



Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien

Arnaud Buffard

► To cite this version:

Arnaud Buffard. Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932439

HAL Id: hal-01932439

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932439>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Arnaud BUFFARD

le 11 octobre 2017

**RESSSENTIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS L'ELABORATION ET LA
MISE EN FONCTIONNEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURI-
PROFESSIONNELLES SUR LE TERRITOIRE MEUSIEN**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président

Mme. le Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

Juge

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

Juge

M. le Docteur Olivier BOUCHY

Juge et Directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine
:
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel

RENARD

Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGLOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour votre implication, pour votre disponibilité et pour votre accompagnement dans notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

Professeur d’Ophtalmologie, vice- Doyen de la Faculté de Médecine

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profonde considération.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Nous tenons à vous faire part de nos sincères remerciements pour avoir accepté de juger notre travail.

Soyez assuré de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A notre Maître, Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Maître de conférences Associé de Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Nous vous remercions pour votre savoir, vos précieux conseils, votre engagement et votre disponibilité tout au long de ce travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profonde considération.

Invitée d'honneur

Madame Joëlle KIVITS

Maitre de conférences en sociologie

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour votre participation, vos conseils et pour
votre accompagnement dans notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A ma famille, et tout particulièrement

A Julie, ma chère et tendre, merci pour ton soutien, merci d'avoir été là tous les jours pour me pousser à réaliser ce travail, de m'avoir encouragé et de croire en moi. Ton aide dans la réalisation de ce travail a été précieuse.

A mes parents, merci pour tous ce que vous m'avez apporté depuis ma plus tendre enfance, merci de votre soutien dans les bons comme dans les mauvais moments. Maman, c'est un jour spécial pour toi, je suis heureux de te rendre fier.

A mon frère, Sébastien, merci pour ton soutien et tes encouragements qui m'ont permis d'avancer durant ces longues années d'études. A Jessica, mon filleul Valentin et Calista pour tous vos encouragements.

A ma sœur, Olivia, merci pour ton soutien sans relâche. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A ma grand-mère, merci pour tous tes encouragements.

A mes beaux-parents, Martine et Jean Marc, pour leur gentillesse et leur disponibilité. Merci à vous Martine d'avoir pris le temps de corriger l'orthographe et d'avoir fait la mise en page de ce travail (il y avait du travail).

A mon beau-frère, Jean Thomas, nos bonnes soirées ensemble en Meuse avant de réaliser les entretiens ont été un vrai bol d'air.

A ma belle-sœur, Eva et mon futur beau-frère j'espère, Jérémie, merci pour votre soutien.

A mes amis, et tout particulièrement

A Remy, merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Merci pour ton soutien sans faille depuis nos années lycée et nos premiers jours sur les bancs de la faculté de médecine.

Tu es toujours présent pour moi et je t'en suis reconnaissant.

A Guillaume, il s'en est passé du temps depuis nos châteaux de sable sur la plage de Saint Pierre et tu es toujours là à mes côtés pour m'encourager, merci pour tout petit père.

A Damien, qui me supporte et m'accompagne depuis l'école primaire, merci d'être toujours présent. C'est bon on peut enfin retourner ensemble à la pêche. A Julie et ma filleule Emma, merci de votre soutien.

A Anne Claire, merci pour tous ces bons moments passés ensemble et ton soutien sans relâche. On s'en doutait, je suis le dernier à finir mais tes encouragements m'ont aidé à terminer ce travail.

A Pascale, merci pour ton soutien, tes encouragements et de m'avoir poussé tout au long de ce travail.

A Jean Christophe (bonhomme), merci pour ton soutien et tes encouragements. Alléluia elle est finie.

A Julien, merci pour tous ces moments partagés ensemble, merci pour ton soutien. A Annabelle, merci pour ton soutien et tes encouragements.

A Julien et Mathilde, merci pour tous ces bons moments ensembles et de votre soutien. Julien j'ai perdu mon pari, mais je suis content de te payer ce restaurant.

A Christophe, merci pour ton aide et ton soutien tout au long de la réalisation de ce travail.
Merci d'avoir participé à la triangulation de cette étude.

A Solène, merci pour ton aide pour la retranscription des entretiens.

Enfin, je tiens également à remercier tous les professionnels de santé des MSP/PSP de la Meuse qui ont accepté de me rencontrer et qui ont contribué à la réalisation de cette étude.

Le serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Abréviations

- ACI : Accord conventionnel Interprofessionnel
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CDOM : conseil départemental de l'ordre des médecins
- CIADT : comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire
- CNAMTS : la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNGE : collège national des généralistes enseignants
- CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
- CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DDR : dotation de développement rural
- DDS : direction de la sécurité sociale
- DEG : dotation globale d'équipement
- DETR : dotation d'équipement des territoires ruraux
- DGOS : direction générale de l'offre de soins
- DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- ENMR : expérimentations de nouveaux modes de rémunération
- EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
- ETP : éducation thérapeutique des patients
- FEADER : fonds européen agricole pour le développement rural
- FEDER : fonds européen de développement régional
- FEMALOR : Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine
- FIR : fonds d'investissement régional
- FNADT : fonds national d'aménagement et de développement du territoire
- FSE : fonds social européen
- GIGEO : centre industriel de stockage géologique
- GIP : groupement d'intérêt public
- IDE : infirmier diplômé d'état
- INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
- IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MSP : maison de santé pluri-professionnelle
- NMR nouveaux modes de rémunération
- PAPS : portail d'accompagnement des professionnels de santé
- PRS : projet régional de santé
- PSP : pôle de santé pluri-professionnel
- SARL : société à responsabilité limitée
- SCI : société civile immobilière
- SCM : société civile de moyen

- SCP : société civile professionnelle
- SEL : société d'exercice libéral
- SISA : sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires
- SROS : schéma régional de l'organisation des soins
- UNCAM : union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
- URCAM : unions Régionales des caisses d'Assurance Maladie
- URPS : union régionale des professionnels de santé

Table des matières

Remerciements.....	2
Le serment d'Hippocrate	16
Table des matières	17
Introduction	22
1 Organisation des soins primaires du territoire meusien, maison de santé pluri-professionnelle et pôle de santé.	23
1-1 Définitions.....	24
1-1-1 Définition d'une maison de santé pluri-professionnelle.....	24
1-1-2 Définition d'un pôle de santé	24
1-1-3 Définition équipe de soins primaires remplaçant la notion de pôle de santé ...	25
1-1-4 Définition communautés professionnelles territoriales de santé.....	25
1-1-5 Définition maison médicale	26
1-1-6 Définition d'un centre de santé	26
1-2- Historique des maisons de santé.....	26
1-3- Intérêt des maisons et pôles de santé	29
1-4 Développement des maisons de santé pluri-professionnelles	30
1-5 Construction d'une maison de santé	31
1-5-1 L'analyse territoriale	31
1-5-2 La dynamique humaine	32
1-5-3- Le projet de santé et projet professionnel.....	32
1-5-4- Les aspects juridiques.....	34
1-5-4-1 Les contrats d'exercice en commun, la charte et le règlement intérieur	34
1-5-4-2 Association loi 1901 et sociétés	35
1-5-5-2 Le financement public.....	37
1-5-5-3 Les aides à l'investissement	37
1-5-5-4 Les aides au fonctionnement.....	38
1-5-6 Le projet immobilier	39
1-6 Le comité de sélection régional des MSP.....	40
1-7 Focus sur le département meusien	40
1-7-1 Le territoire meusien	40

1-7-2 La démographie meusienne	40
1-7-3 La démographie médicale.....	41
1-7-3-1 La démographie médicale de la région Grand Est	41
1-7-3-2 La démographie médicale meusienne	42
1-7-4 Le plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé.....	42
1-7-5 Cartographie des maisons et pôles de santé sur le territoire meusien	45
2 Méthodologie	47
2-1 Le choix de la méthode	47
2-2 Les entretiens semi-dirigés.....	47
2-2-1 L'échantillonnage	47
2-2-2 La sélection des personnes interrogées	48
2-3 La préparation des entretiens.....	48
2-3-1 La documentation.....	48
2-3-2 La réalisation du guide d'entretien.....	48
2-4 La prise de contact.....	49
2-5 Le déroulement des entretiens.....	50
2-6 La transcription des données et l'analyse des données	51
3 Résultats	52
3-1 Réalisation de l'étude	52
3-1-1 Echantillonnage	52
3-2 Résultats des entretiens	54
3-2-1 Naissance du projet de MSP/PSP.....	54
3-2-1-1 Les motivations et les freins des professionnels de santé à créer une MSP/PSP..	54
3-2-1-2 Les intérêts à construire des MSP/PSP.....	56
3-2-1-3 Les éléments starters du projet de MSP/PSP.....	57
3-2-2 Construire un projet de maison de santé	57
3-2-2-1 Rôle des professionnels de santé dans la construction du projet de MSP	58
3-2-2-2 Construction du projet de MSP	58
3-2-2-3 Les difficultés rencontrées dans l'élaboration du projet de MSP	60
3-2-3 La maison de santé pluri professionnelle : une petite PME à structurer.....	62
3-2-3-1 Le fonctionnement d'une MSP.....	62
3-2-3-2 Les avantages et les difficultés rencontrées dans le fonctionnement des MSP.....	63

3-2-3-3 L'intégration des professionnels de santé aux MSP	70
3-2-3-4 Intérêts des MSP pour les patients.....	71
3-2-4 Les perspectives futures.....	73
3-2-4-1 Les améliorations à apporter à la structure.....	73
3-2-4-2 Quel avenir pour les MSP/PSP ?.....	74
4 Discussion.....	76
4-1 Discussion sur la méthodologie	76
4-1-1 Intérêt de la méthodologie	76
4-1-2 Limites de la méthodologie	76
4-1-2-1 Les biais extrinsèques.....	76
4-1-2-2 Les biais intrinsèques	76
4-1-2-3 Les biais d'investigation.....	77
4-1-2-4 Les biais d'interprétation.....	77
4-2 Discussion sur les résultats.....	77
4-2-1 Prise de contact et recueil des données.....	77
4-2-2 La naissance d'une MSP n'est pas un long fleuve tranquille.....	78
4-2-3 Les MSP : des petites PME de libéraux avec leurs contraintes	81
4-2-4 La MSP : un cadre d'exercice modifié et amélioré	84
4-2-5 Les MSP : modificateurs de la prise en charge et des comportements des patients.....	84
4-2-6 les MSP : des laboratoires de l'innovation des soins primaires	86
4-2-7 La MSP : la solution du futur pour tous les territoires	87
5 Conclusion.....	88
Abréviations	89
Bibliographie.....	90
Annexe	96

Introduction

En France, la crise démographique médicale se fait de plus en plus ressentir. Elle est cependant inégale. En effet, il existe une grande disparité de répartition de l'offre de soins sur le territoire national. Celle-ci tend à s'accroître aux dépens des territoires ruraux, car ces zones sont peu attractives. La Meuse, département typiquement rural est directement touchée par cette crise démographique.

Les patients éprouvent de plus en plus de difficultés à accéder aux soins, les délais de rendez-vous sont de plus en plus longs, l'accès à certains spécialistes est de plus en plus difficile et il est même parfois difficile dans certaines régions de trouver un médecin référent lorsque l'on vient d'emménager.

Le vieillissement de la population et la complexité de prise en charge qui en découle, ainsi que les difficultés croissantes dans l'exercice médical et paramédical au sein des territoires ruraux entraînent une certaine lassitude des professionnels de santé.

On constate également un changement important dans la vision des jeunes médecins de leur exercice médical libéral, la qualité de vie devenant aujourd'hui primordiale.

Les pouvoirs publics s'inquiètent de l'offre de soins qu'ils vont pouvoir procurer à leurs administrés.

Tous ces éléments ont amené les politiques à repenser notre système d'accès aux soins primaires aboutissant à la création de la loi Hôpital Patients Santé Territoire qui tente de réduire cette fracture territoriale.

C'est dans ce contexte, qu'en 2006 est réalisée une réflexion sur la démographie médicale dans la cadre du « Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse » aboutissant à la réalisation de réunions de Territoire dans tout le département. L'objectif est alors de souligner aux élus locaux et aux professionnels de santé, l'urgence de la situation et de leur proposer des solutions.

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) apparaissent comme étant une solution pour résoudre ce problème de santé publique. Depuis les années 2010, leur nombre croît sur le territoire national, avec potentiellement plus de 1000 MSP en fonctionnement d'ici fin 2017. La possibilité d'un mode d'exercice médical regroupé et coordonné entre les professionnels de santé du parcours de soins et d'une mutualisation des moyens semble séduire particulièrement les jeunes professionnels de santé.

Au 1^{er} septembre 2017, le département meusien compte 22 MSP en fonctionnement. Il fait office de référence en matière de développement de ces structures de soins ambulatoires au sein de la région Grand Est.

Notre travail de recherche est une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés de 25 professionnels de santé impliqués dans l'élaboration et la mise en fonctionnement de 11

maisons de santé pluri-professionnelles ou pôle de santé sur le territoire meusien. L'objectif de cette recherche était d'étudier les freins et les leviers ressentis par les professionnels de santé lors de l'élaboration des projets de construction des MSP/PSP, dans le fonctionnement de ces structures et dans l'exercice professionnel en leur sein.

1 Organisation des soins primaires du territoire meusien au sein des maisons de santé pluri-professionnelles et des pôles de santé.

1-1 Définitions

1-1-1 Définition d'une maison de santé pluri-professionnelle (1) (10)

Une maison de santé est le regroupement de plusieurs professionnels de santé libéraux (au moins 2 médecins et 1 autre professionnel de santé) autour d'un projet de santé commun validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les soignants peuvent exercer dans le même local ou travailler sur des sites différents.

Sa définition légale provient de la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007 issue du code de la santé publique, article L. 6323-3 (2). Elle a été modifiée par la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009 (article 39 (loi n°2009-879)) (3), puis par l'article 2 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (4) et enfin par l'article 118 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (5).

L'article L.6323-3 du code de santé publique prévoit (5) : « 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 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges 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 (6). Il est transmis pour information à l'ARS. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels 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 ».

1-1-2 Définition d'un pôle de santé (1) (10)

C'est un regroupement de professionnels de santé, dans un territoire plus large que les MSP, avec différents modes d'exercices sur plusieurs sites, autour d'un projet de santé commun.

Sa définition légale est issue de l'article 40 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, abrogée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (article 65), incérant l'article L.6323-4 du code de la santé publique. Cet article définit les pôles de santé (7) : « 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 entre des 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 médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ».

1-1-3 Définition d'une équipe de soins primaires remplaçant la notion de pôle de santé

L'article L1411-11-1 créé par la loi de modernisation de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 64 définit la notion de soins primaires remplaçant le terme de pôle de santé (8) :

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ».

1-1-4 Définition de communautés professionnelles territoriales de santé

L'article L1434-12 créé par la loi de modernisation de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 65 définit la notion de communautés professionnelles territoriales de santé (9) :

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé.

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé ».

1-1-5 Définition de maison médicale (10) (11)

Une maison médicale est un regroupement de plusieurs professionnels de santé, du premier ou du second recours (médecins généralistes, médecins spécialistes, autres professions de santé), dans un lieu commun. Il n'existe pas de projet de santé commun et pas de financement public possible.

1-1-6 Définition d'un centre de santé (11)

Un centre de santé est une structure de soins qui regroupe des professionnels de santé salariés. Ils sont gérés par des collectivités territoriales, des associations ou des assureurs de la santé (assurance maladie ou mutuelles).

1-2- Historique des maisons de santé

C'est à partir de 2006 que l'expression « maison de santé » commence à être utilisée par des soignants désireux de distinguer leurs projets des maisons médicales existantes. Ils se sont inspirés d'expériences comme celles des unités sanitaires de Saint-Nazaire (1983-1986). Ces unités regroupaient des soignants exerçant dans 3 cabinets différents, qui travaillaient de façon conjointe et coordonnée afin d'assurer des soins, des actions de prévention, d'information et d'éducation des patients. L'objectif en 2006, était de développer au sein de ces nouvelles maisons de santé un travail coordonné entre professionnels du premier recours afin de mieux prendre en charge la santé de la population (11).

Cette expression « maison de santé » va être reprise par le sénateur Juilhard dans son rapport sur l'offre de soins en 2007. Dans celui-ci, il la définit comme : « Une maison de santé pluridisciplinaire ou maison de santé est un mode d'exercice libéral relativement nouveau. Elle rassemble des professions médicales et paramédicales, organise son activité autour d'un projet médical commun et y associe parfois des intervenants extérieurs à la sphère médicale stricto sensu ». (12)

L'appellation « maison de santé » est encouragée par un groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) consacré à l'exercice coordonné, mené en 2007 Pr Jean-Michel Chabot. Une première définition est alors proposée : « une maison de santé, pôle de santé ou centre de santé rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins de santé primaires, dont des médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients ». Un cahier des charges va suivre cette définition. (13)

Une première reconnaissance légale des maisons de santé pluri professionnelles a été apportée par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale n°2007-1786 du 19 décembre 2007, cette dénomination est inscrite dans l'article L.6323-3 du code de la santé publique (2) : « 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 sociales. Les maisons de santé sont

constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.»

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 donne la possibilité de lancer des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) dans ces maisons de santé. Elles sont prévues pour une période de 5 ans (2008 à 2012). Le versement se fait sur une base forfaitaire annuelle. Elles ont pour vocation de compléter le paiement à l'acte. (14)

La ministre de la santé Mme Roselyne Bachelot annonce en 2008 une aide de 50 000 euros à 100 projets. Un cahier des charges va être rédigé par la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour définir les critères nécessaires à l'attribution de ces aides (15) : « La maison de santé doit compter au moins deux médecins généralistes et au moins un autre professionnel de santé, doit être le lieu principal d'activité, doit permettre de mutualiser les moyens, doit proposer de coordonner certains soins, doit comporter un système d'information moderne, doit s'engager dans la formation des étudiants ».

Des modifications ont ensuite été apportées par la loi n°2009-879, article 39 de la loi hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009, complétant l'article L.6323-3 du code de la santé publique (3): « 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 médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. 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. »

La loi du 21 juillet 2009 (HPST) crée dans son article 118 les Agences Régionales de Santé. Ces agences permettent la réalisation d'un pilotage unifié des soins en région. Elles sont le pilier de la réforme du système de santé. Leurs proximités permettent de mieux répondre aux problèmes de l'offre de soins primaires et donc d'améliorer l'efficacité du système de santé. La stratégie d'une ARS va être définie par son projet régional de santé (PRS). (10) (16) (17)

Début 2010, la mission interministérielle menée par le sénateur Juilhard, le Pr Vallancien, Mme Touba et Mme Crochemore réalise un bilan des maisons et pôles de santé et fait des propositions pour leur déploiement (18).

Le 27 avril 2010, le Président de la République, Nicolas Sarkozy, demande à Elizabeth Hubert (ancien ministre de la santé et de l'assurance maladie) d'établir un rapport pour « permettre aux français en 2020 ou 2030, d'accéder de façon satisfaisante et équitable aux soins de premiers recours dispensés par la médecine de proximité ». Ce rapport évoque l'enthousiasme du développement des maisons de santé et met l'accent sur l'importance

de la coopération interprofessionnelle, du système d'informations partagées, de la nécessité de la mise en place des nouveaux modes de rémunérations et de l'importance de la restructuration de la formation initiale et professionnelle. (19)

Enfin le Sénat et l'Assemblée nationale ont adopté le 13 juillet 2011, la proposition de loi du sénateur Jean-Pierre Fourcade, dite « loi Fourcade » (loi n°2011-940), 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. Les modifications apportées à l'article L.6323-3 sont : (4) « 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 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges 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 chacun des professionnels 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 ».

Cette loi va définir les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), cadre juridique permettant la perception des nouveaux modes de rémunération.

A partir du 30 juin 2012, les maisons et pôles de santé sont dans l'obligation de se transformer en SISA, seul cadre juridique sociétaire reconnu par les ARS pour la perception des nouveaux modes de rémunération (NMR).

Le 13 décembre 2012, la ministre de la santé, des affaires sociales et des droits des femmes, Mme Marisol Touraine, propose un « pacte territoire-santé 1 » (20) pour permettre l'accès à tous les français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. Ce pacte comporte 12 engagements s'articulant autour de 3 axes que sont :

- Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins
- Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé
- Investir dans les territoires isolés

Elle annoncera également la création d'un portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), qui a pour objectif de les informer, de faciliter leur orientation vers les services proposés par les différents acteurs régionaux et de les accompagner dans différents moments clés de leur carrière. (21)

L'Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, permet la pérennisation et la généralisation des NMR au sein de ces structures. (22)

Un second pacte « pacte territoire-santé 2 » (23) est présenté en novembre 2015 au 15^{ème} Congrès annuel du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) à Dijon, par le ministre Madame Marisol Touraine. Il vient renforcer le « pacte territoire-santé 1 ». Il comporte 10 engagements s'articulant autour de deux axes :

- Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé 1
- Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires

Le deuxième engagement veut faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires sensibles. Elle déclare également un objectif de 1000 maisons de santé en 2017 dans son troisième engagement.

En mars 2016, on peut compter en France (24) :

- 778 MSP en fonction
- 382 projets de MSP déjà sélectionnés
- Soit 1160 MSP :
 - Une grande majorité implantée en milieu rural (55% des MSP ouvertes et 55% des MSP en projet)
 - Caractère pluri-professionnel: (pour 740 MSP ouvertes, soit 95%)

1-3- Intérêt des maisons et pôles de santé (1) (11) (25)

Il existe un certain nombre d'avantages pour les professionnels de santé, à se regrouper en MSP.

Dans le cadre de l'organisation du travail, le regroupement facilite la création d'un poste de secrétariat, qui permet de se décharger d'une partie des tâches administratives et donc, pour les professionnels de santé, de mieux se consacrer à leur activité de soignant. Il permet également une organisation plus aisée des emplois du temps et des congés (évitant ainsi la recherche de remplaçants, tâche qui devient de plus en plus difficile).

Les professionnels font remarquer leur plaisir de travailler en équipe. « L'exercice en maison de santé permet d'échanger sur sa pratique, de voir un patient avec un autre soignant, d'être accompagné et soutenu dans des situations difficiles » (11) « Rejoindre une équipe engagée

dans une démarche dynamique sur un territoire peut être une source de motivation pour des professionnels exerçant dans le secteur » (11).

Pour les professionnels en fin de carrière, l'inscription dans un projet de maison de santé permet d'avoir l'assurance d'une prise en charge ultérieure de leur patientèle.

Le mode de rémunération des professionnels de santé évolue également, il ne relève plus seulement du paiement à l'acte, il y a une part croissante de rémunérations forfaitaires. Les forfaits (rémunérations sur objectifs de santé publique, rémunérations d'équipe) tiennent compte du nombre de patients suivis et des services rendus à la patientèle. S'ils prennent progressivement plus d'importance que les revenus liés aux actes, l'intérêt de se regrouper deviendra plus évident.

L'utilisateur est au centre des avantages que peut offrir la maison de santé. « C'est un lieu unique et proximal de soins médicaux et paramédicaux. Elle permet de centraliser l'accueil des usagers, de leur donner une information circonstanciée et précise, de les orienter » (25).

La notion de continuité des soins est également primordiale « Le rassemblement de plusieurs professionnels de santé d'un même secteur de soins (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) apparaît comme susceptible de faciliter le suivi temporel des patients et sa qualité » (25).

La pluridisciplinarité apparaît comme un atout permettant la mise en place ciblée d'actions de santé publique.

La maison de santé représente un lieu de formation pour les futurs praticiens des différentes disciplines représentées.

L'augmentation du nombre de ces regroupements doit permettre une meilleure répartition géographique des médecins en organisant l'offre des soins selon une approche territoriale cohérente.

1-4 Développement des maisons de santé pluri-professionnelles

Lors de la clôture des assises des Territoires Ruraux du 9 février 2010, le Président de la République a annoncé le lancement d'un plan de développement de maisons de santé pluri-professionnelles en faveur des territoires ruraux. Par le circulaire NOR N°EATV10186866C, le comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du territoire (CIADT) du 11 mai 2010 lance un programme national visant à financer 250 MSP, sur la période de 2010 à 2013(26). Il fixe un cahier national des charges des maisons de santé, conditionnant l'accompagnement financier des projets de création de MSP (27).

Au sein de chaque région, il existe un cahier régional (28) des charges et une prolongation du cahier des charges national, servant de référence aux dossiers de demandes de subventions publiques au titre du Fond d'Investissement Régional (FIR).

1-5 Construction d'une maison de santé (11)

Pour qu'un projet de maison de santé réussisse, six éléments sont à prendre en considération :

- l'analyse territoriale
- la dynamique humaine
- le projet de santé et le projet professionnel
- les aspects juridiques
- le financement
- le projet immobilier

1-5-1 L'analyse territoriale

Il convient en premier lieu, de définir un territoire pour le projet, c'est la dire la zone géographique dans laquelle chaque habitant trouvera une réponse à sa demande de soins. Cette définition du territoire est essentielle pour rassembler les données contextuelles et permettre le dialogue avec les autorités compétentes.

Une fois le territoire défini, différents éléments sont à prendre en compte pour permettre de mesurer l'intérêt et la faisabilité du projet :

- l'intérêt et la motivation des professionnels de santé déjà installés sur le territoire
- la teneur du soutien du projet par les collectivités locales
- la compréhension du contexte géographique et économique du territoire,
- l'analyse des données sociodémographiques et sanitaires disponibles,
- l'état des lieux de l'offre de soins du territoire dans ces différentes composantes,
- les politiques développées par l'ARS, le conseil régional, le conseil départemental, voire la délégation interministérielle à la ville.
- l'analyse des attentes de la population

Tous ces éléments permettent la réalisation de l'étude d'opportunité.

Cette analyse territoriale peut être également confiée à une société extérieure. Il faut alors élaborer un cahier des charges précis.

1-5-2 La dynamique humaine

Les premiers acteurs des maisons de santé sont les professionnels de santé. Il est important de faire l'analyse des motivations de chaque soignant et de les rassurer sur leur éventuels freins, afin d'obtenir une bonne adhésion au projet. Cette étape est essentielle à la réussite du projet. Elle nécessite du temps et de l'énergie. Plusieurs réunions de travail entre le porteur du projet et les soignants sont nécessaires. Elles nécessitent parfois l'aide d'un intervenant externe (professionnel de santé ayant une expérience de projet de MSP, acteur de la fédération régionale des maisons de santé) qui apporte son expertise et répond à certaines interrogations.

Cette dynamique humaine est généralement entretenue par le « leader » professionnel de santé. C'est le pilote du projet. Sans lui, peu de projets aboutissent. Généralement, il s'agit d'un médecin mais parfois, cela peut être un autre professionnel de santé. Il doit y consacrer de l'énergie et du temps et être suffisamment convaincu de la réussite du projet, pour amener les autres professionnels de santé à le suivre. « Il doit posséder de bonnes qualités d'écoute et de communication, et doit être capable de donner du sens au projet, en tenant compte des attentes de tous les participants » (11).

Enfin, il est nécessaire qu'un dialogue s'installe entre les professionnels de santé et les collectivités locales, afin de coordonner les actions des deux parties.

1-5-3- Le projet de santé et projet professionnel

Le projet de santé et le projet professionnel sont des éléments essentiels qui définissent une maison de santé. Le projet de santé comporte les objectifs de santé pour la population du territoire (actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et les actions sociales menées par l'équipe). Le projet professionnel présente la manière dont les soignants prévoient de s'organiser pour atteindre ces objectifs. Il est écrit et signé par l'ensemble des acteurs de la maison de santé (professionnels de santé et actionnaires). Il doit être annexé aux statuts de la SISA lors de son enregistrement.

Pour être reconnue comme « maison de santé », une équipe doit soumettre son projet de santé à l'ARS de sa région. Si l'équipe veut bénéficier des nouveaux modes de rémunération (NMR), il faut que l'ARS accepte sa candidature sur le fait que son projet de santé est cohérent avec le projet régional de santé (PRS). Le projet de santé est annexé au contrat signé entre la maison de santé pluri-professionnelle, l'ARS et la caisse primaire assurance maladie (CPAM).

Initialement, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) avait défini le contenu d'un projet de santé en annexe III d'une circulaire de juillet 2010. Il doit contenir : (29)

1 : le diagnostic préalable des besoins : le diagnostic des besoins du territoire va définir l'organisation de la structure

- les modalités de réalisation du diagnostic au regard de la population : le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) décrit les besoins du territoire, le projet doit s'inscrire dans les objectifs de ce schéma.
- les missions et activités de la structure : répondant au diagnostic préalable des besoins, il indique les missions de la structure (soins, prévention, éducation à la santé, formation, information)

2 : le projet de santé de la structure est composé de deux grandes parties : le projet professionnel et le projet d'organisation de la prise en charge.

- le projet professionnel :
 - le management de la structure précise les différentes catégories de professionnels de santé participant au fonctionnement de la structure, l'organisation interne et les responsabilités de chacun au sein de celle-ci,
 - l'organisation de la pluri-professionnalité : mesures permettant d'assurer la coordination entre les professionnels de santé de la structure (la mise en place d'un système d'informations partagé, l'organisation de réunions pluri professionnelles de concertation, l'élaboration de protocoles de soins),
 - la mise en œuvre du dispositif d'information décrit
 - les mesures mises en place pour faciliter l'accès pour les patients, des données médicales le concernant,
 - les modalités de partage des informations médicales entre les professionnels de santé de la structure et/ou avec les autres acteurs du territoire,
 - l'information des patients sur les conditions de partage des informations médicales entre les professionnels de santé,
 - le développement professionnel continu, la démarche qualité,
 - l'accueil d'étudiants, la recherche.
- le projet d'organisation de la prise en charge :
 - l'accès aux soins : faciliter l'accès aux soins à tous les usagers, l'information des usagers sur les possibilités de prise en charge au sein de la structure,
 - la continuité des soins : indication de l'amplitude des horaires d'ouverture, la possibilité de consultations non programmées, l'information aux patients de l'organisation sur le territoire d'une permanence de soins ambulatoires en dehors des horaires d'ouverture de la structure,

- la coopération et la coordination externe : elle précise les relations effectives ou en projet, de la structure avec les partenaires du territoire, facilitant l'orientation des patients,
- la qualité de la prise en charge : étude de la qualité de la prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives élaborées dans la structure
- les nouveaux services du projet d'organisation de la prise en charge signalent les activités innovantes comme l'éducation thérapeutique des patients (ETP), la télésurveillance au domicile des patients et la télémedecine.

1-5-4- Les aspects juridiques

1-5-4-1 Les contrats d'exercice en commun, la charte et le règlement intérieur

Le contrat d'exercice en commun décrit ce qui lie les professionnels de santé entre eux. Il définit les conditions de travail en commun et notamment les situations qui pourraient poser problèmes comme par exemple les congés, les conditions de départ, les maladies ou le décès. Il peut définir tout ce que l'équipe considère comme justifié de définir ensemble. Ce contrat peut s'écrire pour chaque profession ou pour l'ensemble des acteurs de la maison de santé.

La charte de la maison de santé définit les principes éthiques que l'ensemble des professionnels de santé s'engagent à respecter dans le cadre de leur activité. Les principaux axes étant :

- attitudes face aux inégalités sociales de santé, aux minorités, aux situations de précarité ou d'exclusion
- objectif de qualité des soins
- confidentialité et respect du secret professionnel
- accessibilité aux soins de la population
- formation des professionnels

Le règlement intérieur n'est pas une obligation mais permet de définir les conditions de vie au sein de la structure. Tous les points concernant la gérance des locaux, l'utilisation des ressources et les contributions de chacun peuvent être définis dans ce document.

1-5-4-2 Association loi 1901 et sociétés

Le statut juridique des maisons de santé peut prendre plusieurs formes :

- **Association loi 1901** : Elle est généralement utilisée comme support juridique dans la phase de création d'une MSP. Elle définit les grands axes stratégiques qui sont décidés par ses membres. Elle peut assurer la gouvernance. Elle permet à son Président de représenter les professionnels des maisons et pôle de santé du secteur, face aux pouvoirs publics (ARS, collectivités,...)

- **les sociétés** : elles sont les outils de mise en application du projet :

- **société civile immobilière (SCI)** : elle permet d'associer plusieurs personnes (deux au minimum) pour acheter un bien immobilier qu'il soit à titre privé, familial ou professionnel. L'objet exclusif d'une SCI est de protéger les biens ; elle ne peut avoir aucun but commercial. Elle est uniquement dédiée à l'immobilier : achat, location ou gestion d'un patrimoine immobilier.

- **la société civile de moyen (SCM)** : C'est une structure juridique permettant aux associés de mettre en commun des matériels, l'usage de locaux et des personnels utiles à l'exercice d'une profession de type libéral. Dans ces sociétés, les membres, qu'ils soient des personnes physiques ou morales, exercent leur profession dans une totale indépendance de patientèle et de pratique professionnelle (30). Deux choix s'offrent aux professionnels de santé lors de la constitution de la SCM : soit une SCM pluri catégorielle ou une SCM mono catégorielle selon les charges partagées entre les professionnels de santé.

- **la société civile professionnelle (SCP)** : Elle est créée dans le but de permettre à des personnes physiques d'exercer en commun une profession libérale réglementée. La SCP est régie par la loi du 29 novembre 1966 (31), complétée pour chaque profession libérale, de décrets d'application tenant compte des spécificités de leur activité. Il est recommandé de se rapprocher des organismes compétents dans la branche professionnelle concernée pour les connaître.

- **Société d'exercice libéral (SEL)** : elle autorise les professionnels exerçant en libéral, à mener leurs activités avec une société disposant des mêmes caractéristiques que les sociétés de capitaux. De ce fait, les sociétés d'exercice libéral ou SEL sont soumises aux dispositions de la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales (34).

- **Société à responsabilité limitée (SARL)** : c'est une société commerciale dans laquelle la responsabilité financière des associés est limitée au montant de leurs apports respectifs. Les associés ne sont tenus au passif social que dans la limite du montant de leurs apports. Le capital social est divisé en parts sociales, qui ne sont cessibles qu'à certaines conditions. Chaque associé possède un nombre de voix égal à celui de ses parts sociales. Cette société est commerciale mais les associés ne sont pas obligatoirement commerçants.

- **la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) :** C'est la seule structure juridique qui permet de percevoir des dotations publiques et de les répartir entre ses sociétaires.

Au départ lors de la création des MSP, les premières équipes porteuses de projets se sont structurées, soit en association loi 1901, soit en SCM. Ces statuts juridiques avaient pour avantages une certaine souplesse permettant une mutualisation des moyens (moyens matériels et prestataires de service) mais ne permettaient pas une inter-professionnalité. Par conséquent, les dotations perçues pour la partie coordination dans le cadre des ENMR par les ARS ne pouvaient pas être redistribuées entre les sociétaires. Les contraintes juridiques et fiscales révélées dans le cadre des ENMR ont abouti à la création des SISA.

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) a été créée par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (dite loi Fourcade) (32) et par le décret du 23/03/2012 (33) afin de répondre aux difficultés rencontrées lors de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations (ENMR). En effet, l'expérimentation des NMR prévoyait une dotation à l'équipe soignante, mais ni l'association 1901, ni les sociétés, ne permettaient de percevoir cette dotation et d'indemniser les professionnels de santé pour leurs activités coordonnées, sans être dans l'illégalité.

La SISA est une société civile comme une SCM, constituée de personnes physiques exerçant une profession médicale, au titre du code de la santé publique (les psychologues et les ostéopathes ne peuvent pas être sociétaires mais peuvent signer le projet de santé). Elle doit compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Elle présente l'avantage, à l'inverse d'une SCM, de pouvoir recevoir des dotations et de les répartir entre ses membres. Il n'est donc intéressant de constituer une SISA, que si l'équipe souhaite bénéficier de ces nouveaux modes de rémunération.

A partir de 2012, elle est devenue la seule forme de société possible pour les ARS.

1-5-5- Le financement d'une MSP

Il existe différents modes de financement des locaux, soit totalement privé, soit totalement public ou soit une option mixte selon le désir et les opportunités locales des acteurs.

1-5-5-1 Le financement privé

- Par les professionnels de santé : cette solution est à privilégier si les acteurs ont d'une part, les capacités d'emprunter et d'autre part s'ils restent plus de 15 ans au sein de la structure. Les acteurs restent propriétaires des murs.
- Par un investisseur privé désireux d'augmenter son patrimoine immobilier et si les professionnels de santé ne souhaitent pas investir : les acteurs ne sont donc pas propriétaires et sont redevables d'un loyer.

1-5-5-2 Le financement public

Dans le cadre d'une démarche d'aménagement de leur territoire, les collectivités locales (mairies, communautés de communes ou agglomérations) peuvent émettre le souhait de financer le bâtiment. Leurs avantages sont qu'elles peuvent d'une part bénéficier de taux d'emprunts plus avantageux et d'autre part, bénéficier d'aides de l'état pouvant permettre par la suite, de proposer des locaux à des loyers attractifs.

1-5-5-3 Les aides à l'investissement

Les aides à l'investissement sont variables d'une région et d'un département à l'autre. On peut retrouver l'ensemble des aides disponibles, région par région, sur le site internet des plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS). (21)

Les PAPS ont été créées par la loi du 21 juillet 2009 HPST. Elles sont des projets collectifs gérés par les ARS. Elles réunissent dans chaque région plusieurs acteurs (l'ARS, les caisses d'Assurance Maladie, les ordres professionnels, l'union régionale des professionnels de santé et la fédération des maisons et pôle de santé). Elles ont pour objectifs d'informer et de proposer des services aux professionnels de santé qui désirent s'installer ou modifier leur mode d'exercice.

Les principaux fonds ou organismes financeurs pour l'aide à l'investissement sont :

- **fonds d'aides européens** : fond européen agricole pour le développement rural (FEADER), fond social européen (FSE), fond européen de développement régional (FEDER),

- **aides d'état** : dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) (fusion depuis 2011 de la dotation globale d'équipement (DGE) et de la dotation de développement rural (DDR)), Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire (FNADT),

- **aides régionales** : une aide de 150000 euros par MSP versée par le conseil régional Grand Est,

- **aides départementales** : gestion via le conseil départemental,

- **particularité en Meuse** : fond par des financements émanant du groupement d'intérêt public (GIP) en relation avec le centre industriel de stockage géologique (CIGEO) de Bure.

1-5-5-4 Les aides au fonctionnement

Il existe deux types d'aides principales affectées au coût de fonctionnement des MSP/PSP qui sont :

- le Fonds d'Investissement Régional (FIR) :

Le FIR est défini par l'article 65 de la loi n°2011-1906 du 2 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (35). Il a pour objectif, de mettre à disposition des ARS « des leviers financiers destinés au soutien des actions de transformation du système de santé » (36). Les ARS bénéficient d'un champ d'action plus large dans l'attribution des dotations sur leurs territoires. Le FIR perçoit des dotations de l'assurance maladie, de l'état (programme 204 au titre de la politique de prévention) et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Depuis l'arrêté de 2015, il a pour objectif le financement de 5 missions (36,37) :

- promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie
- organisation et promotion du parcours de santé coordonné ainsi que de la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale
- permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire
- efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels
- développement de la démocratie sanitaire

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, à compter du 1^{er} janvier 2016 la gestion comptable et financière du FIR est transférée de l'assurance maladie aux ARS.

Pour bénéficier des dotations de l'ARS au titre du FIR, le dossier de demande de subvention doit respecter scrupuleusement le cahier régional des charges

Depuis 2017 en Lorraine, le montant alloué à une même structure est de 100 000 euros, réparti sur deux ans. Cette dotation, est destinée à l'achat du mobilier (hors équipement professionnel), de l'équipement informatique et de l'installation téléphonique. Elle paye également la moitié de l'ETP et le secrétariat pendant une année (28).

- les nouveaux modes de rémunération (NMR) :

L'article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (38), prévoit la création d'une expérimentation de nouveaux modes de

rémunération (ENMR) pour les professionnels de santé exerçant au sein d'une structure d'exercice coordonné. Ces ENMR ont débuté en février 2010, pour une durée totale de 5 ans.

Le 27 février 2015 est paru au journal officiel de la république française l'arrêté du 23 février 2015, donnant l'approbation au règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité (39), pérennisant et généralisant ainsi les nouveaux modes de rémunération des structures ayant formalisé un projet de soins et étant constituées en SISA. Ces NMR servent à récompenser le travail en équipe ainsi que les nouveaux services rendus à la population.

L'Accord conventionnel Interprofessionnel (ACI) du 20 avril 2017 signé entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et la grande majorité de syndicats des professionnels de santé en soins primaires, assure la reconnaissance du travail des équipes des MSP et pérennise les modes de rémunérations en équipe lors d'actions menées dans le cadre d'un projet de santé. (40)

1-5-6 Le projet immobilier

Les professionnels de santé définissent un cahier des charges répondant aux items importants pour adapter les locaux à l'exercice professionnel et créer une convivialité au sein de leur structure.

Chaque professionnel de santé dispose d'un espace variable en fonction de son activité. Un médecin aura par exemple, besoin d'une surface comprise entre 20 et 25 m², tandis qu'un kinésithérapeute ou un dentiste, aura besoin d'une surface plus importante.

Il faut également définir les dimensions d'autres espaces, tel que l'espace accueil-secrétariat, les rangements, la salle d'attente ou la salle de réunion.

Il faut également prévoir à cette étape, le nombre de toilettes, le coin cuisine (si les professionnels de santé mangent sur place), les réseaux filaires afin de développer le réseau informatique, le mode d'isolation thermique et phonique et la décoration.

Tous ces éléments sont à confirmer avec l'architecte, lors de l'élaboration du cahier des charges. Le cahier des charges doit insister sur le caractère modulable des locaux, ceux-ci devant pouvoir s'adapter aux modifications peu prévisibles du nombre de professionnels de santé.

Après avoir déterminé la surface nécessaire et établi le cahier des charges, le choix du lieu d'implantation de la maison de santé se pose. Il peut s'agir d'un terrain vague ou d'un bâtiment à vendre, selon les désirs et le budget. Il faut tenir compte de la facilité d'accès et des possibilités de stationnement.

Le choix de l'architecte et du maître d'œuvre se fait en respectant les règles des marchés publics, après avoir réalisé un appel d'offres.

Le suivi des réunions hebdomadaires de chantier est essentiel durant la construction du bâtiment afin de faire face aux différentes difficultés rencontrées.

1-6 Le comité régional de sélection des MSP

Une fois le montage réalisé des dossiers de projet de soins et immobilier, ceux-ci sont déposés à la préfecture et à l'ARS. Ils vont être analysés au sein d'un comité technique propre à chaque délégation territoriale (ARS pour le département) qui donnera soit un avis favorable soit un avis défavorable en l'absence d'informations complémentaires.

Si le comité technique donne un avis favorable, le dossier est transmis au comité de sélection régional (qui associe l'ARS et les préfets). Celui-ci se concerta alors avec le conseil régional, le conseil départemental et les représentants des professionnels de santé (union régionale des professionnels de santé (URPS) des médecins, infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures podologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes). Il a pour mission de sélectionner les projets de MSP qui bénéficieront d'un financement de l'état.

1-7 Focus sur le département meusien

1-7-1 Le territoire meusien (41)

La Meuse est un département de la région Grand Est (nouvelle région regroupant l'Alsace, la Lorraine et la Champagne-Ardenne), dont la superficie est de 6200km². Elle compte 498 communes, 25 Communautés de Communes regroupant plus de 90 % de la population, 31 cantons. La Préfecture de la Meuse est Bar Le Duc, les sous-préfectures étant Commercy et Verdun.

1-7-2 La démographie meusienne (42)

Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 2013, le département de la Meuse comptait 192 094 habitants, soit 3.46 % de la population de la région Grand Est. C'est un département rural, sa densité de population est de 30,9 habitants par kilomètre-carré, soit la deuxième plus faible densité de la région Grand Est (le dernier département étant la Haute-Marne avec une densité de population de 29.2). Entre 1968 et 1998, la population meusienne a diminué au total de 7,9 %. Depuis 1999, la population est stable (+ 0,3 %).

Elle ne possède que deux villes de plus de 10 000 habitants : Bar le Duc (15 950 habitants en 2013) et Verdun (17 923 habitants en 2013).

Il existe une évolution démographique contrastée sur le territoire meusien. Dans le sud-ouest, la population diminue (c'est le cas de la Communauté de communes du Val d'Ornois

(Gondrecourt le château), ou de la Communauté d'agglomération de Bar-le-Duc Sud Meuse). À l'inverse, dans la moitié nord du département, la majorité des intercommunalités enregistrent un rebond démographique (exemple de la Communauté de communes du Pays de Spincourt (nord-est), dont population a augmenté de plus de 5 % entre 2007 et 2012). Cette augmentation est due à l'attractivité du Luxembourg et de la Belgique pour les territoires les plus au nord et à l'influence du sillon mosellan (aires urbaines de Metz, de Thionville, de Toul et de Nancy) pour les territoires à l'est.

Cette situation va de pair avec un dépeuplement des centres urbains. La zone périurbaine demeure attractive. Ainsi, Verdun a perdu près de 0,9 % par an de ses habitants depuis 2007. Il en va de même dans la moitié sud du département, les communes les plus peuplées, voient leurs populations diminuées (Bar-le-Duc (- 0,3 % par an), Commercy (- 0,7 %) et Saint-Mihiel (- 2,1 %)).

L'âge moyen de la population meusienne est également important. En 2014, la Meuse comptait 37 500 personnes âgées de plus de 65 ans, contre 34 500 en 2004. En dix ans, leur part est passée de 17,8 % à 19,6 % de la population. Les retraités pourraient être 47 000 en 2025 et 54 000 en 2035. Ce phénomène est renforcé par la baisse de la natalité sur le territoire meusien lié à la baisse des installations de jeunes couples.

1-7-3 La démographie médicale

1-7-3-1 La démographie médicale de la région Grand Est (43)

Au 1^{er} janvier 2016, dans la région Grand Est, le nombre de médecins inscrits à l'ordre des médecins est de 22374. La densité médicale globale est de 394,7 médecins pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 8,2% par rapport à l'année 2007 (cette augmentation étant due à une augmentation de la proportion de médecins retraités).

Sur les 22 374 médecins inscrits à l'ordre des médecins, 77% sont actifs et 23 % sont retraités. La densité moyenne des médecins en activité régulière est de 281,1 pour 100 000 habitants (avec une variation de densité entre 2007 et 2016 de -2.6%). Cette densité est superposable à la moyenne française (284.4 pour 100 000 habitants).

Ces médecins sont répartis de la façon suivante : 42 % de spécialités médicales, 12 % de spécialités chirurgicales et 46% de médecins généralistes.

Seulement 18% des médecins actifs ont moins de 40 ans, 27 % ont plus de 60ans. Ces valeurs sont néanmoins superposables aux chiffres nationaux. La proportion de femmes est de 43% (âge moyen : 49 ans), celles des hommes de 57 % (âge moyen : 54 ans).

Les médecins généralistes, en activité régulière, sont 7331. L'âge moyen est de 51.9 ans. La répartition est de 57,4% d'hommes contre 42.6 % de femmes. 15,4 % d'entre eux ont moins de 40 ans, 26,4% ont plus de 60ans. Ils exercent à 66 % en mode libéral mixte et à 34% en mode salarié (-11 % de 2007 à 2016 pour le mode libéral mixte).

1-7-3-2 La démographie médicale meusienne (44)

Au 1^{er} janvier 2017 sur le territoire meusien, le nombre total de médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins est de 540 (377 en activité totale, 18 remplaçants, 43 retraités actifs, et 120 retraités sans activité). La densité médicale, en prenant l'ensemble des inscrits à l'ordre des médecins est de 270,3 pour 100 000 habitants (contre 421,4 pour 100 000 habitant sur le territoire national) et de 196,6 pour 100 000 habitants si on ne compte que les médecins en activité totale. La proportion de femme est de 36,3% (contre 45,8% sur le territoire national). La moyenne d'âge de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins est de 58,4 ans (contre 57 ans pour le territoire national).

Concernant les médecins en activité régulière sur le territoire meusien, ils sont au nombre de 363. La densité des médecins en activité régulière, tous modes d'exercice confondus, est de 300,3 pour 100 000 habitants (contre 330,7 pour 100 000 habitants pour le territoire national), avec une moyenne d'âge de 52 ans (contre 51 ans pour le territoire national).

Le nombre de médecins généralistes, toutes activités et tous modes d'exercice confondus, est de 344 (232 en activité régulière). La densité des médecins généralistes, tous modes d'exercice est donc de 116,5 pour 100 000 habitants (contre 130,9 pour 100 000 habitants pour le territoire national), soit la seconde plus faible densité de la région Grand Est, le département de l'Aube ayant la plus faible (104,8 pour 100 000 habitants).

La variation des médecins généraliste sur le territoire meusien pour la période 2010-2017 est de -4,5% (contre -10% pour le territoire national). C'est la plus faible variation de la région Grand Est. Sur la même période, on note -6% en Moselle, -5,5% en Meurthe et Moselle, -9,1% dans les Vosges, -8% en Haut Rhin, -4,7% en Bas Rhin, -5,6% en Marne, -16,9% en Haute Marne, -12,8% pour les Ardennes et -6,6% pour l'Aube.

Depuis 2007, le département meusien a vu s'installer 46 médecins généralistes. Début 2018, 15 installations de médecins généralistes sont prévues.

1-7-4 Le plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé

Depuis les années 2000, le département meusien est préoccupé par le vieillissement de sa population entraînant une demande croissante de soins, par le vieillissement des médecins généralistes du secteur, par les difficultés croissantes à attirer des jeunes médecins sur le territoire, malgré la loi sur le développement des territoires ruraux (45) et par l'inquiétude de l'ensemble des professionnels de santé sur leurs conditions de travail à venir. Le secteur des soins primaires sur le territoire meusien est en souffrance et cette problématique risque de s'aggraver avec la crise démographique annoncée.

C'est dans ce contexte qu'a lieu une première réunion, sur le thème de la démographie médicale en 2003. Elle fut organisée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins,

sous l'égide du Dr Claude Munier. Le Conseil Général de la Meuse et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) y ont participé. Cette réunion a été sans suite, les pouvoirs publics n'ayant pas encore conscience de la problématique.

En avril 2006, le préfet Lafon a mis en place une réflexion sur la démographie des professions de santé pour anticiper les évolutions à venir ; il proposa de constituer un plan d'action (« Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse »), ayant pour but de lutter contre les déserts médicaux. (46) (47)

Ce plan s'articule autour de 3 axes :

- Faire un état des lieux de l'offre actuelle et à venir en réalisant une cartographie de l'offre de soins en Meuse.

- Étudier les propositions à faire aux professionnels, notamment en matière de maison de santé. Il faudrait alors établir une planification équilibrée et adaptée aux soins sur le territoire (18,48).

- Établir un lien entre la Faculté de Médecine et les étudiants d'une part, et les collectivités locales d'autre part. Cela passe notamment par un guichet unique d'informations.

Ce projet a été confié à la directrice de la DDASS de l'époque qui forma 4 groupes de travail pourtant sur :

1 : « état des lieux », l'objectif étant de cartographier l'offre de soins dans les différents bassins de vie du territoire meusien.

2 : « les maisons de santé pluridisciplinaires », l'objectif étant la réalisation d'un cahier des charges pour faciliter la création de ces structures. (49)

3 : « relations faculté de médecine-département », l'objectif étant de sensibiliser les internes en médecine générale ainsi que les médecins remplaçants, à la problématique (exercice en milieu rural ou semi rural et démographie médicale). Ce travail fut l'objet de la thèse du Docteur Aubertin « Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes ». (50)

4 : « les conditions d'exercice des professionnels de santé », l'objectif étant de faire un état des lieux des conditions d'exercices des professionnels de santé. Pour se faire, chaque corporation médicale ou paramédicale a mené une enquête en envoyant un questionnaire pour recueillir l'avis et le ressenti de ces professionnels.

C'est le conseil départemental de l'ordre des médecins de Meuse (CDOM55) qui a mené l'enquête auprès des médecins généralistes du département.

En avril 2007, les conclusions du groupe de travail n°4 sont exposées lors d'une réunion à la préfecture de Meuse. De nombreuses propositions y seront faites, obtenant l'approbation du

préfet, de la DDASS, du conseil général et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Les principales propositions sont :

1 : Un schéma départemental d'organisation de soins sur 3 niveaux : (47)

- pôles primaires regroupant au sein d'une même commune, des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, un cabinet dentaire, une pharmacie, un podologue, une orthophoniste, des consultations avancées de l'hôpital.

- pôles satellites regroupant des infirmiers, des kinésithérapeutes, une pharmacie et un médecin généraliste provenant d'un pôle primaire consultant quotidiennement.

- cabinets secondaires : constitués d'un médecin généraliste issu du pôle primaire, consultant 5 jours sur 7, dans un local mis à sa disposition.

2 : Mise en place d'un comité technique de la démographie lancé en 2007 sous l'égide de la DDASS permettant de coordonner les différentes instances (URCAM, DDASS, Ordre, Conseil Général) dans leurs actions.

3 : Mise en place d'un guichet unique, géré par la DDASS. Son but est d'étudier tous les projets de MSP sur le territoire meusien, en faisant référence au cahier des charges élaboré dans le groupe 2.

4 : Réalisation de réunions de territoire (au total 12 réunions ont eu lieu sur le territoire meusien), réunissant les professionnels de santé et les élus locaux.

Elles avaient pour but de présenter la problématique démographique, le schéma départemental et les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires et d'amorcer un dialogue entre les élus et les professionnels afin d'initier des projets (le Docteur Gonnand Laure-Isabelle a réalisé une thèse, sur l'intérêt et le ressenti des professionnels de santé participant aux réunions de territoires intégrées dans la plan de démographie de la Meuse 2007/2017 (51)).

5 : Rencontrer et accompagner les étudiants en médecine de la faculté de Nancy. Depuis 2007, une rencontre est organisée tous les semestres, avec les internes à Bar le Duc et Verdun.

6 : Une augmentation du nombre de maitres de stages universitaires.

En 2007, on dénombrait 17 maitres de stages universitaires, ils sont maintenant 45 en 2017.

1-7-5 Cartographie des maisons et pôles de santé sur le territoire meusien (annexe 1)

Au 01/09/2017, le département meusien compte 22 maisons et pôles de santé sur son territoire. Cette répartition est le fruit d'une collaboration avec les communautés de communes permettant un quadrillage harmonieux de son territoire. (52)

- MSP : Vigneulles-Lès-Hattonchâtel : en activité depuis 2005, une extension est prévue en 2017-2018

- PSP : Revigny sur Orain : en activité depuis 2007, avec un projet immobilier pour 2017-2018

- MSP : Damviller : en activité depuis 2007, une extension étant prévue en 2017

- PSP : Dieue-sur-Meuse : en activité depuis 2009, une extension est prévue en 2018

- PSP : Varennes-en-Argonne : en activité depuis 2009

- MSP : Vaucouleurs : en activité depuis 2009

- PSP : Seuil d'Argonne/Rembercourt : en activité depuis 2010

- MSP : Pagny-sur-Meuse : en activité depuis 2010 (financement privé)

- MSP : Pierrefitte-sur-Aire : en activité depuis 2011

- MSP : Spincourt : en activité depuis 2012

- PSP : Lisle-en-Rigault/Ancerville : en activité depuis 2013

- PSP : Clermont-en-Argennes/Dombasle-en-Argonne : en activité depuis 2014

- MSP : Void-Vacon : en activité depuis 2014

- MSP : Gondrecourt/Treveray : en activité depuis 2014

- MSP : Thierville-sur-Meuse : en activité depuis 2014

- MSP : Fresnes-en-Woëvre : en activité depuis 2015

- MSP : Dammarie-sur-Saulx : en activité depuis 2016

- MSP : Montmédy : en activité depuis 2016

- MSP : Saint-Mihiel/Lacroix sur Meuse : en activité depuis 2017

- MSP : Etain : en activité depuis 2017

- PSP : Dun-sur-Meuse/Stenay pour le site annexe de Dun-sur-Meuse

Actuellement il existe 2 projets de construction en cours de MSP/PSP :

- MSP : Belleville-sur-Meuse
- PSP : Dun-sur-Meuse/Stenay

Il existe également une réflexion avancée sur 2 projets de construction de MSP/PSP :

- PSP : Ligny-en-Barrois/Tronville
- MSP : Verdun

Actuellement il existe une réflexion sur deux projets de MSP/PSP :

- PSP : Commercy
- PSP : Bar-le-Duc

Le département sera complètement restructuré dans l'offre de soins primaires en 2018 et cela aura permis l'installation de nombreux jeunes médecins.

2 Méthodologie

2-1 Le choix de la méthode

Une étude qualitative par opposition à une étude quantitative, a pour objectif de recueillir des éléments qualitatifs, c'est-à-dire des données, non directement chiffrables sur les individus étudiés ou interrogés.

« Habituellement, les études qualitatives visent à décrire et à approfondir le comment, le pourquoi des phénomènes, alors que les études quantitatives servent à mesurer un phénomène en vue d'une généralisation des résultats ou à tester une hypothèse » (53).

Le choix d'une méthode de recherche qualitative va permettre la « production de données verbales » (54).

Initialement l'étude qualitative était surtout utilisée en Sciences Humaines et Sociales, mais celle-ci apparaît également adaptée à certains types de questions de recherche en soins primaires (55). Elle est appropriée « lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer » (55).

Une étude qualitative est le plus souvent réalisée, soit sur des observations menées auprès d'échantillons réduits, soit sur des entretiens collectifs (focus group) ou individuels.

Le sujet de l'étude portant sur le ressenti des professionnels de santé, le choix de la méthode de recueil des données s'est porté sur les entretiens semi-dirigés (ou semi-structurés ou semi-directifs).

En effet, la problématique s'orientait vers « les causes et les logiques qui guident les comportements des individus » (56). Un entretien individuel permet aux personnes interrogées de confier leur opinion profonde sur le sujet, « permet aux individus, surtout les plus réservés, de s'exprimer plus facilement » (53), d'autant plus, que même si l'entretien est enregistré, il est anonyme (56).

2-2 Les entretiens semi-dirigés

2-2-1 L'échantillonnage

En recherche qualitative « les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus » (56). La taille de l'échantillon est déterminée par la réalisation de l'étude elle-même. Lorsque le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle, on a atteint la « saturation des données ». Celle-ci va être confirmée par deux ou trois entretiens permettant ainsi l'arrêt du recueil.

2-2-2 La sélection des personnes interrogées

« La sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude » (53).

Le thème de l'étude concernait le ressenti des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé/pôles de santé, sur le territoire meusien.

Parmi l'ensemble des 22 maisons et pôles de santé du territoire meusiens, l'étude s'est portée sur 11 d'entre elles. Cette sélection s'est faite à l'aide du Dr Bouchy qui a une parfaite connaissance des dossiers de montage de ces structures et des difficultés rencontrées dans leurs élaborations, ce qui nous permet d'avoir une diversité de situation.

Il a été nécessaire de sélectionner des professionnels médicaux et paramédicaux, qui étaient à l'initiation des projets puis installés dans ces structures, afin de recueillir un maximum de points de vue.

2-3 La préparation des entretiens

2-3-1 La documentation

Pour être le plus réactif possible lors de la réalisation des interrogatoires, il a fallu se documenter d'une part sur les différentes étapes qui constituent la construction d'une maison de santé (l'analyse territoriale, la dynamique humaine, le projet de santé et le projet professionnel, les aspects juridiques, le financement) (11), d'autre part, faire l'analyse des différentes dimensions importantes dans le fonctionnement au quotidien des maisons de santé (le management de la structure, la coordination entre soignants, le système d'information, l'accueil des jeunes en formation, la gestion économique, les aspects assurantiels, la vie des structures juridiques, la démarche qualité) (11) et enfin connaître toute la problématique en lien avec la démographie médicale spécifique au territoire meusien.

2-3-2 La réalisation du guide d'entretien

Les questions doivent être courtes, simples et ouvertes afin que la personne interrogée puisse s'exprimer facilement. Nous avons décidé de travailler sur 5 grands thèmes qui comprenaient chacun deux ou trois questions. Pour aider à la discussion, le questionnaire comportait quelques questions secondaires de relance.

Ceci permettait que l'entretien ne soit pas trop chronophage et ainsi facilitait l'adhésion des participants.

Les 5 thèmes de l'étude sont les suivants :

- trajectoire du professionnel de santé
- élaboration du projet et collaboration entre les différents acteurs du projet de maison médicale/pôle de santé
- fonctionnement de la structure
- exercice en maison de santé/pôle de santé
- perspectives futures

2-4 La prise de contact

Les coordonnées des différents professionnels de santé ont été recherchées sur le site internet des pages jaunes (57) ou des communautés de communes. La présentation était standardisée, afin d'être la plus claire et précise possible, permettant d'éviter tout oubli ou malentendu.

Durant la communication téléphonique, il a été convenu :

- de me présenter,
- de leur exposer le thème du travail de thèse,
- de préciser que le docteur BOUCHY était le Directeur de thèse (professionnel connu sur le département pour son implication dans l'aide au montage des MSP/PSP en Meuse),
- d'expliquer le déroulement de l'entretien, son caractère anonyme et sa durée approximative (entre 20 à 30 minutes),
- d'indiquer que la discussion serait enregistrée à l'aide de deux dictaphones,
- d'indiquer qu'une demande de consentement éclairé de recueil de données leurs serait soumis,
- de me tenir à leur disposition pour trouver une date de rendez-vous.

Cette première prise de contact a été primordiale, elle ne devait pas être perçue comme intrusive, afin de mettre le professionnel de santé, dans les meilleures conditions possibles afin d'obtenir des réponses de qualité.

Lors de cette étape, le questionnaire n'a pas été dévoilé aux participants, afin d'obtenir des réponses spontanées.

Au total, 27 professionnels de santé, exerçant dans 11 des 22 MSP/PSP du territoire meusien, ont été contactés. 25 d'entre eux ont accepté de faire partie de cette étude.

2-5 Le déroulement des entretiens

La première étape a consisté en une présentation de l'objet de notre rencontre, afin que l'interlocuteur resitue bien le contexte et l'objectif de ma venue.

Le recueil de l'entretien s'est fait à l'aide de deux dictaphones numériques, dont l'état de fonctionnement avait été vérifié avant chaque entretien (l'autorisation d'enregistrer ayant systématiquement été demandée au préalable).

Lors des entretiens, la technique dite « non directive » a été utilisée, elle vise à favoriser l'émergence d'une parole libre, à encourager l'interviewé à développer un discours en profondeur. Pour se faire je me suis appliqué à n'adopter qu'une attitude positive inconditionnelle et empathique, en veillant à exprimer, ni approbation, ni improbation. Mes interventions avaient pour but de les aider à parler, en prenant soin de ne pas orienter leur discours (58).

Le guide d'entretien était le suivant :

Données générales : âge, sexe, profession, depuis combien de temps êtes-vous installé dans cette maison de santé ?

THEME 1 : Trajectoire du professionnel de santé.

1 : Quel était votre mode d'exercice avant votre entrée en maison / pôle de santé ?

2 : Quelles ont été les motivations qui vous ont incité à faire partie du projet de maison /pôle de santé ?

3 : Quelles sont les freins qui auraient pu vous faire abandonner le projet de maison /pôle de santé ?

THEME 2 : Elaboration du projet et collaboration entre les différents acteurs du projet de maison/pôle de santé.

1 : Comment est né le projet de maison/pôle de santé dans votre secteur ?

2 : Quel a été votre rôle ?

3 : Quel est l'intérêt de ce projet pour votre territoire / population ?

4 : Quelles ont été les difficultés rencontrées lors de l'élaboration de ce projet de maison de santé/pôle de santé ?

THEME 3 : fonctionnement de la structure.

1 : Depuis l'ouverture, comment fonctionne la structure, comment le rôle de chacun a-t-il été déterminé ?

2 : Quels sont les avantages et les difficultés rencontrés dans ce type de fonctionnement au quotidien ?

3 : Comment l'intégration de ces membres s'est-elle déroulée ?

THEME 4 : exercice en maison de santé/pôle de santé.

1 : Est-ce que votre entrée en maison santé/pôle de santé a eu un impact sur votre mode d'exercice ?

2 : Les maisons et pôles de santé ont-ils changé la prise en charge des patients ?

THEME 5 : perspectives futures

1 : Quelles sont les améliorations à apporter au fonctionnement de votre structure ?

2 : Pensez-vous que ce mode d'exercice est l'avenir de votre profession ?

2-6 La transcription des données et l'analyse des données (59)

La première étape consiste en une saisie informatique des données recueillies (transcription intégrale, mot à mot), en y précisant les attitudes non verbales.

Afin de comprendre le ressenti des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons et pôles de santé, l'ensemble des idées recueillies ont été prises en compte.

La première étape de l'analyse des données consiste en une lecture approfondie des retranscriptions, puis la réalisation d'un tableau d'encodage permettant, de mettre en évidence les idées développées durant les entretiens (thèmes, codes, différentes définitions du code et le verbatim correspondant).

La triangulation des données est une étape importante. « La triangulation renforce la validité des résultats : pour se faire, plusieurs personnes effectuent l'analyse indépendamment et la confrontent ensuite » (56). Si l'ensemble des analyses sont superposables, l'objectif de l'enquête sera jugé acceptable et pourra être poursuivi.

La fin de l'enquête s'effectue à « saturation des données », c'est-à-dire lorsque les derniers entretiens n'apportent plus d'idées nouvelles à la thématique étudiée.

3 Résultats

3-1 Réalisation de l'étude

3-1-1 Echantillonnage

L'ensemble du territoire meusien comprend 22 MSP/PSP. Initialement nous avons décidé d'interroger 3 à 4 professionnels de santé sur 6 sites différents, choisis en collaboration avec le directeur de thèse qui avait une grande connaissance de l'ensemble des dossiers de montages des différentes structures, afin de nous permettre d'avoir un panel de situations différentes.

Cependant, après avoir interrogé 7 professionnels de santé sur deux sites différents, nous nous sommes rendu compte de la redondance de certaines données et nous avons décidé d'augmenter le nombre de sites visités, tout en réduisant le nombre de professionnels de santé interrogés par site (deux professionnels de santé interrogés par site).

Au final, l'étude a porté sur 11 MSP ou PSP et 25 entretiens ont été réalisés :

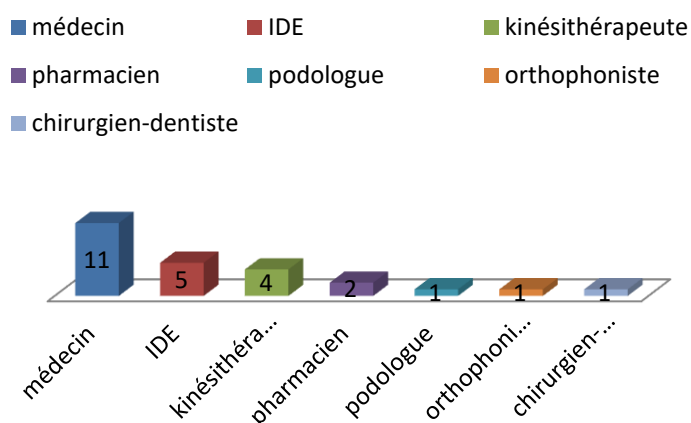
ENTRETIENS	PROFESSION	SEXE	AGE	NOMBRE D'ANNEE D'INSTALLATION EN MSP
entretien n°1	médecin généraliste	homme	52 ans	3 ans
entretien n°2	kinésithérapeute	homme	38 ans	3 ans
entretien n°3	infirmier	homme	55 ans	3 ans
entretien n°4	médecin généraliste	homme	55 ans	3 ans
entretien n°5	orthophoniste	femme	41 ans	2 ans
entretien n°6	médecin généraliste	homme	53 ans	3 ans
entretien n°7	Chirurgien-dentiste	femme	48 ans	3 ans
entretien n°8	médecin généraliste	homme	39 ans	1 an et demi
entretien n°9	infirmière	femme	64 ans	5 ans
entretien n°10	kinésithérapeute	femme	56 ans	3 ans
entretien n°11	infirmière	femme	40 ans	3 ans
entretien n°12	pharmacienne	femme	55 ans	7 ans
entretien n°13	médecin généraliste	femme	36 ans	3 ans
entretien n°14	kinésithérapeute	homme	49 ans	13 mois
entretien n°15	podologue	femme	42 ans	11 ans
entretien n°16	médecin généraliste	homme	50ans	11 ans
entretien n°17	médecin généraliste	homme	55 ans	1 an et demi
entretien n°18	médecin généraliste	homme	56 ans	6 ans
entretien n°19	kinésithérapeute	homme	47 ans	6 ans
entretien n°20	infirmière	femme	37 ans	8 ans
entretien n°21	pharmacien	homme	39 ans	5 ans
entretien n°22	médecin généraliste	homme	53 ans	5 ans
entretien n°23	médecin généraliste	homme	59 ans	7 ans
entretien n°24	médecin généraliste	homme	65 ans	3 ans
entretien n°25	infirmière	femme	54 ans	3 ans

Ainsi, sont représentés :

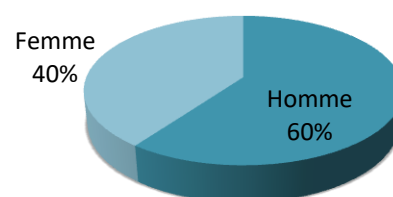
- 11 médecins
- 4 kinésithérapeutes
- 5 IDE
- 2 pharmaciens
- 1 chirurgien-dentiste
- 1 orthophoniste
- 1 podologue

Soit 10 femmes et 15 hommes.

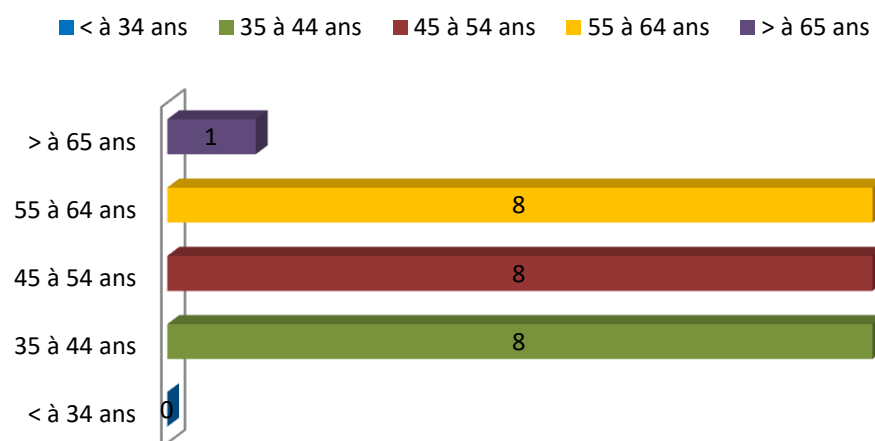
Répartition par profession

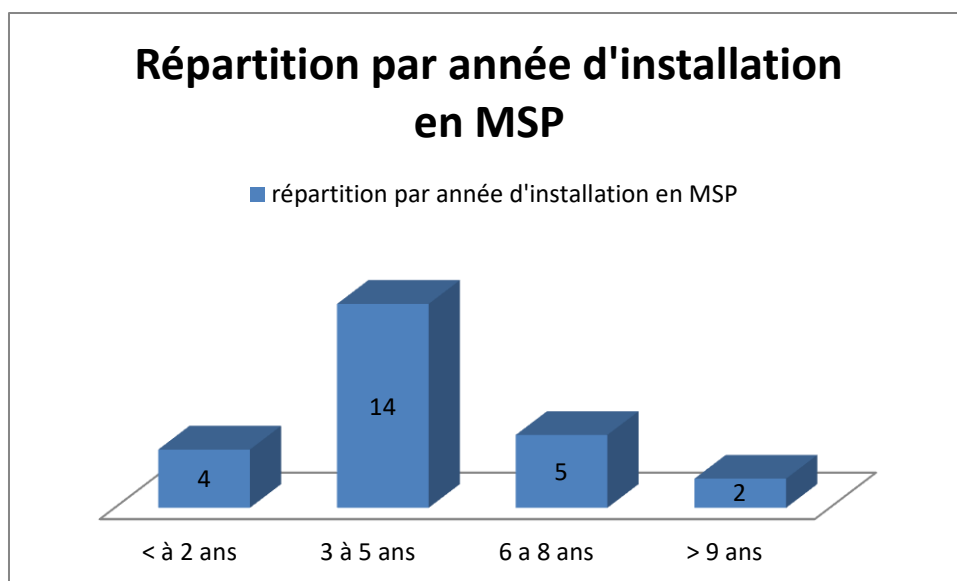


Répartition par sexe



Répartition par âge





3-1-2 Le déroulement des entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont eu lieu de début décembre 2016 à mi-mars 2017 et ont duré entre 9 minutes et 53 minutes selon les personnes interrogées. Les opinions des 25 personnes ont été recueillies.

3-2 Résultats des entretiens

3-2-1 Naissance du projet de MSP/PSP

3-2-1-1 Les motivations et les freins des professionnels de santé à créer une MSP/PSP

La genèse du projet de MSP était une réponse à la crise démographique et avait pour but de pérenniser l'offre de soins sur le territoire, afin d'éviter une désertification de celui-ci dans les années à venir « *enfin la potentielle désertification qui allait s'installer en 2014 au niveau des prévisions* » E1L9, en espérant renforcer les soins primaires « *d'apporter de nouveaux professionnels qui étaient en déficit sur le territoire parce que là il y avait une demande forte des patients* » E6L8-9, tout en maintenant la population de professionnels de santé « *on ne maintiendrait, en fait, la population de professionnels de santé qu'à la condition qu'on arrive à faire une maison de santé* » E12L15-16. Les paramédicaux et les pharmaciens craignaient le départ des prescripteurs « *on était tous au courant que pour attirer des jeunes médecins actuellement [...] que ces jeunes d'après les études du conseil de l'ordre et du conseil national ne voulaient s'installer qu'en maison de santé* » E17L24-26. Le projet de MSP était l'avenir de la pérennité des soins de premiers recours au sein du territoire « *j'étais porteur de ce projet construisant l'avenir* » E1L24-25.

Les projets de MSP répondaient aux aspirations des actuels et futurs professionnels de santé « *obtenir de nouveaux médecins ne se faisait que sous condition de maison de santé, vos*

confrères ne s'installent que dans des maisons de santé » E14L17-19, en améliorant les conditions de travail (organisation, gestion et diminution de la charge de travail) « je voulais revenir en Meuse mais ne pas être débordé donc m'installer dans un endroit où a été créé une maison » E18L15-16, « c'est-à-dire se ménager du temps, ne pas faire du H24 comme on nous le vendait E16L21-22 ».

La MSP véhiculait une image rassurante pour attirer les jeunes professionnels de santé surtout en milieu rural *« donc je pense qu'un jeune qui arrive et qui voit une structure est peut-être plus rassuré que d'aller travailler tout seul dans sa campagne » E19L43-44.*

Les desseins des MSP répondaient aux mutations de l'exercice professionnel libéral : exercice en groupe afin de collaborer avec les autres professionnels de santé et un refus de l'isolement : *« je voulais aussi ne pas rester tout seul si le travail abondait » E23L26, « de ne pas travailler tout seul dans son coin » E6L10.* Un des médecins concluait : *« je trouve que c'est l'exercice idéal, l'exercice de la médecine moderne » E13L31.*

Sur le plan personnel, certains trouvaient ce concept séduisant. D'autres ne voulaient pas en être exclus *« c'est plutôt qu'on n'avait pas trop le choix si on ne voulait pas s'exclure du secteur » E11L6-7.* Un kinésithérapeute avait ressenti une pression à adhérer au projet de la part d'un médecin du secteur *« une incitation sous forme d'obligation ou un médecin nous a dit à l'époque du projet si vous ne venez pas on ira chercher quelqu'un d'autre » E19L8-9.*

Les MSP palliaient à certaines contraintes rencontrées par les jeunes professionnels de santé *« il y a des maisons médicales, là où il y a des places, il ne se montera pas un petit cabinet où l'accès handicapé sera aléatoire, où le propriétaire risque de casser sa pipe 5 ans après, puis il faudra qu'il revoie tout, il ira dans une structure qui sera dédiée à l'exercice de la kinésithérapie » E14L582-585* et permettaient une adaptation, aux plus anciens, de leur cabinet à la loi Handicap *« en étant dans les maisons de santé c'est que tout est fait aux normes handicapés » E15L168-169.* Ces notions favorisaient le regroupement des locaux en un seul lieu *« il y avait la raison de se rassembler pour mettre les locaux en commun » E3L11* en minimisant les frais, surtout lors de l'installation.

Cependant il existait des craintes pour les professionnels de santé à participer au projet de MSP. En premier lieu l'anxiété de modifier son propre mode d'exercice *« et peur [...] de travailler autrement » E18L45.* Certains professionnels de santé notaient le caractère cloisonné de leur activité, le manque de formation et parfois le manque de volonté à travailler ensemble *« le premier frein, à mon avis, vient des professionnels de santé, toute catégorie professionnelle confondue, de par leur historicité, leur formation aussi qui... on n'est pas du tout formé à travailler ensemble, c'est chacun pour soi » E16L38-40,* ainsi que la peur de la concurrence, de se retrouver isolé, de ne pas trouver un associé et par conséquent d'avoir une activité trop lourde s'ils se retrouvaient comme seuls médecins de la MSP *« cela aurait été vraiment trop lourd pour moi de rester seul dans la maison de santé, ça c'était pratiquement impossible » E17L17-18.*

Pour qu'un tel projet fonctionne, il fallait trouver des professionnels de santé partageant la même envie d'initier le projet *« les freins c'est d'abord [...] il faut que tu trouves d'autres*

professionnels de santé qui partagent la même envie » E16L32-33. Le projet risquait de devenir non viable si les professionnels de santé refusaient d'y prendre part, sortaient du projet « on était très juste en médecins donc il est clair que si un seul démettait ou plusieurs euh le projet n'était pas viable » E1L17-18, ou ne s'entendaient pas.

Une autre difficulté était de motiver l'ancienne génération de médecins peu enclin à adhérer aux projets de MSP « *il y avait beaucoup d'anciens qui avaient énormément de freins pour rentrer dans la maison de santé » E18L24-25.*

La non faisabilité du projet sur le plan politique et financier, ou le fait d'être en désaccord avec un des financeurs du projet, faisaient partie de leurs inquiétudes « *le frein ça aurait été si tout ce qui était codecom mairie etc. tout ce qui était politique nous mettait vraiment des bâtons dans les roues puisque là on n'aurait jamais pu le faire E15L16-17 ».*

Un kinésithérapeute émettait une appréhension à prendre part au projet évoquant son manque d'intérêt à entrer en MSP. D'autres professionnels de santé évoquaient le fait d'être déjà propriétaires de leurs cabinets « *nous avons notre propre local qui nous appartenait et qui nous convenait très bien » E19L13, ou d'avoir des emprunts en cours « c'est vrai que par un moment c'était un peu le grand écart pour moi, je continuai à payer mon emprunt » E2L30-31. Certains souhaitaient le rachat de leurs cabinets.*

Sur le plan financier, les professionnels de santé demandaient des coûts modérés « *si le coût avait été trop élevé, on n'aurait pas rejoint » E3L18. Des paramédicaux évoquaient des charges plus élevées en MSP par rapport à leurs anciens cabinets « le coût était bien supérieur par rapport à ce qu'on payait chez ma collègue » E3L16 et ils avaient donc dû consentir à un effort financier afin d'entrer en MSP « les cabinets infirmiers ont vraiment fait de très gros efforts, parce qu'au départ ils étaient réticents, puisqu'on augmentait leurs charges » E13L126-127.*

3-2-1-2 Les intérêts à construire des MSP/PSP

Les intérêts à la construction d'une maison de santé étaient multiples. En effet, les professionnels de santé évoquaient le côté positif et attractif des MSP « *c'est très positif la maison de santé [...] c'est génial, c'est bien, fallait qu'elle soit là, elle est là, c'est super » E14L459-461. Ces maisons répondaient à de nombreuses attentes des professionnels de santé, des pouvoirs publics et des instances de santé « je pense que ça peut améliorer, quand même, un certain nombre de choses et répondre à un certain nombre d'attentes, que ce soit de la part des professionnels eux-mêmes, des patients, des collectivités territoriales et des instances de notre beau pays » E16L297-299.*

Sur le plan de l'exercice professionnel, les MSP avaient vocation à favoriser le travail en commun et semblaient être plébiscitées par la jeune génération, dont le souhait était d'entrer dans ces structures « *alors actuellement c'est l'avenir [...] parce qu'à priori votre génération ne veut travailler que comme ça E7L166-167 ».*

Les MSP avaient pour but, dans un premier temps de rassembler les professionnels de santé « *tous les professionnels dans le même lieu ce qui est quand même facile* » E20L36, de maintenir une offre de soins de proximité « *intérêt, maintenir une offre en professionnels de santé sur le territoire, éventuellement c'était l'élargir, la compléter* » E21L3, de concevoir une répartition équilibrée et sécuriser de l'offre de soins sur le territoire. Son développement permettait de diversifier l'offre de soins « *offrir un panel plus important de soins médicaux à la population* » E4L45, créant un véritable dynamisme pour les territoires « *sur le plan du territoire forcément le territoire a gagné en attractivité de façon globale* » E6L30.

Dans le contexte particulier du département Meusien (département typiquement rural et directement touché par la crise démographique médicale), la construction de MSP prenait tout son sens étant donné le contexte géographique et démographique favorable « *c'est-à-dire que je pense qu'on est dans une situation sur le plan géographique, sur le plan population, sur le plan démographique, qui est idéal* » E6L128.

3-2-1-3 Les éléments starters du projet de MSP/PSP

La naissance d'un projet de MSP pouvait être impulsée par différents acteurs. Les professionnels de santé (principalement les médecins, pharmaciens ou kinésithérapeutes), principaux intéressés par la construction des MSP, étaient souvent à l'origine de l'initiation d'un projet de MSP sur leur territoire. Parfois le projet était impulsé par les pouvoirs publics « *le projet a été mis en œuvre par la communauté de communes* » E9L29, avec un rattachement secondaire des professionnels de santé « *ça a été un projet de la municipalité, du maire [...] et après tous les professionnels, enfin ceux qui ont voulu y participer, voilà, se sont investis* » E20L7-9. Dans une autre situation, on retrouvait une volonté conjointe des professionnels de santé et des élus locaux de créer une MSP « *Il est né donc, euh, d'un, d'une volonté effectivement conjointe de la municipalité de L... et des deux médecins* » E1L23-24.

Pour d'autres projets de MSP, leurs naissances faisaient suite à une démarche plus globale initiée lors des réunions de territoire* avec les professionnels de santé et les élus locaux « *lors de la réunion de territoire qui s'est organisée sur C., les autres professionnels de santé se sont rendus compte que, non seulement c'était une nécessité, mais qu'il existait une démarche globale, et que ça devenait peut-être réalisable [...] cette réunion a été l'occasion de faire prendre conscience aux élus locaux qu'il y avait une réelle problématique* E13L38-41 ».

* réunions de territoires réunissant professionnels de santé et élus locaux d'un territoire animé conjointement par l'ordre des médecins et l'Agence Régionale de Santé.

3-2-2 Construire un projet de maison de santé

3-2-2-1 Rôle des professionnels de santé dans la construction du projet de MSP

Les rôles des professionnels de santé dans la construction des projets étaient très variables. Nous pouvons différencier deux catégories : les leaders et les accompagnateurs.

Les leaders étaient principalement des médecins, mais on comptait également des pharmaciens et des kinésithérapeutes. Ils étaient à l'initiation des projets et jouaient un rôle moteur dans l'élaboration et le suivi de ceux-ci *« rôle très actif [...] rôle moteur dans l'élaboration du projet de soins et toujours un rôle moteur dans le suivi du projet et l'évaluation du projet » E21L30*. Ils avaient également un rôle de meneur d'équipe *« m'a aidé à mener l'équipe » E1L111*, de dynamiseur de projet *« alors mon rôle a été de beaucoup dynamiser les choses à partir de mon arrivée » E13L50*, en centralisant la gestion du projet et en motivant les professionnels de santé à l'intégrer. Les leaders devaient consacrer du temps à l'élaboration de ce projet, afin de lui permettre d'aboutir *« Oui mais moi parce que j'avais aussi une question de disponibilité personnelle plus importante j'ai été plus un petit peu plus devant » E6L24-25*. Ils étaient une véritable interface entre les autres professionnels de santé, les élus locaux et l'architecte *« rôle très actif, rôle d'interface entre les professionnels et les collectivités » E21L29*. Ils initiaient le contact avec les élus locaux, organisaient et participaient aux réunions d'avancée du projet, pouvaient donner un avis technique sur la conception architecturale et la fonctionnalité de la structure. Certains leaders ont participé à des formations de management pour améliorer leurs compétences *« donc c'était une formation spécifique manager en management des maisons de santé pluri professionnelles » E1L208-209*.

Le rôle d'accompagnateur était plus modeste, avec un temps d'investissement personnel moindre *« Oh moi je n'ai pas eu un grand rôle (rire) car comme j'étais proche de la retraite, je ne me suis pas trop investi dans la maison de santé » E24L27-28*. Ils participaient au maintien de la cohésion de groupe, aux réunions d'avancée du projet et de concertation sur la gestion budgétaire et juridique.

Ils ont élaboré les plans de leurs cabinets, ainsi que de leurs aménagements intérieurs *« on a choisi tout ce qui est conception intérieure, architecture intérieure » E5L39*

3-2-2-2 Construction du projet de MSP

L'élaboration et le développement des projets devaient répondre à un cahier des charges exigeant. Certains professionnels de santé se sont regroupés, afin de créer un comité de réflexion permettant la construction d'une MSP. Un comité de pilotage permettant la mise en place du projet et la surveillance des travaux a été créé *« J'ai fait partie du comité de pilotage [...] donc on a préparé toute la mise en place et on a suivi les travaux de la maison de santé » E3L37*

Dans certain cas, l'ensemble des professionnels de santé qui prenait part au projet de MSP, exerçait déjà sur la commune, il n'y a donc pas eu de démarche particulière visant à recruter d'autres professionnels « *c'est-à-dire que nous n'avons pas été chercher de professionnels de santé ailleurs, ce ne sont que des professionnels de santé qui exerçaient déjà sur la commune qui avaient mis ce travail ensemble* » E21L95-97. Les relations d'entente et de communication entre ceux-ci étaient correctes « *alors nous on n'a pas ressenti du tout de problème de communication entre nous* » E4L57.

Dans certains territoires, les professionnels de santé ont travaillé de façon conjointe avec des architectes et des représentants des pouvoirs publics « *on a eu la chance d'avoir des élus qui ont écouté les professionnels de santé, ils ont adapté plein de choses* » E13L65-66, sensibilisés à la problématique de la démographie médicale et à la nécessité de construire ces MSP « *Les élus, comme je l'ai dit tout à l'heure, on n'a pas eu trop de problèmes, au sens où ils ont relativement vite compris la nécessité de faire quelque-chose avant qu'il ne soit trop tard, et que l'on ne puisse plus rien faire* » E16L112-114.

Ils ont pu bénéficier pour la réalisation de leur projet de MSP, de conseil d'autres professionnels de santé expérimentés « *il y a eu effectivement des conseils des anciens, des pionniers qui ont été vraiment de très bon conseil, avec un argumentaire qui m'a aidé à mener l'équipe* » E1L109-111 et ont pu visiter d'autres structures déjà en fonctionnement.

Le choix du site d'implantation de la structure pouvait faire l'objet de discussions intercommunales. La réalisation des plans architecturaux était facilitée lorsque l'équipe soignante était au complet, au moment de sa création, permettant l'agencement des différents cabinets entre les différents professionnels concernés « *une équipe complète au moment de la construction, du départ du projet immobilier ce qui a grandement facilité quand même, comment dirai-je, l'élaboration des différents cabinets* » E6L70-71. Certains projets incluaient une possibilité d'extension dans sa conception initiale.

Dans le cadre du financement du projet, ils ont pu bénéficier progressivement de nombreuses subventions, de provenances multiples (aides municipales, départementales, nationales et européennes) « *sur le plan du financement, il a été élaboré progressivement, en fonction de ce que nous offrait la société ... donc on a eu des aides nationales, une aide européenne, une aide de la mairie* » E4L73-74.

Pour l'écriture du projet de santé, les professionnels de santé pouvaient bénéficier de l'aide de l'ARS, de la fédération des maisons de santé de Lorraine (FEMALOR) et du CDOM de la Meuse, dans la cadre d'un accompagnement avec des aides techniques et humaines. Ils s'inspiraient parfois d'autres projets de santé déjà existants pour le rédiger « *le projet de santé honnêtement, on s'est inspiré de projets déjà existant, voilà on est reparti sur les mêmes bases, sur le même principe* » E6L45-46.

3-2-2-3 Les difficultés rencontrées dans l'élaboration du projet de MSP

Les professionnels de santé ont rencontré de nombreuses difficultés dans la confection et le suivi de leur projet de MSP. En premier lieu, la réalisation de ce projet a été chronophage, anxiogène « *mais la lourdeur d'implication au départ a été anxiogène* » E8L185 et épuisante. L'investissement personnel a été important « *on a beaucoup donné de notre personne pour qu'elle soit là* » E14L61-62 et ils ont dû compter sur un leader de projet motivé.

Impliquer l'ensemble des professionnels de santé du territoire au projet était compliqué, il a fallu les convaincre « *mon rôle en partie, c'était de convaincre et d'emmener les troupes dans l'aventure* » E16L111. Certains d'entre eux avaient des difficultés à comprendre le concept même de MSP ou trouvaient que ce projet était focalisé principalement sur les médecins au détriment des paramédicaux « *le ressenti, je dirais, de certains que peuvent avoir les paramédicaux [...] mais c'est que c'est fait presque exclusivement pour les médecins* » E14L205-208. D'autres encore présentaient une certaine passivité à se lancer dans le projet, admettant leur réticence « *c'est la codecom qui a lancé ce projet et les médecins étaient très réticents [...] par contre l'ensemble des paramédicaux étaient très réticents* » E18L35L40, voir même leur manque d'intérêt à participer au projet (surtout pour l'ancienne génération) « *je pense que l'on a eu la malchance d'avoir parfois des vieux médecins, j'avais l'impression qu'ils étaient comme endormis, quand on leur présentait le projet* » E10L70-71 (un professionnel avouait même être entré dans le projet, sous la contrainte « *au départ (rire) euh une incitation sous forme d'obligation ou un médecin nous a dit à l'époque du projet si vous ne venez pas on ira chercher quelqu'un d'autre* » E19L8-9). Une fois l'équipe formée, le leader éprouvait des difficultés à convaincre les autres professionnels de santé à consacrer bénévolement du temps au projet « *c'est le non investissement de certains, la difficulté de donner de son temps bénévole [...] donc de demander aux gens de consacrer du temps bénévole pour faire du travail en commun, bah ce n'est pas évident pour tout le monde* » E12L55-57.

Les MSP ont pu être source de conflits entre les différents professionnels. Des désaccords trop nombreux, ont même conduit certains, à renoncer au projet. Il était également important de déterminer les possibilités financières de chacun des intervenants, parfois très disparates. Concernant les aides financières à l'installation, un sentiment d'injustice était ressenti par les paramédicaux qui avaient l'impression d'une centralisation autour des médecins et cela pouvait être source de tensions « *il y a une politique qui ne vise que les nouveaux médecins, et à un moment, parce que je le sens parmi mes confrères, infirmières ... quand il se trouve qu'en plus y a un peu de tension au niveau des médecins, alors que c'est les rois du pétrole quand ils arrivent là, ben ça grince un peu des dents quand même* » E14L278-281.

Les professionnels de santé se sont heurtés à la « lourdeur et la lenteur administratives ». Ils ont mené une véritable bataille afin de faire avancer ce projet « *donc il faut essayer de se battre* » E14L153. Les contraintes du cahier des charges étaient très difficiles à respecter « *ce n'est pas simple, la mise en place d'une maison de santé, le cahier des charges est énorme* » E22L44-45.

Les relations avec les pouvoirs publics ont été parfois compliquées. Il leur a fallu négocier avec des communautés de communes ne comprenant pas l'intérêt d'un tel projet, les convaincre du bien-fondé, et d'investir dans le projet « *il y a quand même certains élus qui fallait convaincre du bien-fondé de notre projet* » E6L35. De nombreux professionnels se sont heurtés à l'incompétence et à la méconnaissance des élus sur leur problématique d'installation. Dans un certain nombre de cas, l'absence de soutien des élus locaux, a retardé l'avancée du projet « *là on se retrouvait avec un président de codecom [...] alors lui était carrément contre, bon (rire) voilà ça a bloqué pendant 5ans 6 ans* » E17L46-47. A l'inverse, dans certains cas, on notait une volonté isolée des codecom ou des municipalités, à créer une MSP « *il vient des pouvoirs publics et des élus locaux souvent, qui n'ont pas, soit la compétence santé, soit la connaissance de la problématique de l'installation des professionnels de santé ; la seule connaissance qu'ils ont, c'est au travers des médias, nous dit « les déserts médicaux avancent ! » oui tout le monde a peur et chacun veut faire une structure dans son coin, ce n'est pas la solution* » E16L40-44. Ces derniers exerçaient alors une certaine pression sur les professionnels de santé, afin qu'ils intègrent la MSP. Un autre point conflictuel était d'ordre financier, de nombreuses discussions ont eu lieu : trouver un financement au projet (certaines collectivités locales ayant refusées de financer les MSP), déterminer le prix des loyers en les rendant le plus juste et attractif possible (en fonction des m² loués) « *Il a fallu batailler justement en disant que, s'ils comptaient remplir une maison santé il fallait qu'ils aient des loyers attractifs et ils ne l'entendaient pas de cette oreille* » E2L81-82 et définir les aides aux financements des loyers (dans certaines situations, les politiques n'ont pas donnés suite) « *on m'avait dit : on vous fera des facilités et puis en fait, le bla-bla politique (rire) et j'ai rien vu venir* » E2L29.

Pour la réussite d'un projet de MSP, les professionnels de santé déclaraient que l'implantation de la structure devait s'inscrire dans une réflexion territoriale globale lors de son élaboration « *je pense que cela a été un gros frein, quelque part, dans la gestion globale, où on s'est retrouvé de nouveau cantonné sur du communal au lieu d'être déjà sur un projet territorial* » E8L102-104

Parfois, des tensions entre les communes d'un territoire pour fixer le lieu d'implantation de la MSP, entraînaient des retards à la concrétisation des projets. Certaines collectivités locales ont eu des problèmes pour trouver un terrain adapté à la construction de la structure.

Une adhésion et un soutien de la population étaient nécessaires pour voir aboutir un projet. Dans certains endroits, ce soutien fut difficile à obtenir, la population n'ayant pas conscience des problèmes de démographie médicale à venir. Dans d'autres endroits, la mobilisation de la population fut déterminante à la construction de la MSP « *je pense que les élus locaux ont pliés sous la pression de la population qui commençait à se rendre compte qu'on allait avoir un problème* » E17L54-56.

Dans la cadre de la conception architecturale, il existait parfois des contradictions entre le projet imaginé par les élus et les normes sanitaires et d'accessibilités à respecter pour les professionnels de santé.

Des difficultés de communication et de compréhension entre les professionnels de santé et l'architecte ont été notés « *non puisqu'on n'avait pas trop le droit au chapitre sur certains points, ils ont conçu leur projet et ils nous demandaient pas* » E7L71-72. Dans certaines situations, il fallait modérer les architectes et les promoteurs dans la conception et la taille des bâtiments « *les difficultés c'étaient un peu de freiner les architectes et les promoteurs car ils avaient des idées bien grandioses et après ce n'est pas eux qui payent* » E3L55-56. Pour certains professionnels de santé et élus, les projets étaient aussi qualifiés de pharaonique « *après le premier ressenti de la maison médicale c'était qu'elle était 3 fois trop grande voilà c'était le projet qui était pharaonique* » E20L13.

Les professionnels de santé ont rencontré des difficultés administratives et logistiques pour le commencement, le suivi et la finition des travaux.

3-2-3 La maison de santé pluri professionnelle : une petite PME à structurer

3-2-3-1 Le fonctionnement d'une MSP

Sur le plan juridique, les professionnels de santé s'organisaient initialement en association de type « loi 1901 », porteuse du projet dans un premier temps et permettant la gestion du bâtiment et des loyers, dans un second temps « *la structure de la maison de santé d'un point de vue juridique a fonctionné à l'ouverture sous le mode associatif afin de régler tous les problèmes de fonctionnement que sont les charges, loyers et autres [...] et à l'intérieur de ce mode associatif, puisque l'on a bien un président, un trésorier, un secrétaire qui effectuent leurs tâches pour le fonctionnement, on va dire, le fonctionnement du bâtiment en lui-même* » E21L62-64 et L70-72. Puis chacune des corporations de professionnels créait une structure juridique professionnelle SCM ou bien aménageait leurs anciennes sociétés. Enfin, pour certaines structures, la création d'une SISA permettait de bénéficier des NMR (certaines sont en cours « *après on a commencé à parler d'autres structures juridiques type SISA* » E17L15). Un règlement intérieur devait être rédigé et devait être adapté au cahier des charges « *on a bien adapté notre règlement intérieur à ce cahier des charges* » E21L66. Il permettait de déterminer les devoirs de chacun, au sein de la MSP « *on a un règlement intérieur, des points très précis où chacun a des devoirs par rapport à la maison médicale* » E4L91-92, d'élaborer des règles pour la gestion financière des charges (avec parfois une répartition des charges qui se faisait sur un mode proportionnel), et la création d'un secrétariat (qui jouait le rôle d'accueil des patients, prise de rendez-vous, gestion administrative voir un rôle de coordinateur de soins) ou bien encore de définir des règles de mutualisation.

Dans le cadre des structures bénéficiant d'un financement public, les cabinets étaient loués par la codecom. Une relation étroite avec les pouvoirs publics, pour la gestion de tous les dysfonctionnements sur la structure, était alors établie. Des MSP bénéficiaient de loyers attractifs car la mairie en subventionnait une partie « *les loyers de la mairie ont été annexés à ces subventions et du coup franchement c'est rien c'est dérisoire* » E20L19, afin d'attirer les

jeunes professionnels de santé *«on a surtout cherché à obtenir des professionnels de santé et à pouvoir les attirer, on a mis un niveau de loyer très bas » E23L120-121.*

La gouvernance des MSP s'effectuait par les professionnels de santé, sous la forme d'une gérance ou d'une cogérance, en fonction du nombre de professionnels qui y participait. En général, les gérants se présentaient sur la base du volontariat et étaient élus par les autres professionnels de santé, pour une période déterminée au préalable, leurs champs d'activité se déterminant en fonction de leurs compétences. Des rémunérations étaient parfois données aux gérants. Cette fonction pouvait se cumuler avec celle de président d'association. Les décisions concernant la vie de la structure, étaient prises lors de réunions de concertation entre les différents professionnels *« quand on se réunit tous les mois, tout ce qui est soumis est soumis en délibération et on vote à l'unanimité » E4L132-133*, avec un régime égalitaire dans les votes décisionnels *« on est vraiment sur de l'horizontalité, où chaque voix finalement compte pour la même chose » E16L135-136*. Le travail de gérance dans une structure éprouvant quelques difficultés, s'effectuait au coup par coup. Pour leur fonctionnement, certaines MSP bénéficiaient de nouveaux modes de rémunération, permettant le financement d'un secrétariat ou de la coordination pour les aider à la gestion. Son coût paraissait important pour certains. La mise en place d'un coordinateur extérieure permettait aux professionnels de santé de se libérer de la gestion administrative *« depuis un mois, on a un coordinateur, qui intervient maintenant sur la structure, le but en fait maintenant, c'est qu'on a tout le côté administratif qui est fait » E8L250-251* et permettait également de mieux structurer la réalisation des projets futurs *« ce sont des groupes de travail par projet de santé, c'est consécutif au diagnostic Facilimed » E1L290-291*. Toutefois, un médecin exprimait sa volonté de rester le principal dirigeant, malgré l'aide extérieure, un autre a même refusé les interventions extérieures dans la prise de décisions *« ça nous amène à avoir une certaine forme de liberté entre nous, sans avoir à rendre compte à qui que ce soit extérieur à la maison médicale » E4L128-129.*

3-2-3-2 Les avantages et les difficultés rencontrées dans le fonctionnement des MSP

Sur le plan des relations humaines :

Un des premiers avantages de l'exercice en regroupement pluri professionnels au sein des MSP évoqué par les professionnels de santé, était l'amélioration de leur communication *« parce qu'il y a de la communication, de la cohésion, c'est beaucoup plus confortable professionnellement » E10L190*. Ils trouvaient que cette communication était simplifiée, renforcée et plus rapide *« tout le monde est assez content tout simplement par le fait qu'on soit tous rassemblés ensemble, et on a déjà des contacts beaucoup plus évidents et beaucoup plus rapides sur l'intérêt de tous nos patients » E17L120-122*. Les discussions étaient plus aisées pour certains dossiers difficiles grâce aux réunions de concertation. L'amélioration de la communication donnait lieu à un exercice coordonné, en harmonie, avec un travail de concertation et de collaboration interprofessionnelle renforcée permettant un exercice de qualité *« le matin on se voit on parle des soucis qu'on a eu le week-end, enfin moi j'y trouve*

que du bénéfice sur le travail » E3L104. Il existait une relation de confiance entre les professionnels de santé, ce qui leurs permettait d'interagir plus rapidement entre eux, en cas de problèmes. Certains paramédicaux expliquaient qu'ils n'avaient plus cette peur de déranger le médecin, pour lui demander un avis sur un patient « c'est vrai que ,bon, je connaissais plutôt bien les docteurs ,mais il y avait comme un frein ,une réticence, de peur de les déranger, mais maintenant qu'on est sous le même toit, je n'hésite plus à prendre le téléphone, c'est totalement débile, c'est purement psychologique, mais le fait d'être là, ensemble, je n'ai plus aucun remords à dire que je vais l'appeler et vice versa » E2L153-156 .

Parfois, il existait des difficultés relationnelles et des conflits d'ordre générationnel (entre l'ancienne et la nouvelle génération de médecins ou avec les nouveaux médecins arrivants) sur l'exercice en MSP « *il y a encore un petit peu de conflits avec des médecins qui sont peut-être de l'ancienne façon de travailler et puis la jeune génération qui arrive » E19L63-64. Un sentiment d'une hiérarchisation relative au sein des MSP, notamment avec les médecins de l'ancienne génération, était ressenti par les paramédicaux « la difficulté c'est (silence) le tout médecin ou il y a quand même un petit peu de hiérarchisation surtout avec la vieille génération par rapport à la jeune génération » E19L71-72. Parfois, des difficultés budgétaires entraînaient des conflits, un kinésithérapeute parlait de différences de revalorisation salariale entre les professionnels de santé. Il pouvait exister des difficultés de communication aux seins des MSP dans la gestion de certains problèmes « j'ai envoyé quelques mails, mais bon, le résultat est inchangé, donc j'arrête de me balader dans les couloirs, et puis terminé, surtout que ça me fait toujours mal au ventre de voir des lumières cramer pour rien » E2L110-112. Le coordinateur extérieur pouvait être à l'origine de troubles relationnels entre les professionnels de santé « mais pas un bon coordinateur, au sens de la gestion d'une équipe, et surtout d'une équipe aussi complexe que celle de professionnels de santé, donc ça a foutu un petit peu le bordel dans l'équipe, ça a remis en cause aussi les rôles de leader » E16L165-167. Comme dans chaque groupe, il pouvait exister des désaccords entre les professionnels de santé (intérêts différents), la gestion des caractères de chacun était souvent difficile et malgré le fait que certains professionnels de santé jouaient le rôle de médiateur, ceci pouvait entraîner des départs.*

Pour fonctionner, il fallait que les professionnels de santé aient le même état d'esprit « *on est tous les 3 de la même génération, on a exactement la même trajectoire, donc forcément, on a forcément les mêmes intérêts, et puis, c'était un petit peu la même chose par rapport à l'infirmier, qui était lié au point de départ du projet » E6L58-60 et qu'ils aient une bonne entente entre eux. Il fallait créer de la solidarité interprofessionnelle, il fallait qu'ils apprennent à vivre ensemble « effectivement, faut déjà apprendre à vivre entre professionnels de santé » E23L180.*

Sur le plan de la qualité de vie professionnelle et personnelle :

L'exercice en MSP permettait aux professionnels de santé d'améliorer leurs confort de travail « *parce qu'il y a de la communication, de la cohésion, c'est beaucoup plus confortable professionnellement » E10L190-191, de travailler dans une certaine sérénité, plus globalement d'améliorer leur qualité de vie « si nous voulons avoir une certaine qualité de vie, aussi bien*

professionnelle que personnelle, je pense que les maisons médicales sont l'avenir pour ça » E4L216-217 par une modification et une meilleure gestion de leur emploi du temps, en se libérant un jour de repos dans la semaine pour la réalisation d'autres projets ou surtout en majorant leur temps libre. L'amélioration de la qualité de vie professionnelle, passait également par un espace de décompression (salle café) au sein des MSP « j'ai pu changer à la fois mon organisation, et à la fois, me permettre effectivement des temps de décompression avec la salle café » E1L280, un secrétariat apportant une amélioration de la qualité de leur travail par ce qu'ils étaient, d'une part, plus à l'écoute de leurs patients car moins dérangés par le téléphone, et d'autre part, les soulageant dans la gestion de certaines tâches (prise de rendez-vous, gestion des dossiers des patients et du téléphone « la grosse différence que l'on a vu tous les trois c'est le fait de ne plus avoir de téléphone à gérer [...] cela nous a changé la vie » E6L85-86.

L'exercice en MSP permettait aux professionnels de santé d'être plus facilement remplacés par un de leur collègue en cas d'absence et d'assurer la continuité des soins, notamment grâce à la mise en place d'un logiciel commun « nous, entre les trois médecins, on a les dossiers partagés, donc, on a le même logiciel, et on a accès à tous les dossiers médicaux des patients ; quand un des médecins est absent, il n'y a aucun soucis pour la prise en charge des patients par les autres médecins » E4L167-169.

Sur le plan de l'exercice professionnel :

L'exercice en MSP entraînait des modifications du mode et de la charge de travail : certains ont vu une augmentation de leur activité après leur installation en MSP (dû au côté attractif des MSP) « Oui, je pensais, qu'en m'installant dans une maison de santé, et en étant à plusieurs, ça permettrait de ... on peut penser que ça permet d'être plus cool dans son travail, mais c'est l'inverse qui se produit même en campagne, on a attiré énormément de monde » E18L135-137, un autre évoquait une diminution de la charge de travail par rapport à un exercice solitaire de l'ancienne génération « les médecins [...] ils travaillent beaucoup moins qu'il y a 20 ans » E14L474, pour d'autres, des modifications de leur exercice, avec notamment un passage sur rendez-vous pour les consultations lors de leurs entrées en MSP. Pour les femmes, il y avait une possibilité de travailler à mi-temps plus facile à mettre en œuvre dans une MSP « on a eu la chance d'avoir un couple, et donc, dans un couple il y a bien sûr une femme qui s'est installée et elle, cela lui a permis également, elle voulait travailler sous la forme d'un gros mi-temps et je pense que l'intérêt des maisons de santé, quand il y a cette demande de forme de travail, on peut facilement l'intégrer alors que tout seul c'est une personne qui ne se serait pas forcément installée seule en ville ou en campagne ça c'est sûr » E18L127-131.

Pour les IDE, l'exercice en MSP leur a permis la création d'une permanence des soins. Il existait une volonté d'amener certains patients, selon les actes, à venir au cabinet « donc on essaye de ramener les soins au cabinet, par exemple, toutes les prises de sang, tout ça, si les gens peuvent se déplacer, ils vont chez le médecin, donc ils peuvent venir ici au cabinet » E3L125-127. Cette volonté pouvait être partagée par les médecins qui souhaitaient modifier leurs habitudes de prescriptions dans ce sens « ils veulent qu'on fasse venir le plus possible

les gens au cabinet, et puis maintenant, comme on a la maison médicale là et tout, ils veulent faire fonctionner la maison ce que je comprends » E11L95-96

Le travail de proximité immédiat des médecins avec les paramédicaux de la structure avait pour conséquence d'augmenter leurs prescriptions et d'orienter préférentiellement les patients vers eux *« je suis sûr que vos confrères prescrivent beaucoup plus de kiné, qu'ils n'en auraient prescrit, si ils avaient été dans un cabinet de ville avec un cabinet de kiné qui était à un kilomètre ou deux kilomètres, parce que là ils savent que l'on est juste au bout du couloir » E14L586-588.*

Sur le plan du partage des compétences :

L'exercice en regroupement pluri professionnel ou la maîtrise de stage donnait la possibilité de mettre des compétences à disposition des autres professionnels de santé, permettant d'enrichir la pratique de chacun et de se remettre en question *« chacun s'enrichit sur le mode de travail des autres » E17L136, « Je pense qu'à partir du moment où l'on travaille en groupe, on est forcément obligé de se remettre en question, et de s'ouvrir davantage vers l'exercice des autres » E12L94-95.*

Les MSP étaient des lieux de formation externe et interne :

Externe, elles permettaient aux professionnels de santé d'accueillir et de former des stagiaires avec cette volonté forte pour certains médecins de transmettre le savoir aux internes *« j'ai toujours eu envie d'avoir des internes pour cette notion de transmission, transmettre quelque-chose » E16L240).* La formation de stagiaires avait pour avantage de pouvoir créer un pool de remplaçants futurs, voire pour certains étudiants, d'envisager une installation future.

Interne, les MSP facilitaient la formation individuelle, avec une envie de se former, et d'acquérir de nouvelles compétences, pour les mettre au service de la structure et des patients *« j'ai fait une formation sur la gymnastique vertébrale [...] bon j'ai envie de le faire, c'est une perspective pour moi, ça me rebooste » E10L215-217.* Des formations organisées par les MSP ou des mises au point lors de réunions pluri professionnelles, étaient proposées *« quand on est en réunion régulièrement et qu'on traite le dossier d'un patient, on en apprend forcément les uns, les autres, et à chaque réunion on essaye de... On a des exposés, si vous voulez, à faire sur certaines pathologies donc un coup, c'est la sage-femme, un coup c'est l'orthophoniste, un coup c'est le kiné et donc, on s'enrichie les uns les autres par le savoir qu'on apporte aux autres » E5L109-113.* Un autre médecin affirmait que les professionnels de santé participaient moins aux formations extérieures *« on s'aperçoit que les gens qui sont en maison de santé se forment peut-être moins avec les confrères, et se forment de plus en plus dans le cadre de la maison de santé, euh donc, c'est bien, mais ça coupe quand même les ponts, et je pense que ce sont des structures qui vont peut-être être plus polyvalentes, au niveau du brassage d'idées parce qu'il y a plusieurs professionnels de santé, mais malgré tout elles vont s'auto-isoler » E23L230-234.*

Sur la vie du projet de soins :

Pour certains, la mise en place de nouveaux projets de soins, était favorisée et facilitée par le travail en MSP. Il existait une volonté des professionnels de santé à travailler conjointement « *alors là, autour de la table, il y avait une volonté réelle d'aller tous, dans le même sens, pour les projets médicaux pour les patients* » E17L159, ceci permettait alors de créer une émulation dans la réalisation des projets de soins.

Pour d'autres, il existait des difficultés à obtenir une dynamique de déploiement du projet de santé, par manque de motivation et de volonté des acteurs à se dégager du temps, entraînant une inertie dans sa mise en œuvre. Cet immobilisme était renforcé par le grand nombre de professionnels de santé au sein des MSP « *après, nous sommes 22 professionnels de santé sur la structure, c'est vrai que c'est peut-être moins évident à faire travailler que quand on est 8, 9 ou 10* » E19L64-66. Un frein à l'avancée des projets était souligné du fait de la lourdeur administrative « *on a des tas de projets en tête, alors si la lourdeur administrative c'est un vrai casse-tête, qu'il faut tout valider en commission systématiquement, ça va pas aller loin* » E13L226-227, du caractère chronophage à formuler les dossiers pour répondants au NMR. Un autre frein évoqué était l'obligation d'avoir un médecin porteur du projet alors que celui-ci a déjà une surcharge majeure de travail et manque de temps pour participer aux réunions « *malheureusement on est dans toujours le médecin porteur de projet ou il faut toujours un médecin référent dans les dossiers amenés et que les médecins ont une surcharge de travail très importante surtout sur notre secteur rural* » E19L85-87.

Sur le plan de la gestion administrative :

Certains pensaient que les professionnels de santé qui s'occupaient de la gouvernance des MSP, avaient une bonne connaissance des fonctions de gestionnaire et de l'environnement, afin d'obtenir un bon fonctionnement des MSP.

Concernant la gestion des MSP, les professionnels de santé étaient nombreux à exprimer des difficultés. Un médecin trouvait la gérance de sa structure trop verticale, basée sur un seul décideur, un autre trouvait que la gestion quotidienne ne reposait que sur une ou deux personnes et pour un autre, la gérance de la MSP était trop centralisée autour des médecins. De nombreux professionnels trouvaient la gestion quotidienne des MSP trop chronophage, lourde, complexe, épuisante, avec une quantité de travail à fournir trop importante et exprimait parfois un sentiment de lassitude « *on était tous à peu près dans le même niveau d'épuisement ou de lassitude ou de manque d'envie* » E1L211-212.

Cette gestion parasitait le cœur de métier des professionnels de santé : le soin au patient « *pour ce qui est des inconvénients, je te dis la complexité de la gestion administrative et du groupe, qui finalement nous pollue quand même un petit peu le cœur de notre métier qui est le soin pur ou la prévention sous d'autres formes* » E16L184-186. Ils leurs étaient également difficile de se libérer du temps pour gérer ces structures. Parfois, ils notaient le manque d'envie, d'investissement ou la difficulté à stimuler certains professionnels de santé à prendre part aux missions de gestion ou à participer aux réunions organisées au sein de la structure « *il y a dans les gens les plus présents et les plus actifs, eux ont constitué dans l'association, le*

secrétariat, le poste de trésorier, il y a des gens qui ne participent par contre pas du tout aux réunions, ces gens-là on finit par ne plus rien leur demander » E12L68-70. Certains déclaraient un manque de compétences des professionnels de santé pour la gestion « donc tout cela nécessite du temps et des compétences que les professionnels de santé n'ont pas » E16L159-160.

Les problématiques suivantes émergeaient : la sensation d'une inertie liée au caractère collectif de la structure « *la perte de temps ,du fait du côté collectif, parce que l'on ne peut jamais prendre une vraie décision, voilà, là y a le logiciel, je suis rentrée de congés de janvier, il n'y a rien qui a avancé, arrive un moment où il va falloir encore que l'on se fasse une réunion, voilà ,c'est plutôt cette espèce d'inertie qui est pénible dans cette structure » E13L159-160, une complexité dans la gestion collective car chacun des professionnel de santé avaient ses propres intérêts (par exemple sur les économies d'énergies au sein de la MSP).*

Pour les MSP bénéficiant d'une aide extérieure à la gestion (un coordinateur), ils reconnaissaient une amélioration de l'organisation et de la structuration de cette dernière. Les coordinateurs soulageaient les gérants de leurs travail de gestionnaire, d'animateur et de coordinateur « *sur l'animation des groupes de travail sur l'animation globale et la coordination globale ,moi, j'ai complètement abandonné cette mission de coordination que j'avais été obligé d'embrasser » E1 L227-228.*

Sur le plan juridique :

Les professionnels de santé étaient nombreux à évoquer des difficultés avec les SISA. Ils les jugeaient trop complexes, parfois incompréhensibles, d'une rigidité fiscale et administrative importante, avec une gestion trop chronophage « *et finalement l'association avait l'avantage de ne pas être rigide au niveau administratif » E8L131, regrettant le manque de conseils reçus à la création de la SISA.*

Sur le plan financier :

Certains paramédicaux devaient faire un sacrifice financier lors de leurs entrées en MSP, car le coût de fonctionnement se révélait être plus important dans ce type de structure « *les difficultés : ça coûte cher à tout le monde, tout le monde se plaint ! Locations, les frais de fonctionnement, les charges » E24L59-60, sans compensation sur le plan honoraire « moi et mon collègue, on vient, on repaie un loyer, on repaie l'entretien des couloirs, l'électricité, l'éclairage extérieur, les machins ,et puis on repaie une comptable, parce qu'il faut que l'on fasse une association en groupe et machin ... on doit créer un règlement intérieur, on doit gérer une équipe de 10 avec tous les frais que ça génère, des frais de secrétariat, des frais de comptabilité, des frais que l'on n'avait pas avant, et nous, pour ça, on n'a nada, zéro, que dalle, on n'a aucun avantage les paramédicaux, on vient là-dedans, et on est entraîné dans cette machine la »E14L362-369.*

L'avantage du travail en équipe était de permettre une meilleure répartition des coûts de fonctionnement, tout en les diminuant « *par rapport au coût de fonctionnement, c'est bien parce-que l'on est plusieurs à partager le fonctionnement » E16L232-233. Un médecin*

tempérait en expliquant : *« par rapport au coût de fonctionnement, c'est bien parce-que l'on est plusieurs à partager le fonctionnement, mais en même temps, on augmente notre besoin de fonctionnement, donc tu vois il y a l'avantage, et puis l'inconvénient, mais ça va ensemble »* E16L232-234.

Entre les professionnels de santé, la répartition des charges pouvait être difficile et complexe avec des clés de répartition en fonction des surfaces, en ne tenant pas toujours compte des temps d'occupations (activité à domicile pour les IDE) et des revenus de chacun *« au niveau comptable surtout, la répartition des charges ... c'est très compliqué ! Ce sont des pourcentages (soupir) »*E24L52, *« les masso-kinésithérapeutes qui occupent une très grande surface sur la maison de santé se retrouvent à payer un système de location au prorata de la surface occupée, et on s'aperçoit que les masso-kinésithérapeutes alimentent très fortement les maisons de santé financièrement »* E19L17-19. Ils évoquaient d'autres difficultés dont l'absence de maîtrise des dépenses des autres professionnels de santé imputable au collectif (entretien des locaux, coût du personnel, de chauffage et d'électricité).

Sur le plan des nouveaux modes de rémunération :

Concernant le règlement arbitral, un médecin le jugeait complexe, un autre parlait de lourdeur et de rigidité administrative, ce qui entraînaient un épuisement dans la gestion du règlement arbitral *« il y a un espèce de fil à la patte avec les obligations, qui sont tombées dans le règlement arbitral, où on épuise beaucoup de personnes à essayer de faire rentrer dans des cases des pratiques et de reconverter des pratiques, que l'on avait déjà, en essayant de les améliorer, en essayant de les faire rentrer dans le règlement arbitral avec des laps de temps qui sont très courts [...] ça implique beaucoup d'énergie qui a fatigué une partie des associé, qui vont sortir de la structure, à cause justement de cette rigueur administrative que représente le règlement arbitral »* E8L156-163.

Concernant les NMR, un médecin trouvait le cahier des charges trop complexe et qu'elles n'étaient pas à la hauteur des besoins des MSP, la temporalité de leur perception étant à revoir *« ces rémunérations ne sont pas à la hauteur de nos besoins, elle sont soumises à des cahiers des charges qui nécessitent des efforts toujours supplémentaires, et toujours plus lourds à gérer, donc c'est une espèce de boule de neige qui s'auto-entretient ,si tu veux, et puis encore une fois, non seulement les montants ne sont pas à la hauteur ,mais la temporalité n'est pas la même, c'est-à-dire qu'en gros, tu dois faire la preuve que tu fais, et ensuite on te paie en deçà de ce que tu as fait »* E16L189-194. Un autre éprouvait des difficultés dans l'aménagement des NMR, il mettait en valeur que le coût de fonctionnement des MSP englobait une trop grande partie de ces rémunérations, un faible pourcentage était utilisé dans l'investissement des différents projets. Enfin une infirmière trouvait que le mode de répartition des MNR était inadapté entre les professionnels de santé.

3-2-3-3 L'intégration des professionnels de santé aux MSP

On retrouvait deux catégories de professionnels de santé : ceux qui étaient déjà implantés sur le territoire et qui souhaitait intégrer le projet de structure, et d'autres nouveaux qui était désireux de s'y installer.

L'intégration des professionnels de santé déjà présents sur le territoire s'est faite de façon progressive « *c'était tous des professionnels déjà implantés sur le secteur, donc je dirais cela c'est fait assez naturellement* » E2L122-123 et dans la plupart des cas, il existait une bonne relation entre eux. Une MSP avait même vu arriver un professionnel de santé après son ouverture, alors qu'il était réticent au projet au départ. Quelques fois des professionnels de santé éprouvaient des difficultés d'intégration à l'équipe, surtout pour l'ancienne génération de professionnels santé qui était habituée à travailler seule « *les anciens qui avaient l'habitude de travailler tout seul, c'est un peu... bon, ils sont habitués à travailler seul depuis 30 ans, donc ma collègue qui est partie à la retraite, elle a eu du mal* » E3L110-111.

Le recrutement de nouveaux professionnels de santé pouvait se faire de différentes manières : grâce au bouche à oreille, par des propositions spontanées de professionnels de santé ou par des annonces postées par les équipes « *donc j'avais passé une annonce* » E18L123. La décision finale d'intégrer un nouvel entrant, se faisant après accord de l'ensemble des professionnels de santé de la MSP « *quelqu'un qui vient se présenter, après, on la rencontre et on en parle en général, on en parle tous ensemble ou lors de la rencontre, on essaye d'être le maximum là, et après, on dit si on est d'accord ou pas, oui c'est toujours concerté* » E15L97-99.

La manière de percevoir les efforts réalisés pour inciter les professionnels de santé à intégrer des MSP était différente d'une catégorie professionnelle à une autre « *on manque cruellement de kinés, un peu comme les médecins, mais on fait moins d'effort pour faire venir des kinés que pour faire venir des médecins* » E14L70-71.

Pour les professionnels de santé s'installant dans les MSP, l'intégration a été facile et conviviale et ce d'autant plus qu'ils étaient jeunes « *mais c'est vrai que moi je pense, qu'il n'y a pas de soucis d'intégration des jeunes, ça se fait beaucoup plus facilement* » E3L112. L'équipe en place essayait au maximum de favoriser leur intégration : organisation de rencontres avant leur arrivée (mise en place de réunions d'informations), mise en place d'une protection financière (charges amoindries), rôle important du secrétariat dans l'intégration des médecins « *le rôle clé de la secrétaire permet de présenter le patient, si le médecin a un doute, par exemple, sur le domicile elle sait [...] elle sait lui retrouver les informations* » E13L171-173. Chaque nouvel entrant devait signer la charte et le règlement intérieur.

Une ouverture vers l'extérieur des MSP s'est faite grâce à la création de vacations pour des professionnels de santé hospitaliers ou des spécialistes libéraux « *au projet se sont greffés une diététicienne, une psychomotricienne, une neuropsychologue, et puis des services extérieurs comme le service addictologie, la chirurgie viscérale et urologique, le chirurgien*

orthopédique, deux sages-femmes, une libérale qui fait de l'échographie obstétricale, et puis une sage-femme qui est là aujourd'hui et qui est du CHR » E22L77-80.

3-2-3-4 Intérêts des MSP pour les patients

Pour un certain nombre de professionnels de santé, répondre à la question de l'amélioration de la prise en charge des patients en MSP était difficile car il existait peu d'études médico-économiques *« Pour l'instant j'oserais dire, ce n'est pas sensible, enfin en tout cas, nous on ne l'a pas mesuré parce que c'est difficile, nous, on n'a pas de modèle de mesure » E1L297-298.* Certaines équipes s'appuyaient sur des prestataires (firmes pharmaceutiques) pour les aider à évaluer leur prise en charge *« après, on a eu la chance au travers d'un partenariat avec un laboratoire, de travailler sur le diabète, et on continue de travailler avec eux. Et nous avons, je dirais, ils nous ont fait un petit peu un check up sur nos patients diabétiques, et voir notamment, les aspects de contrôles, prises de sang, contrôles ophtalmo et autres étaient réalisés chez nos patients, sachant qu'il y a eu des études qui ont été faites au niveau national [...] alors on était très bien, beaucoup mieux que la moyenne nationale, alors, est ce que c'est l'effet de la maison de santé ? » E21L172-181.*

Nombreux professionnels mettaient en valeur l'amélioration de la prise en charge et des soins grâce à une prise en charge plus globale du patient *« le patient est bien pris en charge dans sa globalité » E11L114,* une meilleure coopération, concertation et communication entre les différents corps de métier *« au niveau des problématiques, de l'information partagée, oui c'est évident que des problèmes peuvent être résolus beaucoup plus facilement par des échanges, même informels, entre les professionnels de santé, oui ! » E12L121-123,* des actions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique *« ils y trouvent leur compte pour beaucoup de choses, pour l'éducation, la prévention, la vaccination, pour pleins de choses je veux dire, on fait des dépistages diabète, on fait de la santé publique » E3L49-51.* Une coordination et une cohérence des parcours soins a pu vu le jour *« cela permet une meilleure cohérence de soins » E13L67.*

Ils évoquaient l'intérêt d'une prise en charge pluri professionnelle en MSP qui permettait une réponse rapide à la demande de soins, un gain de temps dans les prises en charge *« il y a un gain de temps pour le patient, c'est-à-dire que, quand un des professionnels observent quelque chose, bien plus naturellement, ils le remontent, notamment au médecin généraliste, et là, on peut observer un gain de temps qui peut être synonyme du fait d'éviter une hospitalisation » E21L187-190,* une amélioration de la réactivité des soignants et un travail en équipe centré sur le patient *« au niveau des patients c'est génial, parce que du coup, si on a un problème etc. on téléphone, tout s'imbrique l'un dans l'autre, notamment, donc nous, pharmacies, infirmières médecins, et, on voit que beaucoup plus, posturologues kinés et orthoptistes, ils travaillent vraiment tous voilà » E20L73-76.* Selon certains, le travail pluri professionnel facilitait le maintien à domicile des personnes âgées, permettait de diminuer le nombre d'hospitalisations ou bien encore, de reprendre en charge des patients hors du parcours de soins.

Les professionnels de santé croyaient en l'existence d'un attrait de la population pour ce type de structures, avec un certain degré de satisfaction. Le regroupement des professionnels de santé dans les MSP facilitait pour les patients, l'accès aux soins et à la prise en charge (optimisation de leurs temps en évitant des déplacements importants et multiples grâce aux regroupement de plusieurs consultations le même jour) « *bon, après les gens sont contents, parce que, quand ils vont à un endroit, des fois, ils viennent le matin pour faire la prise de sang et après ils vont chez le docteur ou chez le kiné donc ils y trouvent leur compte* » E3L48-49. Les MSP permettaient d'avoir recours plus facilement à une consultation auprès d'un autre médecin de la structure en l'absence de leur médecin traitant. A l'inverse cela peut être un défaut, le patient pouvant ressentir une frustration en voyant le médecin disponible et non pas son médecin traitant « *on peut entendre parfois dans une maison de santé, oui il y a une forme d'abandon du patient puisque en gros, il va prendre le médecin qui est là le jour-là, ou bah, ce n'est pas forcément le même médecin* » E21L251-254). Elles offraient également un accès simplifié et de proximité à certaines consultations spécialisées, en fonction de l'offre des MSP. Tout ceci entraînait une modification des habitudes des patients en termes de prise en charge.

Les professionnels de santé éprouvaient des difficultés à modifier les habitudes de soins des patients, les IDE, elles, avaient du mal à centraliser leurs soins au cabinet « *ici on ne vient jamais, parce que les gens du village, ici, n'ont jamais voulu jouer le jeu, c'est-à-dire que, quand ils téléphonent pour dire, il y a une prise de sang moi, je leurs réponds, vous avez un cabinet, vous venez, on vous prend parce que nous ici, comme on passe tous les jours, on peut prendre n'importe quand [...], et bien non, vous venez comme avant* » E9L57-61. Il a fallu éduquer les patients sur leurs demandes de soins car ils avaient des exigences incompatibles avec ces nouvelles structures « *ils plébiscitent des besoins nouveaux, des envies nouvelles, des attentes différentes, mais en même temps, restent des consommateurs de santé, avec des habitudes qui sont souvent ancrées de longues dates, avec des demandes paradoxales* » E16L48-50, « *beaucoup de gens fonctionnent dans la consommation de la santé aujourd'hui* » E23L193. Il fallait également les inciter à être plus impliqués dans les projets menés par les professionnels de santé dans les MSP.

Un médecin trouvait que les MSP permettaient une anonymisation de la prise en charge et étaient pourvoyeuses d'un brassage social « *ça anonymise aussi parce-que les gens viennent au pôle maintenant, ils ne sont pas stigmatisés [...], ils viennent au pôle de santé, on ne sait pas trop pourquoi ils viennent, donc quelque part, au niveau de la mixité c'est bien, au niveau de la mixité sociale* » E16L98-102.

3-2-4 Les perspectives futures

3-2-4-1 Les améliorations à apporter à la structure

Les améliorations, que les professionnels de santé souhaitaient apporter à leur structure, étaient nombreuses. Concernant la gestion administrative, ils espéraient l'assouplir et l'alléger « *un allègement administratif ! Ça c'est une évidence, parce que ça devient n'importe quoi !* » E13L224, voir ne plus à avoir à s'en occuper « *c'est-à-dire les délivrer, et le mot est bien choisi, les délivrer de cette contrainte administrative et de gestion, qui n'est pas du tout de leur champ de compétence* » E16L274, ou pouvoir la déléguer à des personnes compétentes « *plus la structure grossit, plus ça demande du temps, on aimerait bien pouvoir déléguer un petit peu* » E23L135 « *il faut qu'il y ait des gens compétents qui gèrent ces structures* » E16L278 comme à un coordinateur ayant pour fonction d'encadrer les MSP et gérer le personnel « *il est temps que l'on se penche sérieusement sur la gestion externalisée, mutualisée, ce que tu veux, mais en tout cas, la gestion de ces structures au quotidien, la gestion des équipes par des regards qui soient extérieurs, qui soient au courant du fonctionnement et des attentes des professionnels de la structure* » E16L281-284. Une autre solution évoquée était, de renforcer le temps de présence du secrétariat, malgré son coût supplémentaire, afin de lui déléguer des tâches administratives.

Les professionnels de santé avaient la volonté de consolider leurs liens en renforçant l'interdisciplinarité « *on pourrait encore améliorer vraiment le travail pluri-professionnel* » E12L127, la solidarité, l'entraide (pour le pharmacien, cela passait par un renforcement des liens entre les pharmaciens d'officine), la compréhension des fonctions et des besoins de chacun « *il faut vraiment qu'il y ait une relation d'entente aussi et il y a parfois des problèmes de compréhension entre les médecins et les paramédicaux [...] parce que vous n'êtes pas formés à ça, et que nos enjeux à nous, ne sont pas forcément compris des médecins qui n'ont pas l'habitude de dialoguer en direct avec les paramédicaux* » E5L142-145, la cohésion du monde ambulatoire « *l'ensemble des professionnels de santé de ville se doivent d'être unis, de montrer qu'ils savent travailler ensemble, vis-à-vis notamment, d'autres professionnels de santé que je dirais, qui est le monde hospitalier* » E21L227-229. Pour les professionnels de santé, il paraissait essentiel de renforcer le partage des informations médicales par la mise en place d'un logiciel commun interprofessionnel « *mettre en place un outil informatique où tous les professionnels de santé vont avoir accès* » E19L123 et d'un système de communication sous la forme d'un réseau interprofessionnel.

Sur le plan financier, il fallait trouver des solutions pour valoriser et rémunérer leur temps investi dans la participation à la vie de la structure et à l'élaboration de projets « *et que l'investissement soit aussi rémunéré car c'est aussi un frein, car l'investissement en temps s'il n'est pas rémunérateur derrière est aussi un frein de voir partir les gens petit à petit de la structure* » E8L275-277. Certains paramédicaux souhaitaient améliorer la répartition des charges entre les médecins et eux afin de pérenniser leur présence dans les MSP.

Il existait une volonté forte de renforcer l'offre de soins sur leur territoire, de la diversifier, avec la mise en place dans certaines structures n'en bénéficiant pas, de consultations spécialisées. Les capacités d'accueil de certaines MSP étaient saturées ce qui ne permettait plus l'accueil d'autres professionnels de santé, elles émettaient ou réalisaient alors déjà des projets d'extension permettant l'accroissement de leurs offres de soins.

Un médecin proposait la création d'une coordination entre les professionnels de santé et les élus locaux afin d'optimiser les besoins d'un territoire plus vaste « *il faut encore une fois, qu'à l'échelle des politiques et des professionnels de santé du territoire un petit plus élargi, dans des bassins de vie, vraiment, on n'est plus sur du canton ou de la commune, il faudrait qu'il y ai un peu plus de coordination de la part de tout le monde* » E16L212-214.

Dans ce but, une pharmacienne évoquait la possibilité de se rapprocher des pôles de santé des territoires adjacents « *comme je vous l'ai dit tout à l'heure, le rapprochement avec un pôle de santé voisin, je pense, va permettre de passer à une étape supérieure* » E12L134. La création de SISA multi-pôle pouvait également aller dans ce sens « *on est également sur le montage de la SISA avec la lourdeur administrative liée à l'engagement, puisque l'on va intégrer 3 autres villes secondairement* » E13L163-164. Les professionnels de santé souhaitaient renforcer les compétences des maisons de santé avec la mise en place de projets de santé publique, dans le domaine de la prévention ou de l'éducation thérapeutique « *s'intégrer dans un projet d'éducation thérapeutique* » E13L232.

D'un point de vue juridique, ils souhaitaient une simplification et un assouplissement important des SISA « *cette SISA c'est une usine à gaz comptable et c'est vraiment là il y besoin de faire une simplification sur cette chose-là* » E3L160. Il en est de même pour le règlement arbitral, afin de supprimer le déséquilibre entre les médicaux et les paramédicaux.

3-2-4-2 Quel avenir pour les MSP/PSP ?

Il existait des réponses disparates, certains exprimaient un avis très tranché : c'était le SEUL avenir possible « *complètement, c'est le seul avenir, enfin je pense que c'est le seul avenir* » E22L133, d'autres parlaient d'UN des avènements possibles « *j'ai toujours pensé que ce mode d'exercice était UN des avènements possibles de notre profession* » E16L289, un doutait de la pérennité « *moi je n'en suis pas sûr* » E18L193. Un médecin indiquait que les MSP étaient une solution clé car il n'y avait pas d'autre alternative envisagée « *mais qui hélas, faute de propositions autres, se retrouvent être actuellement au cœur des solutions proposées* » E16L290. Certains exprimaient leur forte croyance en la jeune génération de professionnels de santé qui voit les MSP comme l'avenir de leur profession avec une installation future que dans ce type de structures et il revenait donc aux pouvoirs publics de comprendre la nécessité d'en construire « *je pense que dans 10 ans toutes les installations de tous les professionnels de santé se feront en maison médicale, et il y aura les cantons qui auront compris ça avec des politiques qui réfléchissent, et qui auront construit la structure pour, et y aura les cantons qui n'auront pas suivi, et qui seront complètement à la ramasse* » E14L544-547. Cependant, un

médecin nuancait en indiquant que les MSP étaient adaptées à une situation démographique et géographique particulière et que cela n'était pas reproductible à l'identique, à l'heure actuelle, en ville *« je pense qu'on est dans une situation sur le plan géographique, sur le plan population sur le plan démographique qui est idéal voilà je ne suis pas sûr que la maison de santé tel qu'on la conçoit ici chez nous soit la solution idéale en ville » E6L128-129*, bien que le problème de démographie médicale risque également d'être problématique en milieu urbain dans les années à venir.

Cependant, les MSP ne peuvent pas résoudre tous les problèmes de démographie médicale *« sinon pour l'avenir, le problème que je vois, c'est que les maisons de santé ne vont pas régler tous les problèmes » E23L213*. Attirer de jeunes médecins reste compliqué, les question de savoir si ces structures ont la capacité d'accueillir tous les futurs médecins, et comment elles se modifieront au cours des années à venir restent en suspens *« on rentre dans une maison de santé où on investit rien, ou on ne fait que payer un loyer, mise à part le fait qu'à côté, on ne construit pas un capital parce que l'on ne paie pas son outil de travail, je veux dire ça lie pas les gens à la pérennité de la présence » E23L218-220*. Pour une IDE, l'intérêt des MSP était surtout réel pour les médecins.

Un médecin évoquait la problématique de l'installation en milieu rural, trouvant que cela restait trop contraignant, malgré l'ouverture des MSP *« ce n'est pas parce qu'on va mettre des maisons de santé en place, qu'il y aura plus de médecins qui voudront s'installer, si la problématique en campagne reste la même quand même c'est-à-dire éloignement de tout, faire venir des médecins qui sont loin de leur fac ce n'est pas évident » E18L189-191*.

4 Discussion

4-1 Discussion sur la méthodologie (52, 53, 54 ,55)

4-1-1 Intérêt de la méthodologie

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le ressenti des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des MSP/PSP sur le territoire Meusien. La réalisation d'une étude qualitative avec des entretiens semi dirigés est tout fait adapté à ce type d'évaluation car elle s'attache à répondre au pourquoi et au comment des comportements, tout en laissant une liberté d'expression aux personnes interrogées, sans notion de jugement de leur ressenti.

4-1-2 Limites de la méthodologie

4-1-2-1 Les biais extrinsèques

Ils dépendent de l'environnement des participants et de l'enquêteur. Les entretiens semi dirigés se sont déroulés en face à face, sans observateur extérieur (silencieux ou leader d'opinion comme c'est le cas dans le cadre des groupes focus) permettant une parole plus libérée des participants et par conséquent de limiter ce biais.

4-1-2-2 Les biais intrinsèques

Ils font références aux participants et à l'enquêteur.

Dans notre étude, le choix des participants fait partie de ces biais, car l'échantillonnage n'a pas valeur à être représentatif mais a pour but, d'être le plus varié et le plus riche possible en termes de points de vue. La conséquence étant la non reproductibilité de cette étude.

Un biais plus difficilement contrôlable est dû aux erreurs de compréhension entre les participants et l'enquêteur. La reformulation de mes questions ou la reformulation de leurs propos en cas d'incompréhension, permettent de le limiter.

4-1-2-3 Les biais d'investigation

Ils font référence à la possibilité d'influencer les réponses des participants, lors de la formulation des remarques ou questionnements de l'enquêteur. La standardisation du déroulement des entretiens et la réalisation d'un guide d'entretien, permet de réduire ces biais. Le questionnaire est reproduit à chaque entretien de la même manière.

4-1-2-4 Les biais d'interprétation

Ils font référence aux possibles erreurs d'interprétation dans la cadre de l'analyse des données réalisée par l'enquêteur. On s'y expose, si l'interprétation des données est réalisée seule. Dans cette étude, la triangulation des données permet de vérifier l'objectivité de mon analyse, en s'assurant que les différentes interprétations effectuées soient superposables.

4-2 Discussion sur les résultats

Notre étude met en évidence les freins et les leviers ressentis par les professionnels de santé lors de l'élaboration des projets de construction des MSP/PSP, dans le fonctionnement de ces structures et dans l'exercice professionnel en leurs seins.

4-2-1 Prise de contact et recueil des données

D'une façon générale, notre démarche est accueillie positivement par les professionnels de santé du territoire meusien.

La première prise de contact s'est faite par téléphone afin d'expliquer le sujet de notre étude et le principe du recueil des données. Celle-ci est standardisée, afin de n'omettre aucun élément concernant la présentation de l'étude et son déroulement.

Un premier élément de complication dans la prise de contact initial, est la difficulté que nous avons eu à parler directement aux professionnels de santé, nous nous sommes souvent retrouvé à expliquer notre démarche aux secrétariats des MSP qui faisaient le lien secondairement avec les professionnels de santé. Il a fallu parfois, appeler à de nombreuses reprises, pour obtenir une réponse et un rendez-vous (le planning des professionnels de santé étant souvent surchargé). Ainsi, deux professionnels de santé (un dentiste et un médecin) n'ont pas donné suite à nos demandes d'entretien.

Pour optimiser la participation des professionnels de santé, nous nous sommes tenus à leur entière disposition quant au choix de la date et de l'horaire des rendez-vous d'entretien. Il y a

eu quelques fois, des délais de plusieurs semaines entre la prise de contact et le rendez-vous. Dans la mesure du possible, et en fonction de leurs disponibilités nous avons essayé d'obtenir des rendez-vous sur le même jour avec différents professionnels de santé d'une même structure, afin d'optimiser les temps de déplacements (parfois très chronophages), ce qui fut le cas à plusieurs reprises.

Durant les entretiens, nous avons été attentifs à ce que nos remarques et nos reformulations éventuelles n'influencent pas le professionnel de santé. Elles n'avaient pour but que de l'inciter à reformuler ou à poursuivre son explication pour un maximum de clarté.

La transcription des données s'est faite mot à mot par ordinateur, en y précisant les attitudes non-verbales. Elle a nécessité 3 à 4 heures de retranscription par entretien (une partie des retranscriptions a été réalisée avec l'aide d'une secrétaire). Cela a représenté un peu plus de 140 pages de texte.

4-2-2 La naissance d'une MSP n'est pas un long fleuve tranquille

La création d'une maison de santé, sur un territoire typiquement rural comme la Meuse, est une réponse à la crise de la démographique médicale, afin de pérenniser les professionnels de santé et l'offre de soins sur un territoire, tout en luttant contre la désertification médicale à venir. Les résultats sont prometteurs, le département de la Meuse a la plus faible variation d'effectifs de médecins généralistes de la région Grand Est de 2010 à 2017 (de -4,5%), par rapport à d'autres départements ruraux comme la Haute Marne (-16.9%), l'Aisne (-15.2%), l'Aveyron (-15.4%), la Nièvre (-17.8%), la Lozère (-17.8%), la Creuse (-16.9%) ou le Lot (-8.4%). (44)

Les intérêts à construire des MSP sont nombreux aux yeux des professionnels de santé. Au-delà du côté attractif et positif que laissent transparaître les MSP, elles possèdent de nombreux atouts en termes de maintien, de développement et de diversification de l'offre de soins.

Elles sont également un lieu d'échange et de rassemblement pluri professionnel répondant à la mutation de l'exercice professionnel libéral (notamment en termes de coordination interprofessionnelle).

Dans le cadre de l'exercice en ruralité, elle permet de rassurer les jeunes professionnels de santé face à leurs installations futures. La jeune génération de médecins plébiscite d'ailleurs ce type de structure permettant un exercice en groupe pluri professionnel, évitant l'isolement contrairement à l'ancienne génération, et répondant aux normes de la loi Handicap qui impute à tous les professionnels de santé recevant du public (60). Un article portant sur les jeunes et les maisons de santé confirme ces idées (61).

Mais pour la réussite d'un projet de MSP, de nombreux facteurs sont indispensables et incontournables :

- L'inscription du projet de MSP dans une démarche territoriale globale est essentielle, il ne doit pas partir d'une envie isolée des élus ou d'un professionnel de santé (pharmacien, médecin généraliste ou autres). Le projet de MSP doit faire suite à une étude sur les besoins d'un territoire, entraînant des discussions avec les différents protagonistes porteurs de projet. En cas de projet isolé, le risque de fermeture de la MSP est très important par manque de médecins. (62)

- Les professionnels de santé doivent partager la même envie d'initier un projet. L'équipe instigatrice doit être soudée et travailler ensemble dans un même but commun si elle souhaite que le projet aboutisse. Dans un article paru dans le concours médical, le Dr Christian Vedrenne confirme cette idée (63).

- Le rôle du leader (professionnels de santé) est fondamental. Il est le liant entre les différents acteurs du projet (professionnels de santé, politiques, financeurs, architectes). Il en est à l'initiation et joue un rôle clé dans son élaboration et son suivi. Sa motivation et son énergie doivent aboutir à convaincre les différents acteurs à adhérer au projet. Ces qualités d'écoute, de communication, de meneur d'hommes sont indispensables. Elles peuvent être valorisées et renforcées grâce à des formations de management. Sans lui, peu de projets peuvent aboutir. (11, 63)

- Le rôle des accompagnateurs, plus modeste que le rôle du leader, n'est cependant pas à sous-estimer. Leurs actions entrent dans une démarche globale de construction et d'avancée des projets. Ils servent également de soutien au leader, un projet ne pouvant pas reposer sur un seul homme.

- Un soutien extérieur (ARS, CDOM, FEMALOR) permet d'épauler les porteurs de projets (professionnels de santé).

- Dans le cadre du plan départemental sur la démographie des professionnels de santé, des réunions de territoire ont été menées afin de permettre d'exposer aux professionnels de santé et aux élus locaux, les problèmes de démographie médicale à venir, ainsi que le schéma départemental. Cela permet une prise de conscience et d'amorcer un dialogue entre les élus et les professionnels afin d'initier des projets. Ces réunions sont à l'origine de la création de nombreuses MSP sur le territoire meusien (46). Dans la réalisation de leurs projets, les professionnels de santé peuvent bénéficier d'une aide extérieure notamment grâce aux conseils d'autres professionnels de santé possédant une expérience dans la réalisation de la construction de ces structures. Cette forme de tutorat est importante pour l'aboutissement des projets. Des moyens techniques et humains peuvent également être mis à disposition des professionnels de santé par différents organismes (ARS, FEMALOR, CDOM) pour la rédaction des projets de santé et professionnels.

- Pour réussir, il doit exister une cohésion entre les professionnels de santé et les élus locaux. L'obtention du soutien des politiques locaux est une évidence dans la genèse et la réussite du projet de MSP. Certains élus locaux ont bien compris l'importance de ce type de structure sur leur territoire et ont mené des politiques favorisant leurs implantations.

- La question du financement (notamment celle du bâtiment) est également fondamentale sinon aucun projet n'est viable. Son financement peut être d'origine publique ou privée en fonction des désirs et possibilités de chacun. Les subventions publiques sont nombreuses et de provenances multiples (régionales, nationales et européennes). Le reste du financement repose sur un prêt souscrit par le porteur de projet (communes ou Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI)) et le montant du remboursement correspond aux loyers des professionnels de santé.

- Un architecte bienveillant, à l'écoute, travaillant de façon conjointe avec l'ensemble des protagonistes du projet, est un avantage dans la réussite du projet.

- le soutien de la population pour la réalisation d'une MSP est indispensable mais l'obtenir n'est pas toujours une chose aisée. Les professionnels de santé se doivent d'expliquer à la population les problèmes de démographie médicale à venir sur leur territoire et ses conséquences sur la qualité des soins. Le soutien des usagers permet également de faire pression sur les élus locaux récalcitrants afin d'obtenir leurs adhésions.

- le coût locatif pour les professionnels de santé doit être abordable. Des frais de fonctionnement élevés sont d'emblés perçus par les paramédicaux comme un frein à leur installation au sein de ces structures, car c'est une source de sacrifice financier. Cette négociation du tarif des loyers doit se faire avec les élus locaux et le prix au mètre carré doit être connu très en amont de la construction.

Les professionnels de santé ont fait face à de nombreuses contraintes lors de l'initiation, du montage et du suivi des projets de construction des MSP :

- convaincre les professionnels de santé de s'inscrire dans un projet de MSP n'est pas une chose facile. L'existence d'une fracture générationnelle avec l'ancienne génération des professionnels de santé, présentant plus de difficultés à intégrer ce genre de structure et ne percevant pas l'intérêt d'un travail en groupe contrairement aux plus jeunes. Cette nouvelle génération recherche ce travail collaboratif comme en milieu hospitalier et ressent le besoin de constituer une équipe comme un moyen de se réassurer dans la prise de décision.

- la modification de son mode d'exercice n'est pas une chose aisée pour les professionnels de santé, elle peut être une source d'anxiété et entraîner l'absence d'adhésion au projet. Les motifs financiers, surtout si le professionnel de santé est propriétaire de ses locaux, sont des motifs de refus d'intégrer les MSP. Les élus doivent être attentifs et émettre des propositions de rachat d'anciens locaux ou des dédommagements en contrepartie.

- convaincre les politiques à prendre part aux projets, peut s'avérer également complexe. L'absence d'investissements des élus locaux, est un véritable frein à l'élaboration des projets. Le travail de collaboration étroite entre les politiques et les professionnels de santé, est fondamental pour la genèse d'une MSP. D'autres conflits entre les professionnels de santé et les élus locaux ont pu naître, dans la négociation des loyers qui se doivent d'être le plus attractifs possible si les politiques veulent que des professionnels de santé intègrent les MSP de leur territoire. Dans un certain nombre de cas, les promesses tenues par les élus

locaux n'ont pas abouti, entraînant un sentiment de colère de la part des professionnels de santé.

- des conflits peuvent également naître entre les élus locaux des différentes communes d'un territoire concerné par l'implantation d'une MSP, pour définir son site de construction, aboutissant à des retards de construction.

- l'architecte doit avoir conscience de la réalité des besoins des professionnels de santé dans leurs activités quotidiennes en présentant un projet de bâtiment en conformité avec les attentes des professionnels et éviter de proposer des plans architecturaux à des coûts pharaoniques.

- un véritable parcours du combattant s'engage pour monter et faire aboutir un projet. Beaucoup de temps et d'investissements de la part de l'ensemble de l'équipe instigatrice sont nécessaires à l'aboutissement du projet. Son caractère chronophage en est une limite. Il faut lutter contre la lenteur et la lourdeur administrative lors de son élaboration, de la mise en route et du suivi des travaux. Ceci procure parfois, un sentiment de lassitude et d'anxiété pouvant être à l'origine de l'abandon du projet.

4-2-3 Les MSP : des petites PME de libéraux avec leurs contraintes

La gérance des MSP est perçue par les professionnels de santé, comme une contrainte du fait de son caractère chronophage, lourd, complexe, épuisant et une charge de travail à fournir trop importante. Elle est souvent le fruit du travail d'un nombre restreint de professionnels de santé (par manque de motivation et de temps pour effectuer ce travail de gestion), augmentant leurs sentiments de lassitude. Les professionnels de santé essayent de faire au mieux avec leurs compétences propres mais, ils ne sont pas formés à ces tâches. Leur souhait est de se décharger de cette gérance pour revenir à leur rôle fondamental, le soin.

Il apparaît évident que les professionnels de santé ont besoin d'aide dans la gérance de leurs structures. Certaines de ces MSP ont franchi le pas et ont décidé de faire gérer leur maison de santé par des organismes extérieurs, avec la mise en place d'un coordinateur (64). Le bénéfice s'est rapidement fait ressentir, ils se sentent soulagés de cette contrainte et ont même vu une amélioration de l'organisation et de la structuration des MSP. L'une des limites en est le coût, jugé trop important. Un système d'aide devra être mise en place afin de faciliter l'accès à ce service.

La réforme de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) est une des réponses apportées dans la cadre du financement de projets aux seins des MSP. Elle permet de pérenniser et de renforcer les NMR, tout en favorisant le travail pluri professionnel en MSP. Dans cet accord, les partenaires sociaux et les syndicats de professionnels ont pris en compte la coordination interne et externe au sein des MSP.

Le travail en groupe pluri professionnel n'est jamais simple. Pour construire une unité et faire avancer la structure dans le bon sens, les différents caractères et intérêts des professionnels de santé doivent être pris en compte. Des problèmes de gérance, de fonctionnement, de communication, de relationnel peuvent en naître, le risque étant de voir certains de ses membres s'isoler (en ne participant pas aux différents projets) voir même de quitter la structure (pour incompatibilité d'humeur).

Les paramédicaux peuvent avoir un sentiment de hiérarchisation au sein des MSP, notamment avec les médecins. Les paramédicaux ont l'impression de subir ces choix de regroupement en MSP par les médecins ou les élus. Pour une gouvernance bienveillante, ces différents points doivent être évoqués et clarifiés lors de réunions, afin de lever toute ambiguïté pouvant nuire au fonctionnement ultérieur.

La réussite du fonctionnement d'une MSP repose sur un même état d'esprit de la part des professionnels de santé, permettant de construire et de faire aboutir des projets. Cette cohésion d'équipe commence à naître lors du fondement du projet de MSP. Les éléments essentiels sont l'envie de travailler ensemble et bien se connaître entre les professionnels de santé. Les nouveaux entrants doivent adhérer à cette unité. L'existence de conflits entre les professionnels de santé a pu faire renoncer certains d'entre eux à poursuivre l'aventure dans la construction du projet ou à quitter la MSP même après l'ouverture. L'équipe doit apprendre à fonctionner et à vivre ensemble

Au fur et à mesure du temps, une certaine lassitude de la part des professionnels de santé dans la réalisation ou la participation aux différents projets de soins menés par la MSP, peut s'installer. Elle est renforcée par les contraintes administratives et le caractère chronophage de la structuration des projets. Les acteurs les plus actifs dans l'initiation et le suivi de ces projets de soins, vont également voir s'incomber la charge de motiver les autres professionnels de santé à y prendre part. Le leader par son engagement, est essentiel à la dynamique de déploiement des projets et évite leur abandon.

Le travail en équipe est souvent porteur de dynamisme, on assiste à une émulation du collectif renforçant l'esprit de groupe. Mais, il peut aussi être un frein car il entraîne une certaine inertie dans la prise de décision, surtout au sein des équipes importantes. Les structures composées d'un grand nombre de professionnels de santé ont plus de difficulté dans leur gouvernance et la gestion de leurs projets.

La création d'une SISA est un point essentiel à mettre en œuvre, si les professionnels de santé souhaitent bénéficier des nouveaux modes de rémunération. Dans l'ensemble, cette tâche est apparue complexe, incompréhensible, chronophage et cela a constitué un frein à réaliser les démarches auprès des caisses.

La gestion collective présente à la fois des avantages et des inconvénients. La répartition des charges sur l'ensemble des professionnels de santé de la structure, permet d'en diminuer le coût et de bénéficier d'installations de meilleure qualité. Les inconvénients principaux sont, d'une part l'augmentation des besoins et des coûts de fonctionnement créés par la taille

de la structure, et d'autre part, l'absence de maîtrise des dépenses des autres professionnels de santé imputables au collectif (source de discorde).

La répartition des charges entre les professionnels de santé peut être une source de conflit. Généralement, cette répartition se fait au prorata de la surface occupée, entraînant des désavantages pour les kinésithérapeutes car la surface occupée au sein des MSP est plus grande, ou pour les IDE ne tenant pas compte du temps d'occupation des cabinets. Ces clés de répartition des charges doivent faire l'objet de discussions avec l'ensemble des professionnels de santé concernés et s'inscrivent dans un règlement intérieur, pour trouver un terrain d'entente le plus équitable.

Dans les charges, le coût du secrétariat est très souvent un litige pour son côté onéreux. Son utilisation est souvent privilégiée pour les médecins, les autres professionnels de santé ne trouvant que peu d'utilité à en bénéficier, ils ne souhaitent donc pas le financer. Pourtant, le secrétariat (dont le financement est réalisé par les médecins) va orienter les patients de la MSP vers les professionnels paramédicaux de la structure, ou répondre aux questions des patients sur les horaires ou le fonctionnement des autres professionnels de santé de la structure. Ils sont nombreux à désirer un financement public et des aides financières par les collectivités et les agences de santé afin de faciliter ou renforcer la présence de secrétariat dans les MSP.

Les paramédicaux ont l'impression que les mesures financières incitatives à l'installation en MSP, sont principalement données aux médecins et ressentent une injustice de traitement de la part des pouvoirs publics. Il en va de même concernant les revalorisations tarifaires.

L'obtention des nouveaux modes de rémunération permettrait d'atténuer ces différences. Pour en bénéficier, le cahier des charges du règlement arbitral est difficile à mettre en œuvre. La temporalité de la perception est aussi un problème. La répartition des NMR est délicate, les professionnels de santé déplorent qu'un fort pourcentage de ces ressources soit utilisé dans les frais de fonctionnement et non dans le financement de nouveaux projets de soins. La répartition entre les professionnels de santé de ces NMR est jugé inéquitable : l'engagement des professionnels de santé n'est pas pris en compte.

Au sein des MSP, des conflits d'ordre générationnel, entre l'ancienne et la nouvelle génération de médecins, peuvent exister dans la perception de la fonction de médecin et du cadre de l'exercice professionnel et pour certains médecins proches de la retraite, le changement est radical. Les paramédicaux ont des rapports différents avec ces deux générations de médecins. Elle est plus simple avec les jeunes médecins formés à travailler en groupe pluri professionnel.

4-2-4 La MSP : un cadre d'exercice modifié et amélioré

Les professionnels de santé interrogés dans la cadre de cette étude décrivent une amélioration de leurs conditions de travail et de leur vie personnelle, depuis leur installation en MSP.

Ils mettent en avant une amélioration globale des relations avec les autres professionnels de santé de la MSP. Leurs liens sont renforcés, la communication apparaît de meilleure qualité et plus rapide, permettant une prise en charge des patients de façon harmonieuse.

L'amélioration de la gestion de leur temps de travail est au cœur du bénéfice ressenti par les professionnels de santé, et notamment des médecins. Ils décrivent parfois une augmentation de la charge de travail en lien avec le côté attractif des MSP, mais cela est compensée par la possibilité de bénéficier de temps libres (jours de repos, remplacements, absences).

Le secrétariat est également essentiel dans l'amélioration de leurs conditions de travail et son financement apparaît simplifié entre les professionnels de santé désireux d'en bénéficier. Son rôle dans la gestion des rendez-vous, du téléphone, des dossiers voir de certaines tâches administratives, permet de soulager le professionnel de santé.

Pour les professionnels de santé et notamment les femmes désireuses de s'installer à temps partiel, les MSP leur donnent la possibilité d'un exercice à leur convenance. La MSP permet de concilier vie professionnelle et vie privée.

Un autre atout du travail en groupe pluri professionnel est la possibilité de partager les connaissances et les compétences avec les autres membres de la MSP, lors de temps informelle autour d'un café, ou de façon plus structurée lors des réunions de concertation pluri professionnelles.

Dans la cadre de la formation continue des professionnels de santé, la MSP apparaît comme étant un lieu de formation, par des intervenants extérieurs ou par les professionnels de santé de la structure. Cette autogestion de la formation peut-être responsable d'un repli sur la structure. Il faut favoriser les échanges avec les autres MSP.

4-2-5 Les MSP : modificateurs de la prise en charge et des comportements des patients

La quantification de l'amélioration de la prise en charge des patients en MSP est complexe à évaluer. Pour pouvoir l'objectiver, il faut réaliser des études médico-économiques pour définir et quantifier l'impact des MSP dans la prise en charge et le suivi des patients. Nous disposons de très peu d'études de ce sujet. C'est un enjeu de la recherche en soins primaires. Une étude réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a cherché à quantifier l'amélioration, la qualité et l'efficacité des pratiques des médecins généraliste en MSP (sites participant aux ENMR) sur quatre ans, de 2009 à 2012. Ils étaient comparés à des témoins. L'étude s'intéresse à quatre grandes dimensions de la

pratique des généralistes : le suivi des patients diabétiques de type 2, la vaccination, le dépistage, la prévention, ainsi que l'efficacité de la prescription. Les résultats montrent que les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qualité de pratique que les témoins pour la quasi-totalité des indicateurs considérés (65).

La plupart des professionnels de santé ont un ressenti d'une prise en charge des patients de meilleure qualité en MSP. Le caractère pluri-professionnel des MSP est un atout majeur dans une prise en charge globale grâce à une coopération, coordination et communication de qualité permettant une optimisation des soins, une amélioration de la gestion de l'urgence, favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et diminuant le nombre d'hospitalisation.

Les premiers ressentis des patients sur les MSP sont positives. Une étude sur 1024 usagers meusiens des MSP montre une forte adhésion de la population à ces structures (66). Elles sont considérées comme très attractives pour la population. Le bénéfice pour les usagers est immédiat. Cela permet un maintien des professionnels de santé sur le territoire (fondamental pour un territoire rural), renforce l'offre de soins de proximité (grâce à l'installation de nombreuses catégories de professionnels de santé ou paramédicaux) et permet parfois l'accès à des consultations spécialisées grâce à des partenariats avec des hôpitaux.

Il existe une optimisation pour les patients de leurs prises de rendez-vous, permettant de rassembler les consultations avec différents professionnels de santé sur le même jour, leurs évitant ainsi de nombreux déplacements.

Grace à la multiplicité des médecins et au partage de son dossier, le patient peut bénéficier d'une prise en charge sécurisée en cas d'absence de son médecin traitant. Mais à contrario, le patient a un sentiment de rupture de sa relation privilégiée avec son médecin généraliste.

Une nouvelle vision des soins difficilement admise par tous les patients, a vu le jour. Les professionnels de santé tentent de faire vivre la structure et souhaitent limiter les visites ou les soins à domicile mais ils se heurtent aux habitudes des patients surtout lors de la mise en place de permanences des IDE.

Les patients ont des nouveaux besoins en termes de consommation de soins (en terme de rapidité et de diversification de l'offre), en plus de leurs habitudes enracinées et difficilement modifiables.

Les professionnels de santé doivent stimuler les usagers à participer aux différents projets de soins organisés par les MSP (ETP), créant chez les professionnels de santé montant les projets une certaine frustration. Une autre perspective pour le MSP est que le patient devienne acteur de ses soins.

Les MSP permettent un plus grand brassage de la population entre les professionnels de santé, car elles ont souvent le monopole du soin sur un territoire, les patients n'ayant plus le choix sauf celui de faire des déplacements pour consulter un professionnel de santé hors de la structure.

4-2-6 les MSP : des laboratoires de l'innovation des soins primaires

Les MSP sont en perpétuel mouvement. Les professionnels de santé cherchent des solutions pour en améliorer l'attractivité ou le fonctionnement, mais aussi innover la prise en charge des patients.

Une volonté forte existe de la part des professionnels de santé interrogés, à majorer et diversifier l'offre de soins au sein de leur structure (c'est un atout des MSP). Certaines entités ont vu leur capacité d'accueil en professionnels de santé saturée. Des projets d'agrandissement prouvent l'attrait des professionnels de santé à s'installer en MSP dans ces territoires ruraux. Des coopérations avec des projets de création de SISA entre différentes MSP proches géographiquement, sont en cours, permettant d'optimiser l'offre de soins sur un vaste territoire. Ce dynamisme est entretenu par la volonté de mettre en place de nouveaux projets dans le domaine de la prévention, de l'éducation thérapeutique, des nouvelles technologies (télémédecine), augmentant les compétences des MSP et permettant d'offrir des nouveaux services à la population.

Des expérimentations ont lieu pour soulager les professionnels de santé de la gouvernance des MSP, en mettant en place des coordinateurs extérieurs (personne compétente et qualifiée pour la gestion des MSP). Des financements pour en permettre l'embauche sont envisagés. Le coordinateur a un rôle d'aide pour le fonctionnement de la MSP et mène aussi des actions transversales au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Une solution évoquée dans la cadre de l'amélioration des soins, est la mise en place d'un logiciel commun à l'ensemble des professionnels de santé de la MSP, permettant de renforcer l'interdisciplinarité et d'améliorer le suivi des patients. Les pharmaciens bénéficieront de certaines données (notamment biologiques) permettant de réaliser de l'analyse pharmaceutique de niveau deux ou trois.

Une simplification du règlement arbitral est demandée, le nouvel accord conventionnel interprofessionnel (ACI) d'avril 2017, va dans ce sens. Concernant les SISA, des améliorations sont en cours, avec la mise en place du capital variable, mais il reste à clarifier la place des pharmaciens au sein de celles-ci. Ces avancées vont permettre à des MSP de créer des conventions avec les caisses d'Assurance Maladie et les ARS, et de bénéficier de nouveaux modes de rémunération par le biais de l'ACI.

4-2-7 La MSP : la solution du futur pour tous les territoires

Répondre à cette question n'est pas une chose aisée.

Les différents entretiens réalisés n'ont pas permis d'obtenir une réponse claire. Pour certains, c'est effectivement l'avenir de l'exercice médical et paramédical en milieu rural, pour d'autres, c'est un dictat des pouvoirs publics.

On peut légitimement se poser la question de leur pérennité dans le temps. Vont-elles avoir la capacité d'accueillir tous les médecins et autres professionnels de santé dans le futur ?

Nous ne sommes qu'au début de leur existence, il va falloir du temps pour répondre à toutes ces questions. Au vu du très grand nombre de points positifs exposés par les professionnels de santé sur les MSP durant cette étude, on peut facilement imaginer l'existence d'un avenir prometteur pour ces structures.

Les professionnels de santé perçoivent cette solution comme étant le choix premier des jeunes professionnels de santé pour leurs futures installations. Constatant la difficulté de rendre attractif l'installation de jeunes professionnels de santé en milieu rural ou semi-rural, la MSP semble être une solution d'après notre étude. Elle répond aux attentes des professionnels de santé installés et aux nouveaux arrivants. Il est essentiel, que les pouvoirs publics prennent conscience de ce phénomène, pour les inciter à investir dans la réalisation de projets de MSP dans les territoires fragiles.

La MSP est une solution adaptée au contexte démographique et géographique d'un territoire rural. Est-elle reproductible en milieu urbain ?

Une étude de IRDES portant sur les zones d'implantations des MSP montre que trois quarts des maisons de santé sont répartis dans des espaces à dominante rurale. Dans ces espaces, les maisons de santé sont situées dans des bassins de vie plutôt défavorisés en termes d'offre de soins et les populations ont un état de santé moindre. L'implantation des maisons de santé dans ces espaces semblerait donc répondre à une logique de maintien de la répartition de l'offre de soins de premiers recours (67).

La restructuration de l'offre de soins dans les villes, surtout de taille moyenne, commence seulement. Les villes vont être exposées aux mêmes problématiques, à savoir le vieillissement progressif de la population médicale avec de nombreux départs à la retraite et une succession qui n'est pas acquise à cause de la loi Handicap et la volonté des jeunes acteurs de santé à travailler en groupe pluri-professionnel. Dans les villes, des études dans le cadre de la consommation de soins et des flux de population, doivent être effectuées afin d'implanter au mieux les MSP et d'éviter la désertification des centres villes.

5 Conclusion

Depuis une dizaine d'années, le département meusien a entrepris une restructuration de son offre de soins primaires, grâce notamment au développement du plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse et à la mise en place de réunions de territoire ayant pour but de pérenniser l'offre de soins sur le territoire, afin d'éviter une désertification de celui-ci dans les années à venir. Ce travail a porté ses fruits, l'ensemble du territoire meusien comporte actuellement 22 MSP/PSP en fonctionnement et de nombreux projets sont en cours (surtout pour les deux villes moyennes). En 2018, l'ensemble des professionnels de santé feront partie d'une équipe de soins primaires et on disposera de deux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). 72 % des généralistes meusiens ont ainsi un exercice en groupe. Cette restructuration depuis 2007 a permis un maintien des professionnels sur le territoire (faible variation des effectifs de médecins généralistes sur la période 2010-2017 comparativement à un certain nombre d'autres départements ruraux) et même un renforcement de l'offre de soins grâce à ces nouvelles structures.

La construction d'une MSP n'est pas un long fleuve tranquille pour les professionnels de santé qui doivent faire face à de nombreux obstacles (refus des politiques locaux d'investir dans les projets, convaincre d'autres professionnels de santé à participer au projet). La lourdeur, le caractère chronophage et anxiogène du montage des projets est un autre frein.

C'est une véritable aventure vécue par l'équipe instigatrice du projet. Elle doit être soudée, avec la même volonté d'initier le projet et doit être portée par un leader motivé passant énormément de temps et dépensant beaucoup d'énergie pour faire aboutir le projet.

Pour réussir, le projet d'une MSP doit s'inscrire dans une démarche territoriale globale, l'ensemble des acteurs (professionnels de santé, politiques locaux, investisseurs) doivent travailler en synergie.

Pour les professionnels de santé, les MSP véhiculent une image rassurante, notamment, pour la jeune génération de professionnels de santé, désireuse de s'y installer. Elles posent parfois des problèmes d'ordre générationnel avec une certaine appréhension de l'ancienne génération de médecins à entrer au sein de ces structures mais ils sont indispensables pour la création du projet.

La gouvernance de ces structures est une tâche difficile pour des professionnels de santé non formés à ce genre d'exercice. Cette gestion quotidienne des MSP est jugée trop chronophage, lourde, complexe, épuisante, lassante, avec une quantité de travail à fournir trop importante. La mise en place d'une aide à la gérance par un coordinateur extérieur est indispensable et fait l'objet d'une forte attente des professionnels de santé.

Les MSP répondent parfaitement à la mutation de l'exercice des professionnels de santé pour appréhender le virage ambulatoire. Ceux-ci décrivent un exercice en harmonie grâce notamment, à l'amélioration de la communication entre eux, permettant une prise en charge

de meilleure qualité du patient. L'amélioration des conditions de travail et de la vie privée est largement évoquée par les professionnels de santé. L'aménagement de leur emploi du temps est facilité par le travail en groupe et le secrétariat les soulage des contraintes administratives.

Les professionnels de santé ont le sentiment que les patients ont une vision positive des MSP (confirmé par l'étude auprès de 1024 usagers meusiens (66)). Ils ont un ressenti d'une prise en charge des patients de meilleure qualité en MSP. Le caractère pluri-professionnel des MSP est un atout majeur dans une prise en charge globale, grâce à une coopération, coordination et communication de qualité. La prise en charge est sécurisée pour la patient, grâce notamment à la facilité d'accéder à un autre médecin, lorsque leur médecin traitant est absent et par la mise en place de logiciels communs, permettant un partage des données les concernant. Il faut faire attention toutefois à ne pas perdre le lien fort qui unit le médecin traitant à son patient.

Les MSP semblent être la solution adaptée à la pérennisation de l'offre de soins primaires dans ce contexte démographique et géographique du territoire rural.

Cette restructuration des soins primaires par le biais des MSP est-elle envisageable en ville ?

Il serait intéressant de connaître le ressenti des professionnels de santé sur les MSP dans les agglomérations. Cette question de la restructuration des soins primaires va incontestablement se poser dans le futur et c'est maintenant que ces villes doivent définir leurs projets.

Bibliographie

- 1 Le site internet de la fédération française des maisons et pôles de santé : www.ffmps.fr (consulté le 4 novembre 2016)
- 2 Article L6323-3 du code de la santé publique créé par l'article 44 de la loi n°2007-1789 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. JORF, n°0296 du 21 décembre 2007, disponible sur le site de www.legifrance.gouv.fr (consulté le 4 novembre 2016)
- 3 Article L. 6323-3 du code de santé publique modifié par l'article 39 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. JORF, n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 4 novembre 2016)
- 4 Article L. 6323-3 du code de santé publique modifié par l'article 2 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011. JORF, n°0185 du 11 août 2011. disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 4 novembre 2016)
- 5 Article L6323-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 118, disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 4 novembre 2016)
- 6 Article L1434-2 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 158, disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 4 novembre 2016)
- 7 Article L6323-4 du code de la santé publique créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 article 40, abrogé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 65, disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 4 novembre 2016)
- 8 Article L1411-11-1 créé par la loi de modernisation de la santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 64, disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 18 mars 2017)
- 9 Article L1434-12 créé par la loi de modernisation de la santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 65, disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 18 mars 2017)
- 10 Le site internet des agences régionales de santé : www.ars.sante.fr (consulté le 4 novembre 2016)
- 11 De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le Coudrier, édition 2015. (consulté le 4 novembre 2016)
- 12 Juilhard J-M. Rapport d'information sur la démographie médicale. Commission des affaires sociales du Sénat. Offre de soins : comment réduire la fracture sociale. N°14 (2007-2008) octobre 2007. (consulté le 5 novembre 2016)
- 13 HAS. Exercice coordonné et protocolé en maison, pôle et centre de santé. Une démarche d'amélioration des pratiques. 2007 (consulté le 5 novembre 2016)

- 14 Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins(DHOS), Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Les états généraux de l'organisation de la santé. Avril 2008.Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf (consulté le 5 novembre 2016)
- 15 DHOS– DSS- CNAMTS- MSA, Référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS, juin 2008 (consulté le 5 novembre 2016)
- 16 Ministère de la Santé et des Sports. «Hôpital, Patients, Santé, Territoires», une loi à la croisée de nombreuses attentes. Septembre 2009. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf (consulté le 5 novembre 2016)
- 17 Ministère de la santé et des sports. La loi HPST à l'hôpital: les clés pour comprendre. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf (consulté le 5 novembre 2016)
- 18 Juilhard J-M, Crochemore B, Toubia A, Vallancien G. Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Rapport ministériel. Janvier 2010: tome 1 (consulté le 5 novembre 2016)
- 19 Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. La Documentation française. Novembre 2010. Disponible sur:<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/> (consulté le 5 novembre 2016)
- 20 Marisol Touraine, pacte « territoire-santé 1 » le 13 décembre 2012, région Poitou Charentes. Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1> (consulté le 5 novembre 2016)
- 21 le site internet du portail d'accompagnement des professionnels de santé PAPS : <http://www.paps.sante.fr/Accueil.520.0.html> (consulté le 6 novembre 2016)
- 22 Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Legifrance. 27 février 2015. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835> (consulté le 6 novembre 2016)
- 23 Marisol Touraine, pacte « territoire-santé 2 » le 20 novembre 2015. Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2> (consulté le 6 novembre 2016)
- 24 Direction générale de l'offre de soins, observatoire des MSP, 5em journées FFMPs, 11 mars.Disponible sur : http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation_Observatoire_MSP_FFMPs_2_11_03_16.pdf (consulté le 6 novembre 2016)
- 25 Dr Trouillard M. Cinq expériences de maison de santé en lorraine : entre dynamismes et réalités (ORSAS lorraine) (consulté le 11 novembre 2016)

26 Lancement d'un plan d'équipement en maison de santé en milieu rural, circulaire NOR N°EATV1018866C, disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/09/cir_31793.pdf (consulté le 11 novembre 2016)

27 Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier, DGOS/PF3/CDC MSP PF3 R2 DSS RB 21 07 10. Disponible sur <http://www.ffmps.fr/files/Cahier-des-charges.pdf> (consulté le 11 novembre 2016)

28 ARS lorraine. Cahier des charges régional des maisons de santé pluri-professionnelles dans le cadre d'une demande de financement au titre du fonds d'intervention régional soins (FIR). Disponible sur : http://www.lorraine.paps.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/3-J_EXERCE/MSP/MSP-Cahier_des_charges_regional.pdf (consulté le 11 novembre 2016)

29 Le projet de santé des maisons de santé et des centres de santé, annexe 3, DGOS IPF3/PDS MSP PF3 R2 RB du 19 juillet 2010. Disponible sur : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/circulaire-plan-maisons-sante-milieu-rural.pdf> (consulté le 12 novembre 2016)

30 le site internet du dictionnaire juridique : <https://www.dictionnaire-juridique.com> (consulté le 12 novembre 2016)

31 Loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000692471> (consulté le 12 novembre 2016)

32 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 (1). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id> (consulté le 12 novembre 2016)

33 Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025561913&categorieLien=id> (consulté le 12 novembre 2016)

34 Loi n°66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0CBF12570BB409D41F2EDE5FDCC342C1.tpdjo17v_2?cidTexte=JORFTEXT000000692245&dateTexte=19670712 (consulté le 13 novembre 2016)

35 Article 65 de la loi n°2011-1906 du 2 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 13 novembre 2016)

36 ARS Grand Est. Fonds d'Investissement Régional, mise en œuvre 2016 en région Grand Est. Disponible sur https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Bilan_FIR_2016_VF.pdf (consulté le 13 novembre 2016)

37 Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Le fonds d'intervention régional [En ligne]. 2015. Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir> (consulté le 13 novembre 2016)

38 L'article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (consulté le 13 novembre 2016)

39 Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Disponible sur le site : http://www.ffmps.fr/images/joe_RA_27_02_2015.pdf (consulté le 13 novembre 2016)

40 le site internet femasnord disponible sur : <http://www.femasnord.fr/blog/nos-actualites-1/post/les-nmr-evoluent-grace-a-l-accord-conventionnel-interprofessionnel-61> (consulté le 7 juin 2017)

41 le site internet du département meusien : <http://www.meuse.fr> (consulté 5 décembre 2016)

42 le site internet de l'INSEE : <http://www.insee.fr> (consulté le 5 décembre 2016)

43 Dr Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G., « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2016. (consulté le 5 décembre 2016)

44 Cartographie interactive de la démographie médicale, Conseil National de l'Ordre des Médecins, disponible sur le site : <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2> (consulté le 11 juin 2017)

45 Loi n°2005-157 du 23/02/2005 sur le développement des territoires ruraux (consulté le 13 décembre 2016)

46 Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse", CR de la réunion du 11 Avril 2006, Préfecture de la Meuse (consulté le 13 décembre 2016)

47 Bouchy Olivier. La démographie médicale: Quel constat ? Quelles solutions ? Dépendance, Handicap, Vieillesse, Guide 55, Doc Editions, 2009, p. 74-75 (consulté le 13 décembre 2016)

48 Serin M., « Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? », Santé Publique, 2009/hs1 Vol. 21, p. 67-71. (consulté le 13 décembre 2016)

- 49 Vauthier Jean-Charles. L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures : proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural. Thèse méd. Nancy, 2006 (consulté le 14 décembre 2016)
- 50 Aubertin B., « Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse », Thèse méd. : 2008NAN11127, Nancy, 2008. (consulté le 14 décembre 2016)
- 51 Gonnand laure-isabelle. Réunions de territoire intégrées dans le plan démographie de la Meuse 2007/2017 : intérêt et ressenti pour les professionnels de santé participant. Thèse médecine générale, Nancy le 29 juin 2012. (consulté le 13 décembre 2016)
- 52 Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse. Perspectives d'installation en Meuse. Avril 2016 (consulté le 13 décembre 2016)
- 53 .Côté L, Turgeon J., « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine », Pédagogie médicale, 2002 ; 3 : 81-90.
- 54 .Blanchet A., Gotman A., « L'enquête et ses méthodes : le questionnaire », Nathan, collection 128, n°18, 1992. (consulté le 17 décembre 2016)
- 55 .Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A.M., Imbert P., Letrilliart L., « Introduction à la recherche qualitative », Exercer 2008 ; 84 : 142-5. (consulté le 17 décembre 2016)
- 56 .Frappé P., « Initiation à la recherche », Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Edition 2011. (consulté le 17 décembre 2016)
57. Site internet des Pages Jaunes : <http://www.pagesjaunes.fr> (consulté le 2 novembre 2016)
- 58 Fenneteau H., « l'enquête : entretien et questionnaire », 3em édition, Dunod, 2015. (consulté le 17 décembre 2016)
- 59 Mukamurera J., Lacourse F. et Couturier Y., « Des avancées en étude qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques », Recherches qualitatives, Vol. 26(1), 2006, p 110-138 (consulté le 17 décembre 2016)
- 60 LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées , disponible sur le site : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/joe_20050212_0036_0001-2.pdf (consulté le 2 juillet 2017)
- 61 Audrey Girard, Les jeunes et les maisons de santé, La Revue du Praticien - Médecine Générale n°829, Page 708, 10/11/2009. (consulté le 8 juillet 2017)
- 62 Catherine Holué, Maisons de santé Innover et apprendre à travailler ensemble, TOME 134, n°3, mars 2012, Le concours médical (consulté le 8 juillet 2017)

63 Valérie Devillaine, propos du Dr Christian Vedrenne, Recette pour une maison de santé, tome 134, n°5, mai 2012, Le concours médical. (consulté le 8 juillet 2017)

64 Anne Le Pennec, Coordonnateur de maison de santé : un métier d'avenir, tome 135, n°7, septembre 2013, Le concours médical. (consulté le 8 juillet 2017)

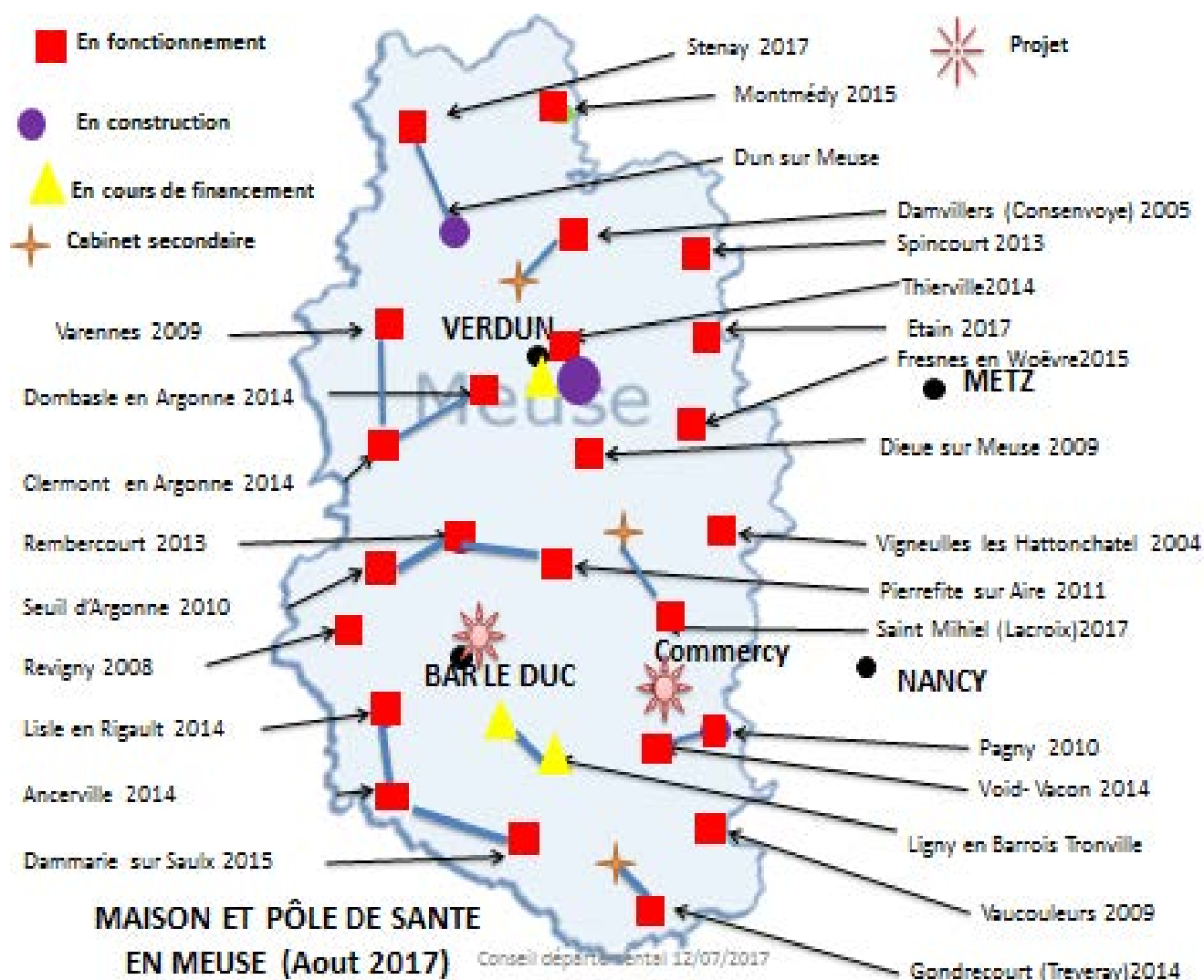
65 Le coordonnateur administratif, facteur clé de succès, tome 139 février 2017, Le concours médical (consulté le 8 juillet 2017)

65 Julien Mouquès (IRDES), en collaboration avec Fabien Daniel(IRDES), l'impact de l'exercice regroupé pluri professionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes, résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), Questions d'économie de la santé, n°211 juillet-août 2015. (consulté le 9 juillet 2017)

66 Edouard Jolibert, « Perception des soins par les usagers des maisons et pôles de santé pluri professionnels, enquête par questionnaire en Meuse », thèse de médecine générale, Nancy le 28 septembre 2017 (consulté le 8 juillet 2017)

67 Guillaume Chevillard, Julien Mouquès, Véronique Lucas-Gabrielli, Yann Bourgueil, en collaboration avec Stéphane Ricana, Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux, deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR), Questions d'économie de la santé, n° 190 - septembre 2013. (consulté le 8 juillet 2017)

Annexe 1



VU

NANCY, le **1^{er} septembre 2017**
Le Président de Thèse

NANCY, le **04 septembre 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9972

NANCY, le **05 septembre 2017**
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE : La Meuse, département typiquement rural est directement touchée par la crise démographique médicale. En 2006 est réalisée une réflexion sur la démographie médicale dans la cadre du « Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse » aboutissant à la création de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP).

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les freins et les leviers ressentis par les professionnels de santé lors de l'élaboration des projets de construction des MSP/ pôle de santé pluri-professionnelles (PSP), dans le fonctionnement de ces structures et dans l'exercice professionnel en leur sein.

Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 25 professionnels de santé impliqués dans l'élaboration et la mise en fonctionnement de 11 MSP/PSP sur le territoire meusien.

Nos résultats révèlent que construire une MSP est une véritable aventure pour l'équipe instigatrice qui doit être soudée, volontaire et être portée par un leader motivé. Le projet doit s'inscrire dans une démarche territoriale globale. La MSP véhicule une image rassurante pour la jeune génération de professionnels de santé désireuse de s'installer. Ceux-ci décrivent un exercice en harmonie grâce à l'amélioration de la communication entre eux, qui permet une prise en charge de meilleure qualité du patient. L'amélioration des conditions de travail et de la vie privée est mise en avant. Néanmoins, la gouvernance des MSP est jugée trop chronophage, lourde, complexe, épuisante et lassante, générant une quantité de travail à fournir trop important. Le caractère pluri-professionnel des MSP est un atout majeur pour une prise en charge globale du patient, grâce à une coopération, coordination et communication de qualité.

Les MSP semblent donc être la solution adaptée à la pérennisation de l'offre de soins primaires dans ce contexte démographique et géographique du territoire rural.

TITRE EN ANGLAIS: feelings of health professionals in the elaboration and the putting in functioning of the health homes in Meuse

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE ANNÉE 2017

MOTS CLES : maison de santé, élaboration, fonctionnement, exercice en MSP, Meuse.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
