent pas davantage. Il serait intéressant d'évaluer s'ils savent réellement ce qu'est une maison de santé, et si une information plus large augmenterait l'attractivité de ces établissements promis en devenir.

On suppose qu'un lien pourrait être établi entre ces deux paramètres permettant de conclure qu'une promotion plus vaste avec une information à l'égard des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles s'avère indispensable si l'on veut espérer les voir apporter une contribution aux problèmes démographiques médicaux actuels. Un état des lieux des connaissances des jeunes médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur les MSP mis en relation avec l'analyse de leur intérêt pour ce mode d'exercice nous permettrait d'avoir un aperçu de leurs représentations des MSP. Si l'attractivité des MSP auprès des jeunes médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais est proportionnelle à leur niveau de connaissances sur le sujet, il serait intéressant d'envisager des perspectives d'information et de sensibilisation sur ces structures. Si aucune corrélation n'existe entre les deux, cela signifierait que certains jeunes médecins généralistes s'intéressent à ces structures sans en connaître les fondements, ce qui remettrait en cause la solution démographique des MSP.

3. Question de recherche

Le niveau de connaissances sur les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles des jeunes médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais issus du DES de médecine générale en 2017 influence-t-il leur intérêt pour ce mode d'exercice ?

4. Objectifs

L'objectif de cette thèse a été, d'une part d'effectuer un état des lieux des connaissances des jeunes médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur les MSP et d'évaluer leur intérêt pour ce mode d'exercice, et d'autre part de déterminer si un lien existait entre ces deux paramètres. Le terme « intérêt » était ici défini comme une installation, un désir d'installation, ou un projet professionnel établi en MSP.

Le but était de diviser la population en deux groupes, ceux étant intéressés par un exercice en MSP et ceux n'étant pas ou probablement pas intéressés par ce type d'exercice, et de comparer leur niveau de connaissances afin de mettre en évidence une corrélation entre attractivité et connaissances des MSP.

METHODE

1. Population étudiée

La population cible de l'étude comprenait les jeunes médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, issus du Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale en novembre 2017. La liste de la promotion sortante du DES de médecine générale en novembre 2017 a pu être récupérée auprès du bureau de l'Association des Internes de Médecine Générale de Lille (AIMGL).

Le critère d'inclusion était d'avoir fini l'internat de médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais en novembre 2017. Il n'existait aucun critère d'exclusion.

2. Etude

2.1 Type d'étude

L'étude a été quantitative, descriptive et comparative à partir de données issues d'un questionnaire adressé à la population cible.

2.2 Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé et diffusé par l'intermédiaire de la plateforme *Google Forms*. Il était composé de 18 items à questions fermées, divisés en 3 parties, et d'une question à réponse libre :

- Profil de la population : 4 items
- Connaissances sur les MSP : 8 items
- Attractivité des MSP : 6 items
- Commentaires libres : 1 item

Le questionnaire a été testé auprès de l'entourage proche (familles, amis), et auprès d'autres professionnels de santé en dehors de la population cible à savoir des médecins généralistes installés en MSP et des internes de 3^{ème} et 4^{ème} semestres.

La partie évaluant les connaissances sur les MSP a été élaborée d'après les critères définissant une Maison de Santé Pluriprofessionnelle selon la Fédération des Maisons et Pôles de Santé des Hauts-de-France (17).

La version finale du questionnaire était prête le 21 avril 2018.

2.3 Méthode de diffusion du questionnaire

La distribution s'est faite via la plateforme du réseau social Facebook, sur le groupe de la promotion cible, puis par relance en messagerie personnelle. Le questionnaire a été distribué initialement sur le groupe de la promotion cible le 22 avril 2018, comprenant en préambule le but du questionnaire et le rappel du critère d'inclusion, à savoir avoir terminé l'internat en novembre 2017 (*annexe 9*).

Une première relance de groupe a été réalisée le 29 avril 2018. Une deuxième relance à titre personnel a été réalisée le 6 mai 2018. Une dernière relance personnelle a été effectuée le 13 mai 2018. Les dernières réponses obtenues étaient en date du 17 mai 2018. L'étude a été clôturée le 23 mai 2018, les cinq derniers jours ayant été sans aucune réponse.

2.4 Méthode d'analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été intégrées dans la base de données *Google Sheets* permettant de créer une feuille de calcul unique rassemblant l'ensemble des réponses. Les chiffres bruts étaient traduits en pourcentages et en graphiques en secteur via Google Drive.

Le test statistique du khi-2 est utilisé dans le cadre d'analyses multivariées afin de déterminer si un lien significatif existe entre les variables étudiées.

Ce test repose sur l'utilisation d'une table statistique permettant de mettre en évidence ou non l'indépendance d'une variable par rapport à l'autre.

Pour cela, il est nécessaire de déterminer le degré de liberté du test ainsi que la probabilité d'erreur acceptée :

- Dans l'ensemble des questions étudiées dans notre travail, chaque variable étant à choix double, le degré de liberté du test est de 1.
- De façon générale, on accepte une probabilité d'erreur de 5 % ou 10 %.

En prenant un risque de 5 % de se tromper, l'indicateur du khi-2 référencé dans la table à un degré de liberté est de 3,84 :

- Si l'indicateur calculé est supérieur à cette valeur, on peut rejeter l'hypothèse d'indépendance et en conclure qu'il existe un lien significatif entre elles.

- Si l'indicateur calculé est inférieur à cette valeur, on peut alors accepter l'hypothèse d'indépendance entre nos deux variables.

Par l'intermédiaire d'un tableau de contingence, chaque question portant sur le profil et sur la connaissance des MSP était évaluée par rapport à la variable intérêt/non intérêt des MSP, et analysée statistiquement par l'intermédiaire du test du khi-2.

Concernant l'analyse multivariée comparant la variable intérêt/non intérêt des MSP en fonction de la zone d'exercice professionnelle (Tableaux 11.1, 11.2 et 11.3), les 3 variables (urbaine, semi-rurale, rurale) ont été séparées, et comparées deux à deux de façon à pouvoir mesurer plus exactement l'impact de la zone d'activité sur l'intérêt à exercer en MSP. Cela a permis notamment d'établir un profil plus précis du type de population intéressée par les MSP.

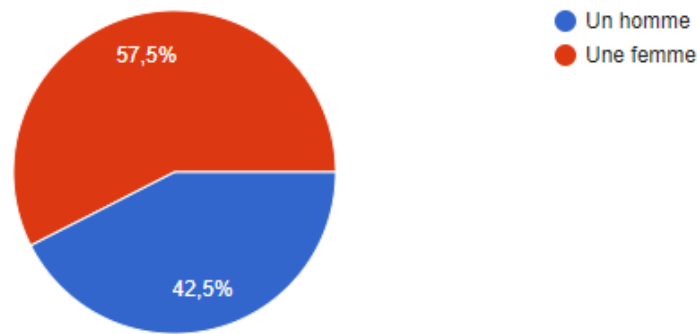
RESULTATS

1. Population

1.1 Profil

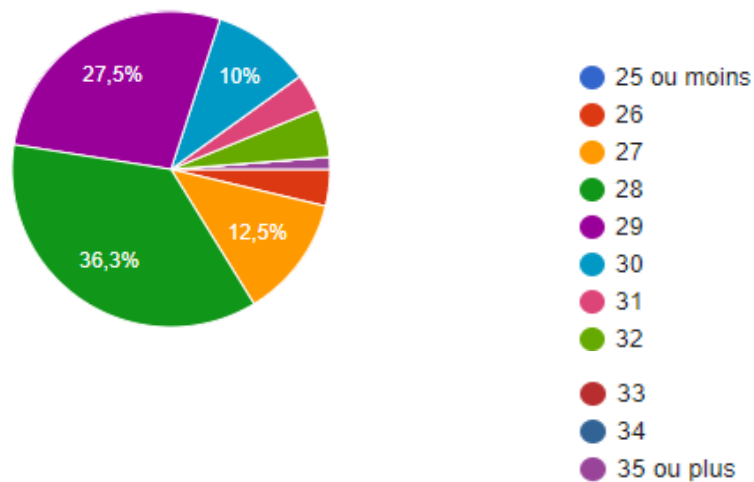
Question 1 - Vous êtes?

80 réponses



Question 2 - Quel est votre âge?

80 réponses

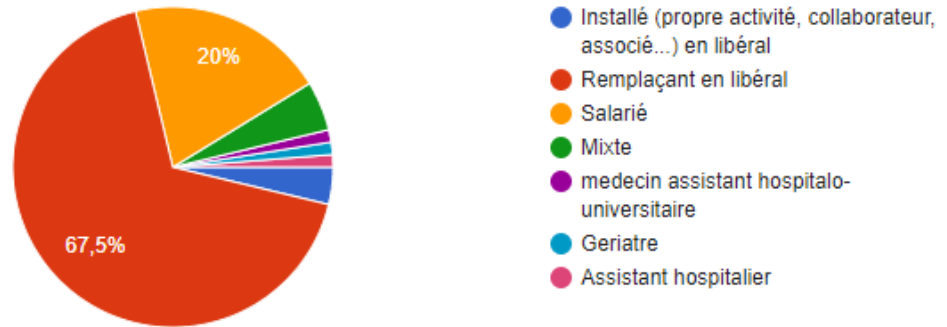


Le questionnaire a été diffusé à l'ensemble des 178 internes ayant terminé leur cursus en novembre 2017. Sur ces 178 questionnaires, 80 ont été récupérés, soit un taux de réponse de 44,9 %. 34/80 (42,5 %) étaient des hommes, et 46/80 (57,5 %) étaient des femmes. Les interrogés avaient une moyenne d'âge de 28 ans (29/80, soit 36,3 %).

1.2 Activité professionnelle

Question 3 - Actuellement, quelle est votre activité professionnelle?

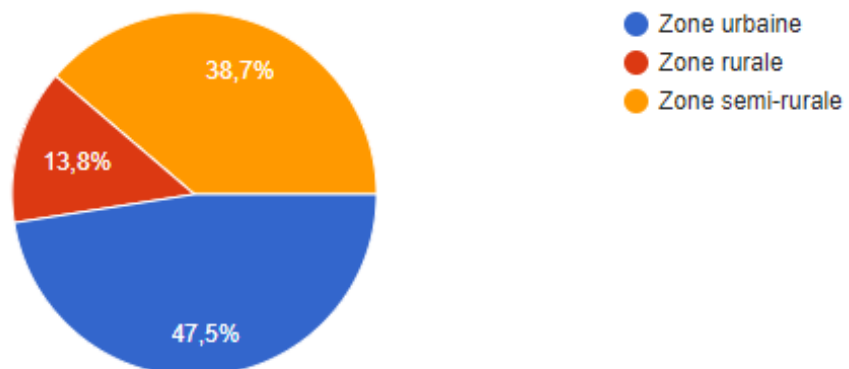
80 réponses



54/80 (67,5 %) des interrogés étaient remplaçants en libéral. 19/80 (23,7 %) étaient salariés.

Question 4 - Dans quelle zone exercez-vous essentiellement votre activité?

80 réponses

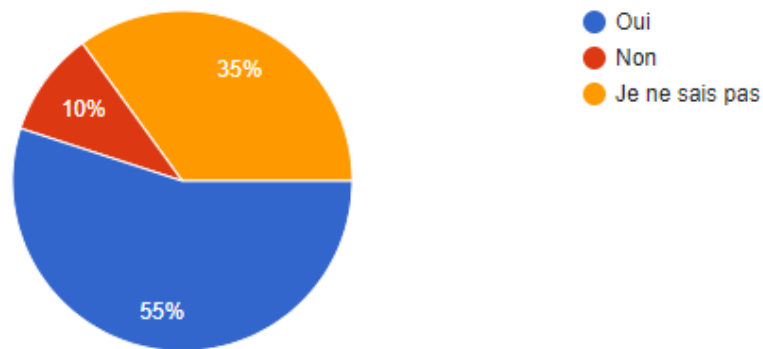


38/80 (47,5 %) des interrogés exerçaient en zone urbaine, 31/80 (38,7 %) exerçaient en zone semi-rurale.

2. Connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP

Question 9 - L'écriture d'un projet de santé est obligatoire pour pouvoir devenir une maison de santé.

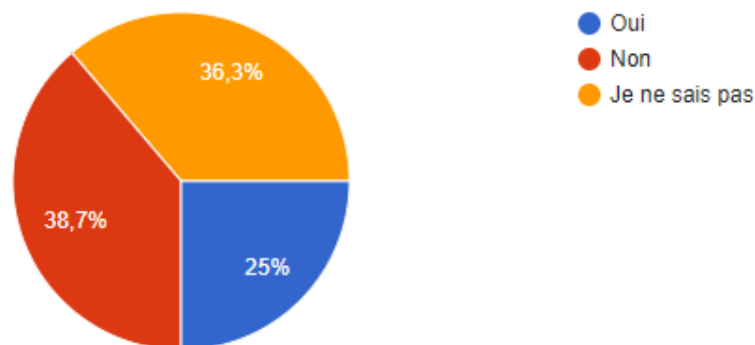
80 réponses



44/80 (55 %) connaissaient la bonne réponse : oui. 36/80 (45 %) n'avaient pas la bonne réponse.

Question 10 - Un médecin généraliste et un paramédical sont suffisants pour pouvoir monter une MSP.

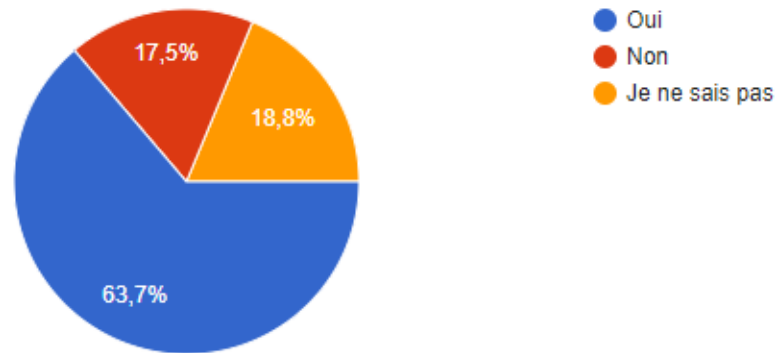
80 réponses



31/80 (38,7 %) connaissaient la bonne réponse : non. 49/80 (61,3 %) n'avaient pas la bonne réponse.

Question 11 - Une MSP doit regrouper un ensemble de professionnels de santé dans une même structure (sous un même toit).

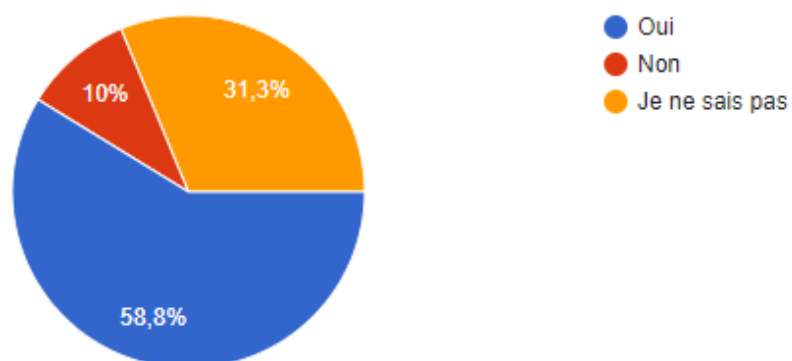
80 réponses



14/80 (17,5 %) connaissaient la bonne réponse : non. 66/80 (82,5 %) n'avaient pas la bonne réponse.

Question 12 - Une MSP doit regrouper des professionnels de santé d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné.

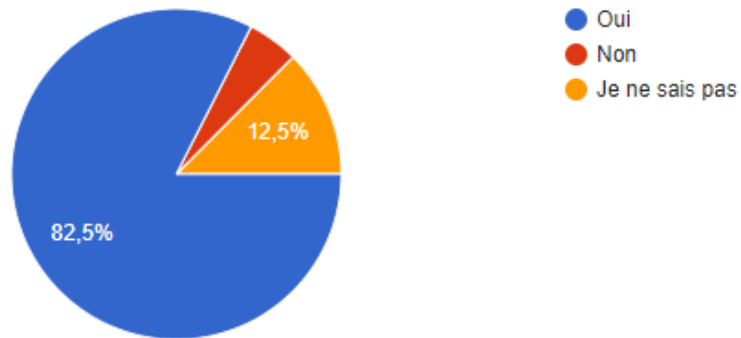
80 réponses



47/80 (58,8 %) connaissaient la bonne réponse : oui. 33/80 (41,2 %) n'avaient pas la bonne réponse.

Question 13 - La réalisation de réunions pluri-professionnelles régulières est essentielle pour le bon fonctionnement d'une MSP.

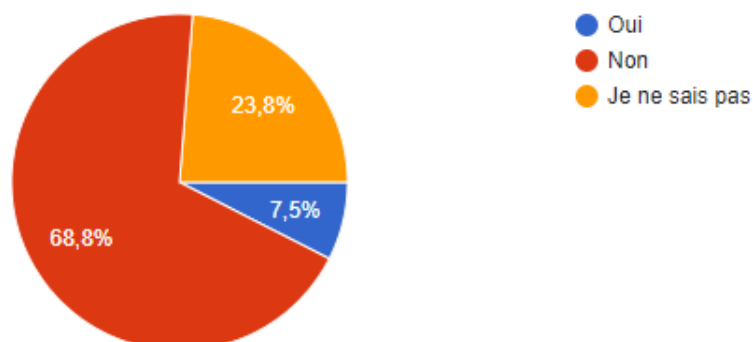
80 réponses



66/80 (82,5 %) connaissaient la bonne réponse : oui.

Question 14 - Pour qu'une MSP puisse bien fonctionner, il faut qu'elle soit créée sur l'initiative d'une collectivité locale/territoriale (maire, personnalité politique).

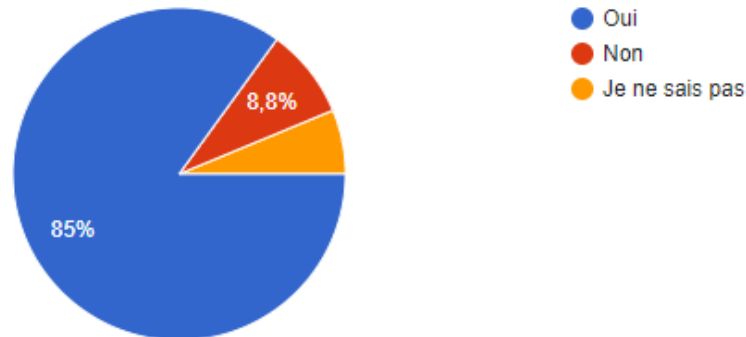
80 réponses



55/80 (68,8 %) connaissaient la bonne réponse : non. 25/80 (31,2 %) n'avaient pas la bonne réponse.

Question 15 - L'existence d'un système d'informations partagées est essentiel pour le bon fonctionnement d'une MSP.

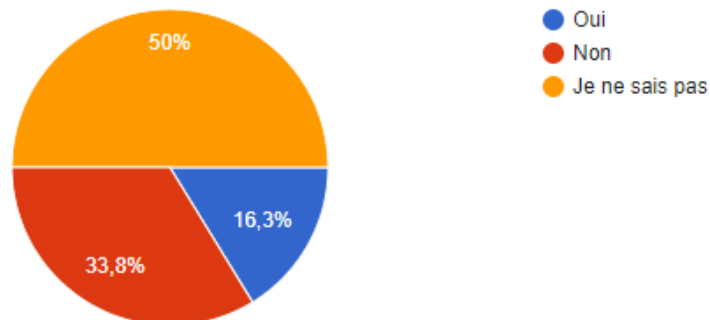
80 réponses



68/80 (85 %) connaissaient la bonne réponse : oui.

Question 16 - Le projet de santé d'une MSP est rédigé par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

80 réponses

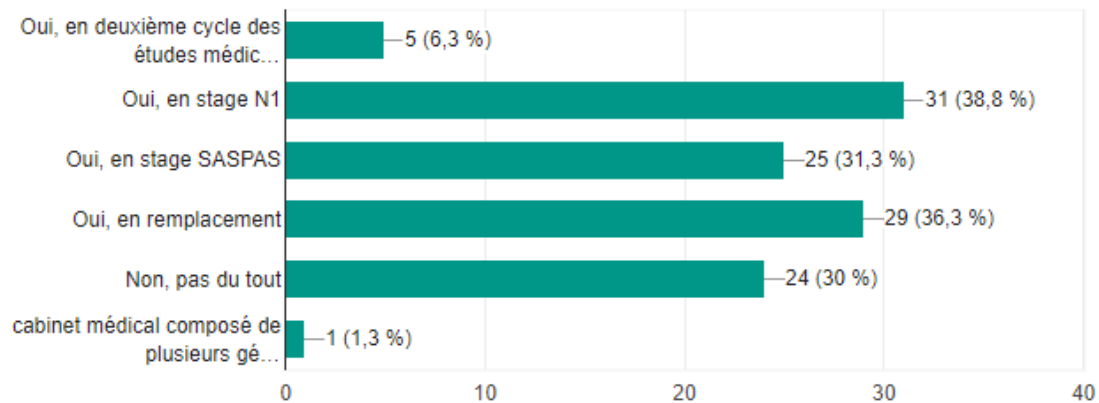


27/80 (33,8 %) connaissaient la bonne réponse : non. 53/80 (66,2 %) n'avaient pas la bonne réponse.

3. Intérêt des jeunes médecins généralistes pour les MSP

Question 5 - Durant votre cursus universitaire et/ou professionnel, avez-vous eu une expérience dans une MSP? (choix multiples)

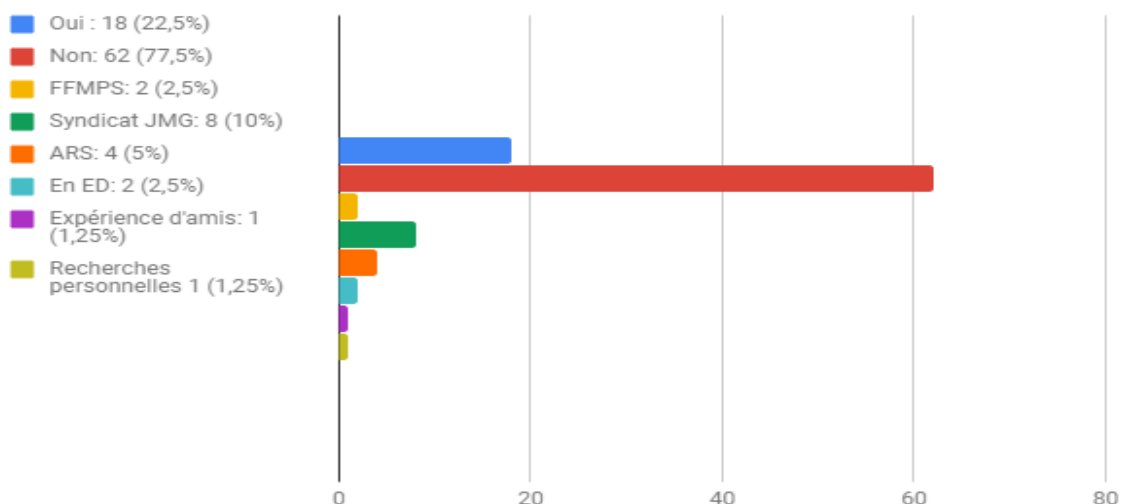
80 réponses



24/80 soit 30 % des interrogés n'avaient pas du tout eu d'expérience en MSP au cours de leur cursus. 56/80 (70 %) indiquaient avoir eu une expérience en MSP. 31/80 (38,8 %) des interrogés déclaraient avoir eu une expérience en MSP au cours de leur stage N1, et 25/80 (31,3 %) au cours de leur stage SASPAS.

Question 7 - Estimez-vous avoir eu des sources d'informations sur ce mode d'exercice? Si oui, précisez comment. (choix multiples)

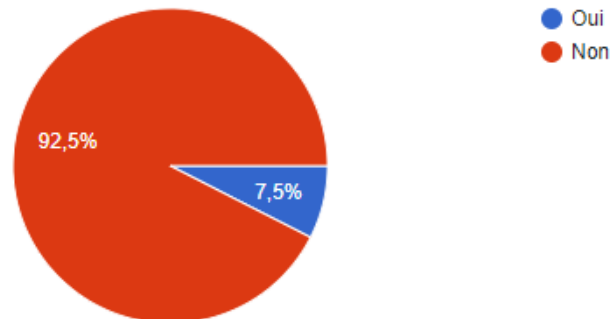
80 réponses



62/80 (77,5 %) estimaient ne pas avoir eu de sources d'informations sur les MSP en dehors des stages.

Question 6 - Avez-vous participé au séminaire inter professionnel des MSP organisé par la faculté de Lille durant votre internat?

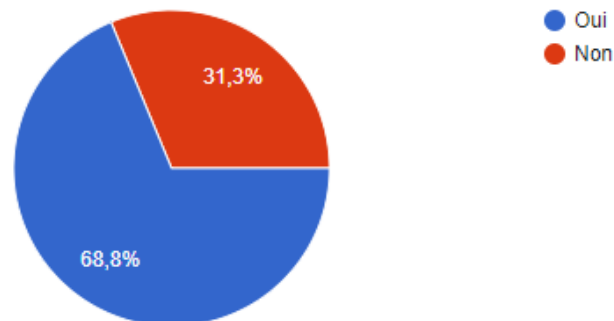
80 réponses



74/80 (92,5 %) n'avaient pas participé au séminaire pluriprofessionnel organisé par la faculté.

Question 8 - Auriez-vous souhaité être davantage informé sur l'exercice en MSP au cours de votre internat?

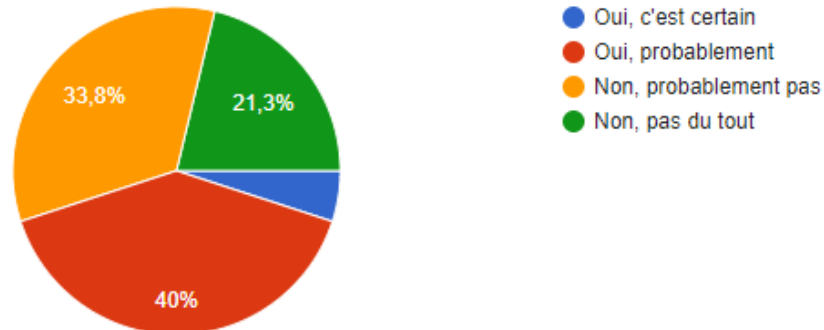
80 réponses



55/80 (68,8 %) auraient souhaité être davantage informés sur l'exercice en MSP au cours de leur internat.

Question 17 - Par la suite, envisagez-vous votre exercice professionnel dans une MSP?

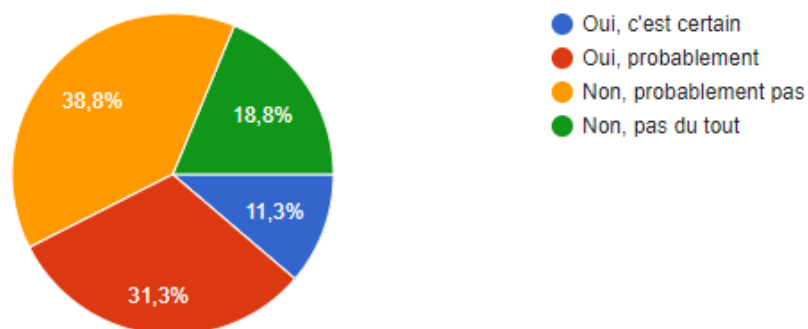
80 réponses



36/80 (45 %) avaient répondu oui dont 4/80 (5 %) étaient certains que oui. 44/80 (55 %) ne l'envisageaient pas ou probablement pas.

Question 18 - Pensez-vous qu'en ayant été davantage informé sur l'exercice en MSP durant votre internat, votre projet professionnel aurait été différent?

80 réponses



46/80 (57,5 %) avaient répondu non. 34/80 (42,5 %) avaient répondu oui dont 9/80 (11,3 %) étaient certains que oui.

4. Analyses multivariées

4.1 Corrélation entre intérêt et connaissances

Afin de pouvoir répondre à la problématique initiale, la population de l'étude a été divisée en 2 groupes à partir de la question 17. Dans le premier groupe étaient isolés ceux étant intéressés par un exercice en MSP, et dans le deuxième groupe ceux n'étant pas ou probablement pas intéressés par ce type d'exercice.

Par l'intermédiaire du test du khi-2, chacune des questions 9 à 16 portant sur la connaissance des MSP a pu être interprétée et comparée dans les 2 groupes, permettant ainsi de mettre en évidence une éventuelle corrélation entre connaissances et intérêt des MSP.

A la question 9 « L'écriture d'un projet de santé est obligatoire pour pouvoir devenir une maison de santé. » :

Tableau 1	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Savent	21	23	44
Ne savent pas	15	21	36
	36	44	80

- Parmi les interrogés envisageant un exercice en MSP, 21/36 (58,3 %) avaient bien répondu. 15/36 (41,7 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.
- Parmi les interrogés n'envisageant pas ou probablement pas un exercice en MSP, 23/44 (52,3 %) avaient bien répondu. 21/44 (47,7 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 0,293, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux populations concernant la connaissance de l'écriture d'un projet de santé.

A la question 10 « Un médecin généraliste et un paramédical sont suffisants pour pouvoir monter une MSP » :

Tableau 2	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Savent	16	15	31
Ne savent pas	20	29	49
	36	44	80

- Parmi les interrogés envisageant un exercice en MSP, 16/36 (44,5 %) avaient bien répondu. 20/36 (55,5 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.
- Parmi les interrogés n'envisageant pas ou probablement pas un exercice en MSP, 15/44 (34 %) avaient bien répondu. 29/44 (66 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 0,834, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux populations concernant la connaissance de la composition d'une équipe pouvant monter une MSP.

A la question 11 « Une MSP doit regrouper un ensemble de professionnels de santé dans une même structure (sous un même toit) » :

Tableau 3	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Savent	8	6	14
Ne savent pas	28	38	66
	36	44	80

- Parmi les interrogés envisageant un exercice en MSP, 8/36 (22,2 %) avaient bien répondu. 28/36 (77,8 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.
- Parmi les interrogés n'envisageant pas ou probablement pas un exercice en MSP, 6/44 (13,6 %) avaient bien répondu. 38/44 (86,4 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 1,01, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux populations concernant la connaissance du regroupement des professionnels de santé dans une même structure.

A la question 12 « Une MSP doit regrouper des professionnels de santé d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné. » :

Tableau 4	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Savent	20	27	47
Ne savent pas	16	17	33
	36	44	80

- Parmi les interrogés envisageant un exercice en MSP, 20/36 (55,5 %) avaient bien répondu. 16/36 (45,5 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.
- Parmi les interrogés n'envisageant pas ou probablement pas un exercice en MSP, 27/44 (61,4 %) avaient bien répondu. 17/44 (38,6 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 0,275, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux populations concernant la connaissance du regroupement des professionnels de santé dans une même zone géographique.

A la question 13 : « La réalisation de réunions pluriprofessionnelles régulières est essentielle pour le bon fonctionnement d'une MSP. » :

Tableau 5	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Savent	31	35	66
Ne savent pas	5	9	14
	36	44	80

- Parmi les interrogés envisageant un exercice en MSP, 31/36 (86,1 %) avaient bien répondu. 5/36 (13,9 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.
- Parmi les interrogés n'envisageant pas ou probablement pas un exercice en MSP, 35/44 (79,5 %) avaient bien répondu. 9/44 (20,5 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 0,591, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux populations concernant la connaissance de la nécessité des réunions pluriprofessionnelles au sein des MSP.

A la question 14 « Pour qu'une MSP puisse bien fonctionner, il faut qu'elle soit créée sur l'initiative d'une collectivité locale/territoriale (maire, personnalité politique) » :

Tableau 6	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Savent	22	33	55
Ne savent pas	14	11	25
	36	44	80

- Parmi les interrogés envisageant un exercice en MSP, 22/36 (61,1 %) avaient bien répondu. 14/36 (38,9 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.
- Parmi les interrogés n'envisageant pas ou probablement pas un exercice en MSP, 33/44 (75 %) avaient bien répondu. 11/44 (25 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 1,77, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux populations concernant la connaissance du rôle des autorités politiques dans le fonctionnement des MSP.

A la question 15 « L'existence d'un système d'informations partagées est essentiel pour le bon fonctionnement d'une MSP » :

Tableau 7	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Savent	30	37	67
Ne savent pas	6	7	13
	36	44	80

- Parmi les interrogés envisageant un exercice en MSP, 30/36 (83,3 %) avaient bien répondu. 6/36 (16,7 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.
- Parmi les interrogés n'envisageant pas ou probablement pas un exercice en MSP, 37/44 (84 %) avaient bien répondu. 7/44 (16 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 0,008, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux populations concernant la connaissance de l'intérêt du système d'informations partagées dans le fonctionnement des MSP.

A la question 16 « Le projet de santé d'une MSP est rédigé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) » :

Tableau 8	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Savent	14	13	27
Ne savent pas	22	31	53
	36	44	80

- Parmi les interrogés envisageant un exercice en MSP, 14/36 (38,9 %) avaient bien répondu. 22/36 (61,1 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.
- Parmi les interrogés n'envisageant pas ou probablement pas un exercice en MSP, 13/44 (29,5 %) avaient bien répondu. 31/44 (70,5 %) ne connaissaient pas la bonne réponse.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 0,773, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux populations concernant la connaissance du rôle de l'ARS dans le projet de santé.

Tableau récapitulatif :

Connaissances :	Significativité :
Ecriture obligatoire du projet de santé	Non significatif (<i>khi 2 = 0,293</i>)
Composition de l'équipe minimale requise pour une MSP	Non significatif (<i>khi 2 = 0,834</i>)
Regroupement des professionnels de santé dans une même structure	Non significatif (<i>khi 2 = 1,01</i>)
Regroupement des professionnels de santé dans une même zone géographique	Non significatif (<i>khi 2 = 0,275</i>)
Nécessité des réunions pluriprofessionnelles au sein des MSP	Non significatif (<i>khi 2 = 0,591</i>)
Rôle des politiques dans l'initiation d'un projet	Non significatif (<i>khi 2 = 1,77</i>)
L'intérêt du système d'informations partagées dans le fonctionnement des MSP	Non significatif (<i>khi 2 = 0,008</i>)
Rôle de l'ARS dans le projet de santé	Non significatif (<i>khi 2 = 0,773</i>)

4.2 Corrélation entre intérêt et profil

A la question 1 « De quel sexe êtes-vous ? » :

Tableau 9	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Femmes	22	24	46
Hommes	14	20	34
	36	44	80

- 46/80 (57.5 %) des interrogés étaient des femmes. 22/46 (47,8 %) envisageaient l'exercice en MSP, et 24/46 (52.2 %) ne l'envisageaient pas, ou probablement pas.
- 34/80 (42,5 %) des interrogés étaient des hommes. Parmi eux, 14/34 (41 %) envisageaient l'exercice en MSP, et 20/34 (59 %) ne l'envisageaient pas, ou probablement pas.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 0,349, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant l'intérêt de l'exercice en MSP.

A la question 3 « Actuellement, quelle est votre activité professionnelle ? » :

Tableau 10	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Remplaçant	27	27	54
Salarié	4	15	19
	31	42	73

- 54/80 (67.5 %) des interrogés étaient remplaçants en libéral. 27/54 (50 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 27/54 (50 %) n'envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.
- 19/80 (23.7 %) des interrogés étaient salariés. Seulement 4/19 (21 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 4,82, soit supérieur à 3,84. On pouvait donc rejeter l'hypothèse d'indépendance en affirmant qu'un lien existait entre l'activité au temps t, et l'intérêt d'un exercice en MSP. Les remplaçants étaient

plus intéressés par l'exercice en MSP que les salariés. Il y avait une différence significative, avec un risque de se tromper inférieur à 5 %.

A la question 4 « Dans quelle zone exercez-vous essentiellement votre activité ? » :

Tableaux 11.1	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Zone urbaine	15	23	38
Zone semi-rurale	13	18	31
	28	41	69

Tableaux 11.2	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Zone semi-rurale	13	18	31
Zone rurale	8	3	11
	21	21	42

Tableaux 11.3	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Zone urbaine	15	23	38
Zone rurale	8	3	11
	23	26	49

- 38/80 (47.5 %) des interrogés exerçaient en zone urbaine. Parmi eux, 15/38 (39.5%) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 23/38 (60.5 %) n'envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.
- 31/80 (38.7%) des interrogés exerçaient en zone semi-rurale. Parmi eux, 13/31 (42 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 18/31 (58 %) n'envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.
- 11/80 (13.8 %) des interrogés exerçaient en zone rurale. Parmi eux, 8/11 (72,7 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 3/11 (27.3 %) n'envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.

Si l'on considérait un risque maximal à 5 % :

- Dans le premier tableau, l'indicateur du khi-2 était à 0,042, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre le fait d'exercer en milieu urbain ou en milieu semi-rural et l'intérêt pour un exercice en MSP.

- Dans le deuxième tableau, l'indicateur du khi-2 était à 3,079, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre le fait d'exercer en milieu semi-rural ou rural, et l'intérêt pour un exercice en MSP.
- Dans le troisième tableau, l'indicateur du khi-2 était à 3,787, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas non plus de différence significative entre le fait d'exercer en milieu urbain ou rural, et l'intérêt pour un exercice en MSP.

Toutefois, en considérant un risque maximal à 10 %, l'indicateur de khi-2 référencé dans la table statistique était de 2,71, soit inférieur aux khi-2 retrouvés dans les deux derniers tableaux. On pouvait donc établir un lien significatif entre le fait d'exercer en milieu rural et l'intérêt pour une activité en MSP, avec un risque de se tromper inférieur à 10%. Au plus les médecins généralistes travaillaient en zone rurale, au plus ils étaient intéressés par un exercice en MSP.

Tableau récapitulatif :

Profil	Significativité
Sexe	Non significatif ($khi\ 2 = 0,349$)
Activité professionnelle	Significatif pour $p < 0,005$ ($khi\ 2 = 4,82$)
Zone d'activité	Significatif pour $p < 0,010$ ($khi\ 2 = 3,787$)

4.3 Corrélation entre intérêt et expérience

A la question 5 « Durant votre cursus universitaire et/ou professionnel, avez-vous eu une expérience dans une MSP? » :

Tableau 12	Intérêt MSP	Pas d'intérêt MSP	
Expérience en MSP	30	26	56
Pas d'expérience en MSP	6	18	24
	36	44	80

- 56/80 (70 %) des interrogés avaient eu une expérience en MSP. Parmi eux, 30/56 (53,6 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 26/56 (46,4 %) n'envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.

- 24/80 (30 %) des interrogés n’avaient pas eu d’expérience en MSP. Parmi eux, 6/24 (25 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 18/24 (75 %) n’envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.

Pour un risque maximal à 5 %, l’indicateur du khi-2 était à 5,54, soit supérieur à 3,84. On pouvait donc rejeter l’hypothèse d’indépendance en affirmant qu’un lien existait entre le fait d’avoir eu une expérience en MSP et l’intérêt pour une activité en MSP.

A la question 6 « Avez-vous participé au séminaire inter professionnel des MSP organisé par la faculté de Lille durant votre internat ? » :

Tableau 13	Intérêt MSP	Pas d’intérêt MSP	
Participation au séminaire	3	3	6
Pas de participation au séminaire	33	41	74
	36	44	80

- 6/80 (7,5 %) des interrogés avaient participé au séminaire pluriprofessionnel. Parmi eux, 3/6 (50 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 3/6 (50 %) n’envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.
- 74/80 (92,5 %) des interrogés n’avaient pas participé au séminaire pluriprofessionnel. Parmi eux, 33/74 (44,6 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 41/74 (55,4%) n’envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.

Pour un risque maximal à 5 %, l’indicateur du khi-2 était à 0,065, soit inférieur à 3,84. Il n’y avait donc pas de différence significative entre ceux ayant participé au séminaire pluriprofessionnel et les autres.

A la question 7 « Estimez-vous avoir eu des sources d’informations sur ce mode d’exercice ? Si oui, précisez comment » :

Tableau 14	Intérêt MSP	Pas d’intérêt MSP	
Informations sur les MSP	7	11	18
Pas d’informations sur les MSP	29	33	62
	36	44	80

- 18/80 (22,5 %) des interrogés avaient eu des informations sur les MSP. Parmi eux, 7/18 (38,9 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 11/18 (61,1 %) n'envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.
- 62/80 (77,5 %) des interrogés n'avaient pas eu d'informations sur les MSP. Parmi eux, 29/62 (46,8 %) envisageaient un exercice professionnel en MSP, 33/62 (53,2 %) n'envisageaient pas, ou probablement pas un exercice en MSP.

Pour un risque maximal à 5 %, l'indicateur du khi-2 était à 0,35, soit inférieur à 3,84. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les 2 populations concernant le degré d'informations sur les MSP.

Tableau récapitulatif :

<u>Expérience et informations</u>	<u>Significativité</u>
Expérience en MSP	Significatif pour $p < 0,005$ ($khi\ 2 = 5,54$)
Participation au séminaire	Non significatif ($khi\ 2 = 0,065$)
Informations sur les MSP	Non significatif ($khi\ 2 = 0,35$)

DISCUSSION

1. Critique du travail de thèse

1.1 Faiblesses de l'étude

Le choix d'une étude qualitative aurait pu être plus intéressant pour l'exploration des attentes et de l'intérêt de chacun pour les maisons de santé pluriprofessionnelles. Mais le fait de vouloir évaluer d'une part, et comparer d'autre part les connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP impliquait des questions précises et similaires pour l'ensemble de la promotion, avec des réponses simples et fermées. L'intérêt était ici de mettre en parallèle deux populations, le premier groupe constitué des sujets intéressés par un futur exercice en MSP, et le deuxième groupe rassemblant les sujets n'envisageant pas, ou probablement pas une activité en MSP. A partir de là, nous avons pu évaluer et comparer le niveau de connaissances de ces deux populations afin d'établir un éventuel lien entre connaissances et niveau d'intérêt des jeunes médecins généralistes pour les MSP. La méthode quantitative utilisée était plus adaptée à la question de recherche posée.

L'étude comporte également des biais en lien avec le questionnaire. Après un plus grand approfondissement du sujet, certaines questions à propos de la connaissance des MSP auraient pu être ajoutées, concernant notamment la notion de transfert de compétences et de délégation de tâches, ou encore concernant les nouveaux modes de rémunérations, afin de pouvoir mieux cibler les lacunes des jeunes généralistes. De même sur l'attractivité, une question ouverte concernant les freins à exercer en maison de santé aurait pu être intéressante au vu de la large proportion de jeunes médecins n'étant pas intéressés par cet exercice dans notre travail.

L'étude peut également comporter un biais de sélection, le questionnaire ayant été diffusé sur un groupe universitaire, bien que la population cible ait été définie et rappelée avant l'entame du questionnaire, des sujets d'autres promotions ont probablement répondu au questionnaire. Mais la promotion cible n'étant plus dans le cursus universitaire, envoyer le questionnaire via leur mail de la faculté n'aurait pas été judicieux, les sujets ne devant plus se rendre régulièrement à cette adresse. Il a été jugé que ce serait le meilleur moyen de communication afin d'obtenir un maximum de réponses. De plus, notre étude est limitée à un territoire donné (Nord-Pas-de-

Calais) avec une puissance statistique assez faible au vu de l'effectif global. Il serait intéressant d'étendre le questionnaire à la majorité du territoire afin d'avoir une vision plus large et plus représentative des jeunes médecins généralistes sur les MSP.

Enfin, nous n'avons pas réussi à valider notre hypothèse principale, à savoir qu'un lien existait entre la connaissance et l'intérêt des jeunes médecins généralistes pour les MSP. Cependant, nous avons pu mettre en évidence deux résultats principaux intéressants : la non connaissance des MSP par les jeunes médecins généralistes, et l'attractivité modérée des MSP dans le Nord-Pas-de-Calais.

1.2 Forces de l'étude

Depuis plusieurs années, les MSP sont au cœur du débat des déserts médicaux, présentées comme étant une solution majeure à ces derniers. Elles continuent à ce jour de se développer sur le territoire national avec un engouement politique important. Ce travail de thèse a pour but d'établir un état des lieux des connaissances des jeunes médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur les MSP, et d'évaluer leur intérêt pour ces structures, étude n'ayant jamais été réalisée auparavant dans la région.

La mise en relation des variables attractivité et connaissances des MSP n'avait jamais été étudiée, ce qui rend ce travail pertinent. La corrélation entre connaissances et attractivité des MSP a été analysée pour chaque question par l'intermédiaire d'un test statistique rendant l'interprétation des résultats plus significative.

Ce travail a également permis d'interroger une population concernée par les problématiques actuelles. Le fait de choisir des jeunes médecins généralistes tout juste issus de l'internat permettait d'avoir une vision globale de leur niveau de connaissances et de leur intérêt pour les MSP à ce stade crucial de leur cursus professionnel. D'une part, le fait qu'ils aient terminé leur internat augmentait les possibilités d'avoir eu une expérience en MSP au cours de leurs études, et reflétait le niveau d'informations sur les MSP dont ils avaient bénéficié au cours de leur cursus. D'autre part, le fait de prendre la nouvelle population de médecins généralistes arrivant sur le territoire permettait de mieux cerner les attentes des jeunes professionnels et de pouvoir y répondre sur le long terme.

2. Résultats principaux

2.1 Absence de corrélation entre connaissances et attractivité des MSP

Notre hypothèse principale était de rechercher si un lien existait entre le niveau de connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP et leur intérêt pour ce mode d'exercice. Nos résultats ne nous permettent pas de conclure à cette corrélation. On ne retrouve aucune différence significative entre les deux populations concernant les questions sur leurs connaissances des MSP (Tableaux 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Nos jeunes médecins interrogés envisageant un exercice en MSP n'ont pas plus de connaissances sur le fonctionnement des MSP que ceux n'étant pas intéressés par ce type d'exercice. Il semblerait que les jeunes professionnels intéressés par cet exercice ne savent pas pour autant mieux définir ces structures, ni même expliquer les bases de leur mode de fonctionnement.

On ne peut donc pas conclure à une corrélation entre la connaissance des MSP, et l'intérêt porté à ce mode d'exercice. Cependant, même si l'on ne peut pas mettre en évidence un lien statistique entre ces deux paramètres, le constat est le suivant :

- Les jeunes médecins généralistes manquent de connaissances sur les MSP.
- L'attractivité des MSP chez les jeunes médecins généralistes est modérée.

2.2 Fragilité des connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP

2.2.1 Connaissances insuffisantes

Nos résultats montrent que les connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP sont faibles. Beaucoup ne savent pas ce qu'est une maison de santé. En effet, en analysant la deuxième partie du questionnaire, on observe que :

- 35 % (28/80) des interrogés ne savent pas que la rédaction d'un projet de santé est obligatoire pour pouvoir monter une MSP (Question 9) ;
- 50 % (40/80) ne savent pas que ce projet n'est pas rédigé par l'ARS, mais par l'ensemble des professionnels de santé de la MSP (Question 16) ;
- 36,3 % (29/80) ne savent pas que deux médecins généralistes et un para médical sont nécessaires à l'élaboration d'une MSP (Question 10) ;

- 18,8 % (15/80) ne savent pas que la collaboration ne doit pas forcément se faire entre des professionnels d'une seule et même structure (Question 11) ;
- 31,3 % (25/80) ne savent pas qu'il est nécessaire d'avoir un regroupement des professionnels de santé d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné (Question 12) ;
- 23,8 % (19/80) ne savent pas qu'une MSP ne doit pas être créée par les instances politiques (Question 14).

2.2.2 Connaissances erronées

De même, au-delà d'un manque de connaissances, on constate de fausses connaissances des MSP :

- 10 % (8/80) des interrogés pensent que la rédaction d'un projet de santé n'est pas obligatoire pour pouvoir monter une MSP (Question 9) ;
- 16,3 % (13/80) pensent que ce projet est rédigé par l'ARS (Question 16) ;
- 25 % (20/80) pensent que deux médecins généralistes et un para médical ne sont pas nécessaires à l'élaboration d'une MSP (Question 10) ;
- 63,7 % (51/80) pensent que la collaboration doit forcément se faire entre des professionnels d'une seule et même structure (Question 11) ;
- 10 % (8/80) pensent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un regroupement des professionnels de santé d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné (Question 12) ;
- 7,5 % (6/80) pensent qu'une MSP doit être créée par les instances politiques (Question 14).

Par ailleurs, en analysant les commentaires libres de la dernière partie de notre questionnaire, on remarque également que les jeunes professionnels de santé ont de fausses représentations de certains concepts essentiels au fonctionnement des MSP :

- La notion de financement de la maison de santé semble mal perçue : ils semblent repoussés par les contraintes financières et administratives citées comme étant un « frein » à l'installation en MSP.
- Ils confondent également les différentes structures : maisons médicales, pôles de santé, centres de santé et MSP. Dans une réponse libre (question 5), un

interne affirme avoir eu une expérience en MSP en citant « un cabinet composé de plusieurs médecins généralistes », ce qui s'apparente à une maison médicale.

- La notion de délégation de tâches n'est pas abordée bien qu'elle soit un atout majeur au sein des maisons de santé.

2.3 Attractivité modérée des MSP chez les jeunes médecins généralistes

Autre constat intéressant dans les résultats de notre travail, on observe que les jeunes médecins généralistes interrogés ne sont pas majoritairement favorables à l'exercice en MSP :

- 55 % (44/80), soit plus de la moitié des interrogés n'envisagent pas ou probablement pas un exercice en MSP pour l'avenir (Question 17) ;
- 67.5 % (54/80) d'entre eux étaient remplaçants en libéral. Parmi eux, seulement 50 % (27/54) envisagent un exercice professionnel en MSP (Tableau 10) ;
- Les remplaçants sont plus intéressés par l'exercice en MSP que les salariés (significatif pour $p < 0,005$) (Tableau 10) ;
- Plus les jeunes médecins généralistes exercent en milieu rural, plus ils sont intéressés par l'exercice en MSP (significatif pour $p < 0,010$) (Tableaux 11) ;
- Les professionnels de santé ayant eu une expérience au sein d'une MSP sont plus intéressés par un exercice en MSP (significatif pour $p < 0,005$) (Tableau 12) ;
- Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant l'intérêt de l'exercice en MSP (Tableau 9) ;
- Il n'y a pas de différence significative concernant l'intérêt de l'exercice en MSP entre ceux ayant participé au séminaire pluriprofessionnel et les autres (Tableau 13).

On observe donc un manque d'intérêt et de connaissances des MSP chez les jeunes médecins généralistes, entraînant une confusion et un écart important avec l'abattage médiatique et politique fait à l'égard des MSP.

2.4 Désir d'informations des jeunes médecins généralistes sur les MSP

Le dernier résultat principal de notre travail est la mise en évidence d'un désir d'informations des jeunes médecins généralistes sur les MSP :

- 77,5 % (62/80) estiment ne pas avoir eu de sources d'informations sur les MSP au cours de leur cursus (Question 7) ;
- 68,8 % (55/80) auraient souhaité être davantage informés sur ce mode d'exercice au cours de leur internat. (Question 8)

Ce résultat, bien que non recherché initialement dans notre travail, montre un désir intéressant de la part des jeunes médecins généralistes pouvant motiver les professionnels de santé à s'axer davantage sur l'information et la formation de ces structures.

3. Comparaison aux autres travaux

A. MOUTOUSSAMY (13) a étudié dans sa thèse l'intérêt et les attentes des jeunes médecins généralistes de la Vienne pour les MSP. Cette étude qualitative de 15 entretiens semi dirigés a mis en évidence que la majorité des jeunes médecins sont intéressés par cet exercice de groupe mais qu'ils n'en connaissent pas bien les caractéristiques notamment le projet de soins et la gestion de la structure. Ils se plaignent surtout d'un manque d'expérience. Ils sont pour la plupart favorables à une installation selon plusieurs conditions : ils s'installeront dans une MSP déjà en fonctionnement en milieu semi rural au sein d'une équipe qui s'entend bien et qui partage son temps de travail. Mais tous les médecins ayant une expérience des maisons de santé refusent de participer à un montage qui paraît trop complexe.

La thèse de M. PELAT (14) s'est également intéressée à l'attractivité des maisons de santé pour les internes de médecine générale en Ile de France (2012) par une étude quantitative. Les résultats montraient un intérêt pour ce mode d'exercice. Le constat sur le niveau d'information des MSP était identique au notre, à savoir insuffisant. Plus de la moitié des internes envisageaient être initiateur d'un projet de MSP. Mais la population cible étant des internes en cours de cursus, leurs représentations sur ce type de structure étaient encore abstraites.

H. TEXIER (15) a étudié également l'attractivité des MSP en milieu rural pour les internes et jeunes diplômés en Aquitaine. Il en ressort que les conditions de travail proposées en MSP sont suffisamment attractives pour envisager une installation en milieu rural, mais la population étudiée compte encore beaucoup de jeunes internes et remplaçants dont l'expérience n'est pas connue.

LEFEVBRE P. (16) a étudié dans son mémoire l'état des connaissances théoriques et pratiques des internes de Médecine Générale en DES3 sur les MSP en Champagne-Ardenne, et a montré que les connaissances sont faibles, voire fausses concernant certains aspects des maisons de santé.

Globalement, le constat est identique dans chaque étude : les jeunes professionnels de santé sont attirés par l'exercice en MSP malgré des aspects encore dissuasifs dus à un manque de connaissances de cet exercice.

4. Enseignements immédiats

Travailler en maison de santé est avant tout avoir des objectifs communs, dans l'intérêt de chacun. Une maison de santé est un lieu d'échanges et de mise en pratique d'un projet défini et accepté par l'ensemble des professionnels de la structure, travaillant en coordination et en complémentarité dans le but d'améliorer l'accès aux soins et la santé des patients. Cette définition au sens large d'une MSP devrait être connue par l'ensemble des professionnels de santé pouvant être amenés à y exercer.

4.1 Manque de connaissances sur plusieurs aspects

4.1.1 Le fonctionnement d'une MSP

Au sein d'une MSP, on retrouve plusieurs professionnels de santé, notamment des médecins généralistes ou spécialistes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des dentistes, des pharmaciens, des podologues, des sages-femmes, des diététiciens, des psychologues. Afin de pouvoir créer une MSP, deux médecins généralistes et un para médical sont nécessaires (18). Il est regrettable que plus de la moitié des jeunes médecins généralistes interrogés (49/80, soit 61,2 %) ne

connaissent pas le minimum requis en termes de moyens humains à l'émergence de ces structures (Question 10). Les conditions à l'installation sont pourtant essentielles à l'émergence d'un projet et devraient être connues par les principaux intéressés.

De même, une grosse majorité d'entre eux (66/80, soit 82,5 %) ne sait pas que la collaboration ne doit pas forcément se faire entre des professionnels de santé d'une seule et même structure (Question 11). L'ensemble de ces professionnels peut être amené à travailler dans une seule et même structure, ou dans des cabinets séparés. Une MSP peut donc être en mono site (exerçant dans une même structure), ou en multi sites (exerçant « hors les murs », dans des locaux différents).

Enfin, presque un médecin généraliste sur trois (25/80 soit 31,2 %) ne semble pas avoir compris que pour fonctionner une MSP ne devait pas être créée par les pouvoirs publics (Question 14). Encore beaucoup trop de maisons de santé sont aujourd'hui construites sur l'initiative des maires et des politiques, souvent dans des zones sous dotées en médecins afin d'espérer attirer de jeunes professionnels. Mais les professionnels de santé n'étant pas sollicités en amont ni porteurs du projet, ces établissements restent vides. Une maison de santé ne doit pas être vue simplement comme une structure immobilière avec plusieurs intervenants travaillant de manière isolée, mais avant tout comme un projet de santé avec un personnel médical impliqué et soucieux de donner un sens à leur projet.

On observe donc un contraste majeur et pourtant non souligné par les pouvoirs publics, entre l'engouement médiatique et politique concernant les MSP avec la création et l'implantation d'un nombre important de ces établissements de santé par le gouvernement, et l'intérêt et les connaissances des jeunes médecins généralistes à l'égard de ces structures.

4.1.2 Le projet de santé

La notion de projet de santé semble également peu connue par nos jeunes médecins généralistes. Elle est pourtant la base du travail des professionnels de santé à l'élaboration d'une MSP. Le projet de santé a pour but de définir l'axe professionnel à suivre en s'adaptant avec justesse aux besoins constatés d'une population donnée,

après analyse de la situation sanitaire du territoire, des besoins de la patientèle, de la gravité et de la complexité des pathologies majoritairement représentées. Une fois une ligne prioritaire définie, un projet de santé est rédigé, axé sur des mesures répondant aux besoins du territoire et de sa population. Ce projet est alors rédigé par l'équipe et présenté à l'Agence Régionale de Santé (20).

Il est étonnant de voir que quasiment la moitié des interrogés de notre étude (36/80, soit 45 %) ne sait pas que la rédaction d'un projet de santé est obligatoire pour pouvoir monter une MSP (Question 9). C'est pourtant l'axe principal à suivre pour tous les professionnels de santé travaillant au sein de la structure. Ceux ayant eu une expérience en MSP devraient tout de même savoir quel était leur projet de santé. De même qu'il est surprenant que si peu d'entre eux (27/80, soit 33,8 %) soient capables de savoir que ce projet n'est pas rédigé par l'ARS, mais par l'ensemble des futurs intervenants de la maison de santé (Question 16). C'est pourtant un point essentiel de savoir qu'ils sont les propres acteurs de leur projet professionnel et qu'ils ne doivent pas suivre une conduite définie par l'ARS.

4.1.3 La coordination des soins

La notion de coordination des soins, autre base fondamentale d'un exercice en maison ou pôle de santé, semble quant à elle être un peu plus maîtrisée par nos jeunes médecins généralistes. Cependant, il reste inquiétant que plus d'un interrogé sur trois (33/80 soit 41,3 %) n'ait pas répondu favorablement au concept du regroupement des professionnels de santé d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné (Question 12). Cela paraît pourtant être l'évidence même de l'exercice en MSP. S'ils ne connaissent pas ce concept qu'est la coordination des soins, on peut en déduire qu'ils n'ont aucune base sur l'exercice au sein de ces structures. Cette fonction de coordination peut être réalisée par n'importe quel membre appartenant à la structure et n'est pas destinée seulement aux médecins généralistes.

Par ailleurs, les notions de réalisation de réunions pluriprofessionnelles régulières (Question 13) et l'existence d'un système d'informations partagées concernant le dossier médical (Question 15) du patient semblent être davantage comprises avec trois jeunes médecins généralistes sur quatre saisissant la nécessité de ces outils au

sein d'une maison de santé. Le partage d'informations et l'échange entre professionnels de santé est essentiel pour assurer le travail en collaboration : plus les informations sont échangées, meilleure est la qualité des soins et la prise en charge adaptée.

4.1.4 Définitions erronées des maisons, pôles et centres de santé

Les interrogés semblent avoir une fausse représentation de ces structures. Ils confondent généralement les maisons médicales, les pôles de santé, les centres de santé et les MSP. A la question 5 par exemple, un interne affirme avoir eu une expérience en MSP en citant « un cabinet composé de plusieurs médecins généralistes », ce qui s'apparente à une maison médicale.

- Une maison médicale est un regroupement au sein d'un même cabinet de plusieurs médecins généralistes.
- Une maison de santé pluridisciplinaire est un regroupement de plusieurs médecins spécialistes au sein d'un même cabinet : médecins généralistes, gynécologues, cardiologues... (18)
- Une maison de santé pluriprofessionnelle est définie comme une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (...) un exercice des soins de premier recours et un projet de santé. Elle doit être composée d'au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...), avec un projet de santé défini. De même, une équipe de soins de premier recours qui n'a pas fait le choix de construire une « maison », peut bénéficier des mêmes avantages qu'une équipe en MSP si elle a formalisé un projet de santé. Une MSP peut donc être hors les murs, avec des professionnels exerçant dans des locaux différents (18).
- Les équipes de soins primaires (ESP) sont constituées de professionnels de santé de premier recours, dont au moins un médecin généraliste. Leur but est de développer un mode d'organisation coordonné autour de la patientèle, dans l'objectif d'améliorer les parcours de santé, et ce via un projet défini et choisi par l'équipe (17).
- Un pôle de santé est constitué entre des professionnels de santé comprenant

des regroupements d'organisation des soins territoriaux de plusieurs formes (maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire, groupements de coopération sociale et médicosociale) (18) (19). L'ancienne définition qui convenait d'appeler pôle de santé des équipes de soins de premier recours hors les murs est donc passée d'usage.

- Les centres de santé ont une mission sociale d'accès aux soins pour tous. Surtout implantés dans les zones urbaines défavorisées, ils pratiquent quasi systématiquement le tiers payant et des tarifs sans dépassement d'honoraires. Les professionnels y exercent une activité salariée (19).

4.1.5 Les nouveaux modes de rémunérations

Dans chaque travail de thèse concernant l'intérêt des jeunes professionnels de santé envers les MSP, on retrouve toujours la notion de perte d'argent avec du temps de travail dédié non rémunéré. On retrouve cet aspect dans nos commentaires libres : « Les principaux freins pour moi vis à vis de l'installation en MSP sont les frais, les dépenses des MSP, et la question du devenir d'une MSP si plusieurs médecins partent en retraite, et donc les frais de la MSP qui se répercutent sur les professionnels qui appartiennent à la MSP ».

Au-delà de l'aide financière apportée au démarrage du projet par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (Fond d'Intervention Régional pouvant aller jusqu'à 50.000 euros), il existe aujourd'hui les nouveaux modes de rémunération (NMR) (24), autre notion non abordée dans notre questionnaire et pourtant méconnue.

Après 4 années d'Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR), les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) sont apparus en février 2015. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) a été signé le 20 avril 2017.

Il s'agit d'un forfait complémentaire du paiement à l'acte octroyé à la structure si les phases socles sont respectées. Il existe des phases « socles » obligatoires, et des phases « optionnelles » supplémentaires.

Les phases socles sont : la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle dispensant des soins primaires, l'élaboration d'un projet de santé validé par l'ARS, la permanence d'accès aux soins, la réalisation de protocoles pluriprofessionnels avec réunions de concertation, l'utilisation d'un système d'informations médicales partagées, et l'élaboration d'une SISA. Le montant versé s'effectue en système de points (1 point = 7 euros), et dépendra non seulement de la taille de la patientèle, mais aussi du nombre et du type d'engagements que la MSP va respecter. Ces NMR sont versés collectivement à la MSP, puis répartis librement entre les différents membres de la structure.

Mais les modes de financements et ces NMR sont encore loin d'être connus par tous. Dans le mémoire de P. LEFEBVRE (16) évaluant la connaissance des internes de médecine générale sur les MSP, 22/31 internes déclaraient ne pas connaître les NMR.

4.1.6 La délégation de tâches

Un des buts du travail collaboratif en MSP est entre autre la possibilité de délégation de tâches aux autres professionnels de la structure.

Ce transfert de compétences est à ce jour permis par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (21), permettant la mise en place de dérogations d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération inter professionnel qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Dans sa thèse, E. HONOLD (22) a recueilli l'expérience des professionnels de la MSP de Coulombs lors d'entretiens individuels. Les trois généralistes interrogés expriment une nette amélioration de leurs conditions de travail liée à la délégation des tâches. La coopération inter professionnelle avec les infirmières, pouvant être formées pour accomplir une partie des tâches du généraliste (certaines prescriptions, éducation thérapeutique, certains gestes), participe à l'amélioration de leur qualité de travail.

Par ailleurs les charges administratives peuvent également être allégées grâce aux secrétaires, à l'expert-comptable ou au coordinateur.

Depuis 2015, il existe une formation au poste de coordinateur en MSP, proposée par l'école des hautes études en santé publique (EHESP) en partenariat avec l'HAS. Le coordinateur (23) assure la gestion du temps administratif, prépare le temps dédié aux RCP avec les thématiques à aborder, assure le suivi des actions de santé publique, et se charge des relations avec les partenaires extérieurs. Pour une année de coordination, à raison d'un jour par semaine, il faut compter un budget d'environ 20 000€. Il est possible de financer le poste via les nouveaux modes de rémunération.

4.2 Attractivité modérée des MSP

4.2.1 Profil des jeunes généralistes intéressés par les MSP

Dans nos résultats, on constate que 36/80, soit 45 % des médecins généralistes envisagent un exercice en MSP, dont seulement 5 % d'entre eux sont certains de s'y installer (Question 17). Après mise en corrélation du profil et de l'intérêt envers les MSP de nos interrogés, nos analyses statistiques nous permettent de mettre en évidence un profil étant attiré par l'exercice en MSP : le jeune médecin généraliste remplaçant, en milieu rural, ayant déjà eu une ou des expériences en MSP.

En effet, on constate une différence significative entre les jeunes médecins généralistes exerçant en milieu rural et ceux exerçant en milieu urbain : plus ils exercent en milieu rural, plus ils sont intéressés par l'exercice en MSP (Tableaux 11). Les MSP étant placées stratégiquement dans des zones sous dotées, elles sont plus nombreuses en milieu rural. Les jeunes médecins généralistes exerçant en milieu rural ont sans doute plus d'expériences dans ce type d'exercice.

Dans sa thèse, H. LAISSY BOIVIN (25) constate que le lieu d'exercice est l'élément le plus important pour le choix d'intégration d'une MSP. L'exercice en milieu rural perçu comme un exercice isolé peut cependant être délaissé, au profit d'un milieu urbain permettant un accès aux soins de premier et second recours plus important, et participer au manque d'engouement pour les MSP.

On remarque également une différence significative entre les jeunes médecins généralistes ayant eu une expérience en MSP au cours de leur cursus, et ceux qui n'en ont pas eue. Ces derniers sont seulement un sur quatre à s'intéresser à un

exercice futur en MSP, contre plus de la moitié pour ceux ayant déjà vécu une expérience en maison de santé. (Tableau 12) Il paraît essentiel de promouvoir l'expérience de ce mode d'exercice si l'on veut que les jeunes médecins généralistes l'envisagent à la sortie de l'internat, d'autant plus qu'ils sont 30 % à affirmer n'avoir eu aucune expérience en MSP lors de leurs études.

Par ailleurs, l'expérience en MSP n'est pas corrélée à leurs connaissances sur ces structures : ils sont 70 % (56/80) à affirmer avoir eu une expérience en MSP, pourtant leurs connaissances n'en sont pas meilleures. La formation pratique qui semble être un attrait aux MSP, ne peut pas subvenir à la formation théorique. Il est évident qu'une formation initiale à la faculté est à mettre en place. La formation sur le terrain permet d'apporter une vision globale sur l'exercice en maison de santé et sur la coordination pluriprofessionnelle, mais n'aborde bien souvent pas les aspects administratifs et juridiques encore très flous chez les jeunes médecins.

4.2.2 Beaucoup de jeunes généralistes non intéressés par les MSP

Un désintérêt de la médecine générale :

Dans notre travail, une majorité à 55 % (44/80) ne se voit pas exercer en maison de santé dans l'avenir. Plus largement, on perçoit un manque d'attrait envers l'exercice de la médecine générale. Le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation Statistique (DREES) (28) a établi un indicateur d'attractivité pour chacune des spécialités. Plus cet indicateur est proche de 0, plus la spécialité est attractive, et plus cet indicateur est proche de 1, moins la spécialité est attractive. Le rapport de mars 2017 classe la médecine générale en avant dernière position, avec un indicateur d'attractivité plutôt faible à 0,83, juste avant la médecine du travail à 0,84.

Une fuite vers l'exercice salarial :

De plus en plus de jeunes médecins diplômés du DES de médecine générale s'orientent initialement vers une carrière hospitalo-universitaire, participant à la désertification médicale. Les publications ordinales ont démontré que les jeunes générations souhaitent exercer en tant que remplaçant ou en tant que salarié durant les trois ou quatre premières années qui suivent leur première inscription au tableau de l'ordre (1). Dans notre étude, 23.7 % (19/80) des interrogés sont des salariés hospitalo-universitaires, et parmi eux, seulement 4/19 envisagent un exercice en MSP.

On peut supposer que leur carrière professionnelle est déjà tracée et que plus largement, ils ne sont pas intéressés par l'exercice libéral malgré le choix initial de la médecine générale. Il y a donc une perte initiale de l'effectif des jeunes médecins généralistes à la sortie de l'internat, ce qui participe au manque d'attrait envers les MSP.

Un manque d'attrait chez les jeunes remplaçants :

Ce qui en revanche est plus consternant, c'est que seulement 50 % (27/54) de nos jeunes médecins généralistes remplaçants en libéral envisagent un exercice professionnel en MSP. Ces derniers ne sont donc encore ni installés, ni engagés, mais certains l'excluent totalement en n'envisageant même pas le fait de pouvoir y travailler. Ils sont pourtant 77,7 % (42/54) à affirmer avoir déjà eu une expérience professionnelle en MSP (Question 5). Ils connaissent donc ce lieu d'exercice, mais ne s'y voient pas y travailler pour autant.

Dans sa thèse, H. LAISSY BOIVIN (25) avait fait le même constat puisque la majeure partie des internes de médecine générale interrogés souhaitaient s'installer en maison médicale (44,44 %, contre 36,7 % en MSP). Ils dénonçaient entre autre un coût de financement plus élevé, une perte de liberté avec un manque de souplesse d'organisation du travail (horaires, bureaux partagés...), une peur de mésentente avec les autres professionnels de santé, et l'organisation de réunions chronophages.

Un investissement personnel important :

L'investissement personnel au lancement d'une MSP est également un problème à leur attractivité. En commentaires libres, on retrouve notamment la notion de surcharge administrative accentuée par l'exercice en MSP : « Selon moi les MSP ne sont pas l'avenir de la médecine libérale contrairement à ce qui est véhiculé par les différentes instances politiques. En effet les professions libérales sont déjà soumises à des multiples contraintes et tâches administratives auxquelles s'ajouterait une nième lourdeur via le fonctionnement des MSP ».

Dans la thèse d'A. MOUTOUSSAMY (13) aucun des jeunes médecins interrogés n'envisage de participer au montage d'une maison de santé. La plupart ont assisté à une création de MSP laborieuse avec un « hyper investissement » de certains médecins : ils ne se sentent pas capables et ne veulent pas s'investir davantage dans des démarches administratives, et préfèrent intégrer une structure déjà existante.

L'élaboration d'un tel projet se fait sur du long terme (plusieurs années) et passe par différentes étapes, de l'analyse territoriale à l'élaboration du projet de santé, avec les aspects juridiques, immobiliers et financiers. Pour pouvoir fonctionner, les porteurs du projet doivent donc être les initiateurs et être motivés. La maison de santé passe avant tout par un projet commun, porté par les motivations et les apports de chacun. Elle est représentative d'un état d'esprit du « travailler ensemble dans un but commun pour les patients ». Il faut en être conscient et prêt à s'investir dans un tel projet.

4.2.3 Etude des freins et des motivations à l'exercice en MSP

H. LAISSY BOIVIN, C. CAIREY-REMONNAY et S. BRUCHON, et P. MIGNE (25) (26) (27) ont mis en évidence dans leurs thèses les motivations et les freins des professionnels de santé à exercer en maison de santé d'après des recherches bibliographiques et témoignages d'expériences vécues.

Les motivations principales des professionnels de santé évoquées étaient :

- Une amélioration des conditions de travail : convivialité qui s'installe entre les membres de la maison de santé avec une rupture d'isolement ;
- Une amélioration de la qualité de vie avec des horaires aménagés ;
- L'assurance d'une continuité des soins et une coordination des pratiques ;
- Une meilleure qualité de prise en charge grâce aux réunions de concertation pluriprofessionnelles et au partage des dossiers et des informations ;
- L'élargissement de la structure à des missions de santé publique ;
- La possibilité de délégation de tâches ;
- La transmission du savoir avec un rôle d'universitaire en étant des structures de stage privilégiées pour les étudiants ;
- Une solution de lutte contre les déserts médicaux avec un cadre attractif pour les jeunes professionnels de santé ;
- Le caractère financier avec une mutualisation des coûts (partage du secrétariat, ménages, charges locatives) ;
- L'absence de hiérarchie entre les différents professionnels de santé
- L'accompagnement et les aides à l'installation.

Les freins principaux à l'adhésion évoqués étaient :

- La gestion de la maison de santé liée au manque de motivation de certains des professionnels ;
- Le travail en groupe dû à des opinions divergentes ;
- L'absence d'un leader défini pouvant freiner l'évolution du projet ;
- Une rupture du secret médical avec le dossier médical partagé ;
- Le caractère chronophage des réunions pluriprofessionnelles ;
- La majoration des coûts de l'exercice en maison de santé liée aux charges salariales ainsi qu'aux loyers plus ou moins lourds ;
- Les contraintes administratives avec des projets longs à se mettre en place (en moyenne deux ans entre l'élaboration du projet la mise en service des MSP) ;
- La perte du libre choix du professionnel de santé pour le patient qui serait influencé et choisirait un professionnel de santé appartenant à la MSP ;
- L'assèchement des territoires alentours avec le risque de concentrer l'offre locale sur un centre unique.

Les MSP ne sont donc pas aussi attractives que ce que l'on espérait pour les jeunes médecins généralistes. Bien qu'ayant des arguments prometteurs avec une qualité de travail améliorée et une coordination des soins avec un travail en équipe, certains n'y voient pas d'avantage majeur à y exercer.

D'une manière évidente, les MSP ne peuvent pas être attractives si les médecins généralistes en ont de fausses représentations et n'en entendent pas parler avant la fin de leur cursus. Dans notre travail, le constat est alarmant car on constate que plus des trois quarts des jeunes médecins généralistes estiment ne pas avoir eu de sources d'informations sur les maisons de santé pluriprofessionnelles (Question 7). Pourtant, le désir d'informations est présent. Même si à ce jour ils n'envisagent pas tous un exercice en MSP, ils sont 68,8 % à avoir répondu qu'ils auraient souhaité être davantage informés sur ce mode d'exercice au cours de leur internat (Question 8). Par ailleurs, moins de la moitié pense que cela aurait pu influencer leur choix de carrière (Question 18).

5. Propositions et perspectives

5.1 Agir sur l'information

5.1.1 Manque d'informations

Après les résultats de notre travail, il semble donc évident que les jeunes médecins généralistes manquent de connaissances sur les MSP et leur mode de fonctionnement. En effet, même ceux étant attirés par l'exercice en MSP n'ont pas plus de connaissances sur le sujet que ceux n'étant pas attirés par ce type d'exercice. Ce qui d'autre part est intéressant, car cela souligne un intérêt pour les maisons de santé malgré le fait qu'ils ne savent pas réellement ce que c'est.

5.1.2 Désir d'informations

Un des autres constats évidents de notre travail est le désir d'informations des jeunes médecins généralistes, et au sens plus large des professionnels de santé, sur les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Plus de deux tiers d'entre eux (Question 8) réclament une sensibilisation plus importante au cours de leurs études.

Dans les commentaires libres on relève un souhait d'informations « Je voulais être urgentiste donc un projet très hospitalier. En revanche j'ai remplacé et j'aurais aimé en connaître un peu plus sur les MSP. », ou encore « Je pense que nous manquons d'informations sur l'installation et le fonctionnement de la médecine libérale, la gestion des coûts, l'organisation et les paiements. On ne nous apprend pas à gérer une entreprise hors un cabinet médical est une entreprise sous forme de MSP ou cabinet isolé. » Ils ont le sentiment d'être délaissés, et mal encadrés par les pouvoirs publics « L'ARS devrait se bouger pour aider les jeunes MG à s'installer, notamment en MSP qui est pour moi un élément attractif à l'installation des MG. (...) Bref, si un MG veut s'installer, il doit le faire de son côté, comme un artisan, et ne rien attendre de l'ARS ». Les jeunes généralistes souhaitent être aidés dans leur installation avec en préambule une aide à la gestion d'un cabinet que ce soit seul ou en équipe.

5.1.3 Sensibilisation à l'information

Un travail de sensibilisation sur ce désir d'informations est à fournir. Au vu des précédentes lacunes observées dans notre étude et dans les autres travaux comparés, une information s'avère indispensable à mettre en place durant le cursus universitaire des étudiants de la faculté de médecine de Lille.

La thèse de J.O. DAUBERTON (29) a permis de réunir un consensus d'experts ayant déterminé des propositions d'enseignements des MSP auprès des internes de médecine générale de Champagne-Ardenne dans les champs de la formation théorique et pratique. L'ensemble des experts considérait qu'il était important de développer un enseignement dirigé (ED) d'informations spécifiques sur les MSP pour les internes de médecine générale. Concernant la partie théorique, la majorité des experts pensait que le lieu d'exercice le plus favorable à l'enseignement théorique était à la faculté, lors d'ED en petits groupes interactifs.

Après rassemblement des thèmes principaux devant être abordés selon les experts interrogés, une proposition d'un ED à la faculté de médecine de Lille dans le but de promouvoir et de faire connaître l'exercice en MSP, pourrait être la suivante :

Une première partie concernant la **fonction** d'une MSP :

- Explication de la législation, et des définitions et différences entre MSP / pôle de santé / centre de santé / maison médicale ;
- Explication du terme de pluriprofessionnalité : travailler avec d'autres professionnels de santé dans un but commun ;
- Explication de la notion de projet de santé adapté à un territoire : Pourquoi faire une MSP à cet endroit, pour répondre à quelle problématique ?

Une deuxième partie concernant le **mode de fonctionnement** d'une MSP :

- Nécessité d'une coordination des soins passant par des réunions pluriprofessionnelles régulières, un dossier médical partagé pour une prise en charge globale du patient avec évaluation des avantages apportés au patient ;
- Nécessité d'une coopération inter professionnelle avec la possibilité de délégation des tâches par l'intermédiaire d'actes dérogatoires ;

- Nécessité d'une permanence des soins pour assurer la continuité des soins.
- Développer des actions de santé publique afin d'agir sur la prévention et l'éducation.

Une troisième partie présentant la MSP comme **structure** :

- Sur le plan juridique (présentation des sociétés SISA, SCI, SCM, etc.) ;
- Sur le plan immobilier (avantages/inconvénients d'un portage public VS portage privé) ;
- Sur le plan administratif (possibilité d'un coordinateur, d'un secrétariat pour la délégation des tâches, meilleure organisation du temps de travail...) ;
- Sur le plan financier (mutualisation des coûts, subventions publiques, NMR).

Ce manque d'informations des jeunes généralistes sur les MSP et ses conditions d'installation est une part du sujet non prise en compte par les politiques de santé et pourtant essentielle à leur objectif d'apporter une solution aux déserts médicaux.

5.2 Agir sur la formation

5.2.1 **Formation théorique sur les MSP**

Concernant la formation à l'exercice pluriprofessionnel, à Lille un séminaire inter professionnel est organisé chaque année depuis 3 ans dans le but de promouvoir et de faire connaître ce type de structure. Sur la promotion interrogée, seulement 7,5 % y ont participé (Question 6). Ce séminaire s'étend sur des sessions de trois fois deux jours, en collaboration avec les étudiants kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers, et est pourtant très enrichissant et instructif concernant le travail en équipe pluriprofessionnelle et la coordination des soins. La dernière session étant même réservée uniquement à l'élaboration d'un projet commun et au montage d'une maison de santé entre jeunes professionnels de santé. Elle aide à réfléchir sur la durée de l'élaboration d'un projet, sur les modes de financements, sur les différents moyens nécessaires à l'élaboration d'un projet. Des spécialistes et des professionnels médicaux et para médicaux sont présents pour apporter leurs expériences, leur avis sur la faisabilité des projets, et leurs réponses aux questions posées.

Mais le nombre de places au séminaire est très limité, et bien qu'un mail informatif sur les inscriptions ait été envoyé, après questionnement de mon entourage, j'ai pu constater que très peu de personnes avaient entendu parler de ce séminaire, alors que la majorité d'entre eux semblait pourtant intéressée par le sujet. Ce séminaire semble donc être attractif, voire même essentiel pour tout interne ou étudiant para médical se dirigeant vers une carrière libérale. Au vu de la proportion de jeunes médecins généralistes qui aurait souhaité en savoir davantage sur les maisons de santé (68,8 %), il faudrait alors élargir ce séminaire en le rendant accessible à au moins 70 % de la promotion d'internes de médecine générale de Lille.

5.2.2 Formation pratique avec terrains de stages privilégiés

Dans la thèse de J.O DAUBERTON (29), 73 % des experts estimaient que le stage ambulatoire de niveau 1 (N1) était le meilleur moment pour se confronter à l'exercice en MSP. En effet, pour faire connaître ce mode d'exercice, il est nécessaire de faire des MSP le terrain de stage privilégié des internes de médecine générale, au plus tôt de leur cursus. L'idéal serait que lors du stage ambulatoire de niveau 1, l'unité pédagogique locale (UPL) choisie par chaque interne de médecine générale soit composée d'au moins un praticien exerçant dans une structure MSP.

A la faculté de médecine de Lille, l'attribution des postes du stage ambulatoire de niveau 1 s'effectuant durant le 1^{er} ou le 2^{ème} semestre du D.E.S, se fait en adéquation entre l'offre et la demande. Il est prévu avant la répartition un nombre de postes ambulatoires en parfaite correspondance avec le nombre d'internes à répartir. Leur nombre important impose un dédoublement de la promotion par tirage au sort en deux groupes. Ils sont ensuite répartis selon leur classement ECN.

La thèse de T. DUBOIS (30) étudiant les critères déterminants du choix des internes de médecine générale de Lille pour leur stage ambulatoire de niveau 1 (N1) nous permet de comptabiliser le nombre de maîtres de stage à la faculté de médecine de Lille exerçant en MSP. Sur 88 UPL proposées, 23 UPL proposent au moins un terrain de stage en MSP. Dans les 65 UPL restantes, il n'y a donc pas de lieu de stage proposant un exercice en MSP. Plus de 80 % des internes ne peuvent donc pas avoir de formation pratique en MSP au cours de leur stage ambulatoire de niveau 1.

Parmi les 23 UPL proposant des stages en MSP, 4 UPL sont composées de deux lieux de stage dans deux MSP différentes. Au total, 27 maisons de santé du Nord-Pas-de-Calais participent donc à la formation des jeunes internes de médecine générale.

En mai 2018, 47 maisons de santé sont recensées dans le Nord-Pas-de-Calais (31). Pour les 20 maisons de santé du Nord-Pas-de-Calais n'accueillant pas d'étudiants dans leur structure, il serait intéressant de connaître leurs freins éventuels et de développer si besoin un accompagnement financier afin de les inciter à devenir maîtres de stage dans le but de faire des MSP des terrains de stage privilégiés. Concernant les étudiants, des dispositifs d'accompagnements et d'aides (indemnisation des frais de transports, logement disponible sur place, etc.) devront continuer à se développer.

5.2.3 Evolution du DES de médecine générale

Pour la nouvelle promotion d'internes du DES de médecine générale ayant débuté en novembre 2017, la réforme du troisième cycle des études médicales a été mise en place. Les 3 ans de l'internat se découpent dorénavant en plusieurs phases évolutives (32) : la première année, ou phase socle, correspondant à 2 semestres dont un stage aux Urgences adultes, et un stage chez le praticien niveau 1. Les deuxième et troisième années, phases d'approfondissement et de consolidation avec 4 semestres, dont un en médecine adulte, un en stage Femme ambulatoire ou hospitalier, un en stage Enfant ambulatoire ou hospitalier, et un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS). Ce dernier qui n'était pas obligatoire pour les anciennes promotions devient inévitable.

Autre changement important, les anciens diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) sont transformés en DES avec notamment la médecine d'urgence ou la gériatrie, désormais accessibles par ordre de classement à l'ECN. Les internes de médecine générale n'auront donc plus directement la possibilité d'accéder à un poste hospitalier par l'intermédiaire de ces spécialités. Des Formations Spécialisées Transversales (FST) sont cependant possibles, remplaçant entre autres les DESC de l'ancienne maquette et ouvrant droit à un exercice complémentaire.

Cette nouvelle formation s'avère être plus adaptée à l'exercice du monde ambulatoire avec un nouveau terrain de stage imposé, se rapprochant de leur exercice futur. Il

serait intéressant de réévaluer les connaissances des jeunes médecins généralistes à distance concernant les maisons de santé, le SASPAS devenant obligatoire et propice à l'émergence d'un intérêt pour l'exercice libéral sous toutes ses formes.

5.3 Synthèse des propositions

Le manque de connaissances et d'intérêt des jeunes médecins généralistes envers les MSP doivent aboutir aux perspectives suivantes :

- **Sensibilisation** par l'information avec la création d'un enseignement dirigé dédié au mode de fonctionnement et à la présentation des maisons de santé ;
- **Formation théorique** avec l'amélioration de l'accessibilité au séminaire inter professionnel organisé avec les autres jeunes professionnels para médicaux ;
- **Formation pratique** avec l'augmentation du nombre de lieu de stage ambulatoire de niveau 1 en MSP.

5.4 Les MSP, un avenir incertain si leur approche ne change pas

On observe donc un décalage évident entre ce que veulent les jeunes médecins généralistes et l'abattage médiatique et politique fait à l'égard des MSP. Les professionnels de santé sont, dans notre étude, seulement 5 % à être certains de vouloir exercer en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (Question 17). Cela semble bien peu par rapport à la densité croissante des MSP construites sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, au vu de la proportion de notre population désirant en savoir davantage sur ces structures, il semblerait judicieux d'apporter aux jeunes médecins les informations nécessaires et la formation appropriée sur l'exercice en MSP afin de le rendre attractif. Parallèlement au constat déplorable sur la connaissance des MSP de nos jeunes professionnels, nos résultats concernant leur désir d'informations sur ces établissements sont encourageants et devraient être pris en compte par les pouvoirs publics afin d'espérer pouvoir atteindre leur objectif de croissance de la démographie médicale en apportant une solution aux déserts médicaux par l'intermédiaire de ces maisons de santé.

CONCLUSION

Depuis plusieurs années, on assiste à une modulation du système de soins français avec une nouvelle offre de soins cherchant à s'adapter aux besoins du territoire et aux problèmes démographiques actuels. Le concept des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles étant présenté comme une des solutions majeures à la désertification médicale, le but de cette thèse était d'une part d'effectuer un état des lieux de leurs connaissances sur ces structures promises en devenir, et d'autre part d'évaluer l'intérêt des jeunes médecins généralistes pour ces maisons de santé afin de voir si réellement elles se révélaient être attrayantes pour la nouvelle génération.

Ce travail a cherché à établir un lien en émettant l'hypothèse qu'au plus les jeunes médecins généralistes avaient de connaissances sur les MSP, au plus ils étaient intéressés par ce mode d'exercice. Etant donné la faible connaissance des jeunes professionnels de santé sur ces structures, il a été impossible d'établir une corrélation entre ces deux paramètres.

En effet, qu'ils soient attirés ou non par l'exercice en MSP, on constate des lacunes évidentes sur les bases fondamentales d'un tel projet, concernant notamment la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle, la réalisation d'un projet de santé ou encore la définition d'une MSP. Par ailleurs, la notion de coordination des soins semble être mieux maîtrisée avec trois médecins généralistes sur quatre comprenant la nécessité du dossier médical partagé et des réunions pluriprofessionnelles régulières pour faire fonctionner ce type de structure.

Concernant l'attractivité des MSP chez les jeunes médecins généralistes, ce travail a été pertinent en démontrant qu'ils ne sont pas majoritairement intéressés par un futur exercice en MSP (45 % sont intéressés dont seulement 5 % de façon certaine). Seulement la moitié des jeunes remplaçants actuels de notre étude envisagent ce type d'exercice. Les maisons de santé ne devraient donc pas être présentées comme l'avenir de la médecine libérale comme le pensent les pouvoirs publics.

Ce manque de connaissances et cette attractivité modérée des MSP ont pu être justifiés au vu de nos résultats et après analyses d'autres travaux externes relatifs à l'intérêt des professionnels de santé pour ces structures. Les freins majeurs à l'attractivité des MSP semblent être le défaut de connaissances, notamment

concernant la définition de ces structures et leur mode de fonctionnement, la possibilité de délégation des tâches, le mode de financement et les nouveaux modes de rémunérations.

La perspective à retenir de notre étude est la demande et le désir d'informations sur les MSP des jeunes médecins généralistes. Ils sont 77,5 % à estimer ne pas avoir eu de sources d'informations sur les MSP au cours de leurs études, et 68,8 % auraient souhaité être davantage informés sur l'exercice en MSP au cours de leur internat. Si l'on veut espérer que ces structures apportent un changement dans le paysage médical, l'axe principal à suivre est donc celui de l'information et de la formation initiale dès l'internat de médecine générale, afin de faire connaître l'ensemble de ces nouveaux modes d'exercice (MSP, pôle de santé, centre de santé) et de les rendre attractifs pour les futurs acteurs de la médecine de ville.

Une formation à la fois théorique et pratique est à envisager, avec d'une part une action sur l'information par l'intermédiaire de la création d'un enseignement dirigé dédié à la présentation des MSP et à leur mode de fonctionnement. D'autre part, une action sur la formation, à la fois théorique par l'intermédiaire du séminaire inter professionnel, et pratique par l'accompagnement des jeunes internes dès le stage N1 à l'exercice en MSP au cours de leur stage universitaire.

La maison de santé pluriprofessionnelle est avant tout un état d'esprit devant être partagé à la fois par les professionnels et les politiques de santé, s'ouvrant à un exercice universitaire pour faire connaître ce type d'exercice aux plus jeunes. Ces maisons doivent être élaborées sur l'initiative d'un ensemble de professionnels de santé, adaptées à leurs demandes et à leurs aspirations. Cette dynamique pluriprofessionnelle passe par un projet de santé dirigé par les professionnels médicaux et para médicaux, et soutenu par les pouvoirs publics. Sans cette vision partagée, les MSP ne peuvent pas devenir une solution aux déserts médicaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bouet P. Atlas de démographie médicale en France : Situation médicale au 1er janvier 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. 2017 ; [cité 3 sept 2018]. 323p. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
2. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». [En ligne]. Septembre 2015 ; [cité 18 sept 2018]. 47p. Disponible : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>
3. République Française. La lutte contre les déserts médicaux [En ligne]. Gouvernement.fr. Contenu publié sous la présidence de François Hollande du 15 mai 2012 au 15 Mai 2017. Mis à jour le 15 mai 2017. [cité 18 sept 2018]. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux>
4. République Française. La loi de santé [En ligne]. Gouvernement.fr. Contenu publié sous la présidence de François Hollande du 15 mai 2012 au 15 Mai 2017. Mis à jour le 15 mai 2017. [cité 3 sept 2018]. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>
5. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France. Revue d'Économie Régionale & Urbaine. 12 nov 2015; [cité 22 sept 2018]. Octobre(4):657-94.
6. Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire. Plan d'action en faveur des territoires ruraux : améliorer l'offre de soins dans les territoires ruraux. [En ligne]. 11 mai 2010. 3p. Disponible : <https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/BlobServer?blobkey=id&blobnocache=true&blobwhere=1250169872556&blobheader=application%2Fpdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs>
7. Cardoux JN, Daudigny Y. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires. [En ligne]. Sénat ; 26 juillet 2017 ; [cité 22 sept 2018]. 129p. Rapport n°686 (2016-2017). Disponible :

<http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>

8. Les maisons de santé en Nord-Pas-de-Calais, combien sommes-nous ? [En ligne]. Fédération des Maisons et Pôles de Santé des Hauts-de-France. 31 Janvier 2017 ; [cité 3 sept 2018]. Disponible : <https://www.femas-hdf.fr/les-maisons-de-sante-en-nord-pas-de-calais-combien-sommes-nous/#>

9. République Française. Ministère de la cohésion des territoires. Garantir l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire [En ligne]. 17 octobre 2017 ; [cité 22 sept 2018]. Disponible : <http://www.cget.gouv.fr/garantir-lacces-soins-de-qualite-territoire>

10. JM Juilhard. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [En ligne]. Sénat ; Octobre 2007 ; [cité 3 sept 2018]. 86p. Rapport d'information n° 14 (2007-2008). Disponible : <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>

11. République Française. Article L.6323-3 du code de santé publique modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 118 [En ligne]. [cité 18 sept 2018]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

12. République Française. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. [cité 18 sept 2018]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/8/10/ETSX1107215L/jo/texte>

13. Moutoussamy A. Intérêt des jeunes médecins généralistes de la Vienne pour les maisons de santé pluriprofessionnelles. [En ligne]. Thèse : médecine. Université de Poitiers. 2014 ; [cité 16 sept 2018]. Disponible : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/b1b7cff2-75af-4630-9b8e-d15a5018ffbe>

14. Pelat M. Attractivité des maisons de santé pluriprofessionnelles pour les internes de médecine générale de la région Ile-de-France. [En ligne]. Thèse : médecine. Université de Paris Est Créteil. 2012 ; [cité 16 sept 2018]. Disponible : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th635679.pdf>

15. Texier H. Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. [En ligne]. Thèse : médecine. Université de Bordeaux 2. 2013 ; [cité 16 sept 2018]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00954606/document>
16. Lefebvre P. Etat des lieux des connaissances des Internes de Médecine Générale de Champagne Ardennes en DES3 sur les Maisons de Santé Pluridisciplinaire. Mémoire : médecine. Université de Reims. 2014 ; [cité 3 sept 2018].
17. ESP, MSP et CPTS : définition & législation [En ligne]. Fédération des Maisons et Pôles de Santé des Hauts-de-France. [cité 3 sept 2018]. Disponible : <https://www.femas-hdf.fr/definition/>
18. Définitions/Législations [En ligne]. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. [cité 3 sept 2018]. Disponible : <http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-exercez-en-msp/10-definitions>
19. Maisons et Pôles de Santé ? [En ligne]. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. [cité 3 sept 2018]. Disponible : <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/maisons-et-poles-de-sante>
20. Le projet de santé, pierre angulaire de la maison de santé. [En ligne]. Fédération des Maisons et Pôles de Santé des Hauts-de-France. 31 Janvier 2017 ; [cité 3 sept 2018]. Disponible : <https://www.femas-hdf.fr/projet-de-sante/>
21. Haute Autorité de Santé - Protocole de coopération entre professionnels de santé [En ligne]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
22. Honold E. Etude d'impact des maisons de santé pluridisciplinaires sur l'accès aux soins en médecine générale à travers l'expérience de la maison de santé pluridisciplinaire de Coulombs. [En ligne]. Thèse : médecine. Université de Tours. 2013 ; [cité 3 sept 2018]. Disponible : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_HonoldElodie.pdf

23. Le coordinateur de santé. [En ligne]. Fédération des Maisons et Pôles de Santé des Hauts-de-France. [cité 3 sept 2018]. Disponible : <https://www.femas-hdf.fr/coordonateur-de-sante/>

24. Les rémunérations pour l'exercice coordonné [En ligne]. Fédération des Maisons et Pôles de Santé des Hauts-de-France. [cité 3 sept 2018]. Disponible : <https://www.femas-hdf.fr/nmr/>

25. Laissy Boivin H. Analyse des attentes des patients et des futurs médecins généralistes par rapport aux maisons de santé pluriprofessionnelles. [En ligne]. Thèse : médecine. Université de Lorraine. 2014 ; [cité 16 sept 2018]. Disponible : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_LAISSY_BOIVIN_HELENE.pdf

26. Cairey Remonnay C, Bruchon S. Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de santé pluriprofessionnelles en Franche Comté. [En ligne]. Thèse : médecine. Université de Franche Comté. 2012 ; [cité 16 sept 2018]. Disponible : <https://www.chu-besancon.fr/smfc/201210pdf/12-09-04.pdf>

27. Migné P. Avantages à exercer la médecine générale en maison ou pôle de santé. [En ligne]. Thèse : médecine. Université de Poitiers. 2013 ; [cité 16 sept 2018]. Disponible : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/0cfb1234-7c0b-4c2e-9a3a-3bc9ff4ec91d>

28. République Française. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées [En ligne]. Mars 2017 ; [cité 3 sept 2018]. 6p. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1006-2.pdf>

29. Dauberton JO. Maisons de santé pluridisciplinaire : enseignements aux internes de médecine générale. Thèse : médecine. Université de Reims. 2012 ; [cité 10 sept 2018].

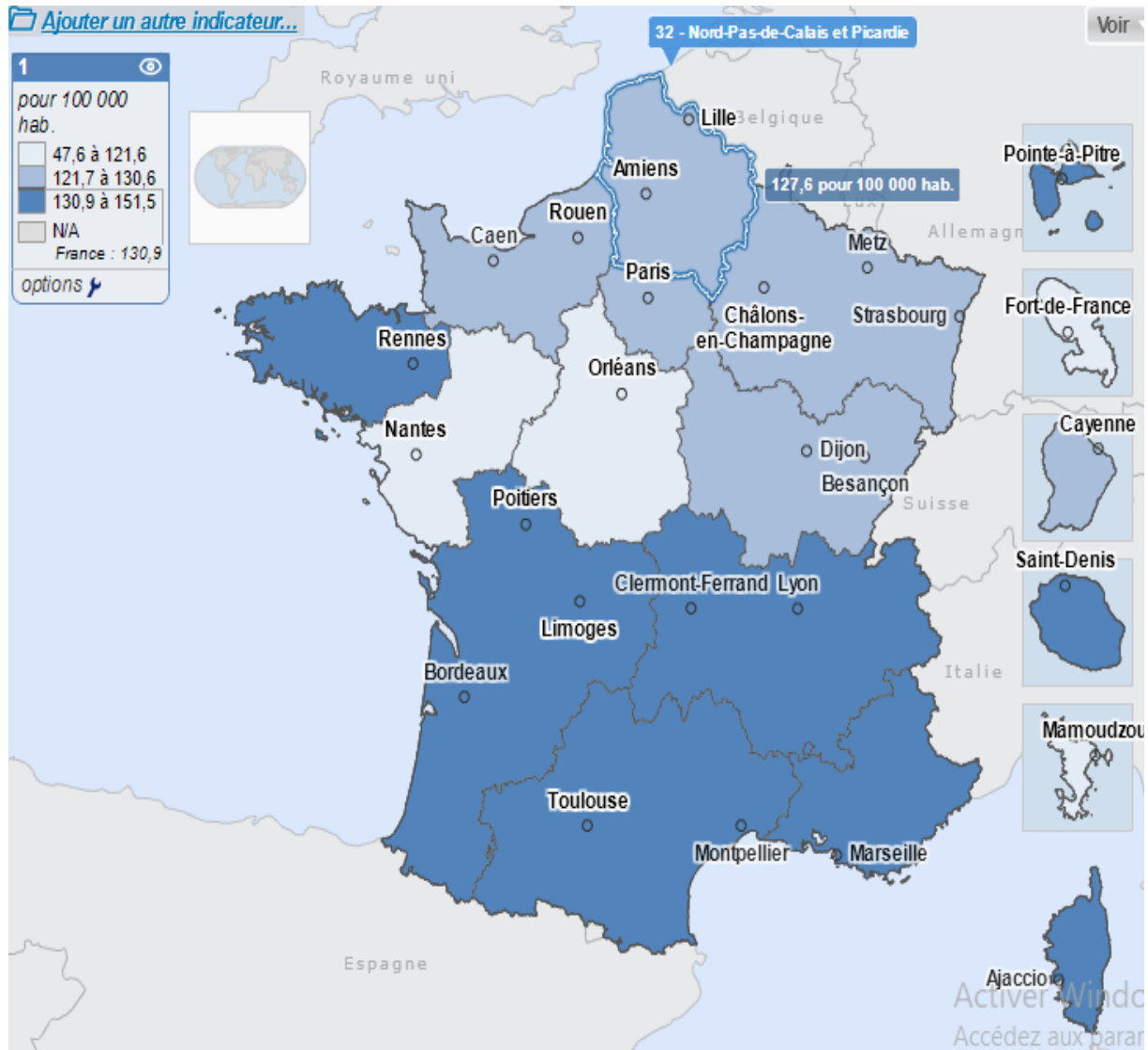
30. Dubois T. Quels sont les critères déterminant le choix des internes de médecine générale de Lille pour leur stage ambulatoire de premier niveau ? [En ligne]. Thèse : médecine. Université de Lille 2. 2017 ; [cité 16 sept 2018]. Disponible : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8059d3d9-59e7-42b2-b179-1f398c79c260>

31. Les maisons de santé en Hauts-de-France [En ligne]. Fédération des Maisons et Pôles de Santé des Hauts-de-France. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/msp-hauts-de-france/>

32. DGOS. La réforme du 3ème cycle des études de médecine [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Mai 2017 ; [cité 13 sept 2018]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>

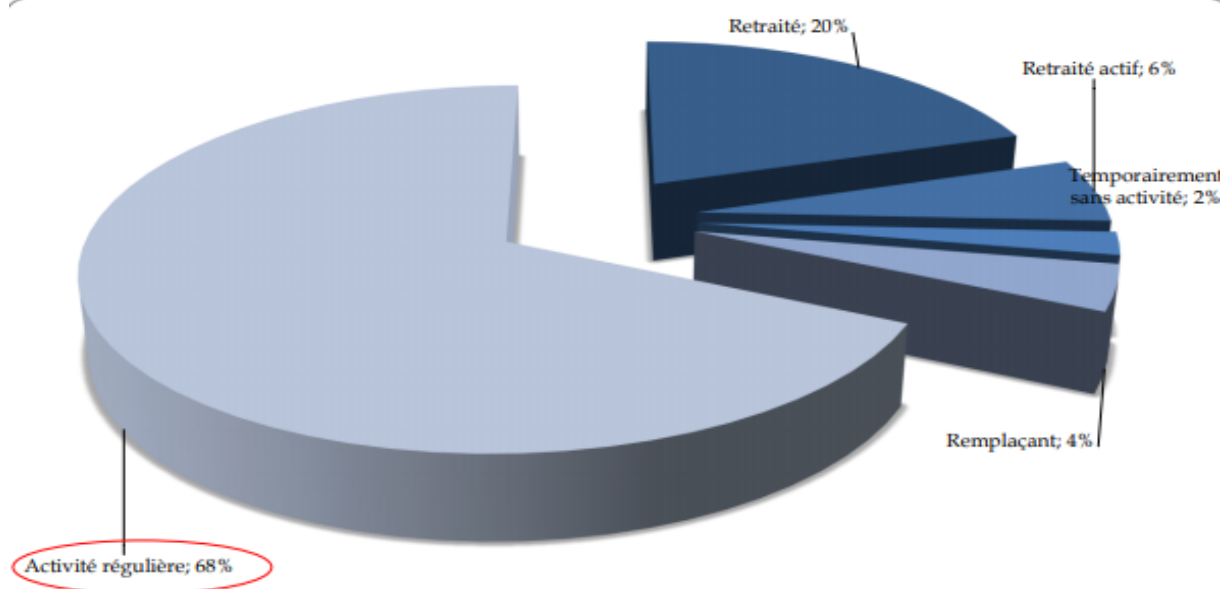
ANNEXES

ANNEXE 2 : Densité régionale des médecins généralistes en activité régulière, tous modes d'exercice en 2017 (1).

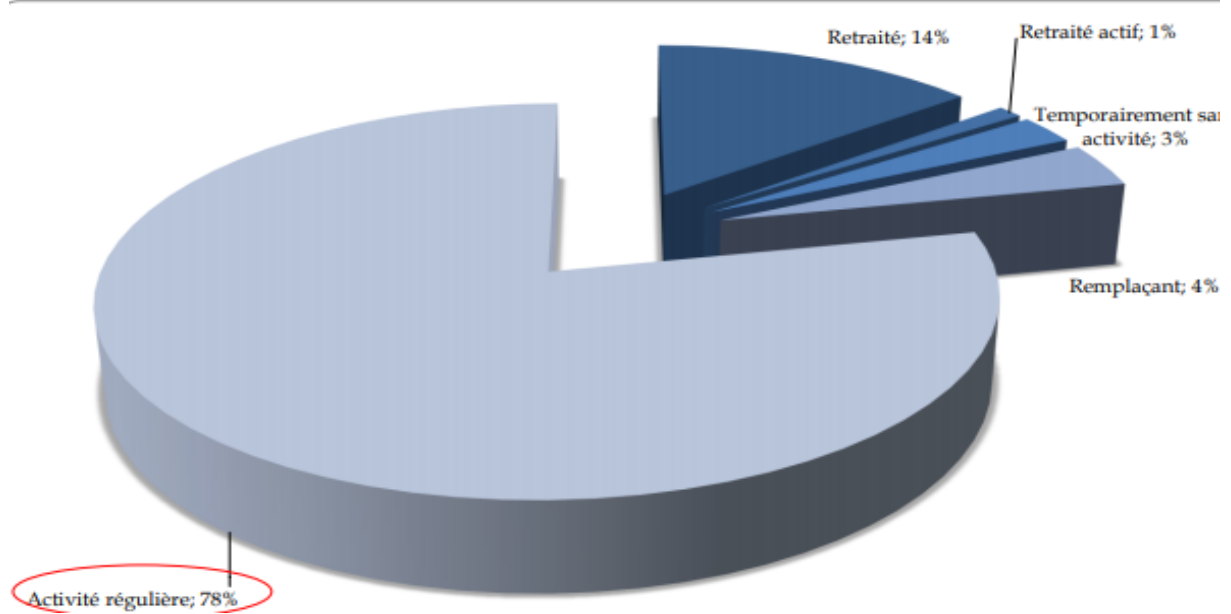


ANNEXE 3 : Répartition de l'activité générale en 2017 comparée à 2007 (1).

Graphique n°16 : Répartition de l'activité générale en 2017



Graphique n°17 : Répartition de l'activité générale en 2007

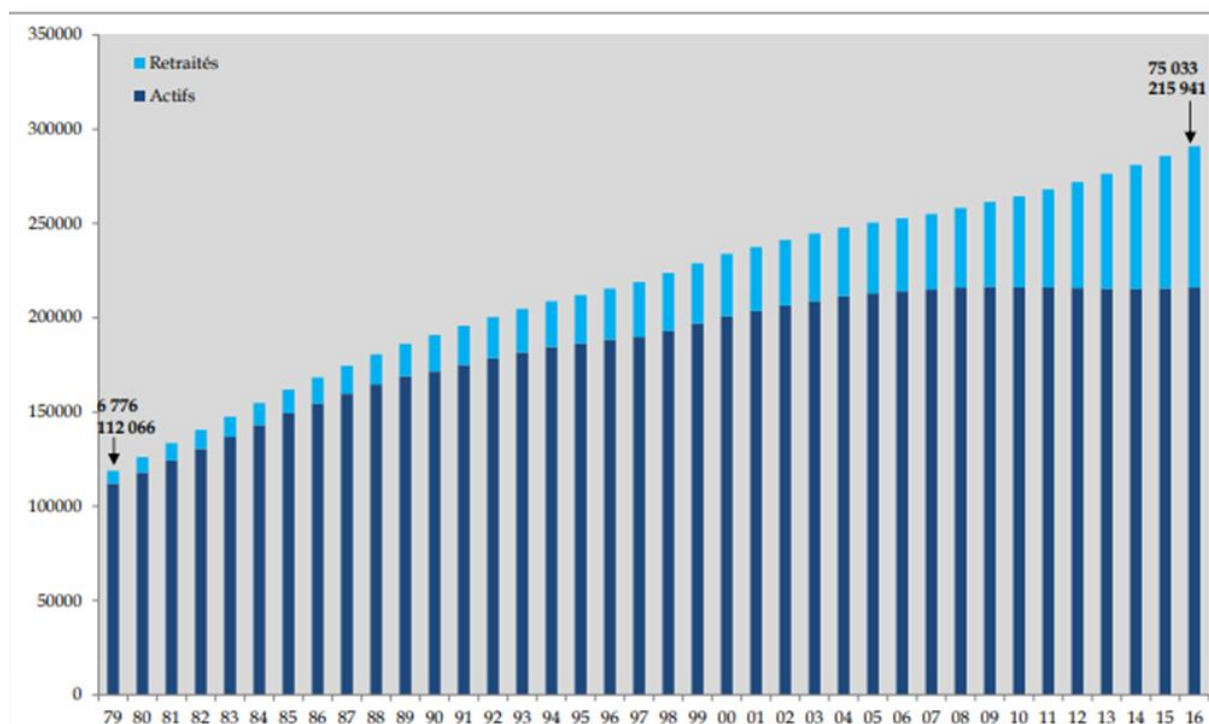


ANNEXE 4 : Variation des effectifs des médecins actifs/retraités de 2007 à 2017 (1).

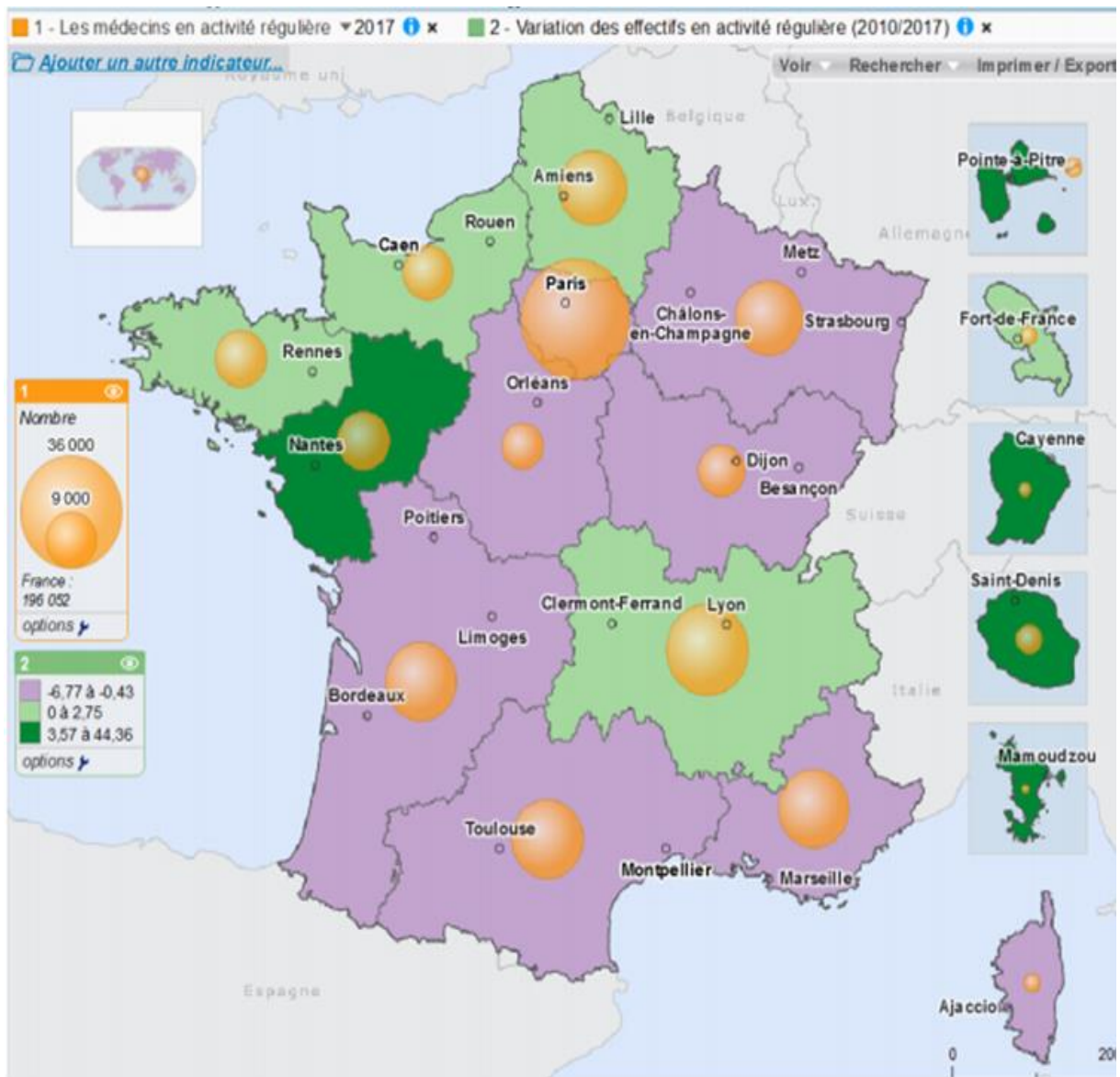
Tableau n°2 : Les effectifs des médecins actifs/retraités de 2007 à 2017

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Actifs ⁴	213995	215028	216017	216450	216145	216142	215865	215531	215539	215583	215941
Retraités ⁵	38751	40070	42136	44928	48321	51930	56105	60823	65548	70257	75033
Total	252746	255098	258153	261378	264466	268072	271970	276354	281087	285840	290974

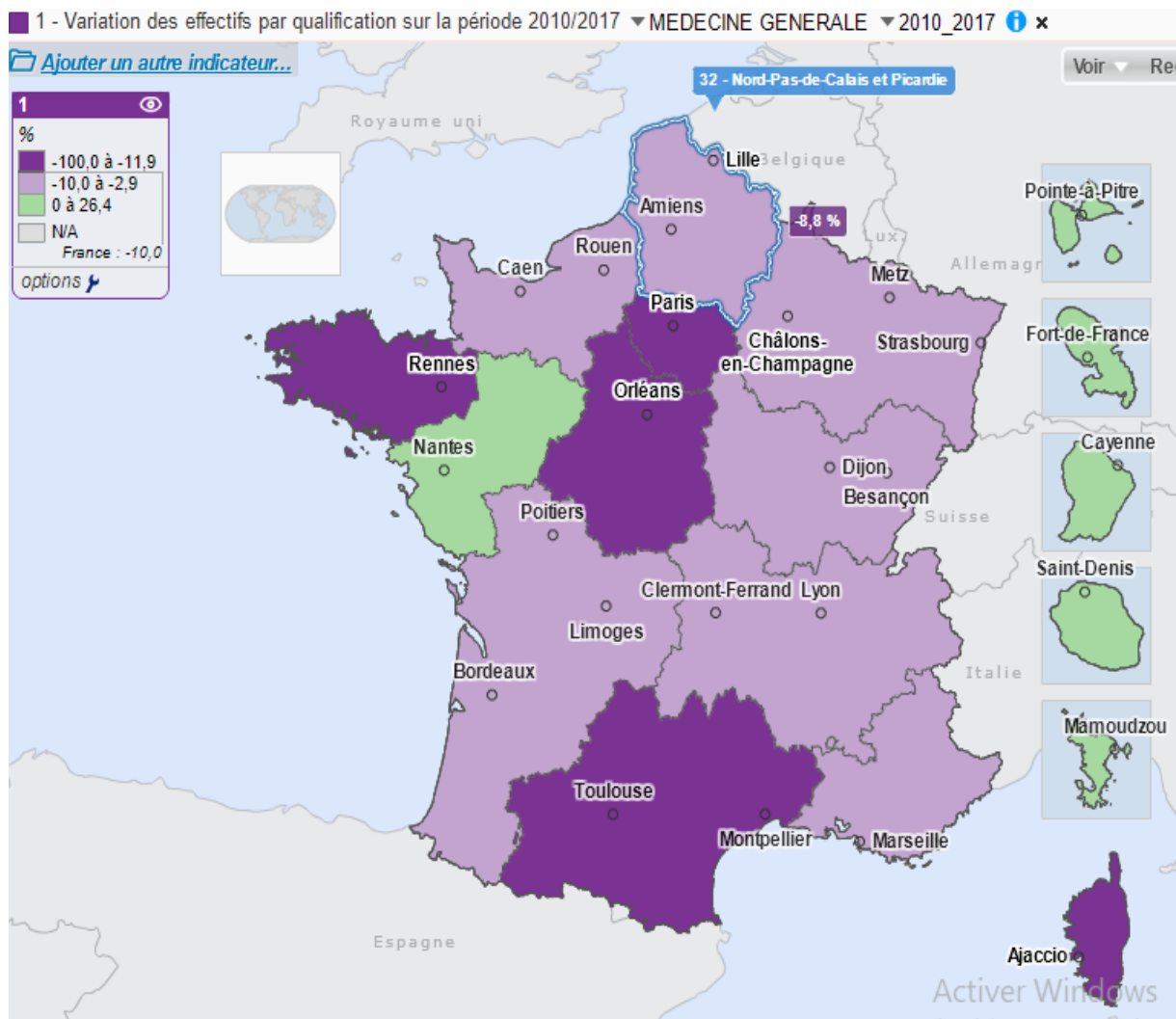
Graphique n°18 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2017



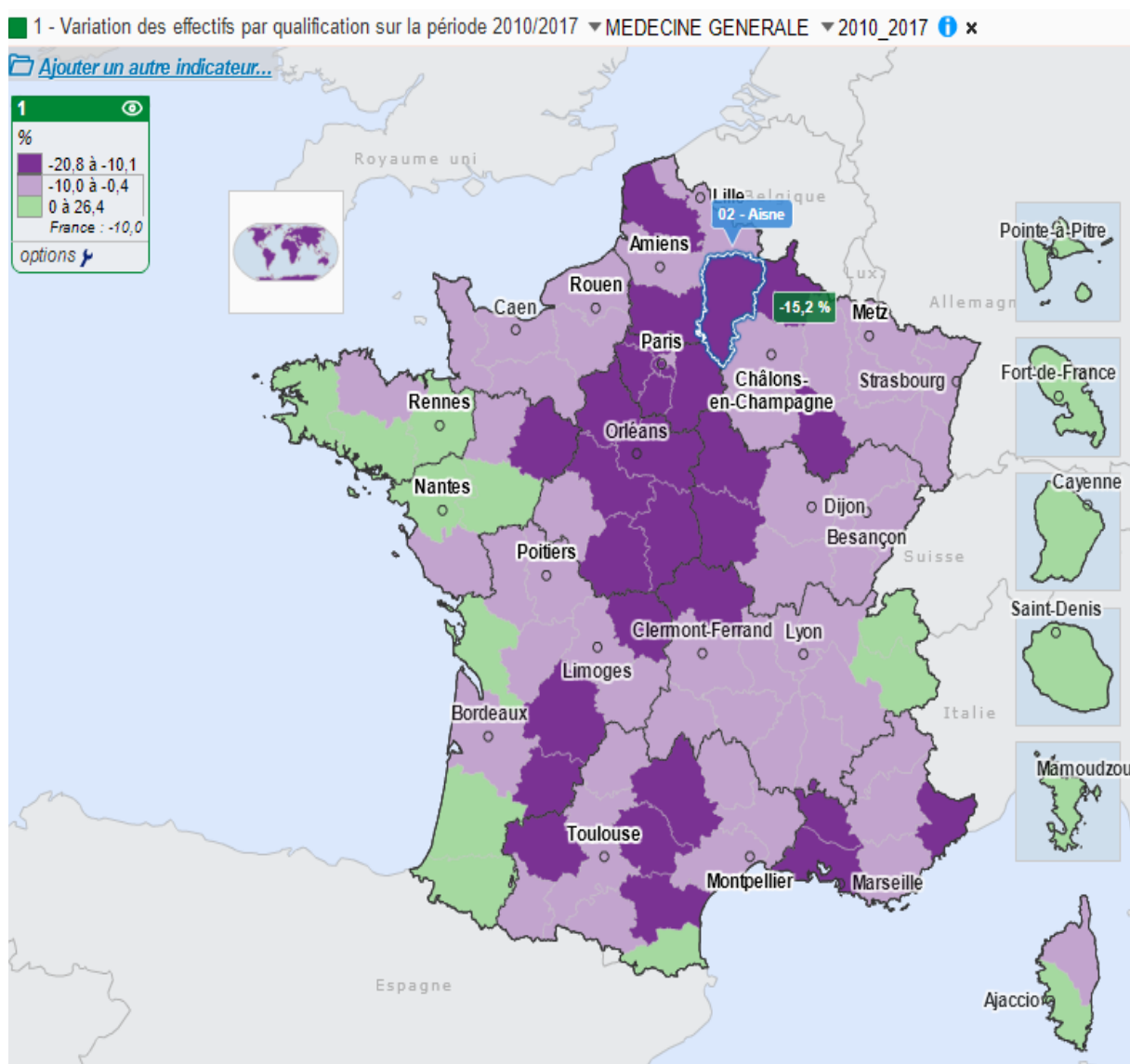
ANNEXE 5 : Variation des effectifs en activité régulière sur la période 2010/2017, et répartition du nombre d'actifs réguliers en 2017 à l'échelle régionale (1).



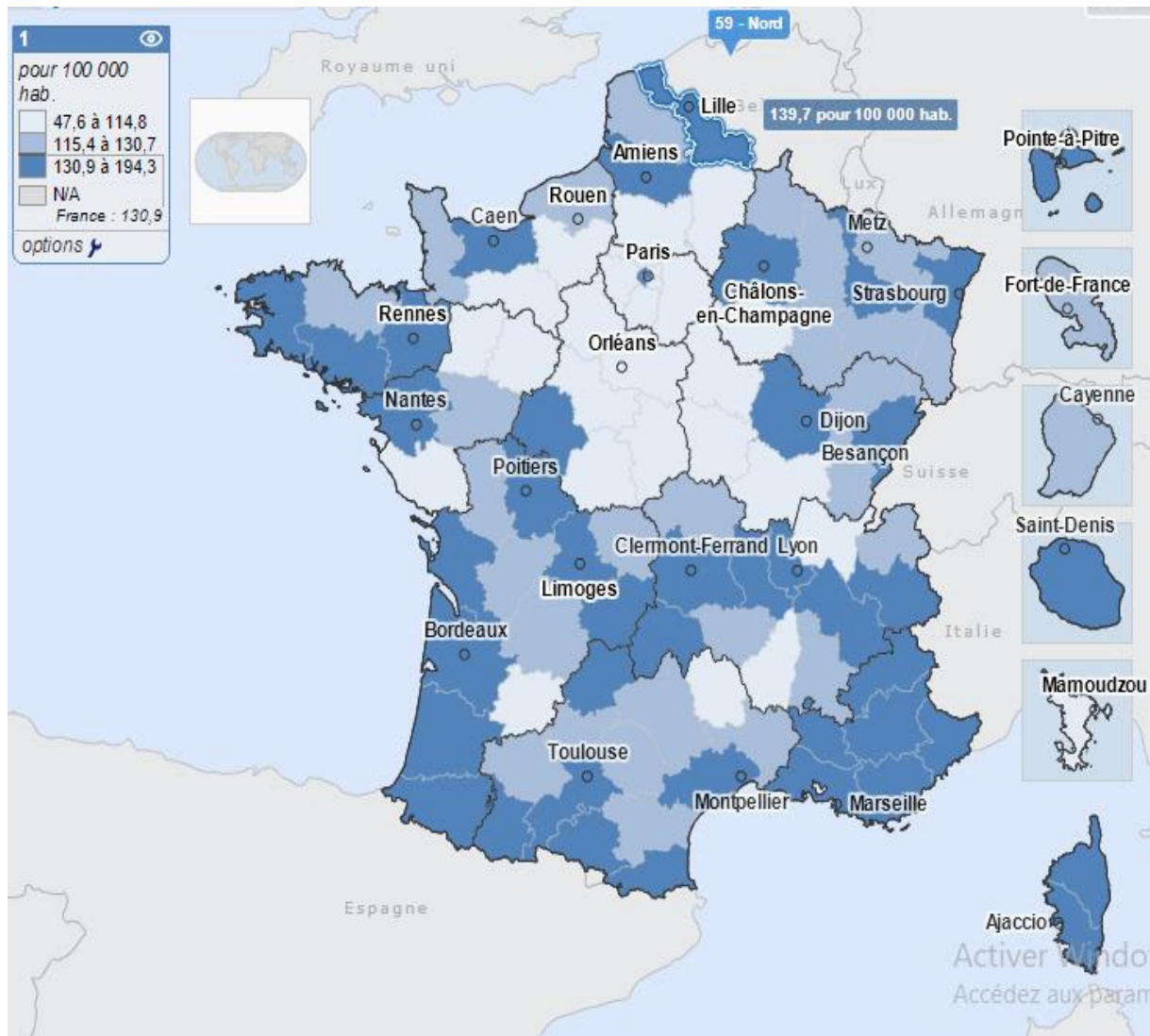
ANNEXE 6 : Variation des effectifs de médecins généralistes à l'échelle régionale de 2010 à 2017 (1).



ANNEXE 7 : Variation des effectifs de médecins généralistes à l'échelle départementale de 2010 à 2017 (1).



ANNEXE 8 : Densité départementale des médecins généralistes en activité régulière, tous modes d'exercice en 2017 (1).



ANNEXE 9 : Questionnaire

1. Vous êtes ?

- Un homme
- Une femme

2. Quel est votre d'âge ?

- (Menu déroulant)

3. Actuellement, quelle est votre activité professionnelle ?

- Installé en libéral (propre activité, collaborateur, associé...)
- Remplaçant en libéral
- Salarié
- Mixte
- Autre. Précisez : ...

4. Dans quel zone exercez-vous essentiellement votre activité ?

- Zone urbaine
- Zone rurale
- Zone semi rurale

5. Durant votre cursus professionnel, avez-vous eu une expérience dans une MSP ? (Plusieurs réponses possibles)

- Oui en N1
- Oui en SASPAS
- Oui en remplacement
- Autre. Précisez : ...
- Non pas du tout

6. Avez-vous participé au séminaire inter professionnel des MSP organisé par la faculté de Lille durant votre internat ?

- Oui
- Non

7. Estimez-vous avoir eu des sources d'informations sur ce mode d'exercice ? Si oui, précisez comment (choix multiples) :

- Oui
- Non
- Fédération des maisons de santé en Nord-Pas-de-Calais (FEMASNORD)
- Syndicat des jeunes médecins généralistes (SNJMG, NorAGJIR...)
- Agence régionale de santé (ARS)
- Autre.

8. Auriez-vous souhaitez être davantage informé sur l'exercice en MSP au cours de votre internat ?

- Oui
- Non

Connaissances des MSP :

9. Le projet de santé est obligatoire dans une maison de santé.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

10. Un médecin généraliste et un paramédical sont suffisants pour pouvoir monter une MSP.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

11. Une MSP doit regrouper un ensemble de professionnel de santé dans une même structure (en mono-site).

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

12. Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) regroupe des professionnels de santé d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné et libéral.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13. La réalisation de réunions pluriprofessionnelles régulières est essentielle pour le bon fonctionnement d'une MSP.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14. Pour qu'une MSP puisse bien fonctionner, il faut qu'elle soit créée sur l'initiative d'une collectivité locale/territoriale (maire, politicien).

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

15. L'existence d'un système d'information partagée permettant aux professionnels d'avoir accès au dossier médical du patient est essentiel pour le bon fonctionnement d'une MSP.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

16. Le projet de santé d'une MSP est défini par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

17. Par la suite envisagez-vous votre exercice professionnel dans une MSP ?

- Oui, c'est certain
- Oui, probablement
- Non, probablement pas
- Non, pas du tout

18. Pensez-vous qu'en ayant été davantage informé sur l'exercice en MSP durant votre internat, votre projet professionnel aurait été différent ?

- Oui, très certainement
- Oui, probablement
- Non, probablement pas
- Non, certainement pas

19. Commentaires libres

.....

AUTEUR : Nom : DELEMARLE

Prénom : Camille

Date de Soutenance : Jeudi 25 octobre 2018

Titre de la Thèse : Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : « Maison de santé pluriprofessionnelle », « connaissances », « attractivité », « médecine générale », « pratique professionnelle », « démographie médicale »

Résumé :

Contexte : Les pouvoirs publics tentent de créer une dynamique en faveur des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) pour faire face aux problématiques de la démographie médicale. Les jeunes médecins généralistes seraient les professionnels les plus sensibilisés et intéressés. L'objectif de ce travail a été de déterminer s'il existait un lien entre le niveau de connaissances sur les MSP et l'intérêt des jeunes généralistes pour ce mode d'exercice.

Méthode : Etude quantitative, descriptive et comparative, auprès des jeunes médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais issus de la faculté de médecine de Lille en novembre 2017, à l'aide d'un questionnaire ayant exploré le profil, le niveau de connaissances sur les MSP, et l'intérêt pour l'exercice en MSP. Des analyses multivariées ont été réalisées par l'intermédiaire du test du χ^2 à la recherche de différences statistiquement significatives.

Résultats : Le taux de réponse était de 44,9 % : 80 questionnaires ont été récupérés parmi une population cible de 178. Leur niveau de connaissances sur les MSP était faible, notamment sur la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle, la réalisation d'un projet de santé et la définition d'une MSP. Quarante-cinq pourcents envisageaient leur futur exercice professionnel en MSP, dont 5 % de façon certaine. Il n'y avait pas de différence significative ($p > 0,005$) entre le niveau de connaissances des jeunes médecins généralistes intéressés par un exercice en MSP et ceux ne l'envisageant pas. Un désir d'informations sur l'exercice en MSP était souhaité chez 68,8 % (55/80) des jeunes médecins généralistes interrogés.

Conclusion : Cette étude n'a pas prouvé que le niveau de connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP influençait leur intérêt pour ce mode d'exercice. Par ailleurs, il existait un réel manque de connaissances et une attractivité encore modérée pour les MSP malgré un désir d'informations important. Une amélioration de l'information et de la formation pourrait être envisagée.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ