



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Facteurs de réussite des maisons de santé pluridisciplinaires

Travail de recherche auprès de médecins généralistes travaillant dans une maison
de santé du Nord Pas de Calais depuis plus d'un an

Présentée et soutenue publiquement le 24.06.2020 à 16h

au Pôle Formation

par **Gautier TAILLAIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Didier DELETTE

LISTE DES ABREVIATIONS

- ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
- ANRS : Association nationale de réadaptation sociale
- ASALÉE : Action de santé libérale en équipe
- APL : Accessibilité potentielle localisée
- ARS : Agence régional de santé
- CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
- CV : Curriculum vitae
- CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
- ETP : Éducation thérapeutique patient
- FEMAS : Fédération des maisons de santé
- HAD : Hospitalisation à domicile
- IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- Kiné : Kinésithérapeute
- MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
- PRE : Programme de réussite éducative
- PTA : Plateformes territoriales d'appui
- SAMU : Service d'aide médicale urgente
- SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoire
- SCI : Société civile immobilière
- SCM : Société civile de moyen
- SCP : Société civile patrimoniale
- UFMF : Union française pour une médecine libre
- URPS : Unions régionales des professionnels de santé

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La médecine de demain doit répondre à de nouveaux enjeux en termes de prise en charge notamment avec l'essor des maladies chroniques. La création des maisons de santé est la réponse apportée par l'état pour résoudre ces nouveaux défis. Nous avons souhaité identifier les facteurs amenant à la réussite de ces nouvelles structures par le prisme du ressenti des médecins qui les ont créés et les font vivre.

MÉTHODE : Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins ayant participé à la création de leur propre maison de santé bénéficiant d'une ancienneté de plus d'un an. À l'aide d'entretiens semi-dirigés réalisés par correspondance nous avons réalisé une démarche inductive par comparaison constante via une analyse transversale interprétative des différents entretiens selon le principe de théorisation ancrée.

RÉSULTATS : Les données issues des huit entretiens semi-dirigés nous ont permis d'élaborer trois hypothèses explicatives. La première est de maîtriser la création et la gestion de la maison de santé dès le début que ce soit avec les aides ou la gestion immobilière. La deuxième hypothèse a mis en avant la nécessité d'avoir une dynamique de groupe afin de garder un maximum de coordination, de bien-être au sein de l'équipe et d'attirer de nouveaux professionnels. La dernière hypothèse réside dans le passage à une pratique de la médecine du XXI^{ème} siècle à travers des outils modernes permettant des connexions entre la maison de santé et les autres acteurs amenant à un réel projet multidisciplinaire. Ce qui aboutit au confort du médecin et une meilleure prise en charge du patient d'aujourd'hui.

CONCLUSION : La réussite des maisons de santé dépend de ceux qui la font vivre. Identifier, comprendre et utiliser ces facteurs est essentiel pour travailler ensemble et répondre aux problématiques de demain.

TABLES DES MATIÈRES :

LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
RÉSUMÉ	3
1. GÉNÉRALITÉS	8
1.1. Démographie Médicale	8
1.1.1. Généralités	8
1.1.1.1. État des lieux	8
1.1.1.2. L'activité régulière	10
1.1.1.3. Les modes d'exercice	13
1.1.1.4. La densité médicale	15
1.1.2. La situation dans le Nord Pas de Calais	17
1.1.3. L'accessibilité aux soins	19
2. INTRODUCTION	25
2.1. Les Maisons de Santé PluriProfessionnelles	25
2.1.1. Définition des Maisons de Santé	25
2.1.1.1. Première définition officielle	26
2.1.1.2. Évolution de la définition	27
2.1.1.3. Dernière définition : loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016	29
2.1.1.4. Définition du Pôle de Santé	29
2.1.2. Objectifs des MSP et Pôles de Santé	30
2.1.2.1 Définition des soins primaires, de premiers recours :	30
2.1.2.2 Définition du travail de coordination :	30
2.1.3. États des lieux des MSP et (pôles de santé)	31
2.1.3.1. La situation nationale	31
2.1.3.2. La région Nord Pas de Calais	31

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE	33
3.1. L'étude	33
3.1.1. Type d'étude	33
3.1.2. Choix d'une étude qualitative	33
3.1.3. Choix des entretiens semi-dirigés individuels	34
3.1.4. Choix des entretiens à distance	34
3.2. Sélection de la population	34
3.2.1. Choix des Maisons de Santé	34
3.2.2. Type d'échantillonnage	35
3.2.3. Sélection des praticiens	35
3.3. Consentement	36
3.4. La grille d'entretien	36
3.5. Recueil et Retranscription des données	37
3.6. Analyse des données	38
3.6.1. Analyse des données quantitatives	38
3.6.2. Analyse descriptive	38
3.6.3. Analyse transversale interprétative	38

4. RÉSULTATS	40
4.1. Description des Maisons de Santé interrogées.	40
4.1.1. Localisation	40
4.1.2. Statut juridique	40
4.1.3. Fonctionnement et composition	41
4.2. Description des entretiens	42
4.3. Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés	42
4.3.1. Analyse transversale par catégorie :	42
4.3.2. La réussite d'une MSP : De la création à la gestion quotidienne	43
4.3.2.1. Le bon choix pour l'immobilier	43
4.3.2.2. Les aides, une étape essentielle à ne pas rater	45
4.3.2.3. Médecin soignant, Médecin gestionnaire	47
4.3.3. La dynamique de groupe un facteur essentiel de réussite	49
4.3.3.1. Le bien-être de l'équipe	49
4.3.3.2. La coordination entre les professionnels de santé	50
4.3.3.3. Attirer d'autre professionnel pour une meilleure offre de soins	53
4.3.4. Les MSP, médecine du XXIème siècle	56
4.3.4.1. Un confort apporté aux patients	56
4.3.4.2. Un confort apporté aux médecins	57
4.3.4.3. De nouveaux projets	59
4.3.4.4. L'ère de l'informatisation	61
4.3.4.5. Le rayonnement de la MSP	63
4.3.4.6. La réussite d'une MSP selon les médecins correspond-t-elle à la définition de l'ARS ?	65

5. DISCUSSION	66
5.1. Forces de l'étude	66
5.2. Limites de l'étude	67
5.2.1. Liées à la sélection	67
5.2.2. Liées à la méthode	68
5.2.3. Liées à l'investigation	68
5.2.4. Liées à l'analyse	69
5.3. Principaux résultats au regard de la littérature	69
5.3.1. La MSP de la création à la gestion	69
5.3.2. Dynamique de groupe	71
5.3.3. La MSP s'inscrit dans une Médecine du XXIème siècle	72
5.4. Perspective	75
5.4.1. Pour les médecins	75
5.4.2. Pour les élus	75
5.4.3. Pour les institutions	76
6. CONCLUSION	77
7. LISTE DES RÉFÉRENCES	78
8. FINANCEMENTS, CONFLITS D'INTERET	81
9. ANNEXES	82
Annexe 1 : Courrier pour demande d'entretien	83
Annexe 2 : Guide d'entretien	84
Annexe 4 : Plan de l'analyse transversale	85
Annexe 5 : Verbatim des entretiens	86
SERMENT D'HIPPOCRATE	119

1. GÉNÉRALITÉS

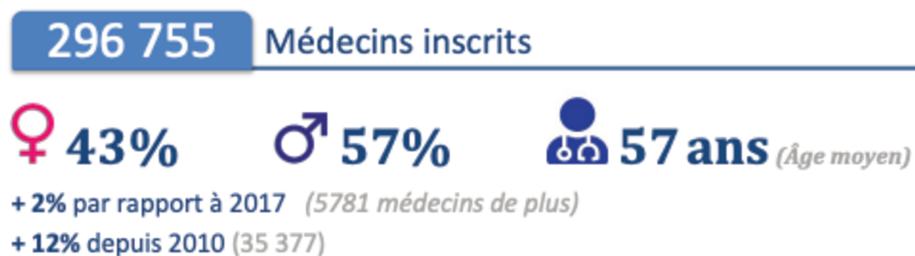
1.1. Démographie Médicale

1.1.1. Généralités

1.1.1.1. État des lieux

En 2018, l'Ordre National des Médecins (1) recense 296 755 médecins inscrits au tableau de l'ordre. Une augmentation de 2% par rapport à 2017 (5781 médecins de plus), l'augmentation depuis 2010 est de 12% (soit 35 377 médecins de plus). Cependant le constat suivant est alarmant : 41% des médecins ont plus de 60 ans et 6% des inscrits sont retraités (17800 médecins environ).

Figure 1 : Nombre d'inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 : (1)



Effectivement, la profession est vieillissante, car si le nombre d'inscrits au tableau de l'ordre augmente, c'est grâce aux retraités qui y figurent toujours. L'âge moyen des actifs est de 50,7 ans en 2018. Il existe des disparités selon les départements, l'âge moyen le plus élevé est retrouvé dans la Creuse avec une médiane à 54,7ans alors que dans l'Ille et Vilaine il est le plus faible avec 47,5 ans.

On assiste à une féminisation de la profession, avec aujourd’hui 11 départements où les femmes sont plus nombreuses que les hommes en terme d’activité ; et la moitié de ces départements sont franciliens. Cette féminisation ne va faire que s’accélérer ; parmi les nouveaux inscrits au tableau de l’ordre en 2018, 59% sont des femmes. Ce rapport nous montre qu’il existe une corrélation inversement proportionnelle entre l’âge moyen des médecins actifs et le taux de la féminisation. Ce phénomène s’explique bien sûr par la féminisation des études médicales.

Figure 2 : Nombre de nouveaux inscrits à l’Ordre des médecins en 2018 :

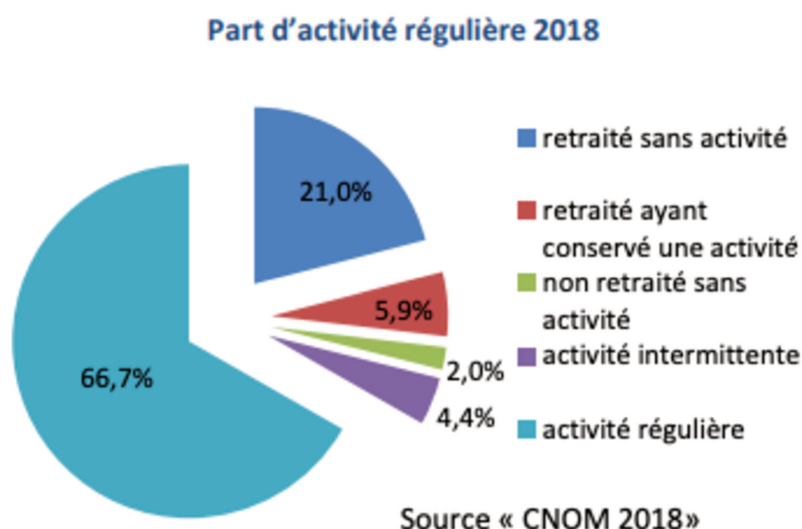


1.1.1.2. L'activité régulière

Une donnée fournie par l'Ordre des Médecin est révélatrice : L'activité régulière. Elle est définie par une activité qualifiée de pleine par les médecins (hors activité intermittente, sans condition de cumul emploi-retraite).

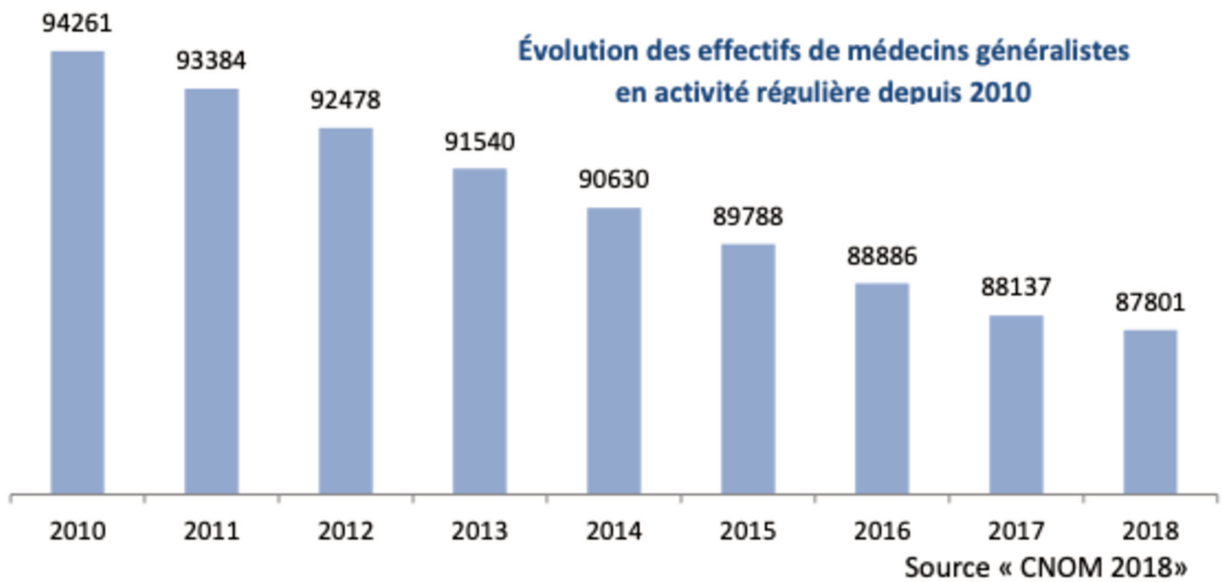
Les médecins pratiquant une activité régulière, ne représentent que 67% des inscrits au tableau (21% sont des retraités sans activité, 6% sont retraités mais ayant une activité, 2% sont sans activité, 4% ont une activité intermittente). Cela correspond à une diminution de 9% par rapport à 2010 (76%).

Figure 3 : Diagramme circulaire représentant le pourcentage d'activité régulière des médecins inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 :



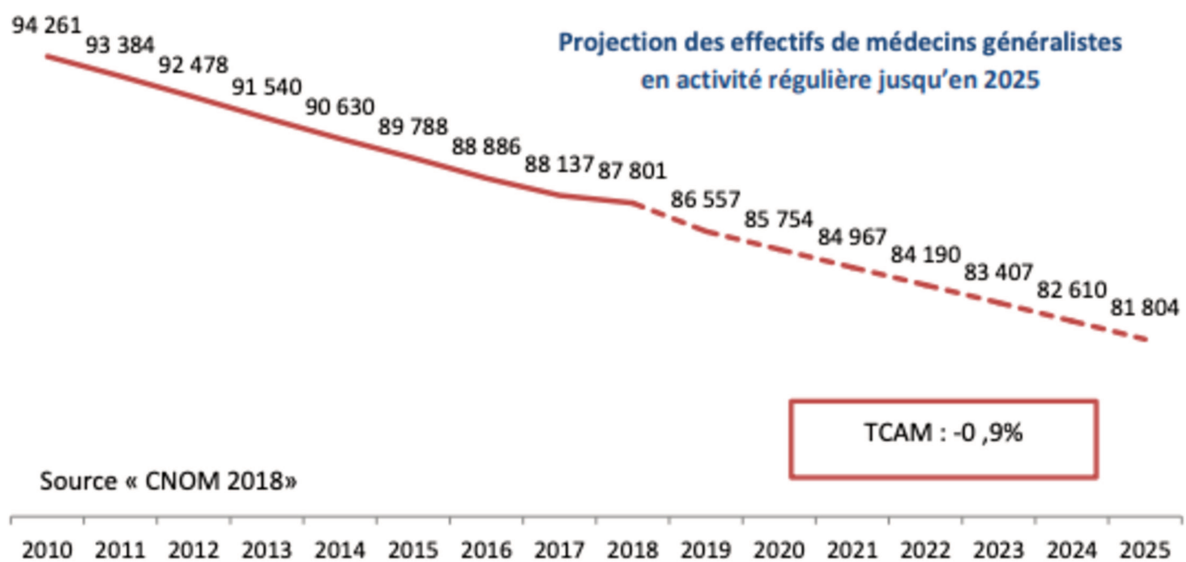
Si l'on se focalise sur l'activité régulière des médecins généralistes, le constat est clair, il y a une diminution nette depuis 2010 de l'activité en France comme le montre ce graphique :

Figure 4 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis dix ans :



En 2018, le tableau de l'Ordre recensait 87 801 médecins généralistes inscrits en activité régulière (tous les modes d'exercices confondus). Ce qui représente une diminution de 7% des effectifs entre 2010 et 2018 (0,4% par an). Les projections estiment, que la baisse va se prolonger jusqu'en 2025 soit 81 804 médecins inscrits au tableau selon une méthode de calcul de régression linéaire proposée par le CNOM 2018 avec un taux de croissance moyen annuel de -0,9%.

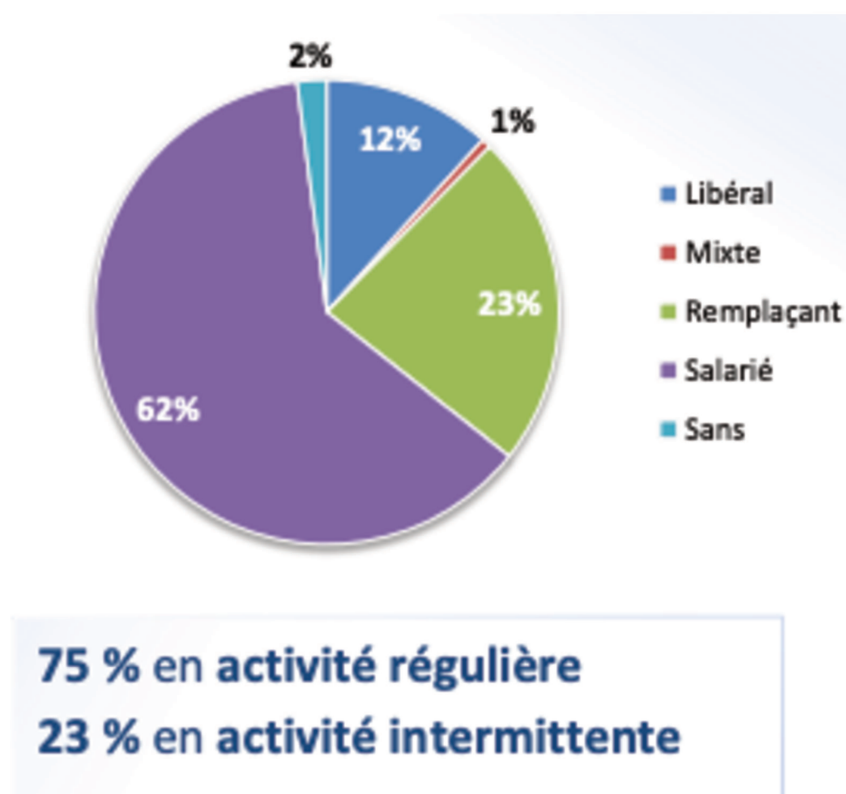
Figure 5 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 :



1.1.1.3. Les modes d'exercices

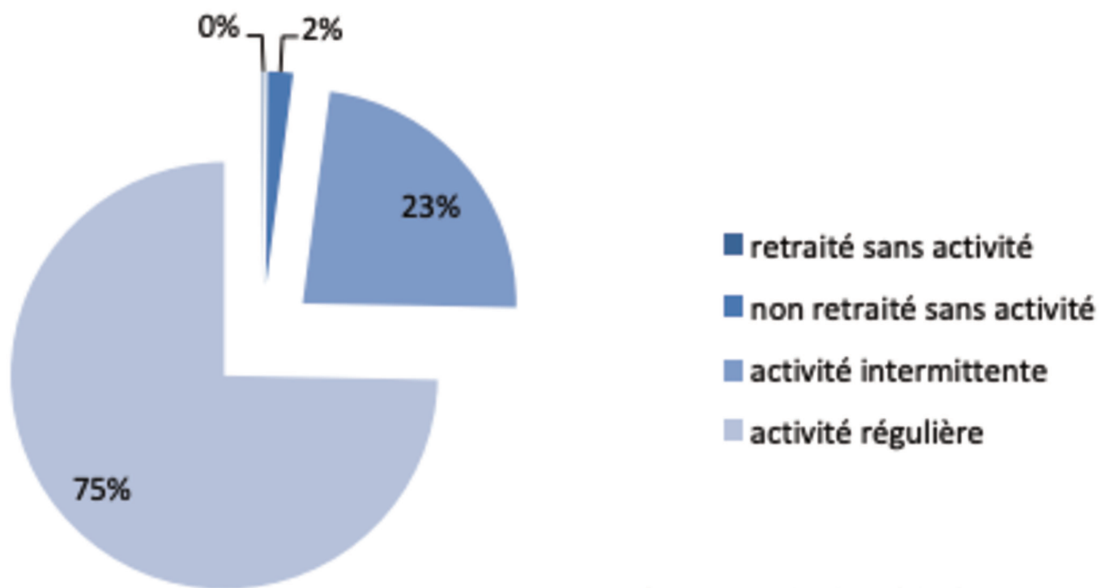
Les modes d'exercices évoluent, et avec eux, la présence médicale sur le territoire. Les statistiques de 2018 nous révèlent que la majorité des médecins ont un mode d'exercice salarial (47%) contre 42% en activité libérale et 11% en activité mixte. Cependant il existe des exceptions, avec des départements qui ont une activité salariale bien plus marquée comme : Mayotte, Le Rhône, La Côte d'Or, la Guyane, la région Ile de France.

Figure 6 : Diagramme circulaire représentant le type d'activité des médecins généraliste inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 :



Il est intéressant de regarder la situation d'exercice des nouveaux inscrits au cours de l'année 2018. Effectivement ce graphique nous montre à quel point l'activité intermittente (remplacements libéraux ou contrats salariés courts) a une part importante dans l'activité d'aujourd'hui. Près d'un quart des médecins inscrits au tableau de l'Ordre pratiquent une activité intermittente.

Figure7 : Diagramme circulaire représentant la part d'actifs et de retraités parmi les inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 :



Source « CNOM 2018 »

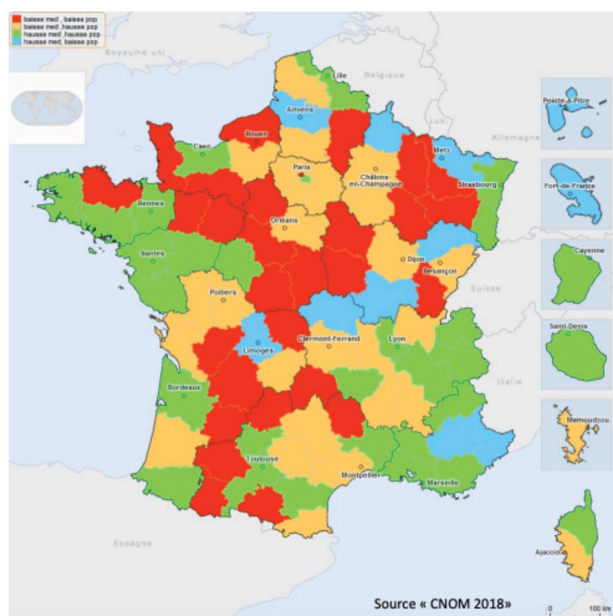
1.1.1.4. La densité médicale

La densité médicale a baissé de 0,4% en 2018 (par rapport à 2017)

L'analyse des variations de la démographie médicale (2) et de la population générale permet d'identifier 4 types de départements en fonction des variations observées entre 2017 et 2018 :

- Les départements où la population générale et médicale **augmente** : comme par exemple le Nord ou le Bas Rhin
- Les départements où la population générale et médicale **diminue** : à titre d'exemple, le Jura, le Gers
- Les départements où la population générale **augmente** et population médicale **baisse** : comme le Pas de Calais mais aussi la majorité des départements de l'Île de France
- Enfin la situation la plus favorable, les départements où la population générale est en **baisse** et la population médicale en **hausse** : on peut citer en exemple, les Alpes de Haute Provence, Haute Saône

Figure 8 : Carte de France représentant la variation de la démographie médicale associé à la variation de flux population en 2018 :



- **Rouge : Baisse de l'offre médicale et de la population**
- **Orange : Baisse de l'offre médicale et Hausse de la population**
- **Vert : Hausse de l'offre médicale et de la population**
- **Bleu : Hausse de l'offre médicale et Baisse de la population**

« CNOM 2018

Les inégalités territoriales se creusent. Le département le mieux doté en médecins généralistes, n'a perdu que 9,8% de sa population médicale entre 2010 et 2018 alors que le département le moins doté, a lui perdu près de 20% (19,8%) de sa population médicale. Une chute qui s'exprime du simple au double.

Enfin ce tableau reflète bien « l'effet boule de neige » de la diminution de la densité médicale.

Figure 9 : Tableau confrontant la densité médicale et le vieillissement de population inégale d'une région à l'autre :

MEDECINE GENERALE (1^{ER} DECILE)

Départements	Densités MG 2018	Pop générale >=60ans (%)	Dont Pop générale 75 ans ou + (%)
Ain	92.2	23.5	8.0
Alsne	91.2	26.7	9.0
Cher	90.8	32.3	12.0
Eure	89.1	25.2	8.4
Eure-et-Loir	91.6	26.5	9.4
Loiret	90.8	25.8	9.2
Seine et Marne	88.4	4.1	0.9
Mayenne	92.7	28.1	10.9
Sarthe	93.6	28	10.4
Mayotte	42.2	4.1	0.9
France métropolitaine	125.4	25	8.1

1^{er} Décile : Département le plus faiblement peuplé

1.1.2. La situation dans le Nord Pas de Calais

Dans le Pas de Calais, les inscrits ont augmenté de 1,99% entre 2017 et 2018, ce nombre s'inscrit dans la moyenne Française (3). Ces inscrits représentent, 1,6% des nouveaux inscrits en France. Le rapport des médecins retraités/actifs sur retraités/non actifs est stable entre 2010 et 2018, à 26%. La moyenne d'âge des médecins actifs est de 50,1ans dans le Pas de Calais et 40,1% sont des femmes. On observe dans le Pas de Calais une augmentation du nombre d'inscrits et une baisse de la population comme le montre la figure 8. En un an la région Hauts-de-France a perdu 1,22% de sa population médicale. Ces variations régionales sont toutefois à nuancer compte tenu des différences existant à l'échelle départementale. Effectivement si la grande région Hauts-de-France gagne des médecins, le Pas-de-Calais en perd sur l'année 2017-2018 (-0,96%).

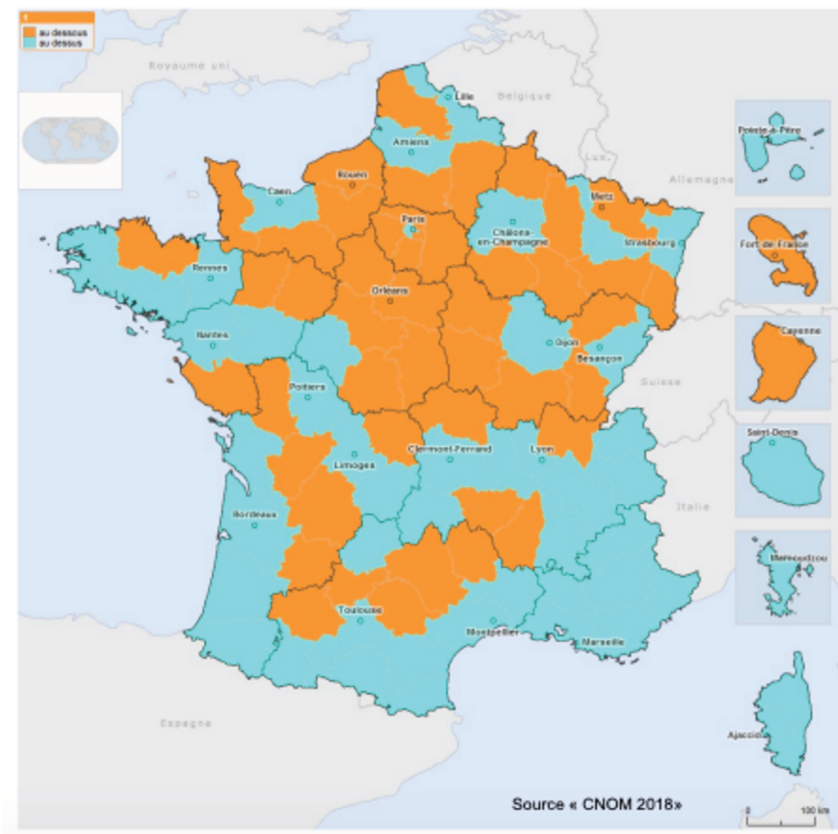
Figure 10 : Tableau représentant le gain ou la perte en pourcentage de la population médicale entre 2017 et 2018 :

Département	%
Morbihan	1,57
Moselle	-0,72
Nièvre	0,00
Nord	-0,44
Oise	-3,08
Orne	0,00
Pas-de-Calais	-0,96
Puy-de-Dôme	-0,56
Pyrénées-Atlantique	1,21

Le Pas-de-Calais se situe en dessous de la médiane en termes de densité de médecins généralistes en activité régulière sur le territoire national. En revanche le Nord est au-dessus.

Figure 11 : Carte de France représentant le positionnement des départements par rapport à la médiane en termes de densité de médecins généralistes en activité régulière en 2018 :

Carte 22 : Positionnement des départements par rapport à la médiane en termes de densité de médecins généralistes en activité régulière



Ces différents aspects nous amènent, à se poser la question de l'accessibilité aux soins. Car au sein d'une même région, l'accessibilité au sein est très disparate.

1.1.3. L'accessibilité aux soins

Afin de tenter d'améliorer l'accès aux soins et de répondre à la situation de la démographie médicale, de nouveaux outils ont vu le jour l'année dernière :

L'IRDES a rendu un travail en Janvier 2019 (4), complétant les travaux de recherche de Guillaume Chevillard, chercheur à IRDES (2015) (5), en ayant une vision différente de l'approche des territoires, non plus en opposant l'espace urbain à l'espace rural, mais en évaluant les inadéquations offres/besoins de soins, les disparités d'attractivités mais aussi en mettant en avant les territoires qui cumulent les difficultés. Le but de cette étude est double ; Donner aux pouvoirs publics, une approche plus actuelle des zones qui sont définies comme « déserts médicaux » mais aussi d'avoir les outils méthodologiques pour évaluer l'impact des changements entrepris.

Figure 12 : Tableau regroupant les 32 variables sélectionnées par l'étude de l'IRDES pour la construction de la typologie des territoires de vie :

Dimension	Indicateur		Année	Source	
Offre de soins					
Premier recours	MGL*	pour 100 00 habitants de plus de 60 ans (%)	2015	Snir-PS / Insee	
			2015	Snir-PS / Insee	
	APL		aux MGL	2013	Drees / Irdes
			aux infirmiers	2013	Drees / Irdes
			aux masseurs-kinésithérapeutes	2013	Drees / Irdes
			aux dentistes	2013	Drees / Irdes
			aux gynécologues	2013	Drees / Irdes
aux pharmacies	2013	Drees / Irdes			
Second recours	Distance	aux urgences	2015	SAE / Odomatrix	
		aux établissements MCO	2015	SAE / Odomatrix	
		aux établissements SSR	2015	SAE / Odomatrix	
		aux Ehpad	2015	BPE / Odomatrix	
Population					
Démographie	Part des plus de 65 ans / des 0-4 ans (%)		2013	Insee	
	Dynamique démographique (%)		2008-2013	Insee	
Ménages	Part de personnes âgées vivant seules (%)		2013	Insee	
	Part de familles monoparentales (%)		2013	Insee	
Socio-économique	Part d'ouvriers / part d'employés (%)		2013	Insee	
	Taux d'emploi aux âges actifs (%)		2013	Insee	
	Part de diplômés du supérieur (%)		2013	Insee	
	Revenus médians par foyer fiscal en base 100		2011	Insee	
Sanitaire	Mortalité	prématurée	2008-2012	CépiDc-Inserm	
		évitables liés au système de soins	2008-2012	CépiDc-Inserm	
		Toutes causes	2008-2012	CépiDc-Inserm	
Attractivité, structure spatiale					
Démographie	Solde migratoire annuel moyen (%)		2008-2013	Insee	
Logement	Part de logements vacants (%)		2013	Insee	
	Part de résidences secondaires (%)		2013	Insee	
Géographie et infra-structures	Distance	à un grand pôle urbain	2015	Insee / Odomatrix	
		à un pôle de services de proximité	2015	Insee / Odomatrix	
		à la commune littorale la plus proche (hors lacs)	2015	Insee / Odomatrix	
	Part des locaux éligibles au très haut débit		2015	CGET / France très haut débit	

*MGL : Médecins généralistes libéraux ; APL Accessibilité potentielle localisée ; MCO : Établissements Médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : Établissements de Services de soins et de réadaptation ; Ehpad : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Lecture : L'Accessibilité potentielle localisée (APL) correspond à des équivalents temps plein pour 100 000 habitants. Les mortalités prématurées et évitables correspondent à des taux standardisés selon l'âge pour 100 000 habitants. Les distances sont exprimées en minutes.

Réalisation : Irdes, 2018.

Source : CépiDc-Inserm, CGET, Insee, Irdes, Snir-PS.

L'IRDES a retenu 32 variables qu'il estime de dimension et de poids équivalent. Il les a découpées en trois catégories : L'offre de soins, la population et l'attractivité/structure spatiale :

- La première, qui se divise en offre de soins, primaire et secondaire s'attache à l'activité des médecins généralistes libéraux ainsi qu'aux principaux acteurs de santé consultés par les Français dans le cadre : de l'urgence, du suivi médical, et du suivi de pathologie gériatrique et rééducative.
- La deuxième s'attarde sur les caractéristiques de la population, elles sont démographiques, socio-économiques, sanitaires et détaillent la composition des ménages.
- Enfin la dernière partie s'intéresse à l'attractivité démographique, les types logements ainsi que les connexions des territoires.

A partir de ces 32 variables, l'IRDES a réussi à proposer un classement en six groupes de territoires de vie :

- Classe 1 : Désigne les **espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins primaires**, elle représente à elle seule 21% de la population et plus d'un quart des territoires de vie (27%). C'est souvent la couronne des grandes agglomérations où il y a la plus forte croissance de population depuis 2009

La population y est jeune, le taux d'emploi est élevé avec un état de santé dans la moyenne. L'APL aux professionnels de santé y est faible.

- Classe 2 : Désigne les **marges rurales, elles sont peu attractives et ont une population fragile**, elles représentent 13 % de la population et quasiment un quart des territoires de vie (22,6%). C'est le plus souvent des territoires à l'intérieur des terres, très éloignés des grands pôles urbains, souvent définis comme les territoires ruraux de faible densité.

Il y a une surreprésentation des personnes âgées, des ouvriers. Les revenus et le niveau d'éducation y est faible, les indicateurs de santé y sont défavorables. L'APL aux soins de premiers recours est en dessous de la moyenne avec notamment une densité en médecins libéraux proche de la retraite importante. La distance avec les établissements de santé est importante et l'accès aux connexions est très faible.

- Classe 3 : Désigne les **espaces de tourisme et retraite**, elle représente 7% de la population et 11% des territoires de vie. Elle représente la moitié sud de la France principalement (Littoraux, massifs alpins, Corse, Pyrénées).

On y retrouve des personnes âgées, et des jeunes actifs mais avec un taux d'emploi inférieur à la moyenne. L'état de santé et la mortalité évitable y est meilleure. L'APL aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé y est plus élevée cependant l'accès aux structures d'urgences et EHPAD y est plus difficile. La part des résidences secondaires y est importante.

- Classe 4 : Désigne les **espaces urbains/ruraux défavorisés sur le plan socio-économique**, elle représente 11% de la population et 10% des territoires de vie. Principalement dans le Nord-Est de la France autour des petites ou moyennes villes ou dans les anciens bassins miniers.

Fortement peuplées, les populations se distinguent par une mortalité, toutes causes confondues, plus élevée, prématurée et évitable. Le taux d'emploi est le plus bas. Le taux de personnes fragiles et âgées vivant seules est important. L'APL aux médecins généralistes libéraux est légèrement supérieure à la moyenne. Ce sont des zones peu attractives avec un flux migratoire faible malgré une proximité importante avec les pôles urbains et de services.

- Classe 5 : Désigne les **grandes villes, hétérogènes sur le plan socio-économique avec une offre de soins abondante**. Elle représente 30% de la population et 12% des territoires de vie.

Elle comporte des populations hétérogènes : fragiles d'un côté et de l'autre une population plus jeune avec un niveau d'éducation supérieur à la moyenne. L'offre de soins y est la plus abondante notamment en établissement de santé. Elle bénéficie de la plupart des pôles de services et d'emplois mais a en revanche un solde migratoire déficitaire.

- Classe 6 : Représente **les villes et couronnes périurbaines favorisées**. Elle recouvre 17% de la population et 13% des territoires de vie) Ce sont principalement les banlieues des métropoles régionales ou grandes villes.

L'état de santé, l'éducation, les emplois et les revenus y sont élevés. Les APL aux professionnels de santé et les structures sont élevées ou dans la moyenne. La proximité des grands pôles urbains et de services est importante. Le gain de population est notable.

On remarque que ces travaux permettent en sus d'un découpage géographique, de prendre en compte l'importance des facteurs de l'offre de soins, de ces besoins et de l'attractivité des territoires. La typologie socio-sanitaire des territoires de vie classée ainsi en 6 groupes permet de mettre en évidence des répartitions spatiales contiguës (départements homogènes, littoraux, marges rurales) mais aussi des répartitions plus hétérogènes au sein d'un même territoire de vie (centre-ville et périphérie).

Ainsi il est primordial de modifier notre approche de la géographie en une vision de territoires de vie afin de répondre au plus près aux enjeux actuels des zones sous-denses en médecins généralistes et en structures de soins. Cette notion s'avère un outil performant pour répondre aux problématiques d'aujourd'hui, cibler les besoins et pour demain évaluer l'impact des mesures engagées comme le lieu d'implantation d'une MSPP.

C'est sur ces bases démographiques et territoriales que les MSP ont vu le jour, aujourd'hui il convient d'étudier quels sont les facteurs de réussite pressentis par les médecins eux-mêmes, un travail qui n'a jamais été réalisé à notre connaissance et qui permettrait d'améliorer le nombre d'ouverture de MSP et leur pérennité.

2. INTRODUCTION

2.1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle

La médecine de demain doit répondre à de nouveaux enjeux en termes de prise en charge notamment avec l'essor des maladies chroniques. La création des maisons de santé est la réponse apportée par les pouvoirs publics pour résoudre ces nouveaux défis. Nous avons souhaité identifier les facteurs amenant à la réussite de ces nouvelles structures par le prisme du ressenti des médecins qui les ont créés et les font vivre. Définissons tout d'abord d'où viennent le concept de maison de santé et son évolution au cours du temps.

2.1.1. Définition de la Maison de Santé

La définition de la Maison de Santé pluriprofessionnelle (MSP) est encadrée par la législation française. Sa 1ère définition date de 2007, elle a été modifiée à trois reprises depuis pour avoir la définition actuelle qui date de 2016.

2.1.1.1. Première définition Officielle

C'est le 19 décembre 2007 que les MSP sont définies pour la première fois selon l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique par la loi de financement de la Sécurité Sociale (6) « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ».

Ainsi cette première définition a permis de définir :

- Les obligations pour créer une MSP :
 - Assurer des activités de soins sans hébergement
 - Réaliser des actions de santé publique
 - Réaliser des actions de prévention
 - Réaliser des actions d'éducation de la santé
 - Réaliser des actions sociales
 - Il faut au minimum deux professionnels de santé
 - Le personnel médico-social peut faire partie de la MSP
- Sont alors exclus :
 - Les paramédicaux
 - Les pharmaciens

2.1.1.2. Évolution de la définition

La définition de la MSP a été modifiée pour la première fois en 2009, deux ans après l'apparition de la première définition. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009 (7) modifie la définition initiale, en remplaçant le terme « professionnels de santé » par les termes « professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux ». Dans ce même article, il y est ajouté que « 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. »

Cette définition est actualisée une seconde fois par la loi Fourcade du 10 Août 2011 (8) en ces termes : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 (9) et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 (10) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé. Ce projet de santé est signé par chaque professionnel de santé, membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».

Dans cette définition le terme de « pluriprofessionnel » est préféré au terme de « pluridisciplinaire » grâce à la possibilité de présence de professionnels autres que médicaux.

Ainsi ces modifications du texte ont permis :

- D'ajouter la notion de Projet de Santé :
 - Mise en place d'un exercice coordonné
 - Le schéma mis en place devra être conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 (11)
 - Tous les membres de la maison de santé adhèrent à ce projet de santé qui sera transmis à l'ARS.

- De préciser le terme « personnel médico-social » en :
 - Professionnels médicaux
 - Auxiliaires médicaux
 - Pharmaciens

2.1.1.3. Dernière définition : loi de Modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016

En Janvier 2016, selon l'article L 6323-3 (12) du Code de santé publique, est introduit la notion de maison de santé « universitaire ». Les maisons de santé ont maintenant pour objectif de développer la formation universitaire et la recherche en soins primaires.

Une MSP 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 de recherche en soins primaires.

2.1.1.4. Définition du Pôle de Santé

Afin de ne pas confondre les MSP avec les Pôles de Santé, nous devons les définir.

Les pôles de santé sont définis selon l'article L 6323-4 (13) du Code de Santé Publique avec la loi HPST du 21 Juillet 2009 : « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués de professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médicosociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Mais à ce jour, ce terme est rarement utilisé, on parle plus tôt de MSP monosite (l'ensemble des professionnels de santé travaillent au même endroit) ou multisite (les professionnels de santé travail au minimum dans deux endroits différents)

2.1.2. Objectifs des MSP et Pôles de Santé

La création de ces structures a été développée pour répondre au besoin de "Travailler ensemble" et pour répondre aux problématiques actuelles et futures de la santé et devant le vieillissement croissant de la population, la multiplication des maladies chroniques. Mais aussi répondre à l'évolution des modes d'exercices. La MSP permet aux professionnels de santé la possibilité d'un travail coordonné en soins primaires, avec une activité libérale. L'organisation de ces soins de premiers recours est faite par les Agences Régionales de la Santé selon l'article L1434-16 (14) de Santé publique.

2.1.2.1 Définition des soins primaires, de premiers recours :

Les soins de premiers recours comprennent les différentes étapes nécessaires aux meilleurs soins en commençant par la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients. Un accompagnement pour la dispensation l'administration et le conseil pharmaceutique sur les médicaments, produits et dispositifs médicaux. Une aide sur l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social. Et enfin une éducation de la santé.

2.1.2.2 Définition du travail de coordination :

Pour un travail coordonné, les professionnels de santé vont pouvoir s'appuyer sur des dossiers électroniques partagés entre tous, avec des aides logiciels permettant des rappels et des alertes concernant le dépistage, la prévention des patients, un mode d'exercice protocolé, la continuité des soins, la facilité d'accompagnement des patients en situation complexe, la présence de stagiaire.

On notera que la réalisation ou la présence à des réunions pluriprofessionnelles n'est pas obligatoire.

2.1.3. États des lieux des MSP et (pôles de santé)

2.1.3.1. La situation nationale

Il est difficile de connaître le nombre des maisons de santé en activité sur le territoire. Le dernier recensement remonte à peu près 4 ans et ne reflète pas la réalité, car la progression de la création des MSP est exponentielle. En 2012, seulement 170 maisons de santé étaient recensées. Début 2016, on dénombrait 800 maisons de santé et l'objectif était d'atteindre 1400 maisons en activité à l'horizon 2018.

Ces chiffres traduisent une volonté claire du gouvernement et des professionnels de santé de transformer les anciennes pratiques des cabinets de ville, en de véritables structures de soins coordonnées et ceux avec la validation obligatoire de l'ARS. (15)

2.1.3.2. La région Nord Pas de Calais

Il existe 148 MSP (ayant un projet validé par l'ARS) recensées en ce début 2020 dans les Hauts-de-France. (16)

Dans le Pas de Calais on en dénombre 34 (cf la liste ci-dessous), ce qui représente 23% des MSP des hauts de France. Dans le nord il y en a 46 MSP (cf la liste ci-dessous), ce qui représente 31% des MSP des hauts de France.

Liste des MSP du Pas-de-Calais, recensement Février 2020 par le site de la FEMAS :

Anvin, Auchel, Auxi-le-Château, Avion, Bapaume, Baralle, Bayenghem-lès-Eperlecques, Béthune, Blendecques, Campigneulles-les-Petites, Carvin, Cucq, Croisilles, Eperlecques, Etaples, Fauquembergues, Fleurbaix, Fruges, Hesdin, Laventie, Lens, Le Portel, Lestrem, Liévin – Jules Ferry, Liévin – la Plaine, Marquise, Outreau, Pernes, Peuplingues, Sailly-sur-la-Lys, Sainte-Catherine, Saint-Pol-sur-Ternoise, Sangatte, Théroutanne

Liste des MSP DU Nord, recensement Février 2020 par le site de la FEMAS:

Aniche, Anor, Aulnoye-Aymeries, Bersée, Bertry, Boeschepe, Bois-Grenier, Carnin, Dechy, Denain, Douai, Dunkerque, Erquinghem-Lys, Fourmies, Frais-Marais, Gouzeaucourt, Haussy, Hautmont, Hem, Jeumont, La Gorgue, Landas, Lezennes, Lille Moulins, Lille Sud, Marly, Maubeuge, Maubeuge – Sous-Le Bois Montplaisir, Merville, Mortagne du Nord, Orchies, Oxelaëre, Rosult, Rumegies, Saint-Pol-sur-mer, Sin-le-Noble, Somain, Steenvoorde, Templeuve-en-Pévèle, Toufflers, Tourcoing, Trélon, Villers-Outréaux, Watten, Wattrelos, Wignehies

Rappelons que la région des Hauts-de-France comporte 5 départements. Ainsi le Pas-de-Calais paraît mieux doté que les régions voisines. Dans le détail la région se place deuxième derrière le Nord avec un nombre record de 46 MSP, mais devant la somme (27 MSP), l'Aisne (26 MSP) et enfin l'Oise qui n'en comporte que 15.

Or les choses ne sont pas si simples. Les régions n'ayant pas toutes, la même taille, ni la même densité de population, il faut pondérer notre propos avec ces paramètres

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'objectif principal de cette étude est de connaître le ressenti des médecins généralistes ayant participé à la création d'une MSP âgée de plus d'un an, sur ce qui est pour eux un facteur de réussite.

Cette étude vise à ce que les médecins mettent en évidence les facteurs de réussite des MSP qu'ils ont créés, avec leurs ressentis personnels.

3.1. L'étude

3.1.1. Type d'étude

Nous avons mis en place une étude qualitative grâce à la réalisation d'entretiens individuels semi dirigés. Les entretiens ont tous été réalisés à distance soit par un logiciel de Visio conférence soit par téléphone.

3.1.2. Choix d'une étude qualitative

Le recueil du ressenti des médecins impose une étude qualitative : « Les transformations épidémiologiques marquées par la diminution de la partie relative des maladies infectieuses au profit des maladies dégénératives et chroniques ont favorisé l'ouverture de tout un pan de recherche sur les inégalités sociales de santé, le vécu et les représentations de la maladie, la relation entre les patients / usagers et les professionnels de la santé, les savoirs expérientiels ainsi que les travaux importants sur les professions de santé et les institutions de soins et d'accompagnement. Dans le cadre de ces recherches » (17) C'est ainsi que nous avons choisi ce type d'étude.

3.1.3. Choix des entretiens semi-dirigés individuels

L'objectif est de recueillir le ressenti de chaque médecin face à la réussite de sa propre MSP. Nous ne voulons pas avoir une quelconque influence sur les autres participants. Ainsi chaque entretien a été fait de façon individuelle et de façon rapprochée afin que le contexte socio sanitaire exceptionnel soit le même pour tous, la situation ayant très vite évoluée.

3.1.4. Choix des entretiens à distance

Nous avons choisi de réaliser les entretiens à distance en raison de la crise sanitaire, afin de limiter au maximum les déplacements, et pour une question de rapidité. Effectivement les entretiens ont tous été réalisés sur une semaine, afin que l'évolution des stratégies sanitaires n'influence pas les réponses données par les médecins interrogés.

3.2. Sélection de la population

3.2.1. Choix des Maisons de Santé

Afin d'induire le moins de biais possible nous avons décidé de ne pas choisir les MSP interrogées, nous avons envoyé un mail par l'intermédiaire de la FEMAS Nord à l'ensemble des MSP du Nord et du Pas de Calais pour leurs présenter le projet, la méthode utilisée ainsi que les objectifs. Nous avons réalisé l'entretien, avec les médecins volontaires ayant répondu à notre mail, en respectant l'ordre des réponses. Nous avons arrêté les entretiens après avoir obtenue la saturation des données.

Nous avons interrogé neuf MSP du Nord Pas de Calais et nous avons décidé au vu de la saturation des données atteinte avec les huit premiers entretiens, de ne pas retenir pour notre analyse les données de l'entretien réalisé avec le Dr DELETTE Didier, qui exerce à la MSP de Fruges. De plus comme cet entretien a été réalisé en premier et qu'il a permis de modifier légèrement la grille d'entretien que nous avons une raison supplémentaire, pour ne pas en tenir compte.

3.2.2. Type d'échantillonnage

La représentativité statistique n'est pas l'objectif recherché dans le cadre de la réalisation d'une étude qualitative, cependant nous avons essayé d'identifier les variables pouvant influencer les résultats. Ainsi nous avons décidé que le fait d'être présent et d'avoir participé à la création de la MSP était un critère important, les médecins répondant à ces critères ont été désignés comme « leader » dans cette étude. De plus nous pensons que déterminer la réussite d'un projet induit un certain recul, ainsi nous n'avons choisi des MSP qui ont au minimum un an d'ancienneté.

3.2.3. Sélection des praticiens

Les critères d'inclusion des médecins pouvant participer à cette étude, étaient :

- Obligation d'être leader de la MSP étudiée
- Le statut de la MSP a été obtenu auprès de l'ARS depuis plus de deux ans

Le seul critère d'exclusion, est le fait de recevoir une réponse tardive à la candidature envoyer par mail, ce qui aurait demandé une réalisation d'entretiens téléphoniques ou par visio-conférence à des périodes différentes. Bien que la pandémie ne fasse pas partie de notre étude, nous pensons qu'elle a eu un impact non négligeable sur les réponses données par les médecins tant elle a désorganisé le système sanitaire en place.

Le recrutement a débuté mi-mars 2020. La sélection en vue de la réalisation des entretiens a été faite début avril 2020. A l'issue de la sélection, un premier contact téléphonique a été réalisé afin de convenir d'une date, d'une heure de rendez-vous et de se mettre d'accord sur les conditions de la réalisation de l'entretien.

3.3. Consentement

Le consentement oral à la participation de notre étude a été recherché à chaque étape : lors du mail d'appel à projet, puis lors de l'appel téléphonique permettant de définir un rendez-vous, enfin lors de l'appel téléphonique ou visio-conférence quelques minutes avant le début de l'entretien enregistré.

Une demande auprès de la CNIL et du CPP a été réalisée et ne nécessite pas d'autorisation particulière.

3.4. La grille d'entretien

Afin de structurer au mieux notre étude, nous avons réalisé un fil conducteur produit après la réalisation de recherche, de bibliographie et de thèses ayant traité des sujets proches.

Nous avons débuté l'entretien avec une question très ouverte, volontairement, mais qui permet de définir, aux yeux du médecin interrogé, ce qui fait la réussite d'une MSP. Les quatre questions suivantes étaient de plus en plus fermées au cours de l'entretien avec pour objectif de permettre au médecin d'exprimer les facteurs de réussite de leur MSP. La dernière question est la plus fermée avec une réponse binaire attendue, permettant de faire la synthèse de l'entretien et confronter le ressenti personnel de réussite avec les critères de qualité définis par l'ARS.

Des questions de relance étaient possibles dans le cadre de thème non abordés spontanément par les médecins interrogés.

Le guide d'entretien est à retrouver en intégralité en ANNEXE 2.

3.5. Recueil et Retranscription des données

Après les réponses favorables à l'appel de projet par mail, nous avons convenu d'un rendez-vous téléphonique (ou par visio-conférence) à une date et heure précise. Tous les entretiens ont duré moins d'une heure et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique puis retranscrits dans leurs intégralités sur un document Word en respectant chaque mot et chaque intonation. Les éléments non verbaux et les pauses entre les unités linguistiques ont été décrits. La retranscription s'est effectuée après chaque entretien afin de parvenir à une saturation des données.

Nous avons tenu à ce que l'entretien soit toujours structuré avec la même trame :

- Accueil du médecin interrogé
- Remerciements de nous accorder du temps pour cette étude
- Description de l'entretien en insistant sur le fait que les entretiens sont anonymes et qu'ainsi le médecin pouvait sans crainte exprimer son ressenti
- Démarrage de l'enregistrement du dictaphone numérique
- Début de la discussion en respectant l'énoncé des questions écrites sur la grille d'entretien
- Mise en place des relances si nécessaire
- Demande au médecin s'il aurait quelque chose à rajouter avant la fin de notre enregistrement
- Fin de l'enregistrement au dictaphone numérique
- Remerciements et présentation du thésard
- Discussion sur les réponses apportées à ce questionnaire
- Fin de la visio-conférence ou de l'appel téléphonique

3.6. Analyse des données

L'analyse fut inductive et s'est effectuée en trois étapes.

3.6.1. Analyse des données quantitatives

Une question était spécifiquement dédiée à l'analyse des données quantitatives. Cependant au sein des autres questions qui étaient plus ouvertes, nous retrouvons également des données quantitatives qui intéressent notre étude. L'objectif est de caractériser la population étudiée, garantir sa représentativité et sa pertinence.

3.6.2. Analyse descriptive

Cette deuxième analyse a pour but de contextualiser le projet d'étude. Elle permet de rendre compte d'éléments particuliers, pertinents et ainsi d'enrichir l'analyse inductive.

3.6.3. Analyse transversale interprétative

C'est avec l'analyse transversale que nous terminons cette analyse des entretiens menée auprès des médecins. L'objectif est ici la création d'une généralisation justifiée par un ensemble de faits observables concordants. L'analyse des verbatims a été réalisée à l'aide du logiciel N Vivo pour Mac version 1.0, (la dernière en date au moment d'écrire cette étude). Nous avons appliqué la technique de la comparaison constante. L'analyse des données s'est déroulée juste après la réalisation des entretiens afin de respecter le principe de la circularité de la théorisation ancrée. (18)

Le codage a été réalisé à trois niveaux :

- Niveau 1 ou codage ouvert

Le premier niveau a pour objectif l'attribution d'une conception, une vision ou un mot à une idée principale, qui se dégage d'une phrase ou d'un paragraphe. Au sein du verbatim des extraits furent associés à un code afin de lui donner une signification propre.

- Niveau 2 ou codage axial

Le deuxième niveau permet la création de liens entre les concepts nommés lors du codage de niveau 1. Cette deuxième étape permet d'élaborer au niveau dit conceptuel qui englobe les idées de façon à former des catégories de concepts. La résultante élève le niveau de compréhension du phénomène à un contexte plus large et plus explicatif.

- Niveau 3 ou codage sélectif

Enfin l'émergence des hypothèses apparaissent au troisième niveau. Elles naissent à partir des grandes catégories retrouvées dans les niveaux conceptuels. Ce troisième niveau permet d'identifier des noyaux théoriques en réponse à la problématique initiale de l'étude.

4. RÉSULTATS

4.1. Description des Maisons de Santé interrogées.

Cette étude a été réalisée auprès de huit médecins ayant créés une maison de santé pluridisciplinaire depuis plus de deux ans. Ces MSP sont réparties sur le territoire du Nord et du Pas de Calais. Elles sont caractérisées par des territoires différents, des statuts juridiques parfois variés et un fonctionnement propre à chacune. Notre analyse est résumée sous forme de tableau en ANNEXE 3 : Caractéristiques des MSP étudiées sont décrites ci-dessous.

4.1.1. Localisation

Les MSP étudiées sont toutes accessibles à pied, elle se situent, soit au sein même de l'agglomération, dans le centre de la ville ou facilement accessible par les patients. Six d'entre-elles sont en centre-ville. Notre étude a révélé cinq territoires ruraux, et trois territoires urbains. Si l'on s'en tient à la nouvelle définition des territoires de vie définie par l'IRDRESS, nous retrouvons : **Classe 2** : Territoire rural peu attractif, population fragile (Auxi-Le-Chateau, Fauquemberg, Saint-Pol-Sur-Ternoise), **Classe 3** : Espace de tourisme et de retraite (Etaples, Outreau), **Classe 4** : Territoire rural ou urbain défavorisé (Dunkerque), **Classe 6** : Ville et couronne péri urbaine favorisée (Landas). Cette répartition nous semble représentative des MSP du Nord et du Pas de Calais.

4.1.2. Statut juridique

L'écrasante majorité des MSP ont un même statut juridique (sauf une), la SISA, statut indispensable pour la reconnaissance de la MSP par l'ARS et l'obtention d'une aide financière. Cependant à travers la SISA (19) plusieurs statuts juridiques cohabitent, afin de répondre au mieux, aux problématique de chacun. Certains étaient sous le statut de la loi 1901, souvent avant la création de la MPS. D'autres sous le statut de SCI (20) ou SCM (21). Et souvent il y a plusieurs statuts pour la même MSP, le but étant de séparer les attributions de chaque société et de s'adapter au mieux aux professionnels composant la MSP.

4.1.3. Fonctionnement et composition

Les MSP étudiées ont toutes été créées il y a plus d'un an. Cependant certaines sont très jeunes, c'est le cas de trois d'entre-elles qui ont moins de deux ans ; une MSP qui a été créée il y a moins de 5 ans et une autre il y a plus de 2 ans. Pour les trois autres, la création remonte à plus de 5 ans, avec la plus vieille qui date d'il y a plus de 10 ans c'est l'une des plus vieilles MSP de France.

L'âge moyen des médecins composant les MSP est assez variable, nous avons recensé une MSP avec un âge moyen sous les 35 ans ; La moitié d'entre elles abritent des médecins qui ont entre 41 et 50ans en moyenne. Enfin les trois dernières ont une moyenne d'âge de plus de 50 ans. En moyenne, les médecins ont 45 ans, ce qui est inférieur à la moyenne d'âge des médecins inscrits à l'ordre (57 ans).

En ce qui concerne la parité homme femme, elle n'est malheureusement pas respectée. La moitié des MSP étudiées comporte 70% d'hommes et 30% de femmes. Deux MSP ont la répartition majoritairement masculine suivante : 60/40, 80/20. Une MSP seulement a une parité homme femme total à 50% et une seule MSP comporte plus de femmes que d'hommes 80% vs 20%. Cette féminisation des MSP est une tendance que l'on observe de plus en plus, les médecins retraités sont remplacés majoritairement par des femmes. En moyenne les femmes ne représentent que 43% des inscrits à l'Ordre de Médecins, c'est quasiment 4,5 points de plus que dans notre population étudiée (38,75%). Malgré que notre échantillon ne soit pas représentatif, nous pouvons pour mémoire confronter notre échantillon avec les statistiques nationales de la Drees de 2018 (22).

Enfin, malgré l'organisation d'une MSP comme une structure de soins, l'exercice y est libéral pour chaque médecin interrogé. Cependant nous constatons que la pratique du salariat est de plus en plus répandue. Deux médecins ont une activité mixte universitaire, deux ont une activité dans un SSR, un centre de planning familial, ou un centre médico-social, ce qui représente 37,5% de notre panel étudié. C'est une grande différence avec les statistiques de l'ordre des médecins qui nous rapporte que seul 1% des médecins en exercice auraient une activité mixte. Nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur un si petit échantillon mais nous avons le sentiment que l'activité mixte est de plus en plus mise en avant dans les MSP. On notera que dans les entretiens, seul un médecin est à la retraite en exerçant une activité à temps plein.

4.2. Description des entretiens

Nous avons réalisé neuf entretiens avant de constater une forte concentration des données. Le premier entretien a été effectué avec le Dr Delette qui m'a fait l'honneur d'être mon directeur de thèse, cet entretien a eu pour but d'affiner le questionnaire afin d'obtenir un entretien répondant à la problématique soulevée par cette thèse, le plus fiable possible et laissant le plus de liberté possible aux réponses afin d'avoir le ressenti des médecins et non des réponses suggérées. A la fin de cet entretien test, nous avons élaboré un questionnaire comportant cinq questions en partant d'une question très ouverte à des questions plus ciblées. Enfin les mêmes relances ont été définies à l'avance pour avoir des entretiens les plus superposables possibles.

Après avoir formalisé notre entretien, il a été réalisé auprès des huit médecins généralistes, tous leader, c'est à dire ayant créés leur MSP et étant donc présent dès le début de la création. Les entretiens ont été réalisés par Skype ou par téléphone dans le cadre du confinement pour faire face à la pandémie de COVID 19 durant le mois de mars 2020. Les entretiens ont tous bénéficié du même questionnaire et des mêmes relances.

4.3. Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés

4.3.1. Analyse transversale par catégorie :

L'analyse transversale des huit entretiens a fait ressortir trois grandes hypothèses qui répondent à la problématique initiale. Premièrement, les médecins interrogés pensent que la réussite d'une MSP passe par une bonne création et gestion. Ensuite, la dynamique de groupe est pour eux un pilier de la réussite. Et enfin la réussite d'une MSP est à leurs yeux la médecine telle qu'elle devrait être pratiquée au XXIème siècle. Le plan de l'analyse est disponible en Annexe 4

4.3.2. La réussite d'une MSP : De la création à la gestion quotidienne

4.3.2.1. Le bon choix pour l'immobilier

La création de la MSP passe souvent par des choix immobiliers importants. Soit une création à partir de rien, soit un projet de rénovation ou d'agrandissement. Cependant les enjeux sont majeurs, tant les coûts, le temps engagé est important. « La réflexion a pris du temps, la mise en place avant l'ouverture a pris 7 ans » (E4). « Nous avons sous-estimé les coûts au départ » (E5).

Avant de choisir un emplacement ou une surface, se pose la question d'être propriétaire ou locataire. Le premier choix permet de récupérer une partie de l'argent placé dans l'immobilier, mais implique aussi un investissement plus important que le deuxième, la flexibilité de la location offre d'autres avantages. Trois médecins s'accordent à dire que le succès passe par le fait d'être propriétaire : « Il y avait 4 propriétaires et les autres locataires. J'ai tout fait au passage de la MSP pour que tout le monde soit propriétaire. Pour moi, un des principes de réussite de la MSP est que tout le monde soit propriétaire à hauteur de son loyer » (E3) « Ça ça a été un élément principal de réussite. Ça fixe les gens. Je connais des MSP où ceux qui sont propriétaires, les autres locataires et ils rasent les murs. Ainsi il arrive d'avoir du chantage à la prescription « si vous n'êtes pas contents partez » et ils ne prescrivent pas. Même chose dans le cadre de notre maison de santé, chaque profession à sa SCM, donc chacun gère son personnel. En résumé chacun paie un loyer pour les murs, et ensuite chacun gère de son côté. » (E3). Mais d'autres pensent que le fait d'être propriétaire est un poids à certaines périodes : « Chacun paie le loyer à la SCI. Les propriétaires étaient les médecins ils retouchaient les loyers ça fonctionnait bien. Les années passant ils se sont approchés de la retraite et s'approchant de la retraite ils n'ont pas voulu faire de travaux dans la boutique. » (E6). De plus être locataire nous incombe de gérer les charges immobilières et c'est parfois difficile, comme nous le rapporte un médecin : « Une chose est importante, dans nos difficultés ou regret, c'est difficile pour nous de récupérer les charges des autres locataires » (E2).

Tous s'accordent à dire que la construction de la MSP nécessite un véritable investissement personnel pour le leader, il faut pouvoir compter sur soi-même : « heureusement que j'ai pris les choses en main pour la construction » (E4) et ceux qui ont remis leur sort aux entreprises ont eu beaucoup de mal : « Trop trop trop d'administratif, trop de dossiers à faire, à attendre, à redemander. Et puis après avoir affaire à la construction. En fait c'est la construction qui a embêté. Nous avons eu affaires à des entreprises qui ne nous ont pas écoutés, pas entendu. Nous aurions fait les choses autrement si nous avions été entendus. » (E6). Il ressort clairement que l'esprit d'entrepreneuriat, la construction n'est pas une formation acquise bien que nécessaire dans la création de la structure. Et n'étant pas préparé, les délais d'exécutions s'allongent vite.

Enfin et pour finir la construction a pour la majorité des médecins soulevé la question de la sous-évaluation des besoins en locaux. Effectivement la plus part nous disent qu'ils ont construit trop petit : « En l'état actuel des choses, on aimerait que ce soit plus grand. » (E7) « On vient d'avoir un nouveau médecin qui est arrivé et puis on va essayer d'agrandir pour l'accueillir et avoir une salle de réunions un peu plus grande. » (E8) « C'est une MSP privée. Alors une chose que l'on aurait fait autrement, on l'aurait fait plus grande » (E7) « Le seul regret c'est sur le plan immobilier, car maintenant on est trop petit et on veut s'agrandir et c'est pas forcément très facile. » (E8) Il est toujours difficile d'évaluer les besoins de soins de la population, les médecins que l'on va attirer et la réussite que les MSP auront sur les dizaines d'années à venir.

4.3.2.2. Les aides, une étape essentielle à ne pas rater

Lors de la création et de la gestion de la MSP divers aides viennent participer au projet. Elles sont financières, matériels et même sous forme d'accompagnement. Les médecins interrogés ont tous eu à demander ces aides. Le principal acteur et le premier toujours cité est l'ARS : « L'ARS nous a suivi par le chargé d'installation des MSP, elle nous a donné des financements » (E6) « nous avons eu des aides par l'ARS, pour avoir un expert qui nous a accompagné dans l'écriture du projet de santé, pour l'aménagement de notre hall d'accueil et pour l'informatique. » (E9). Les conseils ont été précieux pour la création et la bonne gestion dès le départ de la MSP, l'ARS détache des chargés d'installation pour aider au mieux. De plus elle permet le financement de la modernisation, comme le changement du parc informatique « le changement de logiciel a été financé par l'ARS » (E4), l'aménagement des locaux, la mise en place de sécurités « les écrans de prévention dans la salle d'attente, une partie de l'accessibilité, la sécurité a été financé par l'ARS » (E3). Une aide qui a été constante chez l'ensemble des médecins sondés : « Par contre côté ARS on a été bien aidé, à chaque fois que l'on a demandé des subventions, on a été bien aidé » (E5)

La commune est un acteur important dans l'intégration et la réussite de la MSP. Que ce soit pour l'installation, la mise en place d'événement au cœur de la municipalité ou des aides au financement, les communes sont un interlocuteur obligatoire. Cependant beaucoup de médecins ont décrit le manque d'implication des communes : « On est en haut d'une route à sens unique, on a mis 6 mois pour avoir gain de cause pour un panneau de sens interdit, on a eu peu d'accompagnement de la commune » (E4) « La commune a intégré le bâtiment de la MSP dans un projet d'urbanisme global mais par contre les engagements qu'elle avait vis à vis de nous notamment pour le signalement, rien n'a été tenu » (E5). Malheureusement malgré plusieurs sollicitations la réponse a été la même : « On a voulu mouiller la municipalité et ça n'a pas marché » (E7). Du point de vue des financements les choses sont plus nuancées surtout pour les MSP en zone rurale : « La communauté de communes a donné 100 000 euros par maison de santé » (E3) « C'est à dire que la communauté de communes est propriétaire du

bâtiment donc forcément c'est elle qui a aidé à son financement » (E7). Parfois les financements ne sont pas attribués pour des questions de planning : « Le dernier appel à projet devait être donné avant le 10 avril mais avec le COVID on n'a pas réussi à répondre au projet » (E5). Les communes ont accompagné les MSP dans leurs activités de santé publique : « La mairie, on l'a plus influencé sur des actions médicales. On la considère comme un partenaire dans nos actions » (E9)

La plupart des autres financements sont d'ordre privé, le plus souvent amenés par les médecins eux-mêmes ou amenés par les divers professionnels de santé (avec les problèmes évoqués plus haut) : « On a eu un peu d'informatique mais les travaux n'ont pas été faits. On est donc parti sur un projet de MSP en disant on part sur un projet en location comme ça, il n'y a plus de problème de propriétaire car les propriétaires c'est bien gentils, ils sont contents de ramasser les loyers mais quand il faut faire les frais, près de la retraite ils n'ont pas envie » (E6) « Au départ ce n'était que des fonds privés. Ça a permis de faire des travaux que l'on aurait pas fait sinon » (E3) Ces financements ont permis des travaux de création, mais aussi des travaux d'extension : « La MSP a été créée en 2009 et nous avons fait des travaux d'extension, de remise à neuf et un accès handicapé en 2017 » (E3) « Les aides pour le bâtiment, pour le mobilier, il fallait être en zone bénéficiaire c'était pas notre cas. Là on est en train de finir les travaux, on a tout payé nous-même. Dedans on est 4 médecins et une kiné. Mais c'est nous qui avons supporté le coût des travaux, on a eu zéro euros pour l'immobilier » (E9)

Une part non négligeable du fonctionnement de la MSP passe par l'ACI, possible uniquement lorsque la MSP a un statut de SISA, statut que toutes les MSP avaient sauf une : « Nous n'avons pas eu de financement car nous n'avons pas passé l'étape de la SISA. Les infirmières bloquent là-dessus, et empêchent de faire la SISA et nous n'avons pas encore réussi. Même si aujourd'hui on peut le faire sans les infirmières, nous n'avons donc pas les subventions que l'on pourrait espérer » (E7). Ces aides perçues grâce à l'ACI sont globalement bien perçues par les médecins : « Côté assurance maladie par rapport à l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel) on est bien aidé,

on touche pas ce que l'on devrait toucher mais bon c'est du détail » (E5). Après leur mise en place, les choses fonctionnent bien : « Maintenant on signe depuis 4 ans les ACI et on a cette enveloppe qui vient de la Sécurité sociale » (E9) « On a fait une grille à laquelle personne n'échappe, L'ACI a été organisé par point et par pourcentage de ce qu'elle rapporte. L'ACI est fonction de la patientèle des médecins et de la réponse aux cahiers des charges » (E3)

4.3.2.3. Médecin soignant, Médecin gestionnaire

Être leader d'une MSP, c'est savoir gérer une équipe, un esprit d'entrepreneur, et continuer à être médecin dans le même temps. C'est une gestion parfois difficile et être formé à ce genre de gestion ne fait pas partie du cursus médical. Certains ont cette fibre entrepreneuriale depuis le départ, en effet, pour plusieurs des médecins le fonctionnement de la MSP est resté similaire au fonctionnement de son cabinet classique : « A l'époque une infirmière faisait le secrétariat, et les soins (mais pas de sorties à l'extérieur). Il y a tout un passé de fonctionnement comme une MSP. Quand on a demandé le label de maison de santé, on a rien eu à faire » (E3) « Le cahier des charges avait été rempli avant même d'avoir le titre de MSP » (E5) « on fonctionnait déjà en MSP avant c'est juste le nom qui a changé » (E6).

C'est une organisation différente avec des contraintes fortes, qui demande beaucoup d'investissement : « Beaucoup de temps est consacré à l'organisation de la maison de santé. » (E2) Sans parler de la lenteur administrative : « La longueur des projets et la quantité de problèmes administratifs, on ne l'avait pas anticipé, je ne pensais pas que ce serait d'une longueur pareille » (E6) A tel point que certains ont failli baisser les bras : « Si c'était à refaire, je ne sais pas si je le referai. La mise en place était très très difficile, c'est le versant le plus pénible et le plus difficile. Les trois quarts des choses il ne fallait pas faire vingt-cinq réunions pour aboutir à quelque chose » (E6)

Être gestionnaire ce n'est pas juste réaliser la création, un point qui a bien été soulevé pendant les entretiens, le succès pour eux ne se résume pas à l'ouverture de leurs MSP mais bien à sa pérennité : « Le succès est éphémère » (E2) « S'installer dans la durée ça sera cela, la réussite de ma maison de santé, pour que la maison de santé soit bien incrustée, il faut un fort encrage et une légitimité» (E2)

Enfin le dernier point abordé dans les entretiens, se réfère au leadership. Pour les médecins interrogés, le succès dépend beaucoup du leader et de sa gestion. Pour eux il faut une personne qui dirige, trace un axe à suivre et arrive à créer la dynamique de groupe derrière lui afin de faire vivre au mieux le projet : « Alors là le principal est qu'il y ait un leader, des gens qui suivent et se mettent d'accord sur les grands axes de la maison de santé » (E8)

4.3.3. La dynamique de groupe, un facteur essentiel de réussite

4.3.3.1. Le bien-être de l'équipe

La MSP n'est pas qu'un simple bâtiment où l'on soigne, on y croise de nombreux collègues, d'âge, de profession, et d'horizon différent, parfois tous les matins, parfois quelque fois dans le mois. C'est un véritable lieu de vie « Un lieu de rencontres et de travail » (E2) qui s'accompagne de règles, de bons et de mauvais côtés. Les médecins interrogés, ont bien compris ce concept et en parlent abondamment. C'est pour eux un critère majeur de réussite, que de trouver un bien être dans l'équipe.

Tous les médecins interrogés sans exception rapportent qu'il est indispensable d'avoir une bonne entente au sein de l'équipe : « Il y a de la cohésion, après il y a tout ce qui est échange informel quand on se croise, la prise de repas le midi souvent avec l'un ou l'autre qui permet de rester et d'avoir des contact, des infos c'est cela qui est important » (E8) « le point central c'est que chaque professionnel de santé soit impliqué et investi ; qu'il se sente bien dans la dynamique, et participe à telle ou telle action, à tel ou tel groupe de travail. Chacun trouve sa place. Pour moi c'est ça la dynamique d'équipe » (E9) « A terme l'important c'est d'avoir une équipe qui en veut et qui est libérale » (E4) « Ce qui pourrait favoriser les conflits a été anticipé dans les statuts de la MSP » (E3)

De plus, travailler en groupe est un confort dont beaucoup ne pourrait plus se passer : « Il faut travailler ensemble, qu'il y ait de la coordination, au début cela paraissait un peu artificiel mais en fait, on en voit réellement le bénéfice maintenant » (E2) « c'est confortable de ne pas travailler seul » (E4) « l'intérêt c'est le partage, ne pas être isoler, d'échanger » (E8)

Travailler ensemble c'est aussi une façon de travailler autrement : « C'est moins de pression, mentalement et physiquement » (E4). « Le fait de travailler en groupe ça n'a pas diminué la quantité de travail, mais ce n'est plus le même travail » (E2). Une modification d'exercice qui se traduit également par l'arrivée de médecins plus jeunes

dans l'équipe : « Les jeunes médecins travaillent moins, c'est l'évolution sociétale c'est comme ça » (E4) « La différence c'est que les jeunes médecins font moins de visites et nous prenons des patients de plus en plus loin. Du moment qu'il y a des médecins si les gens sont mal pris nous les acceptons » (E6). Les jeunes sont surtout un espoir pour les médecins qui ont créé leurs MSP. Un espoir de dynamiser le groupe, de pérenniser la MSP dans le temps, d'une reprise de patientèle à la retraite pour certains. « J'espère juste que cela va perdurer après ma retraite, qui est dans deux ans et que mon successeur aura cette facette universitaire » (E4) « J'ai la chance d'avoir une étudiante qui va prendre ma succession progressivement » (E7) Cette peur de ne pas trouver un successeur s'explique par les chiffres de la DREES « 8 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes » (23)

Pour finir et être complet, travailler en groupe c'est aussi des difficultés. Certains sont assez modérés et nous disent que c'est difficile de toujours être au top, tous les jours. D'autre nous parlent de réels conflits profonds parfois dans le groupe : «Ce n'est pas forcément toujours simple tous les jours. Parfois il y a des baisses de dynamisme, moins de convivialité. On a l'impression que ça n'avance pas assez vite, qu'il y a un beau projet au départ et que l'on ne voit pas aboutir forcément. Oui parfois il faut rectifier l'angle de tir, revoir la voilure » (E9) « Il y a parfois de grande hostilité » (E2).

4.3.3.2. La coordination entre les professionnels de santé

Travailler en MSP c'est travailler non pas chacun l'un à côté de l'autre mais travailler ensemble, avoir une réelle coordination entre les médecins bien sûr mais aussi avec les autres professionnels de santé, les pharmacies, les acteurs de la vie politique mais aussi toutes les personnes qui vont de près ou de loin avoir une interaction avec la maison de santé.

La réponse la plus fréquente apportée par les médecins interrogés sur ce sujet est que la coordination a permis la mise en place de projets : « Des projets dans les cartons pour

améliorer la MSP.... Alors là je pourrais vous envoyer le CV de la MSP car je me suis rendue compte que l'on avait déjà abattu énormément de travail dans tous les domaines » (E5) « Nous avons une association loi 1901 qui permet d'animer les réunions, d'avoir un rythme de travail, de favoriser la convivialité. Le bureau d'association a été réélu avec les nouvelles personnes et on va mieux se répartir les tâches, afin que tout soit bien organisé et optimiser le temps » (E9).

La mise en place d'une coordination entre les professionnels n'est pas simple, beaucoup ont eu recours au service d'une coordinatrice, grâce à des aides de l'ARS, elle permet de coordonner les équipes, superviser les projets et organiser les réunions. « C'est à dire dans l'équipe quand elle s'est constituée pour la création de maison de santé, les professionnels étaient tous partants mais on avait une coordinatrice qui était issue du milieu sociale, et qui avait envie de connaître autre chose dans sa vie professionnelle » (E5) « la coordinatrice, qui est là depuis 3 ans, est pour moi un gros soulagement. Car je faisais tout le travail et je faisais tout ce qu'il fait là-dedans et ça me soulage beaucoup. La coordinatrice nous l'avons une journée par semaine » (E8) « Pour nos projets, pour nos actions, nous avons embauché le coordinateur de santé » (E9). « Notre coordinatrice est également assistante médicale » (E2) C'est une idée partagée par tous, qu'elle/il est un statut propre ou qu'une personne remplisse cette fonction. Elle est essentielle au bon fonctionnement de la MSP : « Une MSP réussie c'est une maison de santé où la coordination entre les professionnels est réussie » (E3)

Un autre enjeu majeur, nous en parlions dans le chapitre précédent, c'est la communication entre les soignants. Dans un cabinet individuel on trouve cette distance entre le médecin d'un côté, les paramédicaux de l'autre, sans parler des pharmacies. « Le fait de travailler en MSP nous a procuré des internes, ça rentre dans la même dynamique, la MSP favorise les échanges entre les différents professionnels de santé et cette dynamique s'étend aux personnes qui ne font pas partie de la Maison de santé. Par exemple, avec le COVID on a beaucoup d'échanges avec les infirmières qui ne font pas partie de la maison de santé, car elles savent que la maison de santé est un point géographique où l'information circule » (E7) « La réussite c'est réussir le suivi des

patients, communiquer et savoir communiquer entre nous » (E6). De plus le fait de communiquer plus, permet d'enrichir les connaissances des autres métiers avec lesquels on travaille : « Parler avec les paramédicaux ça me permet de mieux connaître ce qu'ils font, mieux comprendre leur métier » (E4). Ce besoin de communication directe est tellement fort que certains parlent même d'une impossibilité d'avoir une activité de MSP en multi-site : « Je pense même que l'on ne peut pas le faire en maison de santé éclatée » (E2).

Cette communication entre les professionnels a permis la mise en place de projets divers, en particulier, ce qui est souvent revenu, les ETP ; c'est pour certains une condition pour faire rentrer un professionnel dans la maison de santé : « C'est une des exigences pour que les gens puissent rentrer dans la MSP c'est de se former à l'ETP. » Tous les acteurs à la MSP font des ETP et participent. Les médicaux, paramédicaux, les pharmaciens, tout le monde fait de l'ETP. Il y a des bilans éducatifs partagés, et des comptes rendus post d'ETP également » (E5) Pour d'autres c'est optionnel : « Oui avec l'arrivée des internes nous faisons plus d'ETP qu'avant, mais ce n'est pas grâce à la MSP, nous en faisons déjà avant, tous les médecins ne participent pas autant, les médecins restent libres. » (E7). On remarque que les ETP, étant réclamées par l'ARS elles sont toujours présentes, voir encore plus présentes depuis que le statut de MSP : « Nous répondons à l'ensemble des critères car déjà tout était déjà en place. Juste l'éducation thérapeutique et la prévention ont été majorées par la présence du coordinateur. Ça c'est vrai. » (E6)

La coordination a plusieurs vertus ; celles déjà évoquées plus haut, ainsi que d'améliorer la prise en charge des patients, en facilitant la création de projets ; elle permet aussi d'aider au recrutement d'autres professionnels de santé. « En trois jours nous avons créé une filière avec plusieurs acteurs, le fait d'être en MSP a forcément accéléré les choses » (E4) « Nous avons trouvé une psychologue qui est chez nous la référente pour monter les dossiers. Il faut être en équipe pour faire ce travail le seul médecin généraliste ne peut réaliser ce travail seul » (E2). Un médecin nous a raconté que les infirmières qui étaient dans le périmètre des cabinets médicaux ne s'entendaient pas bien entre elles, le

fait de les avoir réunies en MSP a aidé : « Ça me fait penser que tous les infirmiers ont eu peur au début. Ils ne s'entendaient pas très bien au départ » (E4)

4.3.3.3. Attirer d'autre professionnel pour une meilleure offre de soins

Les professionnels interrogés ont toujours en tête cette complexité qui est de faire un travail soigné, qui rend le meilleur service au patient mais ils ont aussi besoin d'attirer de nouvelle spécialité et souvent de grossir les rangs des médecins afin de pérenniser leur maison médicale.

Ainsi pour l'ensemble des médecins ayant participé à cette étude, sans exception, l'enjeu principal a été d'attirer les paramédicaux. « Nous avons réussi à attirer pas mal de monde : kinés, trois infirmières, une infirmière de pratique avancée, trois diététiciennes, une podologue, une psychologue, une psychomotricienne, on a deux sage-femme, une ergothérapeute, un ostéopathe, une sophrologue, deux dentistes, deux internes tous les 6 mois » (E2) « Nous avons des consultations délocalisées de SOS mains afin que les gens ne doivent pas courir jusqu'à Lesquin. Nous avons une sage-femme, cinq infirmière bientôt six. Trois orthophonistes, un pédicure podologue, un psychologue, deux kinés, une diététicienne, ensuite il y a la coordinatrice, trois secrétaires, une femme de ménage. Je pense que j'ai fait le tour. Par contre pour l'instant les kinés, pédicure podologue ne viennent pas. Les psychologues devraient arriver prochainement. » (E5) « Au niveau des paramédicaux nous avons une pédicure, une orthophoniste, un ambulancier. Ensuite ce sont ajouté, une deuxième orthophoniste, les infirmières sont arrivés il y a 3 ans (il y en a huit). Nous avons aussi une ostéopathe, une diététicienne, une sage-femme, qui sont là à temps partiel. » (E7) « on est dans une phase de renouvellement. Ça fait 5 ans que notre projet de santé est validé, on est dans une phase charnière avec un moment où l'on pense à se réorienter. On a fait des choses qui étaient programmées, des choses que l'on a pas faites, et des choses que l'on a fait et qui n'étaient pas écrites. Cette année c'est une année charnière pour réorienter le projet de santé et y intégrer les nouveaux venus. » (E9) « pour l'ouverture de la maison de santé, c'est le projet de santé qui a été

validé en décembre 2015, ça fait donc 5 ans. Mais la structure est ouverte depuis les années 70. On a amené du pluri professionnel au fur et à mesure. » (E9).

Pour attirer de nouveaux professionnels certains mettent en avant la bonne entente et la dynamique de groupe: « On revient à la même chose, c'est la dynamique qui a attiré les gens, pas forcément les murs de la MSP. Je ne peux pas dire si ça a attiré les gens. Ce n'était pas le but, nous n'avions pas besoin d'attiré du monde. Nous étions assez. Ça a peut-être attiré les paramédicaux. C'est la dynamique qui a attiré » (E9). D'autres misent sur des services comme la facilité la vie du conjoint : « je veux vous recruter comme médecin je vais vous demander ce que fait votre conjoint » (E2). « Nous avons mis en place une pépinière d'entreprises » (E2). Nous le voyons bien aujourd'hui ce n'est pas avec de l'argent ou une belle maison que l'on attire des médecins. Ce qui donne envie aux médecins de s'installer c'est un confort de vie, avec des horaires parfois compliquées, pour le conjoint savoir qu'une solution est apportée à la garde d'enfant, est un point rassurant pour qui veut s'installer. Et ce constat est bien sûr également valable pour les paramédicaux.

Le recrutement des internes est aussi un enjeu important, les internes apportent de par leur cursus récent une fraîcheur et les dernières recommandations au plus près du patient. De plus c'est aussi un enjeu stratégique pour le médecin en MSP pour se dégager du temps pour des projets de santé publique et de prévention. Enfin la présence d'internes permet de faire connaître la MSP et permet parfois de créer des vocations en vue d'une reprise de cabinet à terme. Certains médecins ont dès la création apporté beaucoup d'attention en ce sens : « Une partie du bâtiment d'ailleurs est dédié à l'accueil des internes et des remplaçants avec des logements » (E2) Et chez d'autres, la place des internes est venue plus tard : « ensuite nous avons créé la MSP. Le fait de travailler en MSP nous a procuré des internes » (E7).

Malgré que la perspective d'accueillir de nouveaux venus soit pour les médecins interrogés un axe majeur de réussite pour leur MSP, beaucoup sont peu fiers d'eux dans ce domaine, et parlent même d'échec, ils pensent ne pas avoir réussi suffisamment à attirer. « On a surdimensionné la MSP car l'objectif c'était de faire venir des jeunes médecins et jusqu'à maintenant on n'a pas réussi à faire en sorte que des jeunes médecins s'installent » (E5). Après des années d'efforts certains professionnels sont impossible à attirer : « Autrement dit je ne pense pas que j'aurais pu faire plus pour attirer les gens qui travaillaient sur place mais on ne peut pas forcer un âne à boire qui n'a pas soif. Après si ils ne veulent pas venir même si on leurs donne toutes les garanties, s'ils ne veulent pas venir ils ne veulent pas venir. » (E2). Pour l'un des interrogés, cette notion de reprise du flambeau est majeure, en parlant des internes : « Je le vivrais comme un échec professionnel majeur. Je n'aurais pas été dans la capacité à transmettre ce que j'ai fait à quelqu'un d'autre, tandis que l'outil est créé, les gens sont présents » (E2).

Rarement, mais cela est arrivé à l'un des médecins, il arrive que les professionnels partent de la MSP, c'est évidemment vécu comme un échec majeur : « Ce qui c'est passé c'est que l'on a divorcé de nos kiné » (E3)

4.3.4. Les MSP, médecine du XXIème siècle

4.3.4.1. Un confort apporté aux patients

La MSP est clairement la médecine d'aujourd'hui et de demain. Fini les cabinets seuls où le médecin a son logement collé au cabinet, voir même son cabinet est une pièce de son logement. La médecine d'aujourd'hui propose un confort pour le patient que ne proposaient pas les cabinets comme on le concevait avant.

Le premier membre de l'équipe à être mis en avant est la secrétaire : « La plus part des patients sont incapables de prendre les rendez-vous en ligne ou par téléphone. Ils se déplacent pour parler avec les secrétaires » (E5) « C'est un confort aussi pour le patient » (E2). Elle permet une meilleure efficacité avec les patients, d'installer un état d'esprit agréable au sein de la MSP, et c'est le lien privilégié avec le patient. « En plus elle a une très bonne entente avec tout le personnel. C'est très efficace, c'est prouvé dans les études que ça améliore l'efficacité avec les patients et en plus c'est très agréable à vivre » (E7)

Autre point soulevé la permanence de soins, une caractéristique exigée pour l'obtention du label MSP, cette permanence de soins peut être vue comme une contrainte par des jeunes médecins, mais c'est depuis longtemps la règle pour les médecins leader interrogés dans notre étude. « Pour la permanence de soins limite nous travaillons presque une heure de moins que ce que nous travaillions avant le passage en MSP » (E3) « Pour ce qui est de la permanence de soins il n'y a pas vraiment de différence » (E4) « Pas de grand changement ni niveau horaire, ni congé, nous fonctionnions déjà en permanence de soins. » (E6). Cette permanence de soins est aussi vue comme une manière pour certains de garder le lien avec le patient : « Nous faisons très attention à ce que chacun est son médecin traitant. Quand par exemple le mercredi après-midi les deux associés sont absents, j'ai mon interne sur place, ça arrive que les patients n'est pas leur médecin, mais c'est rare » (E5). « Il y en a toujours qui étaient matinaux et qui commençaient vers 8h et il y en a toujours qui finissaient tard. Donc on avait une plage d'ouverture de 12h comme on nous le demande maintenant. Donc ça ne change rien » (E6) Le fait de travailler en groupe aide également à la réalisation de cette permanence :

« Ça permet de ne pas chercher de remplaçant forcément, et de s'arranger avec les collègues, dire comme je disais juste avant : Là je ne vais pas pouvoir ne pas venir, vous assurez, ça ne me pose pas de problème. Une souplesse que l'on n'avait pas avant. » (E8) C'est un avantage d'être en MSP et plus seul dans un cabinet.

Enfin le confort du patient passe par des petits plus que les médecins décrivent très bien pendant l'entretien : « Le fait d'avoir un parking fait plaisir au patient » (E4) « L'agenda est géré par Doctolib, depuis les patients peuvent prendre des rendez-vous même très tard, ce qui était attendu par certains » (E4). Enfin certaines MSP ont une salle d'urgences : « Nous avons une salle d'urgences c'est un point fort en milieu rural » (E3)

4.3.4.2. Un confort apporté aux médecins

La secrétaire est le point qui est le plus revenu, lorsqu'on aborde le confort auprès du patient, c'est aussi le cas du confort apporté au médecin. Même si la secrétaire n'est pas l'apanage de la MSP, tous les médecins sans exception ont fait les louanges de leur secrétaire et nous disent qu'aujourd'hui il est impensable de faire sans : « Nous avons deux secrétaires à temps plein. On a tout réorganisé, tout restructuré, Les secrétaires étaient dans une salle « cachée ». Aujourd'hui les secrétaires sont à l'entrée et elles voient passer tous les patients. Ce sont les secrétaires des médecins, mais elles font tout le temps de l'accueil pluri professionnel » (E9) « Pour l'accueil nous avons une secrétaire, une secrétaire médicale, un service civique » (E2) « La secrétaire nous apporte beaucoup, elle nous fait gagner énormément de temps » (E4). Les missions de la secrétaire dépassent la simple fonction de répondre aux appels téléphoniques : « Elles font la compta, elles reçoivent les patients, on fait notre travail mais on ne s'occupe pas de la carte vital, on s'occupe que du soin. Le fait d'avoir toujours une secrétaire c'est important. Avec le COVID ça permet de filtrer les rendez-vous, les entrées. Elles effectuent un triage, veillent à l'hygiène, donnent des masques etc... Elles permettent de faire énormément de chose et ça nous fait gagner du temps, nous les médecins. En plus elles font la compta, les cartes vitales sont passées par les secrétaires notamment. » (E5) « Elles connaissent bien nos patients donc elles savent quand c'est urgent, elle trient bien

les patients, elles les appellent. Elles nous font gagner du temps au téléphone. » (E6) « Il y a le fait d'avoir un accueil pour les patients et ça nous soulage pour tout le travail de secrétariat au niveau des rendez-vous, des papiers, des gens qui viennent chercher des ordonnances, des certificats, des tas de trucs » (E8) « Elles servent de filtre d'aiguillage, d'orientation, d'information. Du côté médecin, elles ont énormément de travail d'aide administrative, les tiers payant, les retours sécu qui déconnet, la compta » (E9) « Depuis que la secrétaire est là je ne prends plus le téléphone » (E4)

Un point négatif est tout de même soulevé lors des entretiens, la secrétaire est pour les médecins, indispensable et ils ne reviendraient pas en arrière, mais le coût leur semble très élevé. « Il y a quelque chose dont il faut parler, c'est qu'une secrétaire ça a un cout. En réalité on a trois secrétaires pour trois médecins. Je crois que c'est 90% du salaire des secrétaires qui est payé par les médecins à l'intérieur de la MSP » (E5) « Une chose c'est que la MSP est privée donc la secrétaire c'est nous qui la payons. Le coût peut paraître important, comparer à sa femme que l'on ne paie pas pour faire la secrétaire, le cout est vraiment important, mais la contrepartie du confort de travail il n'y a pas photo » (E7)

Le confort d'être en MSP pour les médecins est aussi sur l'organisation du travail, en effet que ce soit pour s'arranger avec les collègues, prendre des congés ou diminué la charge de travail, le passage en MSP a mis en avant de nombreux avantages : « Ça permet un jour où on n'a pas envie de travailler, de ne pas être là, de se faire dépanner très facilement, dire je ne peux pas venir travailler, prendre des samedis matins quand on veut. » (E8) « Je trouve plus facilement des remplaçants » (E2). « Avant j'avais 40 patients par jour, maintenant je suis à 30 à 32 actes jour » (E4). Les médecins généralistes font des gardes, mais depuis la multiplication des MSP l'ARS a repris les modalités des tours de gardes : « Depuis que l'ARS a mis son nez dans le système de garde plus personne ne fait de garde » (E3)

Enfin un dernier acteur qui est cité, est le coordinateur, c'est une pièce maitresse dans l'organisation de la MSP, laissant plus de temps aux médecins qui s'occupent moins de l'organisation et la mise en place de projets : « Ce qui a changé aussi c'est d'avoir un peu plus de temps de répit avec l'assistant médical » (E2) « Les secrétaires, notent quand il y a eu le dernier frottis et le prochain, on a des programmes de prévention qui ont été montés avec la coordinatrice » (E5)

4.3.4.3. De nouveaux projets

La médecine générale d'aujourd'hui doit répondre à de nouveaux enjeux notamment en santé publique, en prévention et en éducation. L'éducation thérapeutique est un axe majeur mis en avant en MSP : « Ca a permis de mettre en route une équipe d'éducation thérapeutique, qui a finalement proposée cette idée-là. Je m'attendais à avoir quelques professionnels, mais finalement toute l'équipe a adhéré à ce projet et donc ça se prolonge. Je trouve que c'est vraiment un plus, tout le monde participe, il n'y a pas de gens qui sont en dehors de l'équipe » (E8) « Oui clairement la maison de santé fait du préventif, un repérage précoce de certaines pathologies et certains troubles, de l'éducation, clairement » (E9) « Nous sommes ouverts depuis 2 ans, on a une association de patients, il y a l'éducation thérapeutique ». Les projets d'éducation thérapeutique sont très divers : « Nous faisons de l'éducation thérapeutique avec l'URPS pour le diabète » (E2). « Nous avons mis en place des séances d'éducation thérapeutique pour la prise en charge de maladies chroniques comme le diabète » (E6) « Notre dernier projet est de l'éducation thérapeutique sur la bronchite chronique » (E2)

La prévention est un pilier de la MSP et c'est une notion qui est fortement ressortie lors des entretiens. Chez certains, elle n'était pas présente avant le label MSP : « Au niveau prévention oui ça a changé, nous n'en faisons pas avant » (E3), « au niveau prévention c'est le jour et la nuit car on a des protocoles dans ce sens-là maintenant (E5) « là clairement, de toute façon c'est des cibles majeurs du travail des maisons de santé, de basculer de plus en plus vers le préventif plutôt que de ne faire que du curatif. » (E9) « Certaines actions de prévention avec la fédération française des maison de santé » (E2)

Pour d'autre c'est une accélération pour diversifier les projets et c'est un plaisir d'avoir découvert une telle diversité qui résulte de beaucoup d'imagination : « Nous organisation des événements de prévention quand c'est le moment du tabac, cancer du col, cancer colo rectal , le coordinateur nous aide bien dans tout ça » (E3) « On est le centre de référence pour la mission retrouve ton cap, dans le cadre de la prévention de l'obésité infantile, et nous sommes la plateforme de référence pour les enfants présentant des dys- » (E2) « Il y a un deuxième projet c'est les Intervisions d'addictologie » (E5) « La formation aux premiers secours » (E2)

Le troisième pilier de la MSP est la mise en place de projet de santé publique. Les thèmes sont aussi variés comme : « Il y a une participation aux actions comme octobre rose » (E2) « Organisation d'actions de santé publique sur le dépistage du diabète » (E5) « Nous avons en ce moment un projet, les patients sont testés par les infirmiers, le médecin traitant fait à ce moment-là un recours vers la polyclinique et on a une consultation avancée gérontologique au niveau de la MSP puis une réunion de coordination afin de mettre en place un projet pour devancer les éventuels problèmes à venir sur le plan gériatrique » (E5) « Un projet sur les urgences judiciaires, il y a pas mal de distance entre le judiciaire et le cabinet » (E2)

Enfin le fait d'être une MSP a accentué les travaux universitaire avec les étudiants mais aussi mise en avant de la nécessité de recherche au sein de la médecine générale. La médecine générale est une spécialité comme une autre et nous voyons depuis plusieurs années le nombre de recherches en médecine générale croître de plus en plus, souvent à l'initiative des étudiants mais pas que comme nous pouvons le voir ici: « Je passe du temps aussi à l'aide à la rédaction, réalisation de thèse » (E2) « Nous sommes en train de préparer un pôle à perspective de recherche, c'est à projet à venir » (E4)

4.3.4.4. L'ère de l'informatisation

Nous ne pouvons pas parler de médecine du XXI^{ème} siècle, et de MSP sans parler de l'informatisation de la santé. Les téléconsultations ont été l'événement le plus marquant de cette période pandémique que nous sommes en train de traverser, avec le COVID 19 les médecins, les paramédicaux, les réseaux de soins (gériatrique, assistant sociaux etc...), les patients tous s'y sont mis à une vitesse peu prévisible ! Les mesures d'hygiène et de distanciation sociale ont fait décoller la téléconsultation. Le leader national des agendas médicaux en ligne, Doctolib, parle de 100 000 consultations depuis le début de la crise sanitaire ce qui représente une hausse de 100 % rien que sur le mois d'avril. (24). Lors de nos entretiens les médecins nous ont confié y avoir recours, mais pas qu'avec les patients, certains utilisent aussi la téléconsultation pour élargir leur domaine de compétences : « Nous participons au projet « Prédice » (téléexpertise et téléconsultations). Nous faisons des téléconsultations avec la diabétologie et néphrologie de l'hôpital d'Arras. De la télé expertise avec des dermatologues libéraux, mais aussi des téléconsultations en EHPAD notamment dans cette période COVID » (E2). Nous voyons même les paramédicaux se mettre de plus en plus aux téléconsultations : « On développe avec les infirmières libérales des téléconsultations présentielle » (E2)

Mais pour assurer de la bonne consultation en ligne, il est primordial d'avoir un bon accès à internet, et c'est une notion qui a fait débat lors de nos entretiens. Curieusement, la moitié des médecins souvent en zone urbaine se disent non prioritaires pour accéder à la Fibre Optique : « La fibre optique n'arrive que maintenant » (E3) « La fibre optique elle est en cours de déploiement mais nous ne sommes pas prioritaires » (E4) « Pour ce qui est de la fibre optique elle n'est pas encore mise en place, la MSP n'a pas influencé la mise en place » (E7). Quand d'autre, où la MSP est dans un milieu rural, la Fibre Optique est arrivée plus rapidement, elle a même été un enjeu majeur des maires et de la communauté de commune dans le développement de la structure : « MSP a été prioritaire sur la délivrance de la fibre optique » (E2) « Pour ce qui est de l'installation de la fibre optique ça a accéléré les choses, car on a dit qu'il fallait absolument la fibre optique

pour pouvoir ouvrir dans de bonnes conditions. On a un serveur hébergé et donc par conséquent l'ADSL de bout de ligne ça ne pourrait pas le faire.» (E5)

L'informatisation de la MSP passe par le logiciel partagé, mais ce que nous avons découvert c'est que de plus en plus ce n'est pas uniquement les médecins qui participent à cet effort de mise en place des dossiers informatiques, c'est aussi les infirmiers, kinés, sage-femme qui s'y mettent petit à petit. Un mode de fonctionnement plus standardisé qu'avant : « Ce qui a changé c'est qu'avant on avait des relations avec les infirmières mais ce n'était pas formalisé, ça se faisait dans le couloir, au café. Maintenant c'est formalisé informatiquement » (E3) « Les infirmières sont au domicile du patient, on reçoit un lien et on peut côté de chaque côté. On facilite la vie et on a une traçabilité de tout » (E2) « Les projets c'est de poursuivre l'informatisation des professionnels qui ne sont pas encore rentrés dedans, les médecins sage-femme orthophoniste c'est bon, les infirmiers commencent » (E5)

L'avenir du tout numérique est encore loin, seule une MSP se sert des ordonnances dématérialisées dans certains cas. « Ca c'est pour le versant hôpital. Nous avons développé avec les pharmacies la dématérialisation d'ordonnances » (E2) L'Assurance Maladie étendra son offre de service numérique autour de projets structurants comme celui de la e-carte Vitale, la prescription électronique et la facturation en ligne dans les années qui viennent. Le projet arrivera à cet objectif pour la fin 2022. (25)

4.3.4.5. Le rayonnement de la MSP

Une MSP seule ne peut pas vivre sainement, elle a besoin de connexion avec d'autres MSP, d'autres acteurs de la vie sanitaire comme les EHPAD, les hôpitaux, les autres cabinets, les établissements médico-sociaux, mais aussi avec la vie politique, les mairies et les communautés de communes. Malheureusement la moitié des MSP interrogées pensent ne pas avoir eu d'impact sur les structures environnantes. Les médecins qui les composent pensent que le passage en MSP, ne leur a pas vraiment donné plus de visibilité ou de poids. « Je ne pense pas que l'on ait influencé ou que l'on ait eu un impact sur les structures environnantes » (E4) « Nous n'avons eu aucun impact! » (E6) « Voyez le regret que je peux avoir c'est de voir l'évolution du système, qui montre un clivage très profond et on le vit actuellement avec le COVID avec les adeptes de la médecine collaborative qui peut être libérale ou salariée, ou mutualiste. Et la médecine ultra libérale. Il y a un clivage très net. Cette crise actuellement elle cristallise la différence entre une médecine ultra libérale (UFMF) et la Fémas (fédération des maisons de santé). On va voir malheureusement des clivages qui vont surgir bientôt. Mon regret c'est celui-là. L'impossibilité de réunir les ultra-libéraux et les maisons de santé » (E2). Un médecin le souligne très clairement, la visibilité de la MSP est encore difficile : «L'hôpital local est à 25km, il ne sait pas trop où on se trouve » (E7) Et cela rejoint ce que pense un autre médecin, les hôpitaux ont un fonctionnement très centré, ils ont leurs urgences, leurs spécialistes et le lien avec la médecine générale est difficile ; de plus les urgences sont la porte d'entrée de l'hôpital il est donc difficile de s'interposer : « Les hôpitaux vivent des urgences donc c'est difficile politiquement » (E3) « Nous assistons parfois à des scènes aberrantes, un patient fait une chute à vélo, les pompiers sont appelés, ils passent devant le cabinet pour amener le patient aux urgences alors que nous avons une salle d'urgences pour ce genre de petite suture » (E2)

Fort heureusement, les MSP ont quand même un rayonnement qui commence à être palpable. Elles sont de plus en plus nombreuses dans la région, et donc forcément de plus en plus identifiables avec un poids important. Notamment politique : « Nous avons de bon rapport avec l'intercommunalité. Ça crée des choses, nous avons fait des actions

communes de santé publique avec l'intercommunalité » (E2) « On a créé un projet commun avec les services de gériatrie de la commune de Grande Synthe » (E5) « Le maire du village est très demandeur lui, il nous a beaucoup aidé » (E7) « Les gens nous disent c'est bien ce que vous faites, on a envie de travailler avec vous. Et puis d'un autre côté on voulait travailler sur certaines thématiques et certaines actions et ça nous a poussé à aller voir les partenaires extérieurs. Je peux citer rapidement la maison de retraite, où on a signé un protocole sur la fin de vie » (E9) « Le fait qu'il y est une MSP dans la commune, ça plait aux maires et aux futures habitants » (E3).

Le rayonnement fait naître des vocations, car la création d'une MSP s'accompagne souvent de la création d'autres MSP aux alentours, par le parrainage de la première : « On est en train de participer au développement de deux autres MSP, une à St-Pol-sur-mer et une à Bourbourg qui seront limitrophes par rapport à la nôtre » (E5) « Nous avons donné envie de créer d'autre MSP à côté. Il y a cinq MSP qui se sont créées à côté » (E3). Vocation pour la création d'autres MSP mais aussi vocation à venir grossir les rangs de la MSP existante : « 75% des professionnels de santé issus de la maison de santé, ne sont pas issus des professionnels du secteur » (E2) « Nous avons cinq médecins, trois infirmières, trois dentistes, une sage-femme, un orthophoniste, deux orthodontistes. Ensuite il y a des extérieurs qui viennent, on a deux psychiatres de St Venant » Les maisons de santé ont attiré des professionnels venant d'autres territoires.

Enfin grâce au label de MSP, les médecins ont réussi à créer de nouveaux projets impossibles à leurs yeux en cabinet classique : « On travaille avec la plateforme santé du Douaisis, sur l'éducation thérapeutique, en lien avec notre infirmière ASALÉE, sur un atelier social d'esthétisme chez les femmes atteintes de cancer sous chimiothérapie. On travaille avec l'hôpital de Somain sur un projet d'un lien hôpital local avec la prise en charge de pathologies psychiatriques ; un travail avec la personne âgée. Donc oui la réponse c'est oui le fait d'être en maison de santé ça a impacté les relations extérieurs » (E9) « Nous avons travaillé en amont avec les structures en créant un pacte de convergence santé avec l'université » (E2)

Un des médecins conclut en disant que l'on pourra parler de succès de la MSP quand : « la population saura qu'il existe un lieu pour la santé, qu'il soit bien défini géographiquement, qu'ils connaissent les actions du centre et surtout quand tout le monde dira que ça a toujours existé » (E2)

4.3.4.6. La réussite d'une MSP selon les médecins correspond-elle à la définition de l'ARS ?

Nous avons interrogé des médecins leader tout au long des entretiens sur leurs définitions et sur les facteurs selon eux amenant à la réussite de la MSP, mais qu'en est-il de la définition officielle, celle donnée par l'ARS. La définition de cette grande institution politique est-elle en adéquation avec, ce que les médecins sur le terrain ressentent ? A mon étonnement et pour l'ensemble des médecins interrogés : oui. Pour eux la définition de l'ARS reflète ce que doit faire une MSP pour réussir : « Je pense que ça répond à 100% à cette définition. Il n'y a pas de problème. Je dis oui à fond » (E8) « Oui je pense que la réussite de cette MSP correspond à cette définition » (E7) « C'est l'objectif. Le maillage du territoire oui, l'enjeu est stratégique et politique effectivement » (E2)

Il y a tout de même des nuances et des cas où la vision de l'ARS ne colle pas avec le terrain « Dans notre ressenti sur le terrain, nous avons le cadre de l'ARS de l'institution.... Parfois ça colle très bien, mais souvent, voire très souvent, ce cadre ne correspond pas à notre dynamique. Parfois on doit adapter notre propre dynamique pour qu'elle rentre dans le cadre institutionnel et ça pour le coup c'est dérangeant, c'est perturbant et ça dénature notre dynamique. On a l'impression que notre dynamique qui nous semble saine, correcte, ne correspond pas à la dynamique de nos institutions, on n'a pas forcément la même priorité. Je reprends l'exemple de la démographie médicale, par exemple chez nous on n'a pas du tout besoin de médecins, on n'a pas fait une MSP pour ça par exemple » (E9) « Nos demandes sont parfois décalées avec ce qui pourrait être attendu. La prise de conscience est lente. Nous savons ce que nous voulons faire, mais pour le faire adhérer les décideurs, doivent faire preuve de ténacité, de persévérance, se mettre en colère, bref faire de la politique sans le savoir » (E2)

5. DISCUSSION

5.1. Forces de l'étude

La majorité des études retrouvées dans la littérature s'intéressent au nombre de maisons de santé, d'autre s'intéressent à l'orientation des jeunes médecins et leurs volontés de mode d'exercice. L'activité libérale que représente une MSP est un mode d'exercice de la médecine, et la volonté seule ne suffit malheureusement pas pour la réussite de cette activité, il faut savoir comment faire fonctionner une MSP, afin d'arriver à sa réussite. C'est un point qui n'est pas abordé dans la littérature et qui nous semble important à étudier.

Deuxièmement, une seconde force réside dans la méthode utilisée. L'objectif de cette étude est d'analyser le ressenti des médecins. L'approche qualitative nous a semblé le choix évident face à cette problématique. La méthode qualitative est adaptée pour étudier les différentes variables difficilement mesurables de façon objective, elle permet d'explorer les émotions ou sentiments résultant d'expériences personnelles.

Mais l'approche qualitative comporte des limites, comme tout type d'étude, elles seront développées plus loin. Elle comporte également des avantages précieux. Le fait de pouvoir interroger les médecins avec une seule grille d'entretien tout en laissant une possibilité quasi infini de réponse a permis de dégager trois grandes hypothèses pour répondre à la problématique initiale. De plus l'analyse progressive des données a permis de rendre compte l'obtention d'une saturation des données, ce qui renforce la validité intrinsèque de l'étude.

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens de type individuel, par visio-conférence ou par téléphone, à une date et heure choisie par le médecin interrogé. L'ensemble des entretiens se sont tenus au domicile ou au cabinet du médecin permettant une mise en confiance importante et facilitant le dialogue, des points forts que nous aurions eu du mal à acquérir dans le cadre d'un groupe ou si le médecin n'était pas dans un lieu familier.

Le guide d'entretien a été élaboré en amont des entretiens et nous avons décidé de faire un entretien test, qui n'a pas été pris en compte dans l'analyse de l'étude mais qui a permis de peaufiner et retravailler certaines questions et certaines relances, ce qui augmente la précision des réponses à la problématique initiale.

Enfin l'expérience du chercheur dans la gestion d'une MSP fût une force. De par ses études il a baigné dans la vie d'une MSP, en tant qu'étudiant de premier niveau, puis de deuxième niveau et enfin en tant que remplaçant. Les connaissances des termes techniques, les institutions indispensables à l'ouverture et à la gestion ont permis d'approfondir certaines notions au-delà des préoccupations basiques.

5.2. Limites de l'étude

L'approche qualitative nous a semblé la plus pertinente pour répondre au problème initial, cependant elle présente également des limites dont nous devons prendre en compte pour l'interprétation des résultats de notre étude

5.2.1. Liées à la sélection

Malgré une saturation des données, nous n'avons sélectionné que peu de médecins. Huit au total alors qu'il existe 148 maisons de santé recensées en ce début 2020 ce qui ne représente que 5% des MSP. Le faible nombre de médecins inclus a résulté de la difficulté à trouver des médecins respectant les critères d'inclusion et acceptant de dégager du temps pour notre étude.

De plus il existe un biais de sélection qui a pu apparaître dans notre échantillonnage, en effet, il est possible que certains leaders aient connu les intentions de réalisation de cette étude de part des amitiés ou des connaissances antérieures avec le chercheur. Ainsi le hasard n'est pas forcément le seul responsable de leur décision de participation.

La sélection de médecins obtenue n'est pas représentative des médecins composant les MSP du Nord Pas de Calais. Cette étude n'a pas été réalisée dans un objectif d'extrapolation des résultats, le but était d'obtenir un éventail de facteurs de réussite de leur MSP, ce qui n'inclut pas la notion de représentativité.

5.2.2. Liées à la méthode

Le guide d'entretien a été retravaillé dans un deuxième temps après l'entretien test avec le médecin engagé dans la direction de ce travail d'étude. Étant lui-même leader d'une MSP et connaissant certains des médecins interrogés la question de l'objectivité des thèmes abordés dans le guide d'entretien peut être remise en cause.

5.2.3. Liées à l'investigation

Dans ce contexte pandémique particulier sur lequel nous ne reviendrons pas, les entretiens se sont tenus dans un lieu familier pour le médecin, que ce soit chez lui ou à son cabinet, ce lieu pour l'entretien peut être vu comme un avantage. Mais ce peut être aussi un défaut, effectivement il est arrivé à plusieurs reprises que l'entretien soit interrompu pour répondre au téléphone, répondre à un collaborateur ou un interne qui avait besoin de conseils, ainsi le fait d'être coupé dans l'entretien participe à la déconcentration et à la perte d'idées qui auraient pu être utiles à notre analyse.

La réalisation de l'entretien a été réalisée avec un enregistrement numérique, cet enregistrement a pu limiter certaines confidences du médecin interrogé concernant les facteurs de réussite, ou du moins des facteurs d'échecs à éviter. Il était peut-être plus difficile pour eux de s'exprimer librement sur leurs retours d'expérience étant donné que tout était enregistré.

De plus le statut particulier du chercheur fut un atout, mais il comporte aussi des limites. Effectivement le fait d'avoir vu fonctionner et avoir su comment a été créée la MSP qui a participé à la formation du chercheur peut comporter un manque de critique dans l'évocation des résultats retranscrit par les médecins interrogés. C'est un risque que le chercheur confirme ses propres idées préconçues et accorde moins de crédit aux idées s'éloignant des conceptions qu'il connaît. Cependant, le chercheur a tenté de réaliser une rupture épidémiologique lors des entretiens avec un travail personnel de déconstruction des a priori lors du recueil des différents ressentis des médecins participant à l'étude.

5.2.4. Liées à l'analyse

La méthode utilisée présente un biais d'interprétation lors de l'analyse.

Le classement en catégories et en thématiques n'a été réalisé que par un seul codeur, le chercheur. Il été prévu de réaliser le codage par deux personnes distinctes initialement, mais ce ne fût pas réalisé. Nous aurions aimé intégrer un analyste venant de l'extérieur, ne pratiquant pas de médecine libérale, comme un médecin de santé publique.

5.3. Principaux résultats au regard de la littérature

5.3.1. La MSP de la création à la gestion

Les entretiens avec les médecins interrogés ont permis de mettre en avant qu'une des clés de la réussite est de connaître les difficultés que l'on pourrait rencontrer lors de la création et la gestion d'une MSP.

Au tout départ de la création de leur MSP les médecins généralistes ont dû imaginer, prévoir, anticiper les besoins inhérents bâtiment, quels professionnels de santé pourraient rejoindre l'aventure. La première clé de la réussite se retrouve dans la surface allouée aux professionnels. Souvent jugées trop petites, certains ont vu trop

grand et se retrouvent avec des bureaux vacants. Ensuite se pose la question de la construction, du suivi du chantier, des retards éventuels. Se pose enfin la question de la propriété ou de la location. Dans ce cas également le choix n'est pas simple, la location permet d'attirer facilement de nouveaux venus, mais être propriétaire permet de fixer les professionnels. (26) Il a été étudié que l'engouement par les futurs médecins voulant exercer en MSP est réfréné par la complexité de l'élaboration d'un tel projet. (27)

Ainsi quand le projet est fixé il faut réussir à faire tourner la machine avec des aides allouées, un thème qui est ressorti à de nombreuses reprises lors de nos entretiens. L'ACI est systématiquement cité, cependant comme peut le montrer une étude réalisée en 2019 dans les Hauts-de-France (28) la difficulté de toucher réellement les aides est très importante avec seulement 14% des MSP valident les grilles demandées. Elles peuvent venir des institutions comme l'ARS qui fournit souvent des aides matériels comme l'informatique, l'équipement pour la sécurité ou par la collectivité, souvent par le biais de la communauté de communes. Difficile ici pour les médecins de forcer le destin, nous avons constaté que les MSP en milieu rural étaient beaucoup plus souvent soutenues par leurs communautés de communes que les MSP en milieu urbain. Les élus locaux ont globalement une bonne connaissance des difficultés de la démographie médicale et connaissent assez bien le fonctionnement des MSP (29). Ils savent que les médecins cherchent de meilleures conditions de travail pour s'installer, une meilleure coordination entre les professionnels et une plus grande facilité à concilier vie professionnelle et personnelle. La MSP répond à l'ensemble des désirs exprimés par les médecins. Les communautés de communes sont conscientes que l'investissement financier est important.

Enfin une autre clé de réussite est de savoir gérer un établissement de coordination de soins au quotidien, beaucoup nous le disent, depuis des années avant que le label MSP soit créé, les médecins avaient l'habitude de coordonner les soins. La MSP donne des outils supplémentaires qui rendent les choses plus accessibles. Même si cette accessibilité a pour conséquence une lourdeur administrative que beaucoup ne supporte plus. Ce succès est considérée comme éphémère et pour qu'il dure, le médecin doit réussir sa gestion. (26)

5.3.2. Dynamique de groupe

La coordination des professionnels est sûrement le plus gros défi à relever mais c'est aussi un levier majeur pour la réussite de la MSP. Elle est parfois assurée par les leaders eux-mêmes mais le plus souvent il est nécessaire de faire intervenir une profession qui est dédiée à cette tâche. Car comme le montre cette étude (30) les leaders ne sont malheureusement pas formés au management, à la gestion d'une structure comme la MSP. Une solution vient alors avec les coordinateurs spécialisés en soins primaires qui aident avec l'administratif et la coordination. Il aide à la mise en place de projets coordonnés avec l'ensemble des acteurs, qu'ils soient médical, paramédical comme les kinés ou les infirmiers, ou encore issus du monde associatif ou médico-social. La coordination c'est la communication et la connaissance des autres, ce qui permet une réelle multidisciplinarité. Ainsi avec cette coordination et la mise en commun des moyens on assiste à de véritables projets d'éducation thérapeutique et de prévention qui implique une multitude de compétence médico-socio-culturel. L'éducation thérapeutique est un véritable moteur d'attractivité, 90% des médecins sont favorables à ces nouvelles manières de soigner et 75% sont prêt à les réaliser dans leurs cabinets. (31)

Attirer des professionnels est l'un des enjeux majeurs pour la réussite de le MSP, pour les médecins interrogés c'est avec une dynamique de groupe que l'on y arrive le mieux. C'est aussi ce que nous a révélé cette étude de 2015 sur les problématiques de la création de MSP (27). Les professionnels cités en premiers sont les paramédicaux, puis des collaborateurs en médecine générale, les internes et enfin les spécialistes. Une étude montre que les professionnels nouvellement promus sont séduits par ce nouveau modèle d'exercice, avec plus de mixité de pratique et un travail collaboratif multidisciplinaire. (32)

Pour ce faire les médecins en collaboration avec les élus locaux proposent d'améliorer l'organisation de la vie personnelle du médecin avec un rapprochement du conjoint, ou encore la création de pépinière d'entreprises. Cependant ce n'est pas facile, et malgré toutes ces astuces il est difficile de recruter du monde, surtout dans

le temps, à tel point que la réussite de la MSP est synonyme de reprise de cabinet lorsque la retraite arrive pour la plupart des médecins.

Un autre élément soulevé par les médecins lors de nos entretiens fut la nécessité d'un bien être au sein de l'équipe pour une MSP réussie. L'entente entre collègues est quelque chose de primordiale, elle est favorisée par un travail de groupe efficace et fluide, des locaux adaptés et conviviaux. Mais aussi grâce au bienfait du travail en groupe. Même si les amplitudes horaires sont les mêmes que celles constatées hors MSP, hormis pour les jeunes qui travaillent moins (33). Les médecins interrogés, décrivent moins de pression physique et mentale grâce à ce travail de groupe. Cependant travailler en groupe apporte également son lot d'inconvénients, le plus notable est l'hostilité entre les professionnels de santé, une des clés de la réussite est l'anticipation des conflits.

5.3.3. La MSP s'inscrit dans une Médecine du XXIème siècle

Malgré que les questions de notre entretien s'intéressait principalement au médecin, tous sans exception ont pensé d'abord au bien-être de leurs patients, lorsque nous les avons interrogés, la réussite d'une MSP est pour eux le confort de leurs patients. Ce n'est pas sur la permanence de soins que le confort se fait, les médecins ont toujours eu ces plages horaires d'ouverture, mais il y a aujourd'hui un agenda électronique avec Doctolib, un parking, une salle d'urgence, des téléconsultations effectuées par les médecins et par les infirmières. La satisfaction patient a déjà était évaluée au sein des MSP du Nord-Pas-De-Calais et les résultats démontrent un ressenti d'une meilleure prise en charge et d'un meilleur suivi. (34)

Le confort est cependant décrit aussi chez les médecins et il est multiple. Tout d'abord le point soulevé par quasi tous les médecins est la présence indispensable de la secrétaire. C'est un gain de temps énorme pour les médecins, qui ne s'occupent plus de l'administratif, plus du téléphone ni de la prise de rendez-vous, ainsi ils ont le confort de ne s'occuper que de leur art, soigner. Une étude de 2015 le montre ; les

médecins désirent déléguer le temps administratif au profit de temps médical et d'un élargissement du champ de formation. (35)

Il y a aussi la présence de nouveaux acteurs qui leur libèrent un temps précieux, le coordinateur, les internes, et parfois la présence d'infirmière de pratique avancée. Tout cela contribue à la diminution de la charge de travail en temps de soins ce qui ne modifie pas la durée mais le type de travail. La moitié des praticiens se déclarent désireux de réduire la durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environs. (33) Effectivement le nombre de congés reste le même malgré qu'il est rapporté qu'il est plus facile de trouver des remplaçants depuis que les médecins exercent en MSP. Les beaux locaux sont aussi cités comme confort pour le médecin. Un point négatif tout de même la secrétaire, bien qu'indispensable à leurs yeux, a un coût, considéré comme très élevé par les médecins interrogés.

Le label MSP exige une informatisation des dossiers, et l'ARS comme nous l'avons vu encourage financièrement l'informatisation des cabinets. C'est une directive très bien suivie, l'ensemble des médecins interrogés travaillent sur l'informatique et certaines infirmières également, c'est encore une exception chez les kinés et autres paramédicaux malheureusement. Cela va peut-être changer et les incitations proposées par l'ACI a révélé que la rémunération est un bon facteur d'informatisation et de partage des dossiers (36) Concernant la mise en place du très haut débit, par la fibre optique ou le câble, la situation est à analyser selon les territoires. Malgré ce que l'on aurait pu imaginer ce sont les territoires ruraux qui ont été prioritaires pour la fibre alors que dans les milieux urbains, les MSP sont souvent les derniers servis.

Les interactions de la MSP avec l'extérieur est le seul domaine décrit majoritairement négativement par les médecins. En effet lors des entretiens les réponses dégagent un manque de reconnaissance flagrant. Pour eux, la réussite n'a pas été jusqu'au rayonnement de leur structure. Ils disent ne pas avoir d'impact important sur les structures environnantes notamment hospitalières, ils ont dû mal à concilier MSP et pratique ultra libérale. Un axe de réussite serait de briller dans ces

axes. Cependant le tableau n'est pas totalement noir, son rayonnement attire des soignants d'autres territoires, crée des MSP aux alentours, et s'accompagne de nouveaux projets universitaires, éducatifs, de prévention et de santé publique. Les réflexions sont déjà en place depuis plusieurs années pour créer des connexions entre les soins ambulatoires, la médecine de ville et des projets médico-socio-éducatifs. (37)

C'est une part indéniable du travail en MSP, la création de projets d'éducation thérapeutique, de prévention et de santé publique sont au cœur du fonctionnement des MSP (38). Elles ont été imaginées pour cela initialement, répondre aux nouvelles problématiques de pathologies chroniques auxquels les médecins sont confrontés quotidiennement. Ainsi se créent des projets sur diverses maladies chroniques, mais aussi sur la prise en charge de la grande vieillesse, de la précarité, du médico-socio-judiciaire.

Enfin concernant leur opinion sur la réussite de leur MSP face au cadre imposé par l'ARS les médecins sont plus tôt satisfaits du travail qu'on leur demande. Ils pensent que leur vision d'une MSP colle bien avec le cadre imposé, permet un maillage du territoire et répond aux besoins de permanence de soins et de prise en charge des maladies chroniques. Malgré des nuances à apporter sur la pertinence de certaines campagnes, nécessaires à certains territoires, complètement inutiles dans d'autres. Certains regretteront une distance trop importante avec les besoins du terrain. Une étude propose une bonne conclusion en mettant en exergue la difficulté de travailler en équipe avec un cadre imposé par des actions politiques changeantes au cours des années. (39)

5.4. Perspectives

5.4.1. Pour les médecins

Cette étude nous aura permis de mettre en lumière de nombreux éléments pour atteindre la réussite d'une MSP, les médecins se sont d'ailleurs très bien appropriés le sujet malgré qu'ils ne soient pas préparés pendant leurs études à une telle gestion. Cependant quelques axes d'amélioration peuvent aider à améliorer un peu plus la réussite. La création immobilière pourrait être gérée par un organisme à part dont ce serait la spécialité. La dynamique de groupe est la clé de la réussite mais elle est fragile et difficile à pérenniser dans le temps, peut-être faudrait-il se rapprocher du modèle employé par les Scandinaves au travail avec des temps de détente entre confrères après le travail.

5.4.2. Pour les élus

Les élus locaux, nous l'avons vu sont de véritables partenaires dans le fonctionnement et la réussite de la MSP, pour les intégrer dès le départ au projet, c'est primordial. Il faut également que les élus comprennent le bénéfice qu'apportent les MSP. Il est important de leur prouver que les actions menées, amènent un réel plus pour leurs communes, pour leurs habitants. Ainsi ils seront plus enclins à aider à financer les équipements nécessaires au bon fonctionnement de la MSP.

5.4.3. Pour les institutions

Enfin et c'est sûrement l'axe qui a été le plus décrié et donc celui où il y a encore le plus de travail. Les MSP ne sont pas encore assez visibles, ils n'ont pas encore totalement trouvé leur place dans le maillage de la santé voulu par l'état. La MSP n'est pas reconnue comme un établissement de soins juridiquement ou en pratique, difficilement réconciliable avec les médecins dit ultra-libéraux, absente de certains parcours de soins pourtant souvent logique. Ce manque de reconnaissance pèse sur le développement des MSP. Cependant ce sont des structures encore jeunes, et leur nombre est en augmentation exponentielle. Avec le temps elles arriveront à trouver leur place dans ce paysage très hétérogène.

6. CONCLUSION

La création de MSP n'est plus un épiphénomène comme on a pu le constater lors des débuts il y a une quinzaine d'années. Aujourd'hui les élus locaux, les médecins et les paramédicaux connaissent bien cette structure. Et c'est une volonté assumée du gouvernement de développer ces structures. Mais qu'en est-il de leur réussite et de leur pérennisation dans le temps ?

A travers des entretiens semi dirigés nous avons interrogés huit médecins généralistes qui avaient tous participés à la création de MSP et nous leur avons demandé de nous exprimer ce qu'ils considérés comme les clés de la réussite pour cette structure. Trois axes se dessinent, la nécessité de prendre un bon départ lors de la création, la mise en place de la gestion, la nécessité d'avoir une bonne dynamique de groupe pour attirer d'autres professionnels et enfin encremer la MSP dans la médecine du XXIème siècle en répondant aux défis de prise en charge des maladies chroniques à travers une informatisation et une organisation efficace apportant un confort pour le médecin et le patient tout en créant de nouveaux projets tournés vers l'extérieur afin d'améliorer la prise en charge multidisciplinaire.

A travers cette étude nous avons trouvé énormément de solutions aux problèmes rencontrés par les médecins. Cependant il n'y a pas de MSP type qui pourrait remplir tous ces critères et aboutir à coup sûr à la réussite. Chaque MSP est différente et c'est en s'adaptant au plus près de leurs territoires qu'elles réussissent à répondre aux besoins de la population, des élus, des structures, et des professionnels qui la compose.

Les MSP ont réussi le pari d'avoir une ossature solide, leur avenir est tourné vers l'extérieur et avec le temps elles vont se structurer et deviendront de plus en plus visibles et donc indispensable au système de santé Français. Il serait intéressant de reprendre dans plusieurs années, la photographie que nous avons faite aujourd'hui avec notre étude et de la comparer à l'évolution qu'aura connue cette structure encore jeune, dans le futur.

7. LISTE DES REFERENCES

1. Ordre national des médecins. Chiffres clés des médecins inscrits. 2018.
2. BOUET P. Synthèse de l'activité régulière par le conseil national des médecins. Service Études et Recherches Statistiques; 2018.
3. BOUET P. La démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018.
4. CHEVILLARD G, MOUSQUES J. Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. Cybergeog. 20 nov 2018;
5. CHEVILLARD G, MOUSQUES J, GABRIELLI L, BOURGUEIL S. 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. Rev Déconomie Régionale Urbaine. avr 2015;(04/2015):657-94.
6. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
8. 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. 2011-940 août 10, 2011.
9. Code de la santé publique - Article L1411-11-1. Code de la santé publique.
10. Code de la santé publique - Article L1411-12. Code de la santé publique.
11. Code de la santé publique - Article L1434-2. Code de la santé publique.
12. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
13. Code de la santé publique - Article L6323-4. Code de la santé publique.
14. Code de la santé publique - Article L1434-16. Code de la santé publique.
15. Maisons de santé pluriprofessionnelles | CGET.

16. DERENSY S. Les maisons de santé Hauts-de-France, état des lieux. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France.
17. COLIN A. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2020. (U: Sociologie).
18. TAYLOR SJ, BOGDAN R, DEVAULT M. Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource. John Wiley & Sons; 2015. 416 p.
19. DGOS. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019.
20. BERCY infos. Société civile immobilière : comment ça marche ? 2020.
21. Direction de l'information légale et administrative. Régime fiscal d'une société civile de moyens (SCM) - professionnels | service-public.fr. 2018.
22. Douangara S. Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. 2018.
23. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux: comment les définir? Comment les mesurer? MAI2017;(17).
24. DOCTOLIB. Doctolib | Téléconsultation gratuite (COVID-19). 2020.
25. CNAM. Convention d'objectifs et de gestion entre l'état et la Cnam. 2017.
26. DE HAAS P. Monter et faire vivre une maison de santé. In: Monter et faire vivre une maison de santé. 2015. p. 87-126. (LE COUDRIER).
27. Victor V. Problématiques liées à la création de maisons de santé pluriprofessionnelles dans le Nord-Pas-de-Calais : modèle trans-théorique du comportement planifié adapté aux professionnels de santé. [Lille]: Lille 2; 2015.
28. FENESTRE M. Etude de protocoles de maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-France au regard des critères d'évaluation proposés par la caisse primaire d'assurance maladie : aide à la rédaction et à leur valorisation. [Lille]: Lille 2; 2019.

29. GARNIER V. Les représentations des élus locaux et des institutionnels face à un projet de maison de santé pluri professionnelle dans le département du Nord. Lille 2; 2012.
30. VANDROMME D. Maisons de santé pluriprofessionnelles dans le Nord-Pas-de-Calais : recherche et développement sur une analyse managériale de type SWOT. [Lille]: Lille 2; 2015.
31. PARAPONARIS A, GUERVILLE M, CABUT S. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile. Etudes Résultats. févr 2011;(753).
32. PELAT M. Attractivité des maisons de santé pluri professionnelles pour les internes de médecine générale de la région Ile-de-France. 2012.
33. AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A. L'exercice de la médecine générale libérale Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Etudes Résultats. nov 2007;(610).
34. DEVOS I. Enquête sur la satisfaction des patients consultant en maison de santé dans le Nord-Pas-de-Calais. 2019.
35. CHANU A. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistants médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. 2015.
36. DENIS S. Dossier médical commun ausein des maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Nancy; 2012.
37. FOURNIER C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. Sci Soc Santé. 2014;32:67 à 95.
38. Saout MC. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. :165.
39. FOURNIER C. Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. J Gest Déconomie Santé. janv 2019;(1):72 à 91.

8. FINANCEMENTS, CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent ne pas avoir perçu de financements ou avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

9. ANNEXES

ANNEXE 1 : Courrier pour demande d'entretien

Mr TAILLAINT Gautier
229 rue Léon Gambetta
06 10 29 35 83

à Lille, le 23/03/2020

taillaint.gautier@gmail.com

Chères consœurs, chers confrères,

Je me présente, Taillaint Gautier, je suis médecin Généraliste remplaçant. J'ai eu la chance d'être formé à la MSP de Fruges avec le Dr Delette Didier qui me fait l'honneur d'être aujourd'hui mon directeur de Thèse.

Tout d'abord permettez-moi de m'associer à vous lors de cette période difficile, j'ai personnellement repris des gardes aux urgences pour renforcer les rangs face à l'afflux de patients COVID-19. Et sachez que l'entraide est importante pour tout le monde. Ainsi si vous rencontrez des difficultés, que vous devez prendre un jour ou une semaine de repos n'hésitez pas à me demander j'essayerais d'y répondre personnellement ou je ferais jouer mes contacts parmi mes amis remplaçants.

Le Dr Derensy S. a eu la gentillesse de faire suivre ce mail car dans le cadre de ma Thèse dont la soutenance est prévue le 24 juin, j'aurais besoin d'effectuer des entretiens avec des médecins de MSP fondées depuis plus d'un an dans le Nord Pas de Calais.

Le but de cette thèse est de **recueillir le ressenti de chacun lors d'un entretien de 30min à 1h sur les facteurs ayant mené à la réussite de leur MSP**. Dans le contexte actuel cet entretien peut se faire en présentiel ou par vidéo-conférence.

Je compte sur votre soutien pour m'accorder une heure de votre temps afin que je puisse rapidement avancer sur ma thèse et pouvoir également aider mes confrères aux urgences ou dans les cabinets.

Dans l'attente de votre retour afin de convenir d'un rendez-vous, je vous laisse mes coordonnées, et vous souhaite une excellente semaine.

Gautier TAILLAINT

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

- Pour vous médecin travaillant dans une MSP, qu'est-ce qu'une MSP réussie ?
Définition du médecin (question très ouverte)
- Quel a été pour vous l'élément principal de réussite de votre maison de santé (+- ce que vous auriez fait autrement / regrets)?
L'élément majeur
Vos regrets
Projets pour améliorer
- Qu'est-ce qu'une MSP vous apporte par rapport à un cabinet « classique » ?
Début de carrière en cabinet classique ?
Organisation de MSP :
Confort de congés, d'horaire
Possibilité de permanence de soins pour les patients
Possibilité de discuter avec les autres professionnels de santé directement
Prévention, Éducation
Formations, Évaluations des pratiques
Aspect Financier :
Aides de l'ARS, de la Région, du Département, de la Ville
- Données quantitatives de votre MSP:
Général :
Depuis combien de temps
Statut juridique
Composition des professionnels de votre MSP :
Age, Ratio H/F, Profession, date d'arrivée dans la MSP
Mode d'exercice
Personnel administratif
Géographique :
Rurale / Urbain
Localisation dans la ville
- Pensez-vous que la réussite de votre MSP a eu un impact (positif ou négatif) sur les structures de santé environnantes ?
Accessibilité aux soins :
Soins de premiers recours
Rapports avec les soins de seconds recours / Réseau
Formation continue / Soirée entre pairs
Attractivité de la commune
Solde migratoire, nombre de Logements
Infra structure
- Pensez-vous que la réussite de votre MSP correspond au critère de l'ARS ?
Rappel de la définition par l'ARS :
Activités de soins sans hébergement et actions de santé publique
Prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales
Médecins et autres professionnel
Part universitaire

ANNEXE 3 : Caractéristique des médecins interrogés

	Territoire de vie	Statut juridique	Ancienneté de la MSP	Âge moyen des médecins	Type d'activité	Parité H / F
E2	Classe II	SISA	< 2ans	40 – 50 ans	Libéral pur	75/25
E3	Classe IV	SISA	> 5ans	> 50 ans	Libéral pur	80/20
E4	Classe III	SISA	< 2ans	> 50 ans	Libéral pur	50/50
E5	Classe IV	SISA	< 2ans	> 50 ans	Mixte	70/30
E6	Classe II	SISA	2 à 5 ans	40 – 50 ans	Libéral pur	20/80
E7	Classe II	SCI	> 5ans	40 – 50 ans	Libéral pur	70/30
E8	Classe III	SISA	> 5ans	< 35 ans	Mixte	70/30
E9	Classe IV	SISA	> 5ans	40 – 50 ans	Libéral pur	70/30

ANNEXE 4 : Plan de l'analyse transversale

1. La réussite d'une MSP : De la création à la gestion quotidienne

- 1.1. Le bon choix pour l'immobilier
(E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E7) (E8)
- 1.2. Les aides, une étape essentielle à ne pas rater
(E4) (E3) (E5) (E6) (E7) (E9)
- 1.3. Médecin soignant, Médecin gestionnaire
(E2) (E3) (E5) (E6) (E8)

2. La dynamique de groupe un facteur essentiel de réussite

- 2.1. Le bien-être de l'équipe
(E2) (E3) (E4) (E8) (E7) (E9)
- 2.2. La coordination entre les professionnels de santé
(E2) (E3) (E4) (E5) (E7) (E8) (E9)
- 2.3. Attirer d'autre professionnel pour une meilleure offre de soins
(E2) (E3) (E5) (E7) (E9)

3. Les MSP, médecine du XXIème siècle

- 3.1. Un confort apporté aux patients
(E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E7) (E8)
- 3.2. Un confort apporté aux médecins
(E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E7) (E8) (E9)
- 3.3. De nouveaux projets
(E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E8) (E9)
- 3.4. L'ère de l'informatisation
(E2) (E3) (E4) (E5) (E7)
- 3.5. Le rayonnement de la MSP
(E2) (E3) (E5) (E6) (E7) (E9)
- 3.6. La réussite d'une MSP selon les médecins correspond-t-elle à la définition de l'ARS ?
(E2) (E7) (E8) (E9)

ANNEXE 5 : Verbatim des entretiens

Entretien n°2 :

- ***Merci pour votre temps. Première question, quelle est pour vous, la définition d'une MSP réussie ?***

- Vous voulez parler d'une définition qui n'est pas dans le cadre statutaire ?

- ***Pour vous qu'est-ce qu'une MSP réussie ? Votre ressenti***

- Heu.... C'est une structure, une organisation de soins en unité de lieux, dans laquelle les professionnels apprennent à se connaître, à travailler ensemble, et à monter des projets. Voilà. C'est une définition générale, un lieu de rencontres et de travail.

- ***Une deuxième question, quel est pour vous l'élément principal qui a fait que votre MSP a fonctionné ? Quel est votre principal regret ? Qu'auriez-vous fait autrement ?***

- Je ne sais pas si on peut parler de succès, les maisons de santé sont des structures qui sont récentes. Le succès sera quand tout le monde dira qu'elles ont toujours existé.

C'est trop récent pour que l'on parle de succès mais de façon générale, c'est moins décrié qu'il y a quelques années ; c'est une façon de parler de succès. D'une façon générale on ne peut pas parler de succès, c'est trop prématuré. Par contre on peut tracer des points positifs, mais je ne me considère pas encore comme une MSP avec du succès. Le succès est éphémère. S'installer dans la durée sera la réussite de ma maison de santé. Nous avons beaucoup de reconnaissance pour les réseaux, pour l'attractivité du personnel de santé, pour les patients, ceux sont des marqueurs, qui nous font dire que l'on ne fait pas fausse route (l'attraction de professionnels issus d'autres territoires, la diminution de la moyenne d'âge de la maison de santé, le renouvellement des professionnels de santé, avec des primo installant et des cabinets secondaires....) La jeunesse c'est l'avenir. La jeunesse c'est vous, la génération émergente.

- ***Un regret ? Quelque chose que vous auriez fait autrement pour améliorer cette MSP ?***

- Euh.... Alors c'est un projet que l'on a débuté il y a 5 ans, je suis parti avec mon couteau dans la poche, avec une idée et puis j'ai voulu fédérer tous les corps professionnels, à cette idée. J'ai pris une méthode qui était de réunir profession par profession, en sachant qu'il y aurait de grandes hostilités ; J'ai ouvert le champ des possibles et qu'ils devaient venir s'installer dans la maison de santé. On a quand même 75% des professionnels de la maison de santé qui ne sont pas issus des professionnels du secteur. Autrement dit je ne pense pas que j'aurais pu faire plus, pour attirer les gens à travailler sur place mais on ne peut pas forcer un âne à boire qui n'a pas soif. Après s'ils ne veulent pas venir même si on leur donne toutes les garanties, s'ils ne veulent

pas venir, ils ne veulent pas venir. Finalement je prends ça avec philosophie, car personne n'est prophète dans son pays. Voyez-vous, le regret que je peux avoir c'est de voir l'évolution du système de santé, qui montre un clivage très profond et on le vit actuellement avec le COVID, avec les adeptes de la médecine collaborative qui peut être libérale ou salariée, ou mutualiste. Et la médecine ultra libérale, est là, c'est de l'actualité. Si vous avez des oreilles au sein d'URPS. L'URPS est profondément divisée sur ce point. Les ultra-libéraux de l'URPS, considèrent que tout cabinet médical est une cellule COVID. L'ARS a fait un appel au volontariat avec un cahier des charges très précis avec un temps infirmier, un temps secrétariat, un temps médical spécifique. Pour que ces cellules COVID soient installées dans les maisons de santé. Il y a un clivage très net. Cette crise actuellement elle cristallise la différence d'une médecine ultra libérale (UFMF) et la FEMAS. On va voir malheureusement des clivages qui vont surgir bientôt. Mon regret c'est celui-là. L'impossibilité de réunir les ultra-libéraux et les maisons de santé. Mais aussi que les maisons de santé ont un statut de société mais ne sont pas reconnues comme un établissement de santé. Donc on a tous les inconvénients du système libéral, on a pas les points forts d'un système type hospitalier ou d'un établissement de santé et on a les emmerdes des deux. C'est un problème, et cela pourrait être un critère de réussite pérenne, que les maisons de santé est un cadre juridique adapté, avec un volant organisationnel plus solide que ce que l'on a.

- ***Quel est le statut juridique de votre MSP ?***

- La maison de santé est sous le régime de la SISA. Il y a plusieurs structures qui cohabitent, la SISA du Ternois, La mutualité française (dentisterie) et il y a le centre hospitalier d'Arras pour les consultations avancées et les téléconsultations. Il y a un propriétaire qui est l'intercommunalité, une partie du bâtiment d'ailleurs est dédiée à l'accueil des internes et des remplaçants avec des logements. Une chose importante, dans nos difficultés ou regrets, c'est difficile pour nous de récupérer les charges des autres locataires.

- ***D'accord, Pour revenir sur la question des éléments de réussite ou des regrets, avez-vous des projets pour redynamiser cette MSP ?***

- Nous sommes ouvert depuis 2 ans, on a une association de patients, il y a l'éducation thérapeutique, il y a la coordination entre professionnels, la coordination avec le réseau gériatrique, des actions de santé publique et de prévention. Il y a une participation aux actions comme octobre rose, il y a des travaux de thèses, la participation au projet Prédix (téléexpertise et téléconsultations). Accueil des infirmières de pratique avancée, contrats d'assistants médicaux. L'idée est de continuer à développer ces projets ; et monter d'autres projets pour avoir des financements ; monter une ICA d'urgences. On est toujours sur la créativité en permanence. Un projet sur les urgences judiciaires, il y a pas mal de distance entre le judiciaire et le cabinet. La formation aux premiers secours. Les projets avec la MSA également. Le pari est de rendre attractif une maison de santé à plusieurs niveaux. Pour la population savoir qu'il existe un lieu pour la santé qui soit bien défini géographiquement et qu'ils connaissent

les actions de cette maison de santé, c'est rassurant pour la population. Deuxièmement à qualité architecturale, technologique égale, la garantie de pouvoir gagner sa vie est importante pour l'attractivité ; un professionnel de santé regardera comment ça se passe ailleurs et verra la stratégie couplée entre la maison de santé et les élus pour rendre l'accueil du conjoint facilité. Autrement dit, si je veux vous recruter comme médecin je vais vous demander ce que fait votre conjoint.

- ***Parfait merci, voici la question suivante : Pour vous, qu'est-ce qu'apporte une MSP par rapport à un cabinet classique et avez-vous déjà travaillé seul dans un cabinet ?***

- Oui bien sûr, j'ai un parcours particulier j'ai commencé dans un service d'urgence. Ensuite j'ai exercé dans un cabinet seul jusqu'en 2014. Et je me suis dit que je ne pouvais plus continuer à travailler comme ça. C'était un impératif personnel et de santé publique de créer cette structure. C'est mission impossible aujourd'hui de suivre une cohorte de chroniques seul aujourd'hui. Ce n'est pas possible de suivre un patient chronique en le voyant 15min tous les trois mois, cela n'a pas de sens, il faut travailler avec les pharmaciens, de la coordination. Cette idée-là est arrivée au fil du temps. Au début ça paraissait un peu artificiel mais en fait on en voit réellement le bénéfice maintenant. J'ai une assistante médicale, elle fait la pré lecture des courriers, elle sélectionne les courriers où il y a des choses à voir et on décide de reconvoquer les patients, ils sont vu par le médecin. On travaille à la britannique en fait. On ne peut pas le faire si on est tout seul. Je pense même que l'on ne peut pas le faire en maison de santé éclatée. Il faut un point géographique qui centralise.

- ***Très bien, et que considérez-vous comme un échec ?***

- Je considérerai un échec si personne ne veut reprendre mon cabinet. Je le vivrai comme un échec professionnel majeur. Ne pas être en capacité de transmettre ce que j'ai fait à quelqu'un d'autre, tandis que l'outil est créé, les gens sont présents.

- ***D'un point de vue des horaires, congés, le fait d'être en MSP est-ce que ça a changé des choses pour vous ?***

- Oui ça a changé, dans le sens où je trouve plus facilement des remplaçants. J'ai des contrats de médecins adjoints, même si c'est difficile à avoir, l'ordre du pas de calais est assez conservateur.... Le nord est moins frileux, donc ça, c'est à charger. Ce qui a changé aussi c'est d'avoir un peu plus de temps de répit avec l'assistante médicale, avec des internes. Je les avais déjà mais c'est plus simple. Il y a plusieurs cabinets, alors qu'avant je n'avais qu'un seul fauteuil. Ça n'a pas diminué en travail, mais ce n'est plus le même travail. Je consacre du temps aux travaux de thèses comme à présent. Je consacre aussi du temps à l'organisation. Je passe du temps aussi à l'aide à la rédaction, réalisation de thèse. Donc le temps de soins est optimisé. Mais beaucoup de temps est consacré à l'organisation de la maison de santé. C'est le deal du départ, quand on crée quelque chose il faut y consacrer du temps.

- ***Deux points que nous n'avons pas abordé dans l'organisation de la MSP : et qui est peut être différent d'un cabinet classique ? Est-ce que depuis qu'il y a la***

MSP il y a de la prévention, éducation ? Et même question sur la formation et l'évaluation des pratiques ?

- Oui pour la prévention on a mis en place certaines actions de prévention avec la fédération française des maisons de santé sur le tabagisme notamment, sur le cancer, et puis sur l'éducation thérapeutique avec l'URPS pour le diabète. Ensuite on est le centre de référence pour la mission retrouve ton cap, le dépistage de l'obésité chez les enfants et on est également le centre de référence pour neurodèv, La plateforme de référence pour les enfants qui présente un dys-. La psychologue qui est chez nous est la référente pour monter les dossiers. Il faut être en équipe pour faire ce travail. Mettre toutes ces actions en place, seul c'est impossible !

D'accord, merci beaucoup, je voulais revenir sur le financement : Que vous a apporté la MSP par rapport à un cabinet classique ?

- On a monté beaucoup de dossiers pour les financements et les a pas tous eu.... Mais bon ça fait partie du jeu aussi. Mais on est surtout encore neuf et on n'a pas encore l'assise cognitive suffisante pour pouvoir nous imposé.

Avez-vous l'impression d'avoir eu un manque de soutiens ?

- Non ce n'est pas ça, quand on discute avec les établissements administratifs (CPAM, ANRS, Intercommunalité, région, état) on est dans un contexte où les libéraux sont perdus. On n'a pas de force de frappe syndicale, ça peut poser des difficultés. On a des difficultés avec l'ordre pour faire passer certaines choses. Nous sommes émergents, on doit se faire de la place par rapports aux autres, jouer des coudes. Nos demandes sont parfois décalées. La prise de conscience est lente. Nous savons ce que nous voulons faire. Mais pour le faire adhérer à des décideurs, il faut faire preuve de ténacité, de persévérance, se mettre en colère bref faire de la politique sans le savoir.

Ok merci, je poursuis, je vais vous poser des questions plus spécifique, quantitative. Depuis quand la maison de santé a été créée?

- Le projet de santé à débuter en 2015 et l'ouverture il y a deux ans en mars 2018.

Quel est la composition de votre MSP ?

- La MSP est dans un milieu rural, elle est en périphérie de la ville, la maison de santé est accessible à pied et il y a des navettes qui ont été créé. La MSP est composé de 3 médecins, nous sommes deux hommes, une femme. Au niveau des paramédicaux nous avons deux kinés, trois infirmières, une infirmière de pratique avancée, trois diététiciennes, une podologue, une psychologue, une psychomotricienne, on a deux sage-femme, une ergothérapeute, un ostéopathe, une sophrologue, deux dentistes, deux internes tous les 6 mois. Une coordinatrice qui est également assistante médicale. Une secrétaire, une secrétaire médicale, un service civique pour l'accueil des stagiaires de la mission locale et deux agents d'entretiens. Nous avons des consultations avancées de spécialités chirurgicales de l'hôpital d'Arras : Urologie, orthopédie, chirurgie viscérale. Des téléconsultations avec la diabétologie et néphrologie de l'hôpital d'Arras. De la télé expertise avec des dermatologues libéraux.

- ***J'avais une question centrée sur les médecins. Les trois médecins ont-ils une activité libérale exclusive ou y-a-t-il une part de salariat ?***

- Non, nous sommes tous libéraux. La seule activité salariale est l'astreinte pour le SRR dans la rue d'en face. Par contre nous intervenons dans le centre médico-social en tant que salarié

- ***Est-ce que vous avez des gens retraité qui exerce encore dans la maison de santé ?***

- Non non les autres sont plus jeunes que moi.

- ***Quatrième et avant dernière question, pensez-vous que votre MSP a eu un impact sur les structures environnantes ?***

- Oui bien sûr ça a créé des rapports. Nous avons déjà travaillé en amont avec les structures en créant un pacte de convergence santé avec l'université, le département de médecine général, l'hôpital d'Arras, et l'intercommunalité. Cela a permis de créer des choses, nous avons fait des actions communes de santé publique avec l'intercommunalité. Nous avons travaillé sur le contrat local de santé deuxième génération. Nous intervenons dans les maisons de petites enfances. Nous avons développé des partenariats avec les structures pour adultes handicapés et IME. Ensuite au niveau de l'hôpital nous avons fait le partenariat avec les téléconsultations. Mais aussi des téléconsultations en EHPAD notamment dans cette période COVID. Ça c'est pour le versant hôpital. Nous avons développé avec les pharmacies, la dématérialisation d'ordonnance. Avec l'EMS santé et Ma pharmacie mobile, on développe avec les infirmières libérales des téléconsultations présentes. Elles sont au domicile du patient, on reçoit un lien et on peut interagir de chaque côté. On se facilite la vie et on a une traçabilité de tout.

- ***Très bien merci. Et concernant l'attractivité de la commune, je pense à l'accès internet, la création de route ?***

- La MSP a été prioritaire sur la délivrance de la fibre optique, prioritaire dans l'aménagement du territoire par l'intercommunalité, elle a mis en place également des pépinières d'entreprises. Oui forcément c'est une dynamique conjointe. Je n'ai pas la prétention de penser que la MSP a attiré des populations dans la commune, mais je pense que s'il n'y en aurait pas, effectivement ça n'aurait pas amélioré les choses.

- ***Dernière question, je vais vous rappeler la définition légale de la MSP et je voudrais savoir si elle correspond à l'image que vous vous faite de la réussite d'une MSP. c'est une structure ayant une activité de soins sans hébergement avec des actions de santé publique de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales regroupant des médecins et autres professionnels de santé et qui a une vertu universitaire. L'objectif c'est aussi que l'on retrouve les notions de permanence de soins, de multidisciplinarité et de maillage du territoire. Pensez-vous que la réussite de votre MSP correspond à cette définition ?***

- Le terme de permanence de soins est un terme qui correspond plus aux maisons médicales. On est plus dans la continuité de soins. Au lieu d'interdisciplinarité je dirais

plus inter professionnalité, avec la dimension de compétence partagée, c'est l'objectif. Le maillage du territoire oui, l'enjeu est stratégique et politique effectivement. Il ne pourra pas y avoir une MSP dans chaque territoire comme il ne pourra pas y avoir un SAMU dans chaque territoire. C'est un point d'encrage où il peut y avoir accès à tous les soins primaires et où on peut avoir accès à tous les soins secondaires par la téléconsultation et aussi grâce à l'accueil des jeunes en formation. Pour que la maison de santé soit bien incrustée, il faut un fort encrage et une légitimité. Je pense que ma MSP correspond à cette définition, en tout cas j'ai toujours voulu ça.

Entretien n°3 :

- **Ma première question est la suivante : Comment définissez-vous une MSP réussie ?**

- Une MSP réussie c'est une maison de santé, où la coordination et l'entente fonctionne bien, les éventuels conflits auront été anticipés dans les statuts de la MSP.

- **D'accord, merci. Deuxième question : Pour vous dans la MSP quel a été l'élément principal de réussite et l'élément de regret, ce que vous auriez fait autrement ?**

- Alors heu... ce qui fait notre réussite c'est que l'on était MSP avant que la loi soit sortie. On répondait déjà au statut des maisons de santé sans le savoir. Nous avons un fonctionnement de maison de santé, nous accueillons des étudiants, nous accueillons des infirmiers. A l'époque une infirmière faisait le secrétariat, et les soins (mais pas de sorties à l'extérieur). Il y a tout un passé de fonctionnement identique à une MSP. Quand on a demandé le label de maison de santé, on a rien eu à faire, on avait déjà un logiciel partagé, on avait un secrétariat, on accueillait tous des étudiants, on avait déjà des salles d'urgences et une salle pour les infirmières.

- **Un regret ?**

- Ce qui s'est passé c'est que l'on a divorcé de nos kinés. J'ai toujours déconseillé de mettre les kinés avec nous dans la maison de santé. C'est une question d'argent. Les kinés ont besoin de surface et comme le loyer est en fonction de la surface.... Ça peut créer des conflits. Finalement on s'est séparé des kinés. Après je pourrais dire qu'il ne faut pas confondre MSP et SISA. Dans la MSP il y a tout le monde mais dans la SISA les kinés ne sont pas dedans. Notamment il y a des problèmes avec l'ACI, avec les paramédicaux. Je peux revenir aussi sur des choses majeures, en ce qui nous concerne, avant d'être maison de santé, nous étions maison médicale. Il y avait 4 propriétaires et les autres locataires. J'ai tout fait au passage de la MSP pour que tout le monde soit propriétaire, pour moi un des principes de réussite de la MSP est que tout le monde est propriétaire à hauteur de son loyer. Cela, ça a été un élément principal de réussite. Ça fixe les gens. Je connais des MSP où se sont que des médecins qui sont propriétaires, les autres, locataires et ils rasent les murs. Ainsi il arrive d'avoir du chantage à la prescription « si vous n'êtes pas content partez » et ils ne prescrivent pas. Même chose dans le cadre de notre maison de santé, chaque profession à sa SCM, donc chacun gère son personnel. En résumé chacun paie un loyer pour les murs, et ensuite chacun gère de son côté. Les seuls avec qui on partage le logiciel, ce sont les infirmières. Les kinés n'écrivent jamais, ils ne font jamais de retour. Les infirmières on a bien du mal à se qu'elles écrivent dans le dossier. On a fait une grille à laquelle personne n'échappe, L'ACI a été organisé par point et par pourcentage de ce qu'elles rapportent. L'ACI est fonction de la patientèle des médecins et de la réponse au cahier des charges. La maison de santé ça fonctionne toujours quand il y a des sous, c'est le

nerf de la guerre. L'Important, il ne faut surtout pas que la SISA soit une SCM. Il ne faut pas mélanger les choses. La SISA est une SCM qui doit dépenser les sous avant la fin de l'année.

- ***Merci beaucoup, autre question que vous a apporté la MSP par rapport à un cabinet classique ?***

- J'ai jamais travaillé seul il y avait une infirmière, un dentiste. Il y a maintenant 5 généralistes. Depuis que l'ARS a mis son nez dans le système de garde plus personne ne fait de garde. Au niveau des congés ça ne change pas grand-chose. On était 5 déjà avant la notion de maison de santé. Pour la permanence de soins limite nous travaillons presque une heure de moins. Ce qui a changé c'est qu'avant on avait des relations avec les infirmières mais ce n'était pas formalisées, ça se faisait dans le couloir, au café. Maintenant c'est formalisé informatiquement. Au niveau de la prévention, oui ça a changé nous n'en faisons pas avant. Bien avant que la notion des maisons de santé existe, on a participé à l'étude numéro un au niveau nationale sur la nutrition. C'est un endocrinologue d'Armentières qui nous a monté l'étude, et toute la population de Laventie a été étudiée. L'étude c'était comment apprendre aux parents à manger par l'éducation des enfants. On a fait de l'éducation à partir de cela. Ça nous a lié car on a eu la chance de partir tous ensemble en voyage grâce à cette étude. Cette étude nationale a servi pour le plan santé nutrition.

- ***Ok je voulais revenir sur les financements, avez-vous eu d'autres financements ?***

- On a eu des financements par l'ARS pour l'informatique, des écrans de prévention dans les salles d'attente, une partie de l'accessibilité, la sécurité. La communauté de commune a donné 100 000 euros par maison de santé. Au départ ce n'était que des fonds privés. Ca a permis de faire des travaux que l'on aurait pas fait sinon.

- ***Une autre question qui est plus sur les données quantitatives, quelle est la composition de votre MSP ?***

- Il y a 5 médecins, 3 infirmières, 3 dentistes, 1 sage-femme, 1 orthophoniste, 2 orthodontiste. Ensuite il y a des extérieurs qui viennent. On a deux psychiatres de St Venant. La MSP a été créé en 2009 et nous avons fait des travaux d'extension, de remise à neuf et accès handicapé en 2017. Ça nous a permis d'accueillir des kinés, des chirurgiens de la main et du dos. Nous sommes 4 hommes une femme. 64 ans 62 ans 50 ans 50 ans et 40 ans. Les deux qui partent en retraite vont être remplacés par des femmes. Tout le monde a une activité libérale. Nous avons une MSP rurale en plein centre de Laventie. Nous avons deux secrétaires à mi-temps. On a toujours eu une secrétariat donc pas de changement avec la MSP.

- ***Quatrième et avant dernière question, est-ce que la MSP a eu un impact (positif ou négatif sur les structures environnantes ?***

- Nous avons donné envie de créer d'autre MSP à côté. Il y a 5 MSP qui se sont créés à côté. On a une EHPAD à côté de la maison de santé, avec cette structure, pas

de changement, ni avec les urgences. Nous avons déjà des formations médicales continues avant, donc pas de changement non plus. La fibre optique n'arrive que maintenant. La gare, les routes il n'y a pas eu de changement. Par contre le fait qu'il y ait une MSP dans la commune, ça plaît aux maires et aux futures habitants.

- ***Ok très bien merci. Nous venons à la dernière question même si vous connaissez cela très bien je vais vous rappeler la définition par l'ARS de la MSP celle de Légifrance. C'est une activité sans hébergement avec une action de santé publique avec une action pour la prévention, l'éducation sociale, qui regroupe des médecins et d'autres professionnels de santé et qui a une vertu universitaire. Pensez-vous que cette définition de la MSP répond à vos critères ?***

- Je pense que nous répondons à cette définition. Il y a des choses que l'on réclame à corps et à cris. Dans la maison de santé il y a deux salles d'urgences, une avec électro, une pour les sutures. Nous réclamons plus de responsabilité pour les petites urgences. Les hôpitaux vivent des urgences donc c'est difficile politiquement.

Entretien n°4 :

- ***La première question est la suivante, pour vous, en tant que médecin traitant, dans une MSP qu'est-ce pour vous une MSP réussie ?***

- Je dirais que c'est la mise en commun des moyens. En tant que médecin généraliste seul, c'est lourd si on veut mettre tous les moyens de notre côté. Les charges sont lourdes, seul. Ensuite pour moi c'est une dynamique de groupe, avec nos confrères médecins et d'autres professionnels. Connaître mieux leurs métiers. Interagir, notamment avec la pédicure podologue. On peut lui demander d'intervenir dans l'immédiat.

- ***Ok très bien merci, deuxième question, quel est pour vous l'élément principal de réussite de la MSP et quel est pour vous le plus gros regret. Qu'auriez-vous fait autrement ?***

- Alors au départ on a été trop heu... trop.... Je dirais républicain ou on a été trop ouvert au départ. On a lancé l'idée de maison de santé pour tous les professionnels de santé. On est parti de là avec une loi 1901 pour voir qui est intéressé. Ça a pris du temps. On a dû réunir les gens, demander leur avis etc..... Il y a une réflexion qui a pris du temps, ça a mis 7 ans de préparation avant l'ouverture. Au moins on était ouvert mais on a perdu beaucoup de temps. Mais le bon côté c'est que l'on a mis personne de côté. On a voulu mouiller la municipalité et ça n'a pas marché. A terme l'important c'est d'avoir une équipe qui en veut et qui est libérale. Au moment où on accepte l'équipe ça marche bien. Un élément majeur c'est d'avoir pris les choses en main pour la construction et d'avoir compté que sur nous-même.

- ***Dans l'avenir avez-vous des projets pour la MSP ?***

- Alors ce qui est déjà effectué, c'est l'éducation thérapeutique des patients. On a un premier ETP qui va être pris en charge. Je trouve qu'il nous manque une dynamique de formation, Ce serait une perspective d'évolution. De plus ce serait important d'avoir une perspective de recherche avenir.

- ***Alors troisième question, qu'est-ce qu'une MSP vous apporte par rapport à un cabinet classique ?***

- Je me suis installé en 1985, j'ai un premier dans une zone HLM pendant 19 ans et un deuxième cabinet dans un petit quartier calme pendant 14 ans. Je suis dans mon troisième cabinet. Nous avons 4 bureaux, pour 6 médecins, Infirmier, chirurgien-dentiste et ostéopathe. Je trouve que c'est confortable de ne pas travailler seul. Avant j'avais un agenda beaucoup plus rempli. Je ne prends plus du tout le téléphone et l'agenda est géré par Doctolib. Avant j'avais 40 patients par jour, maintenant je suis à 30 à 32 actes jour. J'ai moins de pression, je le sens physiquement et mentalement. Pour ce qui est de la permanence des soins, il n'y a pas vraiment de différence. Nous sommes deux vieux médecins on arrive tôt et on part les plus tard. Les jeunes médecins c'est moins le cas, c'est une évolution sociétale. Ça n'a pas vraiment évolué de ce côté-là. Sur le plan de la

formation, on a fait des choses intéressantes, tout le trimestre on fait des soirées. La dernière fois on a fait un thème sur la vaccination et chacun sensibilise ses patients. En ce moment le gros thème c'est le COVID et en trois jours nous avons créé une filière. Le fait d'avoir une MSP a forcément accéléré les choses.

- ***Sur le plan financier, avez-vous eu plus d'aides ?***

- Alors d'abord pour parler du côté financier, la comptabilité. La gestion de la SISA c'est moi qui la prends en charge. On a eu des aides, souvent elles arrivent après. Mais on a eu une enveloppe pour l'informatisation et le changement de logiciel par l'ARS. Une autre enveloppe pour le cahier des charges de MSP. La première fois 12 000 euros pour le matériel, la deuxième enveloppe environs 20 000 euros.

- ***Merci, la question suivante s'intéresse aux données quantitatives, que pouvez-vous me dire pour votre MSP ?***

- Elle fonctionne depuis 2 ans, c'est une SISA et une SCI qui possède les murs. J'ai personnellement 63 ans, il y a en tout, 6 médecins, 3 hommes, 3 femmes. Au niveau de la tranche d'âge mon confrère le plus vieux à 58 ans. Les autres sont plus jeunes, c'est l'intérêt de la MSP, ça attire des jeunes médecins, la maison de santé les a attiré. On a 4 jeunes entre 32 et 40 ans. Personne ne travaille en tant que retraité. Tout le monde travaille en libéral.

- ***D'accord, au niveau géographie, où se trouve votre MSP ?***

- Elle se trouve en centre-ville, c'est une vieille école abandonnée que l'on a racheté. La cours de l'école est devenue un parking, c'est très accessible à pied on est à moins de 2km de toute les habitations. C'est un milieu urbain Etaples.

- ***Y a-t-il beaucoup de paramédicaux ?***

- Il y a une pédicure, un chirurgien dentaire, deux ergothérapeutes et un ostéopathe et il y a les infirmières. Il y a 2 secrétaires qui se partagent un temps plein. La secrétaire nous apporte beaucoup, elle gère tout ce qui est courrier, scan, et ranger dans les dossiers papiers. Elles nous font gagner énormément de temps. Elles ne font pas tout, elle nous laisse de petites taches, des doléances. C'est un confort aussi pour le patient. Je trouve qu'ils sont gâtés.

- ***L'avant dernière question, pensez-vous que la réussite de votre MSP a eu un impact positif ou négatif sur les structures environnantes ?***

- En négatif je ne vois pas pourquoi. Ça me fait penser que tous les infirmiers ont eu peur au début, car ils ne s'entendent pas très bien au départ. Je ne sais pas si on a influencé ou si on a eu un impact avec les structures environnantes. Avec les structures autour c'est toujours aussi difficile. Aujourd'hui ce n'est pas pareil, mais je suis déçu par les Etaplois. Le premier argument de réussite des patients c'est : « Chouette vous avez un parking ». Je suis déçu de voir, que c'est ce que les gens retiennent. Alors oui c'est un confort, mais je ne sais pas si les gens se rendent compte du service rendu. Après je vais modérer mon propos car on a beaucoup de remerciements avec la crise du COVID

mais avant c'était compliqué. Ca nous rappelle que malheureusement c'est devenu un bien de consommation la médecine.

- ***Pensez-vous qu'il y a une évolution avec les routes, la gare, les navettes ?***

- Non absolument pas, on est en haut d'une route à sens unique, on a mis 6 mois pour avoir gain de cause pour un panneau de sens interdit ; on a eu peu d'accompagnement de la commune. Pour ce qui est de la fibre optique elle est en cours de déploiement mais nous ne sommes pas prioritaires.

- ***Dernière question, pensez-vous que la réussite de votre MSP correspond aux critères de l'ARS, je vais vous redéfinir les critères de l'ARS sur Légifrance : C'est une activité sans hébergement avec une action de santé publique avec une action pour la prévention, l'éducation sociale, qui regroupe des médecins et d'autres professionnels de santé et qui a une vertu universitaire. Pensez-vous que la réussite de votre MSP répond à vos critères ?***

- On est jeune, on est là depuis un peu plus de 20 mois. Je pense que l'on répond à cette problématique et à ce critère. J'espère juste que cela va perdurer après ma retraite qui est dans deux ans et que mon successeur aura cette facette universitaire.

- ***Très bien merci beaucoup.***

Entretien n°5 :

- ***Première question, pour vous en tant que médecin traitant dans une MSP, quelle est la définition pour vous d'une MSP réussie ?***

- Malgré le mode de travail, l'intensité de travail des professionnels libéraux, nous arrivons quand même à trouver du temps pour travailler ensemble. La grosse difficulté est de réussir à caser des moments de collaboration entre les professionnels libéraux. C'est réussi quand on arrive à travailler ensemble et qu'on s'en donne les moyens.

- ***Très bien merci beaucoup, deuxième question : Quel a été pour vous l'élément principal de la réussite de votre MSP et dans un autre versant avez-vous eu des regrets, qu'auriez-vous fait autrement ?***

- Alors..... les éléments de réussite, c'est pour moi la coordinatrice. C'est à dire dans l'équipe, quand elle s'est constituée pour la création de maison de santé, les professionnels étaient tous partants, mais on avait une coordinatrice qui était issue du milieu social, et qui avait envie de connaître autre chose dans sa vie professionnelle. Elle nous a rejoint et cela a permis deux choses : la création d'un lien ; elle était plus disponible que les autres professionnels pour pouvoir communiquer, et deuxièmement on avait un souci de façon générale pour la maison de santé avec les liens dans le monde social, et avait un gros réseau à nous apporter. Son expérience a également permis de créer un pont entre nos deux structures. C'est un élément majeur. Pour les regrets, pour l'instant, le regret c'est que nous avons sous-évalué les coûts au départ et voilà. On a surdimensionné le cabinet, car l'objectif était de faire venir des jeunes médecins et jusqu'à maintenant on n'a pas réussi à faire en sorte, que des jeunes médecins s'installent. On a une collaboratrice libérale qui est partie, elle n'a jamais été remplacée. C'est un bureau qui me coûte très très cher, car il sert aux internes mais ce n'est pas financé, en clair je paie deux bureaux. Cela revient cher.

- ***On a parlé des choses qui fonctionnent, on a parlé des regrets, avez-vous des projets d'évolution ?***

- Alors.... Des projets dans les cartons pour améliorer la MSP.... Alors là je pourrais vous envoyer le CV de la MSP, car je me suis rendu compte que l'on avait déjà abattu énormément de travail, dans tous les domaines. Les projets sont, de poursuivre l'informatisation des professionnels qui ne sont pas encore informatisés ; les médecins sages-femmes et les orthophonistes, c'est bon ; les infirmiers commencent. Par contre pour l'instant les kinés, pédicures podologues ne seront pas informatisés. Les psychologues devraient y arriver prochainement. C'est spécial car ils ne sont pas dans la SISA mais ils devraient rejoindre assez vite le réseau informatique. Les pharmacies devraient aussi s'y mettre.

- ***Très bien merci, c'est très précis, troisième questions que j'avais à vous poser : en question préalable, avez-vous déjà travaillé dans un cabinet seul ? Et quelle est la différence avec votre travail en MSP ?***

- La première différence qui est complètement majeure, est de ne pas être seul, cela a l'air idiot, mais il y a du monde quand on sort, on rencontre la sage-femme, les autres médecins, les orthophonistes, on a notre salle de réunion, de détente, d'atelier... Quand on a des prescriptions avec les infirmières, on va directement la déposer dans le bureau des infirmières. Une secrétaire toute la journée de 8h à 20h cela fait partie du cahier des charge ARS, mais c'est un confort énorme. Elles font la comptabilité, elles reçoivent les patients, elles ne font pas notre travail mais elles s'occupent de la carte vitale, on s'occupe que du soin. J'ai commencé seul mais ça fait longtemps que j'avais une collaboratrice, j'ai eu une associée, j'ai eu une période entre 1980 1990 où j'ai travaillé seul mais c'est un souvenir très lointain.

- ***D'accord et voyez-vous une différence d'un point de vue flexibilité pour les congés, les plages horaires d'ouverture de votre consultation?***

- Ca non pas du tout. D'un point de vue flexibilité dans les congés non, car on se débrouille pour qu'il y est toujours quelqu'un de titulaire présent. Si nous étions plus nombreux cela permettrait d'avoir plus de souplesse pour les départs. Disons que l'on pourrait avoir un remplaçant pour deux si on avait plus de médecins, mais dans l'état actuel des choses ça ne change pas grand-chose.

- ***Toujours en comparaison avec un cabinet classique, pensez-vous qu'il y a eu un changement pour la permanence des soins pour les patients ?***

- Nous on fait très attention, que chacun est son médecin traitant. Quand par exemple le mercredi après-midi les deux associés sont absents, j'ai mon interne sur place, ça arrive que les patients n'est pas leur médecin, mais c'est rare. Les personnes peuvent majoritairement avoir leur médecin dans la journée s'ils appellent le matin avant 9-10h.

- ***D'accord et niveau prévention et éducation, avez-vous vu un avant et un après MSP ?***

- Oh oui là totalement, au niveau prévention c'est le jour et la nuit car on a des protocoles dans ce sens-là. Par exemple, les secrétaires, notent quand a eu le dernier frottis et le prochain. On a des programmes de prévention, créés en collaboration avec la coordinatrice. On a des programmes d'éducation thérapeutique multiples, sur la bronchite chronique ; des actions de santé publique sur le dépistage du diabète ; sur l'arrêt du tabac... D'un point de vu éducation et dépistage, il y a énormément d'évolution. La structure est bien plus développée, les vaccinations aussi.

- ***Un dernier point sur l'organisation, au niveau de la formation et de l'évaluation des pratiques, avez-vous vu une évolution par rapport à cela ?***

- C'est une des exigences pour que les gens puissent rentrer dans la MSP, se former à l'ETP. Tous les participants à la MSP font des ETP et participent les médicaux, paramédicaux, les pharmaciens. Tout le monde fait de l'ETP. Il y a des bilans éducatifs partagés, et des comptes rendus post d'ETP également à faire.

- ***Au niveau des financements avez-vous eu des aides grâce au statut de la MSP ?***

- Rien de la commune et de la région. Le dernier appel à projet devait être donné avant le 10 avril mais avec le COVID on n'a pas réussi à répondre à l'appel. Par contre côté ARS on a été bien aidé, à chaque fois que l'on a demandé des subventions, on les a eues. Côté assurance maladie, par rapport à l'ACI, on est bien aidé, on ne touche pas ce que l'on devrait toucher mais bon c'est du détail.

- **Question quatre qui s'intéresse plus à des données quantitatives : Depuis quand est ouverte votre MSP ?**

- Elle a été créée en octobre 2018, cela fait 2 ans. Elle est composée de trois sociétés. Une association de 1901, puis la SISA (qui gère tout ce qui est tourné vers l'extérieur) et pour finir la SCM (la gestion de tout le travail dedans). J'ai personnellement 64 ans mon associé à la cinquantaine et mon associée 33 ans, nous sommes 3 généralistes, une chef de clinique de médecine générale. Une consultation avancée de la chirurgie de la main et des pieds est assurée par les chirurgiens de SOS main, cela évite que les gens n'aient à courir jusque Lesquin. Nous avons une sage-femme, cinq infirmières bientôt six, trois orthophonistes, un pédicure podologue, un psychologue, deux kinés, une diététicienne, ensuite il y a la coordinatrice, trois secrétaires et une femme de ménage. Je pense que j'ai fait le tour. Personne dans la MSP n'exerce à la retraite. On va bientôt être sous médicalisé, donc quand je vais prendre ma retraite, ça va être très compliqué. J'ai personnellement une activité mixte car je travaille aussi pour la faculté. Mais en tant que médecin je ne fais que du libéral. Mon autre associée est salariée du centre de planification familiale.

- **Dernière question sur les aspects quantitatifs, on n'a pas parlé de ce qu'apporter la secrétaire pour les patients et pour les médecins.**

- Donc heu... il y a quelque chose dont il faut parler, c'est qu'une secrétaire, ça a un coût. En réalité on a trois secrétaires, pour trois médecins. Je crois que c'est 90% du salaire des secrétaires qui est payé par les médecins. L'intérêt, est que nous avons une population très défavorisée, qui ne sait pas prendre rendez-vous par téléphone, je ne parle pas des rendez-vous par internet. La plus part des patients sont incapables de prendre les rendez-vous en ligne ou par téléphone. Ils se déplacent pour parler avec les secrétaires. On a beaucoup de migrants, demandeurs d'asile, de population magrébine. Le fait d'avoir toujours une secrétaire c'est important. Avec le COVID ça permet de filtrer les rendez-vous, les entrées. Elles effectuent un triage, veillent à l'hygiène, donnent des masques etc.... Elles permettent de faire énormément de choses et ça nous fait gagner du temps, pour nous les médecins. En plus elles font la comptabilité, les cartes vitales sont passées par les secrétaires notamment.

- **Parfait nous allons passer à la question suivante : Pensez-vous que la réussite de votre MSP a eu un impact positif ou négatif sur les structures environnantes ?**

- Heu..... on a un projet commun avec les services de gériatrie de la commune de Grande-Synthe, c'est à dire que nos infirmières, orthophonistes et pharmacien repèrent la fragilité chez les personnes âgées à domicile. Elles sont testées par les infirmiers, le

médecin traitant fait à ce moment-là un recours vers la polyclinique et on a une consultation avancée de gérontologie au niveau de la MSP, puis une réunion de coordination afin de mettre en place un projet pour devancer les éventuels problèmes à venir, soit via des court séjour de gériatrie, soit le passage d'une ergothérapeute, soit différents projets de coordination médico-sociale (portage de repas etc...). Il y a un deuxième projet c'est les Intervision d'addictologie. Dans le cadre du réseau, on discute de deux patients avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux mais aussi judiciaire. Le but est de réunir l'ensemble des intervenants pour avoir une proposition cohérente. Exemple d'un hébergement d'urgence ; un suivi par un éducateur avec un infirmier ambulatoire. C'est une coordination médico-sociale au niveau des soins premiers.

- ***Très bien et sur l'impact que la MSP sur les structures environnantes. Concernant l'attractivité avec la commune. Pensez-vous avec la MSP avoir eu une influence sur la commune ?***

- Alors pour ce qui est de l'installation de la fibre optique, ça a accéléré les choses, car on a dit qu'il fallait absolument la fibre optique pour pouvoir ouvrir dans de bonnes conditions. On a un serveur hébergé et donc par conséquent l'ADSL de bout de ligne ça ne pourrait pas le faire. Sur le développement de la fibre optique c'est évident que ça a accéléré les choses. La commune a intégré le bâtiment de la MSP dans un projet d'urbanisme globale mais par contre les engagements qu'elle avait vis à vis de nous notamment pour le signalement, rien n'a été tenus. Pour la commune l'offre de soins ce n'est pas leur problème, c'est l'ARS.

- ***Je vais revenir sur la situation géographique car on a oublié d'en parler tout à l'heure. Votre MSP se situe où géographiquement ?***

- La MSP est dans un milieu urbain, elle est en plein centre-ville de Petite-Synthe. On est en fait, à cheval entre Petite-Synthe et Grande-Synthe. On est dans un carrefour, facile d'accès en voiture. On est dans un quartier très défavorisé, on est dans le 5ème percentile des quartiers les plus défavorisés. Les patients viennent à pied, surtout du quartier défavorisé.

- ***Nous arrivons à la dernière question, même si vous connaissez cela très bien je vais vous rappeler la définition par l'ARS de la MSP celle de Légifrance. C'est une activité sans hébergement avec une action de santé publique avec une action pour la prévention, l'éducation sociale, qui regroupe des médecins et d'autres professionnels de santé et qui a une vertu universitaire. Pensez-vous que la réussite de votre MSP répond à cette définition ?***

- La MSP est partie prenante de la CPTS et participe à la PTA, donc effectivement ont fait partie du maillage. On est en train de participer au développement de deux autres MSP, une à St-Pol-sur-mer et une à Bourbourg, qui seront limitrophe à la nôtre. C'est effectivement un maillage, qui est en train de se mettre en place. Le cahier des charges avait été rempli avant même d'avoir le titre de MSP.

Entretien n°6 :

- ***Alors pour vous en tant que médecin traitant, quelle est pour vous la définition d'une MSP réussie ?***

- C'est d'avoir des soignants qui s'entendent bien premièrement, qui ont les mêmes objectifs, à savoir suivre correctement les patients, communiquer, savoir communiquer entre médecins, et surtout être dans des locaux confortables, pour être dans de bonnes conditions pour travailler

- ***D'accord, très bien, c'est noté, deuxième question, pour vous quel est l'élément principal de la réussite de votre MSP et dans un deuxième temps qu'elle est pour vous la chose que vous regretterez, que vous auriez fait autrement ?***

- Ha alors là, la réponse va être un peu particulière parce qu'on était dans une maison médicale depuis plus de 20 ans 30 ans, on était une bande de copains installés ensemble; nous étions propriétaires de la maison médicale et on avait une SCI et SCM. Ça fait un peu de détails mais c'est pour expliquer le pourquoi du comment. Chacun payait le loyer à la SCI. Les propriétaires étaient les médecins, ils retouchaient les loyers cela fonctionnait bien. Les années passant, la retraite s'approchant, ils n'ont pas voulu faire de travaux dans la boutique. On était dans un établissement qui se dégradait de plus en plus, et ils n'ont pas voulu faire d'efforts pour l'informatique. Donc ça a été difficile au fur et à mesure des années. On a eu un peu d'informatique mais les travaux n'ont pas été faits. On est donc parti sur un projet de MSP en disant, on part sur un projet en location comme ça il n'y a plus de problème de propriétaire car les propriétaires c'est bien gentils, ils sont contents de ramasser les loyers, mais quand il faut faire les frais, près de la retraite, ils n'ont pas envie. Résultat maintenant j'estime que nous sommes dans une MSP, où on est bien car toute l'ancienne génération est partie.

- ***Donc ça c'est un élément majeur de réussite, le fait que vous soyez en location ?***

- Oui tout à fait, avant ça ne pouvait pas marcher, car on était sur le projet pendant 12 ans et ça a été tellement long que en ayant toujours les idées négatives, négatives. Ça a été très difficile de mettre en place. Mais maintenant je suis contente car tout le monde est dans la même optique.

- ***D'accord, et maintenant un regret, ce que vous auriez fait autrement pour la création de la MSP ?***

- Un regret... pffff... La longueur du projet, et la quantité de problèmes administratifs. On ne l'avait pas anticipé, je ne pensais pas que ce serait aussi compliqué. Trop trop trop d'administratifs, trop de dossiers à faire, à attendre, à redemander. Et n'oublions pas les problèmes afférents à la construction, en fait c'est la construction qui a été le plus compliqué. Nous avons eu affaire, à des entreprises qui ne nous ont pas écoutés. Nous aurions fait les choses autrement, si nous avions été entendu.

- **Ok et des perspectives d'évolution dans les cartons, des choses à améliorer dans le futur ?**
- On voudrait déjà fixer des jeunes médecins. A l'heure actuelle, nous sommes deux médecins installés ; on fonctionne avec une assistante et deux étudiants adjoints. C'est quelque chose d'instable. Les gens vont-ils rester ou non, c'est surtout ça. Sinon les perspectives si je résume, avoir des médecins qui se fixent, mais aussi avoir d'autres paramédicaux pour élargir l'offre de soins.
- **Ok très bien, on va passer à la question suivante. Avez-vous déjà travaillé dans un cabinet seul ?**
- Ha non, même en remplacement j'ai toujours travaillé dans des cabinets où nous étions au moins deux, je ne sais pas ce que c'est que de travailler seule.
- **D'accord, en parlant de cabinet classique, sans parler de MSP. Que vous a apporté la MSP par rapport à un cabinet classique ? Sur le plan organisationnel notamment ?**
- Pas de grand changement, ni sur le plan des horaires, ni des congés, nous fonctionnons déjà comme une MSP depuis plus de 30 ans. La permanence de soins était la même. Il y en a toujours un qui était matinal et qui commençait vers 8h, et il y en a toujours un qui finissait tard. Donc on avait une plage d'ouverture de 12h, comme on nous le demande maintenant, donc ça ne change rien.
- **D'accord, avez-vous l'impression d'avoir plus de facilité ou de difficulté à parler avec les autres professionnels de santé : Entre médecins, avec les paramédicaux ? Avec les autres structures de soins notamment les soins de second recours ?**
- C'est comme avant, on le faisait déjà avant.
- **D'accord ça marche. Au niveau de la prévention, l'éducation, pensez-vous que la MSP a changé des choses ?**
- Ha ben oui là forcément. On a commencé des séances d'éducation thérapeutique sur le diabète. On a un coordinateur qui vient une journée par semaine et qui nous met en place des petits stands de prévention, en fonction de la période de l'année c'est le moment du tabac, cancer du col utérin, cancer colo rectal... le coordinateur nous aide bien dans tout ça.
- **D'accord. Au niveau des formations, de l'évaluation des pratiques ? Avez-vous déjà mis tout cela en place avant ? Ou c'est quelque chose de nouveau ?**
- On fait une évaluation des pratiques, deux fois par mois, pour discuter des dossiers de nos patients, pour pouvoir ouvrir les connaissances de chacun, avant on ne faisait pas.
- **D'un point de vue financier, qu'est-ce que ça a changé avez-vous eu des aides de l'ARS, de la région, de la communauté de commune ?**
- C'est à dire que la communauté de commune est propriétaire du bâtiment donc forcément c'est eux qui ont aidé à ça. L'ARS nous a suivi pour remplir le cahier des charges de l'installation des MSP, ils nous ont donné des financements.

- **Très bien merci, je poursuis. Les questions suivantes seront plus quantitatives afin de mieux connaître votre MSP : Depuis combien de temps a-t-elle été créée ?**
- Nous sommes entrés il y a 3 ans dans la MSP.
- **Savez-vous quel est le statut juridique ?**
- Nous avons une SCM et une SISA
- **D'un point de vue composition du cabinet, combien de médecins sont dans la MSP ?**
- Deux titulaires, une assistante et deux étudiants adjoints. IL y a 4 femmes et un homme. J'ai personnellement 63ans, ma collègue a 65ans. L'assistante a 35 ans et les deux autres ont 30 ans.
- **Ok, votre MSP se situe dans quel milieu ? Rural ou Urbain ?**
- C'est une MSP rurale, en centre-ville, bien placée, les gens peuvent venir à pied. Mais il y a un parking près de l'Intermarché à côté. Nous sommes à moins de 10 min à pied de l'hyper centre-ville.
- **Avez-vous dans la MSP des gens qui ont une activité salariale en plus de l'activité libérale ?**
- Nous faisons tous du libéral exclusif. Nous allons à la maison de retraite mais nous ne sommes pas coordinateurs de l'EHPAD et personne n'est retraité ayant encore une activité.
- **Au niveau des paramédicaux : qui est présent dans votre MSP ?**
- Nous avons cinq infirmières, une orthophoniste, une diététicienne, une kiné, une pédicure podologue, une sage-femme. Après nous avons aussi un ostéopathe, un étio-pathe et un hypno thérapeute.
- **Ils sont là depuis le début ou ils ont été attirés par la MSP ?**
- Ils sont arrivés récemment, la MSP les a attirés
- **Avez-vous une secrétaire ? Que vous apporte la secrétaire ?**
- Nous avons deux secrétaires à temps plein. Elles connaissent bien nos patients, donc elles savent quand c'est urgent, elles trient bien les patients, elles les appellent. Elles nous font gagner du temps au téléphone. J'ai toujours travaillé avec une secrétaire. C'est un confort pour les patients et pour nous aussi.
- **La question suivante. Pensez-vous que la MSP a eu un impact positif ou négatif sur les structures environnantes ?**
- Ça n'a eu aucun impact !
- **Par rapports aux structures de soins de second recours ?**
- Ça n'a rien changé non plus. Le statut de MSP n'a eu aucune influence là-dessus.
- **Au niveau de la commune, pensez-vous que ça a attiré du monde ?**
- Non je ne pense pas que ça a attiré de la population. On fonctionnait déjà en MSP avant c'est juste le nom qui a changé. On a cependant été favorisé pour la fibre optique je pense.

- **Ça marche. Ok.... J'avais une dernière question, je vais vous rappeler la définition de la MSP par l'ARS. L'ARS dit que la MSP c'est une structure ayant une activité de soins sans hébergement avec des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé et a des actions sociales regroupant des médecins et autres professionnels de santé et qui a une vertu universitaire. En filigrane on retrouve les notions de permanence de soins, de multidisciplinarité et de maillage du territoire. Avez-vous l'impression que la réussite de votre MSP correspond à cette définition ? Pensez-vous que la réussite de cette MSP répond à ces critères ?**

- Nous répondons à l'ensemble des critères car déjà tout était déjà en place, juste l'éducation thérapeutique et la prévention ont été majorés par la présence du coordinateur, ça c'est vrai.

- **Avez-vous l'impression que vous avez un meilleur maillage, une plus grande multidisciplinarité ?**

- Oui je pense, qu'avec l'attrance de ces nouveaux acteurs de la santé. La différence c'est que les jeunes médecins font moins de visites et nous prenons des patients de plus en plus loin. Du moment qu'il y a des médecins si les gens sont mal pris nous les acceptons.

- **Très bien, auriez-vous des choses à rajouter ?**

- Je ne sais pas si on peut dire ça, si c'était à refaire je ne sais pas si je le referai. La mise en place était très très difficile, c'est le versant le plus pénible et le plus difficile. Les trois quarts des choses, il fallait faire vingt-cinq réunions pour être entendu.

- **Merci beaucoup.**

Entretien n°7 :

- ***Pour vous médecin traitant dans une MSP, quelle est pour vous la définition d'une MSP réussie ?***

- Heu..... L'échange interprofessionnel et la circulation d'information chez les différents intervenants, pas que les médecins.

- ***Très bien merci, concernant votre MSP quel a été pour vous l'élément principal de votre réussite, et si vous aviez un regret, qu'auriez-vous fait autrement ?***

- l'élément principal de la réussite, je dirais l'entente entre les personnes initiales du projet. C'est une MSP privée, alors une chose que l'on aurait faite autrement, on l'aurait faite plus grande.

- ***D'accord, des choses, des projets d'amélioration qui seraient dans les cartons ? Des améliorations à apporter dans le futur ?***

- Heu.... Il y a toujours des choses, mais moi je dirais agrandir la surface, dans l'état actuel des choses on aimerait que ce soit plus grand.

- ***Très bien pour la question suivante j'aimerais savoir, ce que vous apporte votre la MSP par rapport à un cabinet classique, et si vous avez commencé à travailler seul ?***

- J'ai travaillé pendant un an et demi seul en création de cabinet, puis très vite en association avec un autre médecin, et ensuite nous avons créé la MSP. Le fait de travailler en MSP nous a procuré, des internes, ça rentre dans la même dynamique, la MSP favorise les échanges entre les différents professionnels de santé et cette dynamique s'étend aux personnes qui ne font pas partie de la MSP. Par exemple, avec le COVID on a beaucoup d'échanges avec les infirmières, qui ne font pas partie de la maison de santé car elles savent que la maison de santé est un point géographique où l'information circule. Elles viennent nous voir pour des conseils, c'est ce côté dynamisme interprofessionnel qui est très agréable. En plus on a une très bonne entente avec tout le personnel. C'est très efficace, c'est prouvé dans les études que ça améliore l'efficacité avec les patients et en plus c'est très agréable à vivre.

- ***Est-ce que ça a changé quelque chose au niveau du travail, des congés dans votre MSP ?***

- Non ça n'a rien changé.

- ***En ce qui concerne la prévention, l'éducation ?***

- Non pas vraiment le fait de la MSP, heu.... On..... Il y a un peu plus d'éducation thérapeutique, nous la pratiquons au quotidien plus que dans de grandes réunions.

- ***Avez-vous fait plus de formations personnelles, ou avec les internes. Plus d'auto évaluation des pratiques ?***

- Oui avec l'arrivée des internes mais ce n'est pas grâce à la MSP, nous en faisons déjà avant. Tous les médecins ne participent pas autant à la formation, les médecins restent libres.
- **Ca marche, et d'un point de vue financier, avez-vous eu des financements ?**
- Non nous n'avons pas eu de financement, car nous n'avons pas passé l'étape de la SISA. Les infirmières bloquent là-dessus, elles empêchent de faire la SISA et nous n'avons pas encore réussi. Même si aujourd'hui on peut le faire sans les infirmières, nous n'avons donc pas les subventions que l'on pourrait espérer.
- **La question suivante est très quantitative. La MSP est créée depuis combien de temps ? Quel est le statut juridique ?**
- Ça fait 10 ans que la MSP existe, et nous l'avons créé en SCI, elle est en milieu rural, au centre-ville, les patients peuvent venir à pied. C'est à 200m de la MARPA, nous sommes à 50m de la pharmacie, les gens circulent à pied oui.
- **De qui est composé votre MSP ?**
- Il y a 3 médecins, nous avons commencé à deux hommes et depuis peu une ancienne interne est restée avec nous donc deux hommes, une femme : 64ans, 57ans, et la dernière 35 ans. Au niveau des paramédicaux nous avons une pédicure, une orthophoniste, un ambulancier. Ensuite ce sont ajoutés, une deuxième orthophoniste, les infirmières sont arrivées il y a 3 ans (il y en a huit au total). Nous avons aussi une ostéopathe, une diététicienne, une sage-femme, qui sont là à temps partiel. Nous n'avons pas de kiné.
- **Autre question plus sur les médecins. Est-ce que vous avez une activité strictement libérale ou une part salariale ? Avez-vous une activité à la retraite ?**
- Oui je suis à la retraite depuis le mois d'octobre et je travaille encore. Par contre nous exerçons tous uniquement en libéral. J'ai la chance d'avoir une étudiante qui va prendre ma succession progressivement.
- **Avez-vous une secrétaire ?**
- Nous en avons plusieurs, nous en avons une et une autre vient de d'obtenir le statut d'assistante médicale. Ca a commencé à cause de deux médecins qui ont arrêté de travailler. Devant le surcroît de travail et le surcroît d'appels, nous avons profité de ce statut d'assistante médicale avec les aides de la caisse. Ça nous fait gagner du temps évidemment. Je dirais que la secrétaire c'est royal pour le travail. Ça change tout, elle nous libère du temps, du téléphone, on fait des consultations sans être dérangé au téléphone. Elle organise les consultations, après vous avez été interne, comme je disais aux internes, une secrétaire comme on a, vous n'en trouverez jamais. Elle anticipe beaucoup dans le travail. Pour vous donner un exemple, je ne pars jamais avec des soucis, je sais qu'elle va gérer les soucis avant mon départ. Pour les patients c'est un confort formidable également. Une petite mamie appelle, elle dit qu'elle ne va pas bien elle raccroche, elle va savoir qui a appelé juste à la voix. La secrétaire fait un grand travail d'orientation des patients, et parfois même de soutien psychologique, elle nous

prémâche beaucoup le travail. Elle appelle les autres hôpitaux, elle prépare des ordonnances. Je ne pourrais plus m'en passer.

- ***Très bien merci, autre question, pensez-vous que la MSP a eu un impact (positif ou négatif sur les structures environnantes) ? Vous m'avez dit que ça a attiré des infirmiers par exemple.***

- Je dirais que ça n'a pas impacté plus sur les intervenants c'est pareil. Au niveau des urgences non ça n'a pas changé avec la pratique que j'avais avant. L'hôpital local est à 25km, ils ne savent pas trop où on se trouve. Au niveau de l'attractivité de la commune je ne saurai pas dire, je ne pense pas que ça fasse partie des choix principaux des gens. Qu'il y ait un médecin ou une MSP ça ne change rien pour les gens. Le maire du village est très demandeur lui, il nous a beaucoup aidé. Quand on n'a pas de MSP et pas de successeur, si les médecins s'en vont, là c'est un critère pour les gens de ne pas venir. Sur les infrastructures ça n'a pas changé. Par contre le maire nous a aidés pour débloquer le permis de construire, il nous a trouvé un ancien silo. Pour ce qui est de la fibre optique elle n'est pas encore mise en place, la MSP n'a pas influencer la mise en place.

- ***D'accord, nous allons parler de la dernière question : Pensez-vous que la réussite de la MSP correspond au critères de l'ARS, pour vous une MSP réussie c'est une MSP qui correspond aux critères de l'ARS c'est à dire que c'est une activité de soins sans hébergement avec des actions de santé publique avec des actions de prévention et d'éducation pour la santé et des actions sociales qui regroupe des médecins et d'autres acteurs de la santé et qui a une vertu universitaire. Qu'en pensez-vous ?***

- Oui je pense que la réussite de cette MSP correspond à cette définition. Les gens le savent qu'il y a quelqu'un tout le temps, ça répond bien à cette demande de permanence de soins, oui je suis d'accord.

- ***Avez-vous des choses à rajouter en plus ?***

- Une chose c'est que la MSP est privée donc la secrétaire c'est nous qui la payons. Le coût peut paraître important, comparé à sa femme que l'on ne paie pas pour faire le secrétariat, le cout est vraiment important, mais la contrepartie du confort de travail il n'y a pas photo.

- ***Très bien merci beaucoup pour votre temps***

Entretien n°8 :

- ***Première question pour vous en tant que médecin traitant dans une MSP quelle est la définition pour vous d'une MSP réussie ?***

- Définition.... Une équipe qui est... heu... comment dire.... Qui est heu... Où il y a de la cohésion... Une équipe où il y a de la dynamique, de l'entente heu... sans forcément aller jusqu'à des relations amicales mais au moins une bonne entente entre les différents membres. Par exemple dans le contexte du COVID les infirmières n'ont plus de revenus donc on a fait un protocole avec l'ARS qui va nous permettre d'avoir des fonds pour appliquer ce protocole. Notamment le but est de le partager avec les paramédicaux qui vont participer, Voilà par exemple.

- ***Très bien parfait, alors c'était la question un peu ouverte. Deuxième question, pour vous quel a été l'élément principal de réussite dans votre MSP et si vous aviez un regret, une chose de vous auriez fait autrement, quel est ce regret ?***

- Alors là l'élément principal est qu'il y ait un (ou max deux) leader, des gens qui suivent et se mettent d'accord ensemble sur les grands axes de la maison de santé. S'il n'y a pas ça je pense que ça ne marcherait pas. Si c'est une dynamique qui vient d'une mairie ou d'une structure qui n'est pas médicale, je pense que ça va être difficile. Et les regrets, les regrets, je n'en ai pas spécialement car on a une structure qui fonctionne bien. Je cherche des regrets... non je n'en ai pas.... A la création non pas spécialement. Le seul regret c'est au niveau immobilier car maintenant on est trop petit et on voudrait s'agrandir et ce n'est pas forcément très facile du coup.

- ***D'accord et donc justement dans cette perspective future, est-ce qu'il y a des évolutions, des choses dans les cartons que vous voudriez faire ?***

- Déjà oui qui, on vient d'avoir un nouveau médecin qui est arrivé et puis on va essayer d'agrandir pour l'accueillir et avoir une salle de réunion un peu plus grande. Et puis il y a toujours ce que je disais au départ, une dynamique au niveau des projets : éducation thérapeutique, projet de santé publique, prévention, il y a cette dynamique qui est importante.

- ***D'accord. Je poursuis dans mon questionnaire. Troisième question : Pour vous qu'est-ce qu'une MSP vous apporte par rapport à un cabinet classique et la question qui en découle est ce que vous avez déjà travaillé dans un cabinet seul ?***

- Oui moi j'ai fait une association pendant quelques années où nous étions deux, après j'ai travaillé seul pendant une dizaine d'années, j'ai bien perçu la différence, l'intérêt c'est le partage, ne pas être isoler, échanger, parce qu'on a une fois par semaine des réunions d'échange de pratiques, des groupes de pairs avec les collègues. Après il y a tout ce qui est échange informel quand on se croise, la prise de repas le midi souvent avec l'un ou l'autre qui permet de rester et avoir des contacts, des infos c'est cela qui est important.

- ***D'accord et sur le plan des congés, horaires est-ce que ça a changé des choses ?***

- Oui ça permet un jour où on n'a pas envie de travailler, de ne pas être là, de se faire dépanner très facilement, dire je ne peux pas venir travailler, prendre un samedi matin quand on veut. Et il y a une souplesse que l'on n'a pas forcément quand on est seul ou même à deux. Voilà

- ***Ça marche, au niveau de la permanence de soins pour les patients, est-ce que ça a changé quelque chose ?***

- Oui ça permet de ne pas chercher de remplaçant forcément, et de s'arranger avec les collègues, dire comme je disais juste avant : Là je ne vais pas pouvoir venir, vous assurez. Ce ne me pose pas de problème. Une souplesse que l'on n'avait pas avant.

- ***D'accord, au niveau de la prévention, éducation est-ce que ça a changé quelque chose ?***

- Oui ça a permis de mettre en route une équipe d'éducation thérapeutique qui a finalement proposé cette idée-là. J'e m'attendais à avoir quelques professionnel, mais finalement toute l'équipe a adhéré à ce projet et donc ça se prolonge. Je trouve que c'est vraiment un plus, que tout le monde participe. Il n'y a pas de gens qui sont en dehors de l'équipe

- ***D'accord et au niveau de la formation de l'évaluation des pratiques, est-ce que c'est pareil ou vous avez vu une évolution ?***

- Ah ben oui moi je faisais beaucoup de choses avant, mais pour mes collègues ça a changé beaucoup de choses le fait d'être comme ça en groupe de pairs. C'est important oui. Ça a entre guillemets obligé certains à être maître de stage, à s'investir dans d'autres choses, c'est aussi très intéressant.

- ***Très bien c'est très complet. J'avais également une question concernant les financements. Est-ce que le fait d'être en MSP vous a apporté des financements, vous a permis de faire des choses que vous n'auriez pas pu faire seul ?***

- Alors heu.... Alors au départ on avait tout fait sans financement autre, et on s'est débrouillé pendant peut être 3 ou 4 ans sans financement et on avait bien équilibré le truc et finalement est arrivée l'histoire de l'ACI et ça nous a aidé pour l'achat de matériel, ça nous aide pour compléter certaines choses comment dire heu.... Par exemple pour l'éducation thérapeutique ça permet de partager les sommes d'argent que l'on n'aurait pas eu.

- ***Ok donc ça c'est bon. Au niveau de la région de la communauté de commune avez-vous eu une aide ou c'était uniquement auprès de l'ARS ?***

- Non on a rien eu au niveau de la région ni au niveau de la communauté de commune on a sollicité la commune au départ mais il n'était pas très intéressé. Donc ils ne nous ont pas beaucoup aidés. La région non plus. C'était au début des MSP ce n'était pas encore un sujet à la mode et il n'y avait pas encore l'histoire des désert médicaux.

- ***D'accord nous allons passer à une question qui est plus quantitative : c'est pour connaître un peu mieux la MSP. Depuis combien de temps est-elle créée ?***
- Créée depuis 2011
- ***Le statut juridique c'est quoi ?***
- C'est une SISA
- ***Avec une SCM ? ou tout est dans la SISA ?***
- Tout est dans la SISA. Au départ on avait une SCM que l'on a mis dans la SISA. Certaines personnes nous l'avaient déconseillé, mais finalement ça va très bien comme ça.
- ***Votre MSP est en milieu rural ? Urbain ?***
- La MSP d'Houtraux c'est la banlieue de Boulogne, plutôt urbain, la banlieue défavorisée.
- ***Est-ce que c'est au centre ou en périphérie ?***
- C'est entre les deux
- ***D'accord. Et les gens peuvent venir à pied ?***
- Oui car nous sommes dans un quartier où il y a pas mal de HLM. C'est facile de venir à pied
- ***Combien de médecins compose votre MSP ?***
- Alors là maintenant on est 6 médecins, dont 2 qui viennent d'arriver à temps partiel.
- ***Dedans il y a des hommes ? des femmes ?***
- Il y a quatre hommes, 2 femmes. Il y a 3 médecins entre 50 et 60ans et 2 médecins de 35 et le dernier a 30 ans. Il vient de finir son internat.
- ***Tout le monde a une activité strictement libérale ou vous avez une activité mixte ?***
- Je pense que tout le monde a une activité libérale, il n'y a que moi qui ai une activité mixte. J'ai une activité universitaire.
- ***Ça marche et est-ce qu'il y a des gens retraités et en activité ?***
- Non
- ***Au niveau des paramédicaux, comment est composée votre MSP ?***
- Trois orthophonistes, deux infirmières, deux kinés, une pédicure, et une sage-femme.
- ***D'accord. Il y a des gens qui sont arrivés après, ça les a attiré ?***
- Il y a eu pas mal de rotations avec les orthophonistes, un départ en retraite, un déménagement dans le sud, donc ça a pas mal bougé. La sage-femme est arrivée au bout de 4/5 an. Un kiné a pris sa retraite, elle a été remplacée par un jeune. Le pédicure est parti au bout de 2 ans, un autre est arrivé, et elle a été remplacée dernièrement. Ça bouge pas mal mais l'équipe est assez jeune, hormis les trois médecins qui sont plus âgés.
- ***Dernière question au niveau de la composition de la MSP ; avez-vous des secrétaires ?***

- Deux secrétaires à mi-temps oui.
- **Qu'est-ce que cela vous apporte? et pour le patient ?**
- Il y a le fait d'avoir un accueil pour les patients et ça nous soulage pour tout le travail de secrétariat au niveau des rendez-vous, des papiers, des gens qui viennent chercher des ordonnances, des certificats, des tas de trucs. C'est un soulagement qui nous fait gagner du temps. Ce qui nous soulage aussi beaucoup c'est la coordinatrice qui est là depuis 3 ans et pour moi ça a été un gros soulagement. Car je faisais tout le travail et je faisais tout ce qu'il fait là-dedans et ça me soulage beaucoup. La coordinatrice nous l'avons une journée par semaine
- **Parfait, avant dernière question, à votre avis quel est l'impact de votre MSP sur les structures environnantes ? Alors quand je parle de structures, je parle des structures d'accessibilité aux soins, soit de soins de premier recours comme les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmacies, mais aussi sur les soins de second recours comme les EHPAD, les urgences, la chirurgie, les SSR. Pensez-vous que votre MSP a eu un impact sur ces structures environnantes ?**
- Je ne sais pas. Je ne sais pas je ne pense pas mais on essaie de mettre en évidence que l'on peut répondre aux urgences notamment pour les sutures des choses comme ça mais bon, on essaie d'être plus visible mais j'avoue je n'ai pas la réponse. C'est difficile à évaluer, on a de meilleurs rapports avec les pharmacies et ils voient qu'il y a une dynamique qui les interpellent. On a créé une CPTS sur le territoire. La dynamique vient encore de la maison de santé. Les EHPAD non car, il y en a une qui est proche mais on n'a pas plus de relations que ça. Par contre tout ce qui est médico-social on se rend compte que on les intéresse car on a été contacté par la PMI, par le PREU, par l'HAD. Nous avons une meilleure visibilité avec notre dynamique, on est connu comme étant des gens qui ont envie de faire bouger le système.
- **Au niveau de l'attractivité avec la commune, pensez-vous avoir eu une influence au niveau du solde migratoire ? Des infrastructures ?**
- Ouais... je ne sais pas ça. Je ne pourrais pas te répondre. On n'a pas de gare, la fibre oui nous avons mais je ne sais pas si ça a joué un rôle.
- **On arrive à la dernière question. Concernant la réussite de votre MSP. Pensez-vous qu'elle correspond aux critères de l'ARS. Je me permets de vous rappeler la définition brut de Légifrance : c'est une structure ayant une activité de soins sans hébergement avec des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales regroupant des médecins et d'autres professionnels de santé et qui a une vertu universitaire. En filigrane on retrouve les notions de permanence de soins, de multidisciplinarité et de maillage du territoire. Avez-vous l'impression que la réussite de votre MSP correspond à cette définition ?**
- Oui je pense que ça répond à 100% à cette définition, il n'y a pas de problème, je dis oui à fond. Le dernier médecin qui est arrivé, à fait une demande pour le clinicat et ça nous permet de être MSP universitaire, en plus de notre statut de maître de stage

- **OK, merci beaucoup. Avez-vous des choses à rajouter ?**
- Non. Juste rajouter que sur le plan personnel et professionnel c'est un beau projet et un beau challenge à réaliser, que de mettre en place ce projet et de lancer une équipe.

Entretien n°9 :

- ***Pour vous en tant que médecin traitant dans une MSP quelle est pour vous la définition d'une MSP réussie ?***

- La maison de santé réussie pour moi heu... c'est qu'il y a une bonne dynamique pluri professionnelle, au service du patient et de la population.

- ***Très bien je vous remercie, pour la deuxième question qui sera moins ouverte : Quel a été pour vous l'élément principal de la réussite de votre maison de santé, et votre principal regret, ce que vous auriez fait autrement ?***

- Alors... heu.... Le moteur principal, pour nous en tout cas, c'est la dynamique pluri professionnelle, c'est le point central on peut avoir des beaux locaux, on peut avoir plein d'argent si on n'a pas cette dynamique pluri professionnelle on n'a pas de maison de santé. Pour moi c'est ça le point central c'est que chaque professionnel de santé est impliqué et investi se sente bien dans la dynamique, participe à tel ou tel action, à tel ou tel groupe de travail. Chacun trouve sa place. Pour moi c'est ça la dynamique d'équipe.

- ***Et s'il y avait un regret ?***

- Heu.... Regret, non il n'y a pas de regret, après ce n'est pas forcément toujours simple tous les jours. Parfois il y a des baisses de dynamisme, moins de convivialité. Que ça n'avance pas assez vite. On a l'impression qu'il y a un beau projet au départ et que l'on ne voit pas aboutir forcément. Oui parfois il faut rectifier l'enveloppe de tir, revoir la voilure.

- ***Avez-vous dans l'avenir des perspectives d'évolution, des projets dans les cartons pour la MSP ?***

- Oui en plus on est dans une phase de renouvellement. Ça fait 5 ans que notre projet de santé est validé. On est dans une phase charnière avec un moment où l'on pense à se réorienter. On a fait des choses qui étaient programmées, des choses que l'on n'a pas faites, et des choses que l'on a faites et qui n'étaient pas écrites. Cette année c'est une année charnière pour réorienter le projet de santé et y intégrer les nouveaux venus. Là, on a une association loi 1901 qui permet d'animer les réunions, d'avoir un rythme de travail, de favoriser la convivialité. Le bureau d'association a été réélu avec les nouvelles personnes et on va mieux se répartir les tâches, afin que tout soit bien organisé et optimiser le temps.

- ***Parfait merci, nous allons continuer avec la troisième question : Qu'est-ce qu'une MSP vous apporte par rapport à un cabinet classique, seul ?***

- Quand j'étais remplaçant je n'ai remplacé que en cabinet seul, et quand je me suis installé, je voulais travailler à plusieurs, trouver un partage et de l'écoute entre les professionnels. L'exercice isolé ne me convenait pas. Les apports personnels sont importants, la satisfaction de faire du bon travail, ne pas être seul, pouvoir échanger, discuter. Même si je suis médecin, je ne sais pas tout. J'aime bien le partage, le regard différent des professionnels de santé notamment sur le côté psychologique et sociaux

des patients. C'est un enrichissement personnel. Ensuite, heu... c'est plus pour le collectif, c'est de voir cette dynamique et de voir les autres professionnels de santé épanouis et participer à tel ou tel projet. Le troisième point et pour moi le plus important, c'est le patient, nous faisons cela pour le patient, mieux se coordonner, avoir une meilleure prise en charge et avoir une qualité des soins plus optimale. C'est l'objectif ultime des maisons de santé.

- ***D'accord, au niveau des congés, horaires, avez-vous vu une différence avec un cabinet seul ?***

- Je ne sais pas si c'est forcément le fait d'être en MSP qui donne plus de souplesse. Si nous étions tous dans un cabinet sans le terme de maison de santé ça ne changerait rien. La maison de santé apporte surtout la dynamique pluri professionnelle.

- ***Et sur le versant prévention, éducation ? Avez-vous vu une différence ?***

- Ah oui là clairement, de toute façon c'est des cibles majeures du travail des maisons de santé, que de basculer de plus en plus vers le préventif plutôt que de ne faire que du curatif. Oui clairement la maison de santé fait du préventif, repérage précoce de certaines pathologies et certains troubles, de l'éducation. Clairement.

- ***Alors un volet que l'on n'a pas abordé, sur le plan financier, avez-vous eu des aides grâce à la MSP ?***

- Alors pour les aides financières, il y a plusieurs choses, des aides pour le bâtiment, pour le mobilier, il fallait être en zone bénéficiaire ce n'était pas notre cas. Là on est en train de finir les travaux, on a tout payé nous-même. Dedans on a 4 médecins et une kiné. Mais c'est nous qui avons supporté le coût des travaux, on a eu zéro euros pour l'immobilier. On a eu des aides par l'ARS pour avoir un expert qui nous a accompagnés dans l'écriture du projet de santé. Pour l'aménagement de notre hall d'accueil, pour l'informatique. Maintenant on signe depuis 4 ans les ACI et on a cette enveloppe qui vient de la Sécurité sociale. Pour nos projets, pour nos actions, pour embaucher le coordinateur de santé.

- ***Parfait merci, on va passer à la question très quantitative pour comprendre comment la maison de santé fonctionne à Landas, et comment est-elle structurée ?***

- Alors pour l'ouverture de la maison de santé, c'est le projet de santé qui a été validé en décembre 2015, ça fait donc 5 ans. Mais la structure est ouverte depuis les années 70. On a amené du pluri professionnel au fur et à mesure. Juridiquement il y a plusieurs niveaux, on a une association loi 1901, qui permet de regrouper tous les professionnels de santé. Ça permet d'accueillir tout le monde. C'est vraiment ça qui permet les relations interprofessionnels. Ensuite on a une SISA, là il n'y a que des professionnels de santé qui peuvent être associés à la SISA. On peut pas mettre les remplaçants, les psychologues etc.... le but est d'avoir le financement ACI, financer le coordinateur etc.... Ensuite on a une SCI qui est propriétaire des bâtiments, des murs. Après on a une SCP entre les médecins généralistes (elle existait déjà dans les années 1990) c'est comme une SCM mais plus élaborée. Voilà c'est déjà pas mal.

- ***Je ne connais pas très bien Landas, géographiquement comment qualifierez vous votre MSP ?***

- C'est effectivement rural, il y a que des champs autour, la MSP se situe en plein centre-ville, et on peut y venir à pied sans problème. Non là on est en plein milieu du village.

- ***De qui est composée votre MSP ?***

- Nous sommes quatre médecins généralistes une femme, et trois hommes, d'âge différents : Un des médecins à 60 ans, moi j'ai 40 ans, ma collègue a 36 ans et un autre collègue à 33 ans. Historiquement il y a toujours eu un 5ème collaborateur à mi-temps. Depuis 2011 il y a un chef de clinique. On avait un collaborateur jusque fin décembre 2019 et maintenant on a un remplaçant régulier. Nous travaillons tous en libéral exclusif. Et aucun n'est en retraite.

- ***Concernant les paramédicaux, qui composent votre MSP ?***

- On a 5 infirmières, la particularité on a une MSP multi sites. 2 kinés, ils sont en train de rechercher un 3ème kiné. On a 2 podologues, on a notre infirmière Azalé (éducation thérapeutique), on a la pharmacienne du village, la psychologue. Ensuite on a maintenant 4 orthophonistes et une diététicienne, le coordinateur, et puis c'est tout.

- ***Pensez-vous que ça a attiré les gens ?***

- On revient à la même chose, c'est la dynamique qui a attiré les gens, pas forcément les murs de la MSP. Je ne peux pas dire si ça a attiré le gens. Ce n'était pas le but, nous n'avions pas besoin d'attiré du monde. Nous étions assez. Ca a peut-être attiré les paramédicaux. C'est la dynamique qui a attiré.

- ***Je vais revenir justement sur les secrétaires, dites-m'en plus. Que vous apporte-t-elles ?***

- Nous avons deux secrétaires à temps plein. On a tout réorganisé, tout restructuré. Les secrétaires étaient dans une salle « cachée ». Aujourd'hui les secrétaires sont à l'entrée et voient passer tous les patients. Ce sont les secrétaires des médecins mais elles font tout le temps toujours de l'accueil pluri professionnel. Elles servent de filtre d'aiguillage, d'orientation, d'information. Du côté du médecin, elles ont énormément de travail d'aide administrative, les tiers payant, les retours sécu qui déconnet, la compta. C'est un bonheur en tant que médecin. Bien sûr je fais ma compta tous les soirs mais après elles gèrent tout. Moi je ne m'occupe que des patients. Et ce qu'il y a de bien c'est qu'elles ont beaucoup d'ancienneté et elles connaissent parfaitement bien les patients, l'environnement, les numéros de téléphone, les fax, les labos etc.... Elles sont vraiment une aide précieuse pour les médecins.

- ***Très bien c'était parfait. Avant dernière question : Pensez-vous que la réussite de votre MSP a eu un impact positif ou négatif sur les structures environnantes ?***

- Oui ça a forcément eu un impact, la maison de santé doit obligatoirement développer des relations avec l'extérieur. Notre but n'est pas seulement de travailler bien ensemble c'est aussi de bien travailler avec les structures extérieures. Au fur et à

mesure on s'est fait connaître, on fait des actions qui ont été connues. Les gens nous disent c'est bien ce que vous faites, on a envie de travailler avec vous. Et puis d'un autre côté on voulait travailler sur certaines thématiques et certaines actions et ça nous a poussés à aller voir les partenaires extérieurs. Je peux citer rapidement la maison de retraite où on a signé un protocole sur la fin de vie. On travaille sur la plateforme des aidants, on travaille avec la plateforme santé du Douaisien, sur l'éducation thérapeutique en lien avec notre infirmière Azalé. Sur un atelier social esthétique chez les femmes atteintes de cancer avec chimiothérapie. On travaille avec l'hôpital de Somain avec le projet d'un lien hôpital local avec la prise en charge de pathologie psychiatrique, travail avec la personne âgée. Donc oui la réponse c'est oui le fait d'être en maison de santé ça a impacté les relations extérieures.

- ***D'accord, et un autre aspect, par rapport à la commune est-ce que vous avez l'impression d'avoir eu un impact ?***

- On n'a pas la prétention d'avoir influencé la mairie pour les infrastructures, mais on a été amené à rencontrer le maire régulièrement pour les actions de santé publique au niveau de la commune. Mais sur les infrastructures non, la mairie on l'a plus influencé sur des actions médicales. On les considère comme un partenaire dans nos actions.

- ***Ok j'aurais une dernière question : Pensez-vous que la réussite de votre MSP correspond à la définition donnée par l'ARS. Je vous rappelle la définition de l'ARS sur Légifrance : « C'est une structure de soins sans hébergement, avec des actions de santé publique de prévention et d'éducation pour la santé et des actions sociales, qui regroupe des médecins et d'autres acteurs de la santé et qui a une action universitaire. Pensez-vous que la réussite de votre MSP est à rapprocher des critères donnés par l'ARS ?***

- C'est une large question qui est plus tôt politique et qui peut être délicate. Je vous ai parlé de dynamique, l'intérêt du patient. Quand on lit la définition de l'ARS c'est très institutionnelle. La définition est bonne, mais elle est très institutionnelle. Ils n'ont pas tort, mais il leur manque la vision de terrain. Pour aller plus loin dans cette question il y a les critères de l'ACI. Dans notre ressenti sur le terrain, nous avons le cadre de l'ARS de l'institution.... Parfois ça colle très bien, mais souvent, voire très souvent ce cadre ne correspond pas à notre dynamique. Parfois on doit adapter notre propre dynamique pour qu'elle rentre dans le cadre institutionnelle et ça pour le coup c'est dérangeant, c'est perturbant et ça dénature notre dynamique. On a l'impression que notre dynamique qui nous semble saine, correcte, on a l'impression qu'elle ne correspond pas à la dynamique de nos institutions. On n'a pas forcément la même priorité. Je reprends l'exemple de la démographie médicale, par exemple chez nous on n'a pas du tout besoin de médecins. On n'a pas fait une MSP pour ça. Il y a un décalage, carrément.

Serment d'Hippocrate :

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

AUTEUR : Nom : TAILLAIN

Prénom : GAUTIER

Date de soutenance : 24.06.2020

Titre de la thèse :

Facteurs de réussite des maisons de santé pluridisciplinaires

**Travail de recherche auprès de médecins généraliste travaillant dans une maison de santé
du Nord Pas de Calais depuis plus d'un an**

Thèse - Médecine – Lille - 2020

Cadre de classement : Recherche

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : MSP, Maison de santé, Réussite, Nord-Pas-de-Calais, NPD

INTRODUCTION : La médecine de demain doit répondre à de nouveaux enjeux en termes de prise en charge notamment avec l'essor des maladies chroniques. La création des maisons de santé est la réponse apportée par l'état pour résoudre ces nouveaux défis. Nous avons souhaité identifier les facteurs amenant à la réussite de ces nouvelles structures par le prisme du ressenti des médecins qui les ont créés et les font vivre.

MÉTHODE : Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins ayant participé à la création de leur propre maison de santé bénéficiant d'une ancienneté de plus d'un an. À l'aide d'entretiens semi-dirigés réalisés par correspondance nous avons réalisé une démarche inductive par comparaison constante via une analyse transversale interprétative des différents entretiens selon le principe de théorisation ancrée.

RÉSULTATS : Les données issues des huit entretiens semi-dirigés nous ont permis d'élaborer trois hypothèses explicatives. La première est de maîtriser la création et la gestion de la maison de santé dès le début que ce soit avec les aides ou la gestion immobilière. La deuxième hypothèse a mis en avant la nécessité d'avoir une dynamique de groupe afin de garder un maximum de coordination, de bien-être au sein de l'équipe et d'attirer de nouveaux professionnels. La dernière hypothèse réside dans le passage à une pratique de la médecine du XXI^{ème} siècle à travers des outils modernes permettant des connexions entre la maison de santé et les autres acteurs amenant à un réel projet multidisciplinaire. Ce qui aboutit au confort du médecin et une meilleure prise en charge du patient d'aujourd'hui.

CONCLUSION : La réussite des maisons de santé dépend de ceux qui la font vivre. Identifier, comprendre et utiliser ces facteurs est essentiel pour travailler ensemble et répondre aux problématiques de demain.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Didier DELETTE

