



HAL
open science

Perception des soins par les usagers des maisons et pôles de santé pluri-professionnels : enquête par questionnaire en Meuse

Edouard Jolibert

► **To cite this version:**

Edouard Jolibert. Perception des soins par les usagers des maisons et pôles de santé pluri-professionnels : enquête par questionnaire en Meuse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932453

HAL Id: hal-01932453

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932453>

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>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Édouard JOLIBERT

le 28 septembre 2017

PERCEPTION DES SOINS PAR LES USAGERS DES MAISONS ET PÔLES DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELS ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE EN MEUSE

Membres du jury :

Président :

M. le Professeur Paolo Di Patrizio,

Professeur des Universités de Médecine Générale

Juges :

M. le Docteur Cédric Baumann,
M. le Docteur Mathias Poussel,
Mme le Docteur Joëlle Kivits,
Mme le Docteur Diane Pivot,
M. le Docteur Olivier Bouchy,

Maître de Conférences des Universités
Maître de Conférences des Universités
Maître de Conférences en sociologie
Assistante Hospitalo-Universitaire
Maître de Conférences et Directeur de thèse



**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 : Dr 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

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

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 - Jean AUQUE - 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- Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - 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 - Pierre MATHIEU- Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - 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 Pierre BEY – Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle
KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN -
Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
– Professeur Luc PICARD -Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François
STOLTZ - Professeur Paul - VERT - Professeur Michel VIDAILHET

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 – Professeur Bernard FOLIGUET

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

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 CHENUÉL - 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 LOZNIIEWSKI – 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 François ALLA - 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 ; médecine d'urgence)

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

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

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 - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; 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 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 - Professeur Yves MARTINET

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 ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

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 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 Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

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

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 HAUTEMANIÈRE

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 (*stagiaire*)

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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 BURSZTEJN

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

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

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

Docteure Elisabeth STEYER

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

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

Docteure 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

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

=====
MÂTRES 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 (VIËTNAM)
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

À mon président de thèse,

Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio,
Professeur des Universités de Médecine Générale, PU-MG
Directeur du DMG et Coordonnateur régional du DES de Médecine Générale
UFR de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être le président de mon jury.

Merci d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes interrogations et de m'avoir guidé pour cette thèse.

Je vous exprime mes sincères remerciements et vous prie de croire en mon profond respect.

À mon membre du jury et directeur de thèse,

M. le Docteur Bouchy, Maître de Conférences et Praticien Libéral,
Médecin Généraliste à Revigny-sur-Ornain.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse.

Merci pour votre implication et votre disponibilité au cours de ce travail.

Merci pour le savoir que vous m'avez transmis, qui me guidera tout le long de ma carrière.

Votre enseignement m'est précieux.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère amitié.

À mes membres du jury,

Mme le Docteur Pivot, Assistante Hospitalo-Universitaire,
Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalière, CHU de Dijon - Hôpital d'enfants.

*C'est un grand honneur de t'avoir dans mon jury de thèse. Ton aide, en particulier pour la partie intégration des données et statistiques m'a été plus que précieuse.
Je me souviendrais toujours de mes voisins préférés.*

M. le Docteur Baumann, Maître de Conférences des Universités

Vous avez accepté avec enthousiasme de faire partie des membres de mon jury. Je vous en remercie grandement. Vous allez décidément faire partie des membres du jury de thèse de l'ensemble de la famille.

Mme le Docteur Kivits, Maître de Conférences en sociologie

Je vous remercie pour l'éclairage de votre connaissance dans le domaine, et vos précieux conseils pour rendre le texte efficace et synthétique.

M. le Docteur Poussel, Maître de Conférences des Universités

Vous avez spontanément accepté de juger cette thèse et c'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Merci à l'ensemble des professionnels exerçants dans les Maisons de Santé Pluri professionnelles de Meuse qui ont accepté l'étude, et qui ont participé à son bon déroulement.

A ma femme

Pour les heures passées à me motiver, tes relectures, ta patience, ton écoute, tes conseils, ton œil avisé de docteur ; pour ton aide, et pour ton amour, je te dis merci.

Vivre à tes côtés m'est le plus important. Je veux partager toutes les choses agréables de la vie avec toi. Mon but est clair: vivre le plus longtemps, à tes côtés. Je t'aime.

A mes enfants

Il me paraissait difficile d'être plus heureux après la rencontre de votre maman, et depuis notre mariage (le 28/06/14 si ma mémoire est bonne). Mais votre naissance m'a permis de goûter à de nouveaux sentiments. Vous faites partie de moi, pour ma plus grande joie. Je vous aime.

A mes parents

Pour votre soutien et votre présence tout au long de mes études, de la maternelle à la thèse. Vous n'y êtes pas pour rien, vous avez sculpté mon parcours. Soyez fiers.

A mon frère Adrien

Pour tous ces moments passés au cours de notre jeunesse, et tous ces moments à venir que j'aimerais passer avec toi

A ma sœur Émeline, et Édouard

Pour ta soif d'indépendance, pour tous ces moments d'enfance.

Je suis fier d'être votre frère.

A ma famille

A ma grand-tante Nanou qui nous a quitté

A ma grand-mère de Bordeaux et mes tantes Claude et Martine, pour vos conseils ; prudence est mère de sûreté.

Mes grands-parents de Menton, merci pour ces vacances d'enfance en côte d'azur, qui m'ont été très reposantes.

A ma belle-famille

A Mamie Antoinette et Mamie Germaine qui nous ont quitté

Chantal et François, souvent je me dis avoir beaucoup de chance de vous avoir comme beaux-parents.

Amandine, Nicolas et Basile, s'il est possible d'en placer une... Je vous adore. A Caro, ton aide Londonienne a été précieuse ; à la famille Schmitt ;

A Papy Germain, pour tous ses calepins, ses chants, et sa mémoire des chiffres

Monique et Jean-Marc, pour m'accueillir toujours les bras ouverts

Max et Déb, Gogo et Julie, pour tous ces moments partagés, avec Michel

A mes amis

Aux Bats Clément et Cyril, Gloria et Élodie, pour toutes ces soirées passées. J'aimerais pouvoir y retourner.

Les copains : Jean-Phi et Gul, Ma p'tite Matou, Popo et Rémi, Coco, Thibault et Marine, Erwan et Cha, Momo et Palina, vous êtes la base de mes études médicales (9 ans d'existence tout de même)

Anaïs, Marion, Léa et P-A, Janice et Clément, Catherine, qui m'ont accepté dès la D2, ça a été dur (pour qui ?)

Nicolas et Pauline, pro des Burgers, toujours agréables et accueillants

PC et Fleur, Pote de Compressions, ce temps est révolu

Justine, Max et Antonin, que de souvenirs de Lunéville

Maxime et Léopoldine, et leurs merveilles ; à nos étonnantes similitudes

Caro et Zahmos, Malice et Pierre, ne changez rien

Le Jeff mon premier co-interne, on s'en souviendra

A mes différents formateurs

Aux services hospitaliers HGE de Bel Air, Urgences de Neufchâteau, Médecine A de Lunéville, Urgences pédiatriques de Brabois ; aux Drs Steyer, Dr Birgé, Dr Delrue, Dr Henlé, Dr Renauld.

A mes futurs collègues

Olivier, Marie-Laurence, Patricia, Aurore, Jean-Yves et Amélie, Vanessa, Mélanie, Virginie, Myriam, Delphine, Boris.

A vous tous et ceux que j'ai pu oublier, merci pour tout ce que vous m'apportez

SERMENT

« 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 ».

Table des matières

A) Introduction.....	21
1) L'inégal accès aux soins en France	21
a) Facteurs économiques	21
b) Facteurs socio territoriaux.....	21
2) La place des généralistes et des soins primaires.....	22
a) Le développement de la spécialité	22
b) Le recentrage du système de soins.....	23
3) Définitions	24
a) Définition des réseaux de santé.....	24
b) Définition des centres de santé.....	25
c) Définition des maisons de santé.....	25
d) Définition des pôles de santé	26
4) Les Maisons de Santé Pluri professionnelles	26
a) Le financement.....	26
b) Structure juridique	28
5) Le département meusien.....	29
a) Vieillesse de la population.....	29
b) Démographie médicale	29
c) Les MSP en Meuse	29
6) La place des usagers dans le système de soin.....	31
7) Élaboration du questionnaire d'enquête (Annexe 2)	32
a) Conception des questions.....	32
b) Mise en forme du questionnaire.....	33
B) Article	35
I. Introduction	38
II. Matériel et méthodes	39
1) Schéma d'étude.....	39
2) Période et lieu de l'étude	39
3) Population d'étude, échantillonnage.....	39
4) Élaboration du questionnaire	39
5) Validation du questionnaire et de l'enquête	40
6) Recueil des données.....	40
7) Analyse statistique.....	42
III. Résultats	42
IV. Discussion	46
1) Avantages	48

2) Limites	49
V. Conclusion.....	50
VI. Bibliographie.....	51
C) Conclusion	55
D) Bibliographie.....	56
E) ANNEXES	59
1) Annexe 1 : Carte des maisons et pôles de santé en Meuse (30/03/2016).....	59
2) Annexe 2 : Questionnaire	60
3) Annexe 3 : Affiche de présentation du projet.....	64
4) Annexe 4 : Fiche urne.....	65

Abréviations :

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
ALD : Affection Longue Durée
ANDRA : Agence Nationale pour la gestion des Déchets RadioActifs
ARS : Agence Régionale de Santé
CGET : Commissariat Général à l'Égalité des Territoires
CHU : Centres Hospitalo-Universitaires
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DDR : Dotation de Développement Rural
DES : Diplômes d'Études Spécialisées
DETR : Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux
DGE : Dotation Globale d'Équipement
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération
EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale
ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale
FEADER : Fonds Européens Agricoles pour le Développement Rural
FEDER : Fonds Européen de Développement Régional
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FNADT : Fonds National d'Aménagement Du Territoire
FSE : Fonds Social Européen
GIP : Groupement d'Intérêt Public
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
ICLG : Instances Locales de Coordination Gérontologique
IDE : Infirmière Diplômées d'Etat
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
Ph : Pharmacie
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SCP : Société Civile Professionnelle
SEL : Société d'Exercice Libéral
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

A) Introduction

Le système de santé français est considéré comme l'un des plus performants du monde (1). Néanmoins il persiste des inégalités de santé importantes en France, à l'origine de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016 (2).

Les inégalités sociales influent encore largement sur l'état de santé de la population. Le rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2015 (3) remarque par exemple que les enfants d'ouvriers ont 10 fois plus de chances d'être obèses que les enfants de cadres, et que les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles.

Les inégalités de santé en France sont également le fait d'un inégal accès aux soins, dont on connaît plusieurs facteurs, souvent intriqués.

1) L'inégal accès aux soins en France

a) Facteurs économiques

Selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2014 de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), 25 % de la population métropolitaine vivant en ménage ordinaire déclare avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des 12 mois précédents.

Le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, en complétant les remboursements de la Sécurité sociale, permet de limiter les restes à charge et favorise l'accès aux soins. Dans le but de limiter les inégalités, les pouvoirs publics ont mis en place en 1999 la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en 2004 pour permettre aux plus modestes de bénéficier d'une couverture complémentaire.

b) Facteurs socio territoriaux

Il existe de grandes disparités sociales sur le territoire français entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi entre régions et parfois au sein d'une même ville (4).

On note aussi une inégale répartition de la démographie médicale, toutes spécialités confondues, qui entraîne des inégalités dans l'accès aux soins ainsi qu'un rationnement des patients.

Les médecins généralistes sont également répartis de manière très hétérogène sur le territoire (5). Ils sont pourtant reconnus comme pivot du système de santé par la dispensation des soins primaires de proximité, et garants d'un meilleur accès aux soins et d'une plus grande efficacité (6).

Promouvoir les soins primaires et appuyer le rôle qu'ont les médecins généralistes semble primordial pour rétablir un accès à des soins de qualité pour tous.

2) La place des généralistes et des soins primaires

La littérature scientifique argumente la nécessité de recentrer le système de santé français sur les soins primaires : ils améliorent en particulier la morbi-mortalité et l'efficacité des soins (7).

a) Le développement de la spécialité

La médecine générale a été officiellement reconnue comme spécialité médicale le 22 septembre 2004, avec la publication d'un arrêté ministériel fixant la liste des diplômes d'études spécialisées (DES) (8). Cette reconnaissance est une réponse à la mobilisation des compétences particulières pour la pratique de la médecine générale, nécessitant un enseignement spécifique au même titre que les autres disciplines médicales et chirurgicales. Cette évolution structurelle a permis de réorienter les études médicales et de développer la recherche en soins primaires.

Il existait auparavant une attitude hospitalo-centrée du système de soins, notamment après le rapprochement des facultés de médecine et des hôpitaux par la réforme de 1958 (9), instituant les centres hospitalo-universitaires (CHU). Ceci a nettement favorisé la spécialisation et l'attractivité des carrières hospitalières avec une surspécialisation des disciplines, au détriment parfois de la formation des médecins généralistes (10).

Le rapport Fougères de 1975 chargé de l'étude des problèmes relatifs à la formation des médecins généralistes sera à l'origine de la loi du 23 décembre 1982 (11) instaurant une formation obligatoire de deux ans pour les futurs généralistes, avec des responsabilités hospitalières d'interne et un stage chez le praticien.

Progressivement, la formation des futurs généralistes s'est structurée et sa durée s'est allongée. La réforme de 1997 portera à deux ans et demi la durée du 3ème cycle de médecine générale, en instaurant un stage de six mois auprès de praticiens généralistes et dans des structures de soins primaires (appliquant ainsi, avec deux ans de retard, la directive européenne).

L'arrêté du 19 octobre 2001 instaurera un nouveau semestre et allongera le résidanat à 3 ans. La dernière réforme du 21 avril 2017 (12) prévoit une restructuration de la formation. En plus des enseignements hors stages de deux demi-journées par semaine, une phase socle de deux semestres se composera d'un stage chez un praticien de médecine générale et d'un stage de médecine d'urgence en milieu hospitalier. Une phase d'approfondissement d'une durée de quatre semestres devra comporter un stage en médecine adulte polyvalente, un stage en santé de la femme et un stage en santé de l'enfant (en ambulatoire ou en hospitalier), ainsi qu'un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS). Le stage en CHU n'est plus obligatoire, et à terme la moitié des stages seront pratiqués en ambulatoire.

Au terme des ECN de 2016, la médecine générale proposait le plus grand nombre de postes à pourvoir par les étudiants: 3 749, ce qui en représente 47%. Elle reste toutefois une des spécialités avec l'indicateur d'attractivité les moins importants (13).

b) Le recentrage du système de soins

La loi de modernisation de notre système de santé (2) s'articule autour de trois axes : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste, et le développement des droits des patients.

Elle organise le recentrage du système de soins autour des professionnels de santé de proximité et du médecin traitant, ce qui demande une véritable stratégie de développement de ces soins.

Un nouveau mode d'exercice s'est développé à l'initiative de professionnels de santé libéraux, qui favorise la coopération interprofessionnelle, au sein de maisons de santé, comme elle peut exister au sein des centres de santé, ou des réseaux de santé. Ces différents professionnels se réunissent, échangent sur leurs pratiques, sur les soins prodigués et élaborent des projets de santé dans le but d'améliorer le parcours de soin et la prise en charge des patients. Progressivement se créent des maisons et des pôles de santé pluri professionnels.

Ces structures apparaissent comme une des solutions pour palier à l'inégal accès aux soins, en attirant des médecins en zones sous-dotées ou fragiles en offre de soins, ainsi qu'en améliorant la qualité et l'efficacité des soins.

On dénombrait 170 maisons en fonctionnement en 2012, et près de 800 fin 2015 (figure 1). L'objectif du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) est d'atteindre 1 400 maisons de santé en service en 2018.

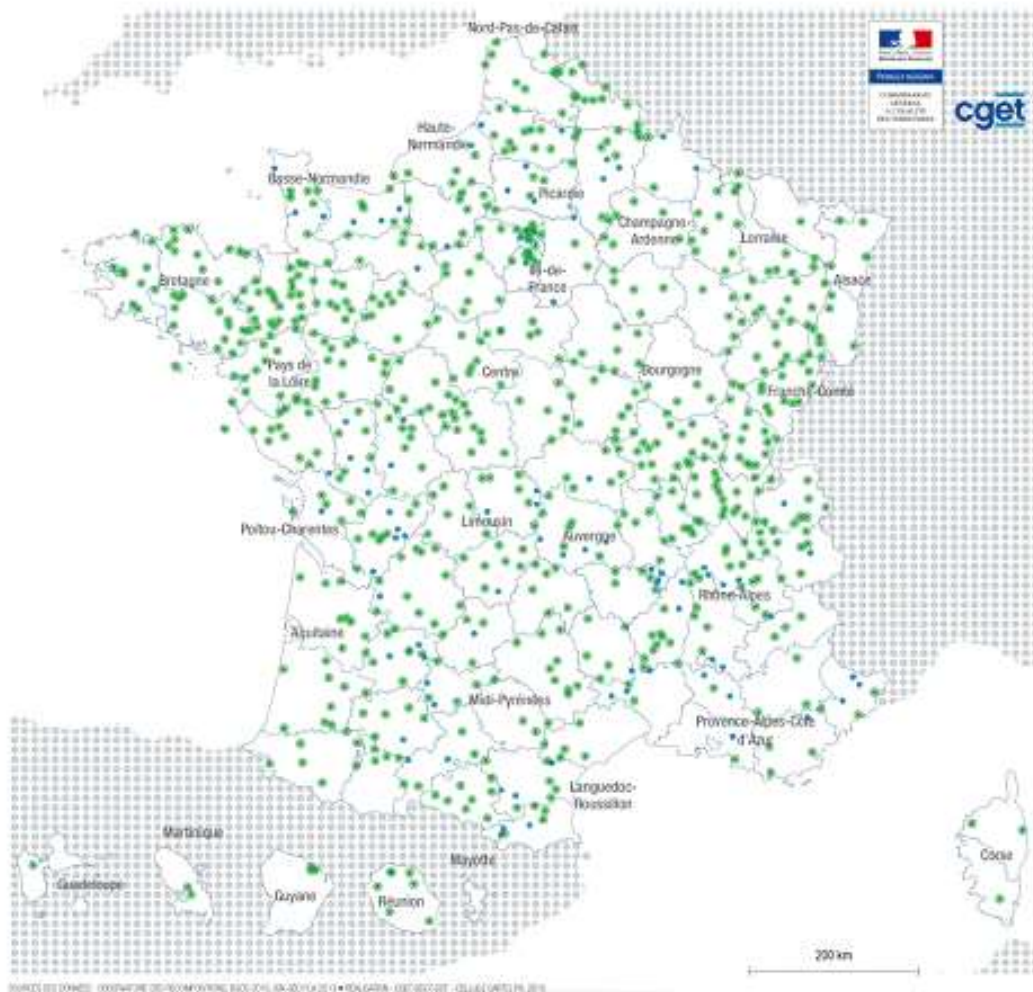


Figure 1 : Répartition des maisons de santé pluri professionnelles au 1er septembre 2015

3) Définitions

a) Définition des réseaux de santé

Des formes de regroupements entre acteurs en santé ont été créées au cours des années 1980 à l’initiative de médecins généralistes, d’infirmières, ou encore de travailleurs sociaux ou d’usagers. L’objectif de ces réseaux de santé (initialement réseaux de soins) est d’apporter aux patients une approche globale entre soins, prévention et prise en compte de l’environnement socio-économique. Le développement de ces centres est notamment lié à l’émergence du SIDA, le développement des toxicomanies ou encore l’augmentation de la précarité.

Leur reconnaissance se fait officiellement par l’ordonnance Juppé du 24 avril 1996 (14), qui introduit le concept de réseaux et filières de soins et en permet l’expérimentation. Ce n’est que par la loi du 4 mars 2002 qu’est donnée une définition légale aux réseaux de santé (15) :

Ils sont constitués entre des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. Leur périmètre d'action va de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic jusqu'aux soins, et peuvent participer à des actions de santé publique.

Leur objectif est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ces réseaux peuvent cibler une pathologie en particulier (cancer dans les réseaux oncologie, SIDA, diabète, prise en charge de la douleur, etc...), ou un groupe de population (réseaux périnatalité, personnes âgées, fin de vie, etc...).

En 2011, on comptait 716 réseaux financés par le Fonds d'Intervention Régional (FIR), représentant environ 2500 professionnels en équivalents temps plein (16).

b) Définition des centres de santé

Les centres de santé sont soit mono-professionnels, soit pluri-professionnels. Les professionnels de santé y sont salariés. Le gestionnaire du centre peut être une municipalité, une mutuelle, une association ou un établissement de santé. Les centres de santé sont tenus de pratiquer le tiers payant.

Ils élaborent un projet de santé transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS), attestant de leur exercice coordonné. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

On comptait, en 2016, plus de 1600 centres de santé (dont 320 centres polyvalents).

A l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain (17).

c) Définition des maisons de santé

Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. A la différence d'une maison médicale, qui correspond avant tout à un partage de moyens humains et matériels entre des professionnels de santé, une maison de santé rassemble des professionnels qui ont un projet commun de soins. Elle assure des activités de soins sans hébergement.

Comme l'indique l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique, une maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens et peut y associer des personnels médico-sociaux (18). Elle est composée à minima par deux médecins généralistes et un professionnel paramédical.

Les professionnels élaborent un projet de santé dans lequel peuvent s'intégrer des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé ou des actions sociales.

Le projet, qui atteste de l'exercice coordonné, respecte un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il est transmis à l'ARS pour validation, et est signé par chacun des professionnels de santé membres de la MSP.

Il doit être compatible avec le projet régional de santé, dont les objectifs portent principalement sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur

le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales. L'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, fait également partie des objectifs (19).

Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

On dénombrait 170 maisons en fonctionnement en 2012, près de 800 début 2016. L'objectif étant d'atteindre 1 400 maisons de santé en service en 2018 (20). Elles sont le plus souvent situées en milieu rural (80%).

d) Définition des pôles de santé

Les pôles de santé sont définis par l'article L. 6323-4 du Code de Santé Publique (21). Un pôle de santé réunit 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. Il peut disposer de la personnalité morale, et peut comporter plusieurs sites d'implantation.

Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

4) Les Maisons de Santé Pluri professionnelles

Soutenues par les pouvoirs publics depuis 2005, les MSP répondent aux attentes et aux besoins de nos concitoyens en matière de santé en associant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé (22), une amélioration de l'accès aux soins, de la prise en charge et des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Cette meilleure répartition géographique des médecins s'organise dans une approche territoriale cohérente, en fixant géographiquement une unité d'offre de soins.

La coopération et la coordination entre les acteurs de soins renforcent le rôle des paramédicaux qui apportent leur spécificité au bénéfice des patients. Cette concordance simplifie le parcours de santé des patients, et la prise en charge en un lieu commun en facilite l'accès.

La méthode de travail collégiale qu'apportent les MSP constitue un véritable nouveau modèle de prise en charge, centrée sur la santé du patient. La propre expertise de ce patient, basée sur son vécu et son expérience personnels, s'intègre à la chaîne d'intervenants pluridisciplinaires afin qu'il devienne un sujet participant activement à la gestion de sa santé.

La première évaluation des maisons de santé par l'IRDES en 2014 a montré que ces regroupements stabilisaient la démographie des professionnels, et amélioreraient la qualité des soins à moindre coût (23).

a) Le financement

Le mode de financement des locaux des MSP peut être très variable, allant d'un financement totalement privé à celle d'un financement public, en passant par un financement mixte.

Le financement privé correspond dans la plupart des cas soit à un investissement par les professionnels de santé eux-mêmes, auquel cas ils sont propriétaires des lieux ; soit à un financement par un investisseur privé, les professionnels de santé restant locataires de la structure.

Il existe des bâtiments financés par les collectivités locales, qui investissent alors dans une réflexion d'aménagement du territoire.

Différentes aides au financement permettent la réalisation des projets. Elles sont soumises à un certain nombre de conditions qui varient d'un territoire à l'autre :

- Au niveau européen : les aides européennes gérées par l'État : le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER), le Fonds Européens Agricoles pour le Développement Rural (FEADER), ou le Fonds Social Européen (FSE) dont l'instruction est assurée par le préfet du département.
- Aides de l'État : la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), résultant de la fusion de la Dotation Globale d'Équipement (DGE) des communes et de la Dotation de Développement Rural (DDR), qui est attribuée par le préfet du département, avec une limitation de 25% du montant de l'investissement du projet qui peut être augmentée à 35% dans les zones définies comme prioritaires par le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS), ou dans les zones de revitalisation rurale ;
Ou bien les financements au titre de la section générale du fonds national d'aménagement du territoire (FNADT) à hauteur d'une subvention forfaitaire de 100.000 euros par MSP portée par une collectivité territoriale ou un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre (regroupement de communes ayant choisi de développer plusieurs compétences en commun).
- Aides régionales : une aide de 150.000 euros par MPS peut être versée par le conseil régional Grand Est.
- Aides départementales : par le conseil départemental, avec en Meuse des fonds pouvant provenir du groupement d'intérêt public (GIP) Objectif Meuse (établi suite à la création du laboratoire souterrain de recherches par l'agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs (ANDRA) à Bure), et qui soutient des actions d'aménagement du territoire.
- Conseils Régionaux
- Conseils généraux
- Communes ou communautés de communes

Une fois la structure créée, il existe des aides utiles au fonctionnement des MSP :

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) (24) finance des actions et des expérimentations en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

Ces actions/expérimentations s'inscrivent dans un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu avec l'ARS après validation.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (25), à compter du premier janvier 2016 la gestion comptable et financière du FIR est transférée de l'assurance maladie aux ARS. Le montant des crédits attribués aux ARS est fixé chaque année par arrêté, et les priorités d'utilisation de ces crédits sont détaillées dans une circulaire.

Les moyens alloués au titre du FIR s'inscrivent dans le cadre de de la stratégie nationale de la santé via l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), et se concentrent autour de cinq axes:

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

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) remplace le règlement arbitral de 2015 qui avait permis de généraliser le mode de financement des MSP instauré par les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR, ayant permis de récompenser le travail en équipe ainsi que les nouveaux services rendus à la population).

Cet accord a été signé entre 17 syndicats représentatifs des professionnels de soins primaires et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) le 20 avril 2017.

Il vise à poursuivre et améliorer ce mode de rémunération et à renforcer l'accompagnement des structures. Il prévoit la définition d'un contrat-type sur la base duquel les structures pluri-professionnelles, les organismes locaux de l'Assurance Maladie et les ARS peuvent s'engager dans une démarche en faveur :

- du renforcement de la prévention, de l'efficacité et de la qualité de prise en charge des patients
- de l'amélioration de l'articulation entre les services et établissements de santé, les structures et services médico-sociaux et le secteur ambulatoire, pour assurer la continuité des parcours des patients
- du renfort de l'offre de soins de 1er recours

La rémunération est modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de 3 axes : l'accès aux soins, la qualité et la coordination des soins et l'utilisation d'un système informationnel partagé.

b) Structure juridique

Une nouvelle entité juridique a vu le jour pour que les MSP puissent prétendre aux financements de fonctionnement: la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), créée par la loi du 10 août 2011 du code de la santé publique (26).

Il s'agit d'une société civile pouvant être constituée entre des personnes physiques, exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien. Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle (SCP) ou d'une société d'exercice libéral (SEL) peuvent également être associés d'une SISA, nonobstant toute disposition législative ou réglementaire contraire.

La loi dispose que la SISA a pour objet la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ; et rend possible l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé impliqués (27).

Cette forme juridique, particulièrement adaptée aux MSP, permet de mettre en commun des revenus entre les associés et de facturer à l'Assurance Maladie des honoraires, tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé et en restant transparent sur le plan fiscal.

5) Le département meusien

La Meuse est un département rural de la région Grand Est. Sa superficie est de 6.211 km², elle compte 501 communes, 2 communautés d'agglomérations et 22 communautés de communes (28). Bar Le Duc en est la préfecture, et ses deux sous-préfectures sont Commercy au sud et Verdun au centre. Verdun est la ville la plus peuplée du département avec 18 393 habitants en 2014, suivi de Bar Le Duc avec 15 668 habitants la même année.

On compte 191 530 habitants en Meuse en 2014, et la densité de la population du département est de 30,8 habitants par km² contre 104,2 au niveau national (29).

a) Viellissement de la population

Début 2014, la Meuse comptait 37.500 personnes âgées de 65 ans ou plus, contre 34.500 en 2004. En dix ans, leur proportion est passée de 17,8% à 19,6% de la population.

Devant le vieillissement annoncé de la population et une demande inévitablement en hausse, la santé relève d'un enjeu particulier, d'autant que la Meuse est identifiée comme déficitaire en offre de soins.

b) Démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2014, le département compte 176 médecins généralistes libéraux en activité, soit 91,3 praticiens pour 100.000 habitants (contre 101,9 en Lorraine). Plus de la moitié d'entre eux ont 55 ans et plus, ce qui laisse présager des départs massifs en retraite d'ici 2025.

c) Les MSP en Meuse

Des mesures ont été prises par le département afin de contrer les effets sur l'offre de soin du vieillissement de la population, du départ en retraite des professionnels de santé et de la désertion des territoires ruraux. La mobilisation de professionnels de santé, d'élus locaux, et des instances dirigeantes, a permis la création de 21 maisons et pôles de santé pluri-

professionnelles depuis 2006 (tableau I, annexe 1), favorisant ainsi l'accès aux soins primaires dans les zones les moins dotées.

Leur répartition est le fruit d'une collaboration avec les communautés de communes permettant un quadrillage harmonieux sur l'ensemble du territoire meusien.

Tableau I : Création des maisons et pôles de santé meusiens

Maison / Pôle de santé pluri professionnel	Début d'activité
Vigneulles-Lès-Hattonchâtel	2005
Revigny sur Ornain	2007
Damviller	2007
Dieue-sur-Meuse	2009
Varennes-en-Argonne	2009
Vaucouleurs	2009
Seuil d'Argonne/Rembercourt	2010
Pagny-sur-Meuse	2010
Pierrefitte-sur-Aire	2011
Spincourt	2012
Lisle-en-Rigault/Ancerville	2013
Clermont/Dombasle-en-Argonne	2014
Void-Vacon	2014
Gondrecourt/Treveray	2014
Thierville-sur-Meuse	2014
Fresnes-en-Woëvre	2015
Dammarie-sur-Saulx	2016
Montmédy	2016
Saint-Mihiel/Lacroix sur Meuse	2017
Etain	2017
Dun-sur-Meuse/Stenay	2017

Il existe également un projet de construction en cours à Belleville-sur-Meuse, une réflexion avancée sur deux projets de construction à Ligny-en-Barrois/Tronville et Verdun, ainsi qu'une réflexion sur deux projets à Commercy et Bar-le-Duc.

6) La place des usagers dans le système de soin

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades proclame la participation des usagers au fonctionnement du système de santé français (30).

Des associations agréées défendent les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, et portent des actions de formation et d'information. Elles se doivent d'être représentatives et indépendantes, et leurs conditions d'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Elles peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de 2009 renforce la volonté de tendre vers une démocratie sanitaire, avec ce désir de recentrer le système de santé vers les soins primaires. Les associations d'usagers sont cependant très peu représentées dans ce domaine. Les MSP pourraient permettre de trouver un cadre structurelle pour leur création, comme ce fut le cas en 2012 à la maison de santé Saint Claude de Besançon (31).

Au sein des MSP, les soins de premier recours sont révolutionnés par une méthode de travail collégiale des intervenants et par des soins centrés sur le patient.

Dans le but d'une avancée en démocratie sanitaire, intégrer l'avis des usagers, principaux concernés par cette nouvelle prise en charge qu'apportent les MSP, semble indispensable en vue de la construction et de l'amélioration des structures. Les éléments liés à leur satisfaction, ainsi qu'à leur reconnaissance et leur acceptation du modèle sont essentiels, et font partie des critères de qualité pour les soins de santé primaires.

Comment les usagers perçoivent-ils les différentes particularités et mode de fonctionnement qui définissent ce type de structure ; en sont-ils satisfaits ; ont-ils compris les enjeux du travail coordonné ?

Dans l'optique de faire participer les patients à l'élaboration de leurs soins, à quel niveau sont-ils prêts à s'engager, sont-ils prêts à intégrer une association d'usagers ?

C'est dans le but de répondre à ces questions qu'a été pensée notre enquête, afin d'évaluer le ressenti et la satisfaction des patients, principaux concernés par cette restructuration des soins, ainsi que d'évaluer leur niveau d'engagement possible.

7) Élaboration du questionnaire d'enquête (Annexe 2)

a) Conception des questions

L'élaboration des questions s'est faite à partir d'une revue de la littérature, ainsi qu'à partir des résultats de l'enquête qualitative explorant la perception de l'offre de soins par des usagers de la maison pluri professionnelle de Vigneulles-Lès-Hattonchâtel (thèse de Perrine Navel, octobre 2015) (32). Les résultats ont permis d'extraire des données spécifiques à ce type de structure, en classant par thèmes les réponses (intérêts et inconvénients) obtenues auprès des usagers, présentés dans le tableau II:

Tableau II : Intérêts et inconvénients des MSP vus par les usagers de Vigneulles-Lès-Hattonchâtel

Thèmes	Sous-thèmes
Les professionnels de Santé	Le travail en équipe
	La pluralité des professionnels
	La disponibilité
	La continuité des soins
	La formation des futurs médecins
	L'incertitude de consulter son médecin traitant habituel
	L'inquiétude vis-à-vis du secret médical, partage des données
L'accessibilité	La praticité d'accès aux soins
	Horaires d'ouverture de la structure
	La disponibilité des médecins en urgence
	Le gain de temps
	L'accessibilité à de nouveaux professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux
	L'accessibilité à de nouvelles pratiques de soins
Le secrétariat	Secrétariat (téléphonique et physique) unique
La structure	L'attrait de la structure
	L'accessibilité
L'attractivité	L'attractivité de la commune
	L'amélioration des conditions de vie des professionnels
	Les avantages pour les commerces de la commune
Les usagers	La liberté de choix

En fonction de ces différents éléments, les questions ont été réparties en plusieurs catégories permettant de structurer l'ensemble.

b) Mise en forme du questionnaire

Une affiche de présentation du projet (annexe 3) permettait d'annoncer l'enquête et une urne de recueil (annexe 4) incluant un présentoir de bulletin sur sa face supérieure permettait de recueillir les questionnaires remplis.

La mise en forme du questionnaire a été travaillée dans un souci de clarté et d'attractivité.

Une longueur succincte, des questions rédigées de manière brève, précise et compréhensible a permis de réduire le temps de réponse (moins de 10 minutes).

Un format de type livret A5 a été utilisé, correspondant à 4 pages imprimées sur une feuille A4 recto-verso pliée en deux.

Le questionnaire se composait d'une page de présentation puis trois pages de questions.

L'ordre des questions a été étudié, en allant du général au spécifique.

En 1^{ère} page le texte présentait l'étude et le questionnaire, avec un en-tête spécifiant qu'il s'agissait d'une enquête anonyme.

Les trois autres pages regroupaient les questions en utilisant des tableaux, raccourcissant le questionnaire à la fois sur papier et dans l'énoncé.

Le questionnaire était composé de 34 questions regroupées en 3 grandes parties :

- La 1^{ère} partie décrivait 17 questions en 6 thèmes :
 - Accès et continuité des soins
 - Travail en équipe
 - Prévention et information
 - Partage des données
 - Étudiants de santé
 - La place des patients

Les questions de cette première partie ont été élaborées en utilisant la même échelle d'attitude de Likert à cinq choix (Tout à fait d'accord, D'accord, Pas d'accord, Pas du tout d'accord, Sans opinion), évitant ainsi les erreurs de réponse par inversion ou changement d'échelle entre les questions.

Les premiers items ont été choisis pour accrocher et mettre en confiance le répondant, servant plus à une entrée en matière qu'à l'objectif de l'étude.

- La 2^{ème} partie incluait 12 questions et s'intéressait au départ au suivi paramédical des différents professionnels présents (infirmière, kinésithérapeute, psychologue, pédicure-podologue, diététicien, dentiste, etc...).

Des informations sur les problèmes de santé du patient interrogé (prise en charge d'une Affection Longue Durée (ALD), autre maladie chronique ou prise médicamenteuse régulière) ainsi que sur la couverture maladie ont été demandées (bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'ACS) pour préciser le profil des répondants et analyser la représentativité de la population d'étude.

Une autre partie précisait si des membres de la famille de l'interrogé consultait également au sein de la structure, puis demandait s'il recommanderait à ses proches de consulter dans une MSP décrivant ainsi une probabilité de recommandation binaire.

Étaient ensuite évaluées les connaissances des usagers sur le financement des maisons de santé.

- La 3^{ème} partie correspondait au questionnaire de profil et contenait dans un même tableau cinq questions sur: le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le statut professionnel, et le code postal de résidence. Ce dernier élément permettant de mieux connaître l'attractivité médicale territoriale des structures.

Un mot de remerciement concluait à la fin de l'ensemble.

B) Article

**PERCEPTION DES SOINS PAR LES USAGERS DES
MAISONS ET PÔLES DE SANTE PLURI PROFESSIONNELS
ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE EN MEUSE**

***PATIENT'S PERCEPTION OF PRIMARY CARE IN
COMMUNITY HEALTH CENTERS
SURVEY BY QUESTIONNAIRES IN MEUSE***

Jolibert E⁽¹⁾, Bouchy O⁽¹⁾, Pivot D⁽²⁾, Kivits J⁽³⁾, Di Patrizio P⁽¹⁾

⁽¹⁾Université de Lorraine. Département de Médecine Générale

⁽²⁾CHU de Dijon, Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalières

⁽³⁾Université de Lorraine. École de santé publique

RÉSUMÉ

Introduction : L'accès aux soins pour tous est un enjeu de santé publique majeur en France. Les zones rurales sont les plus touchées par la baisse de l'offre de soins.

La création de maisons de santé pluri professionnelles (MSP) apporte une solution cohérente. On y trouve un nouveau mode d'exercice des soins primaires : un travail collégial des intervenants, des soins centrés sur le patient.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la perception qu'ont les usagers sur les soins dispensés en MSP. L'objectif secondaire était d'évaluer leur niveau de connaissance et leur ressenti sur le mode de fonctionnement de ces structures.

Méthodes : Une étude transversale par auto-questionnaire a été menée du 14 novembre au 19 décembre 2016. Le questionnaire a été élaboré et diffusé dans l'ensemble des MSP de Meuse, département rural du Grand Est déficitaire en offre de soins, pour étude quantitative.

Résultats : Les données de 1 005 questionnaires ont pu être exploitées sur les 2 080 distribués (48,3%). L'enquête a souligné une satisfaction globale des patients, notamment en termes d'amélioration de la qualité des soins, en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Les interrogés remarquent une organisation entre professionnels et une continuité des soins améliorées, et un atout dans la lutte contre le manque de médecins.

Intégrer une association de patients aux MSP permettrait de mieux prendre en compte les problèmes de santé de la population, et certains patients seraient prêts à en faire partie.

Conclusion : La nouvelle organisation des soins apportée par les MSP semble satisfaire les usagers. Leur place dans le système de santé est en pleine réflexion. Leur participation aux projets de soins pourrait permettre le développement de la démocratie sanitaire de proximité en Meuse.

Mots clés : Perception, usagers, soins primaires, maison de santé pluri professionnelle, Meuse

SUMMARY

Introduction: Health care access for everyone in France is a major public health issue, rural areas in particular are the most concerned with poor health care.

The creation of multi professional structures provides a coherent solution. It consists of a new way to practice primary cares: collegial work and patient centered care.

The principal objective of this work was to evaluate the perception of the users on the care given in MSP. Secondary objective was to evaluate their level of knowledge and their feelings on how these structures work.

Methods: A cross-sectional self-questionnaire study was conducted from 14 November to 19 December 2016. A questionnaire has been created and distributed in all of the structures in Meuse, Grand Est rural department, for quantitative study.

Results: Data from 1,005 questionnaires were used for the 2,080 distributed (48.3%). The survey highlighted overall patient satisfaction, particularly in terms of improving the quality of care, especially for people with chronic diseases.

They also note a better organization between the practitioners and the continuity of care, and an advantage in the fight against general practitioners' lack.

Integrating a patients' association would allow to better consider the population's health problems, and some of the patients interviewed would accept to be part of it.

Conclusion: The new organization of care provided by the MSP seems to be suitable for users. Their place in the health system is in full reflection. Their participation in care projects could enable the development of a primary health care democracy in Meuse.

Keywords: Perception, users, primary care, community health center, Meuse

I. Introduction

L'accès aux soins pour tous est l'un des grands enjeux de santé publique actuels en France, confirmé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 24 juin 2009 (1) et par le pacte territoire santé adopté en 2012 (2).

Les zones rurales sont les plus touchées par la baisse de l'offre de soins (3). Ces zones représentent les trois quarts des bassins de vie français (4). Plusieurs phénomènes amplifient la désertification médicale et les disparités : départ en retraite des professionnels de santé, augmentation de la demande liée au vieillissement de la population, faible attractivité pour les jeunes générations de ces secteurs (5).

La Meuse, département rural de la région Grand Est, est identifiée comme déficitaire en offre de soins (6). La création de 21 maisons et pôles de santé pluri professionnelles sur le territoire depuis 2007 y apporte une solution cohérente, en particulier dans les zones les moins dotées. Le socle commun de ces structures est basé sur la définition des soins de santé primaires d'Alma-Ata de 1978: premier contact, coordination, globalité de la prise en charge, continuité des soins. On y trouve une méthode de travail collégiale des intervenants et des soins centrés sur le patient (7).

Dans ce nouveau modèle de prise en charge qu'apportent les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP), recueillir l'avis et la satisfaction des patients s'inscrit au cœur de la stratégie du système de santé, en vue de la construction et de l'amélioration de ces structures (8).

Dans le secteur hospitalier de court séjour, la mesure de la satisfaction des patients depuis janvier 2015 (dispositif national e-Satis de la Haute Autorité de Santé (HAS)) contribue à l'amélioration de leur prise en charge (9).

Un des objectifs de la HAS pour 2017 sera d'étendre ce type de dispositif à d'autres secteurs d'activité, et en particulier au secteur ambulatoire, dont font partie les soins dispensés en MSP.

Depuis le 20 avril 2017, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluri professionnels, remplace le règlement arbitral. La mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par les MSP fait partie des indicateurs relatifs à l'accès aux soins.

C'est dans cette perspective que s'inscrit notre étude dont l'objectif principal était d'évaluer la perception qu'ont les usagers sur les soins dispensés au sein des maisons et pôles de santé meusiens. L'objectif secondaire de notre étude était de connaître leur niveau de connaissance et leur ressenti sur le mode de fonctionnement et les différentes particularités qui définissent ce type de structure.

II. Matériel et méthodes

1) Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale multicentrique quantitative avec recueil prospectif, réalisée par enquête via un auto-questionnaire.

2) Période et lieu de l'étude

L'enquête s'est déroulée sur cinq semaines, du 14 novembre 2016 au 19 décembre 2016. L'étude s'est déployée sur l'ensemble du territoire meusien, et concernait les maisons et pôles de santé du département en fonctionnement depuis plus d'un an, ainsi que les pharmacies de proximité s'y rattachant et ayant accepté l'étude, soit 36 lieux différents.

3) Population d'étude, échantillonnage

La population cible correspondait aux patients pris en charge par un médecin exerçant dans une maison ou pôle de santé pluri professionnels de Meuse.

Au moment de l'étude, les patients de 52 médecins généralistes (32,5% des omnipraticiens de Meuse) étaient concernés, soit environ 50 700 personnes (10). Cela correspond à environ 26,4% de la population meusienne, le département comptant 191 700 habitants au premier janvier 2014 (6).

La population source était définie par les patients consultant au sein des locaux de la MSP, ou pris en charge par la pharmacie s'y rattachant durant la période de recueil.

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Usagers mineurs
- Patients consultant dans les structures existant depuis moins d'un an.

Le nombre de sujets nécessaires requis calculé pour obtenir des résultats statistiquement pertinents (niveau de confiance de 95% et marge d'erreur à 5%) était de 382 répondants.

Le nombre de répondants nécessaires a été obtenu par l'outil belge de calculateur en ligne CheckMarket (11). La formule suivante étant appliquée :

$$n = t^2 \times p (1-p) / m^2$$

n étant le nombre de répondants nécessaires

t étant le niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95%, t = 1,96)

p étant la proportion estimée de la population cible

m étant la marge d'erreur tolérée (ici à 5%)

4) Élaboration du questionnaire

La création du questionnaire s'est faite à partir des résultats d'une enquête qualitative explorant la perception de l'offre de soins par des usagers de la maison pluri professionnelle

de Vigneulles-Lès-Hattonchâtel, première MSP en Meuse (12). Ces résultats ont permis d'extraire des données spécifiques à ce type de structure, en classant par thèmes les réponses (intérêts et inconvénients de la MSP) obtenues auprès des usagers. Les grands thèmes abordés par les patients lors des entretiens étaient les suivants : l'accessibilité aux soins, les professionnels de santé, la structure, l'attractivité, le secrétariat et les usagers.

Une revue de la littérature a permis d'inclure des items supplémentaires (13) (14) (15).

- La définition des structures pluri professionnelles de la HAS (13) spécifie l'organisation du travail en équipe, le partage et la gestion des données médicales, ainsi que l'information délivrée aux patients. Des items ont été ajoutés d'après cette définition : réunions inter professionnels, partage des données du dossier médical, prévention et information des patients.
- Des questions ont été intégrées après la lecture d'une étude par questionnaire de satisfaction s'intéressant aux patients suivis dans cinq maisons de santé iséroises (14). Ces questions portaient sur l'intérêt de la présence de plusieurs professionnels de santé en un lieu commun vis à vis de la qualité des soins, en particulier chez les patients atteints d'une Affection Longue Durée (ALD) ou d'une maladie chronique nécessitant un suivi régulier.
- En 2012, la participation d'un comité d'usagers à la maison de santé Saint-Claude de Besançon a permis une amélioration du service rendu aux patients (15). Nous avons incorporé une partie « place des patients » à notre questionnaire, afin de mesurer l'intérêt et le niveau d'engagement possible de ceux-ci au sein des maisons de santé, avec notamment la possibilité d'une création d'association d'usagers.

5) Validation du questionnaire et de l'enquête

Le questionnaire a été validé par le comité de pilotage du projet (EJ, JK, OB).

L'enquête de satisfaction a été validée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ainsi que par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse avant sa mise en place.

Un prétest, réalisé à Revigny-sur-Ornain sur une semaine, a permis de vérifier le temps de remplissage dans les mêmes conditions que l'étude elle-même, de vérifier la réaction des participants par rapport au contenu et à la présentation du document.

6) Recueil des données

L'enquête s'est déroulée sur cinq semaines, du 14 novembre 2016 au 19 décembre 2016, après mise à disposition des affiches, questionnaires et urnes de recueil dans chacune des structures incluses dans l'étude.

Le nombre de questionnaires déposés a été calculé en fonction du nombre de médecins présents dans la structure (40 questionnaires par médecin). Lorsqu'une pharmacie se rattachait à une maison de santé, un tiers des questionnaires y était déposé.

Au total, 2 080 questionnaires ont été déposés dans 36 structures (tableau I).

Tableau I: Distribution des questionnaires dans les structures meusiennes

Territoires [nombre de médecins] N = 52	Structures : Maison de santé (MDS) et Pharmacie (Ph) N = 36	Nombre de questionnaires N = 2 080
Pagny sur Meuse [2] Void Vacon [3]	MDS de Pagny sur Meuse	80
	MDS de Void Vacon	90
	Ph de Void Vacon	30
Vaucouleurs [2]	MDS de Vaucouleurs	80
Gondrecourt le Château [3]	MDS de Gondrecourt	90
	Ph de Gondrecourt	30
Dammarie sur Saulx [1]	Ph de Dammarie sur Saulx	40
Ancerville [2] Lisle en Rigault [2]	MDS d'Ancerville	53
	Ph d'Ancerville	27
	MDS de Lisle en Rigault	53
	Ph de Robert Espagne	27
Revigny sur Ornain [5]	MDS de Revigny-sur-Ornain	133
	Ph de Revigny-sur-Ornain (1)	33
	Ph de Revigny-sur-Ornain (2)	34
Pierrefitte sur Aire [2] Seuil d'Argonne [2]	Ph de Pierrefitte sur Aire	53
	MDS de Seuil d'Argonne	107
Clermont en Argonne [2] Dombasle en Argonne [1]	MDS de Clermont en Argonne	53
	Ph de Clermont en Argonne	27
	MDS de Dombasle en Argonne	27
	Ph de Dombasle en Argonne	13
Thierville [5]	MDS de Thierville	133
	Ph de Thierville	67
Varennes en Argonne [1]	Ph de Varennes	40
Damvillers [2]	MDS de Damvillers	53
	Ph de Damvillers	27
Montmédy [4]	MDS de Montmédy	85
	Ph de Montmédy (1)	38
	Ph de Montmédy (2)	37
Spincourt [2]	MDS de Spincourt	53
	Ph de Spincourt	27

Fresne en Woëvre [3]	MDS de Fresnes en Woëvre	90
	Ph de Fresnes en Woëvre	30
Dieue sur Meuse [5]	MDS de Dieue sur Meuse	133
	Ph de Dieue sur Meuse	67
Vigneulles les Hattonchâtel [3]	MDS de Vigneulles	90
	Ph de Vigneulles	30

Dans les maisons de santé, les questionnaires étaient soit remis par les secrétaires lorsque les patients se présentaient, soit mis à disposition dans les salles d'attente médicales, en fonction du mode de fonctionnement et de l'agencement de la structure.

Dans les pharmacies, les patients connus pour être suivis dans une maison de santé étaient informés de la présence de l'étude.

Afin d'éviter les doublons, le personnel des MSP et des pharmacies ne proposait le questionnaire qu'aux patients n'ayant pas encore répondu à l'étude.

Le bon déroulement de l'enquête a été vérifié par contact téléphonique systématique à deux reprises durant la période d'étude.

7) Analyse statistique

Le logiciel Epidata 3.1 a été utilisé pour l'intégration numérique des données, avec masque de saisie et création de contrôles permettant d'éviter les erreurs lors de la saisie des données.

Le logiciel Stata 14.0 a été utilisé pour l'analyse statistique descriptive (16).

III. Résultats

Le recueil de données a permis de réunir 1 024 questionnaires remplis sur 2 080 distribués, soit 49,2% de la totalité des questionnaires. La proportion de réponse variait de 17,5% à 94,4% selon les structures. Les données de 1 005 questionnaires ont pu être exploitées (19 ayant été détériorés ou incorrectement remplis), correspondant à 48,3% de l'ensemble des questionnaires.

Les répondants étaient âgés de 18 à 92 ans, avec une moyenne de 50,2 ans (écart-type = 16,5). 68,3% étaient des femmes. Le tableau II présente les caractéristiques des répondants.

Tableau II : Caractéristiques de la population d'étude

Variables	Effectif	
	Nombre	(%)
Sexe <i>n* = 975</i>		
Femme	666	(68,3)
Homme	309	(31,7)
Profession <i>n = 935</i>		
Actif	501	(53,6)
Retraité(e)	301	(32,2)
Recherche d'emploi	78	(8,3)
Autre	34	(3,6)
Étudiant	21	(2,3)
Situation familiale <i>n = 957</i>		
Marié(e)/Pacsé(e)	427	(44,6)
En couple	340	(35,5)
Célibataire	93	(9,7)
Divorcé(e)	55	(5,8)
Veuf/veuve	40	(4,2)
Autre	2	(0,2)
Couverture maladie <i>n = 969</i>		
Bénéficiaire Couverture Maladie Universelle (CMU) ou Aide à la Complémentaire Santé (ACS)	108	(11,1)
Problèmes de santé <i>n = 978</i>		
ALD ou maladie chronique avec suivi régulier	429	(43,8)
Département de résidence <i>n = 912</i>		
Meuse	875	(96)
Meurthe et Moselle	20	(2,2)
Marne	9	(1)
Ardennes	6	(0,6)
Vosges	2	(0,2)

**n = nombre de répondants*

Les résultats relatifs à l'objectif principal de l'étude qui était d'évaluer la perception des usagers sur les soins dispensés en MSP sont présentés dans le tableau III.

Tableau III: Perception des soins

Thèmes	n*	D'accord	Pas d'accord	Sans opinion /NSP**
Qualité des soins en MSP				
Le travail en équipe améliore la qualité des soins	988	94%	2%	4%
Le travail en équipe améliore l'organisation entre les professionnels	983	89%	4%	7%
Patients en ALD ou atteint d'une maladie chronique mieux pris en charge par une équipe pluri professionnelle	421	66%	14%	20%
Les soins dispensés par les étudiants de santé sont adaptés	960	66%	13%	21%
Accès et continuité des soins en MSP				
Facilité de prendre rendez-vous en urgence	976	70%	22%	8%
Les MSP permettent de lutter contre le manque de médecins	976	85%	9%	6%
L'accueil d'étudiants permet de lutter contre le manque de médecins	974	87%	7%	6%
Association de patients				
Permettrait de mieux prendre en compte les problèmes de santé	953	61%	12%	27%
Prêts à en faire partie	941	34%	35%	31%

**n = nombre de répondants*

***NSP = ne sait pas*

44% des patients étaient atteints d'une ALD ou d'une maladie chronique nécessitant un suivi régulier. Parmi ces patients, près des 2/3 déclaraient que leur pathologie était mieux prise en charge au sein d'une MSP.

97% des patients recommanderaient à leurs proches de consulter dans une maison de santé.

L'accueil d'étudiants au sein de la structure permettrait de lutter contre le manque de médecins pour 87% des personnes qui étaient interrogées ; et les soins dispensés par ceux-ci étaient adaptés pour 66% des patients.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le niveau de connaissance et le ressenti des patients sur le mode de fonctionnement des MSP (tableau IV).

Tableau IV: mode de fonctionnement des MSP

Thèmes	n*	D'accord	Pas d'accord	Sans opinion /NSP**
Partage des données				
Accord pour que les données médicales soient partagées entre les professionnels	984	86%	12%	2%
Accord pour que leur état de santé soit discuté en réunion	978	84%	12%	4%
Prévention et information				
Informations suffisamment reçues de la part des professionnels	984	87%	9%	6%
Accès suffisant à des documents d'information et de prévention	969	74%	14%	12%
Financement				
Il est important que les collectivités aident financièrement les MSP	915	81%	3%	16%

**n = nombre de répondants*

***NSP = ne sait pas*

Concernant le partage des données, 12% des répondants n'étaient pas d'accord pour que tous les professionnels de santé aient accès à leur dossier médical. La même proportion de répondants n'était pas d'accord pour que les intervenants se réunissent pour discuter de leur état de santé.

Plus de la moitié des répondants ne pensaient ou ne savaient pas que la structure avait été financée par de l'argent public.

81,2% des interrogés trouvaient important que les collectivités aident financièrement les MSP.

IV. Discussion

Notre étude a mis en évidence une satisfaction globale des patients consultant au sein des MSP de Meuse. Ils y voient une amélioration de la qualité des soins, en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques, une meilleure organisation entre les professionnels, une continuité des soins effective et un atout dans la lutte contre le manque de médecins.

On remarque un taux de recommandation très élevé : 97% des patients recommanderaient à leurs proches de consulter dans une maison de santé, soulignant la satisfaction globale des patients consultant au sein des MSP meusiennes.

Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans l'étude de Stanislas WIARD (17), qui retrouvait un taux de recommandation de 98% lors de l'évaluation de la satisfaction des usagers du pôle de santé de Renazé (Pays de la Loire), deux ans après son ouverture.

La nouvelle organisation des soins des MSP semble convenir aux principaux intéressés, les patients.

La très grande majorité de nos répondants (94 et 89%) trouvent que le travail en équipe améliore la qualité des soins, ainsi que l'organisation entre les professionnels.

L'exercice en groupe pluri professionnel recherche une amélioration des pratiques par enrichissement mutuel, et une collaboration facilitée entre acteurs de santé (18).

Le rapport de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2014 évalue la performance des maisons, pôles et centres de santé sur la période 2009-2012. On note une productivité et une efficacité supérieures dans les maisons de santé les « plus intégrés ». Cette « intégration » pluri professionnelle des soins est mesurée par des caractéristiques structurelles et organisationnelles.

Les généralistes exerçant de manière regroupée ont également une meilleure qualité des pratiques concernant les indicateurs des objectifs cibles de l'Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) et/ou de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Le suivi des pathologies chroniques fait partie de ces objectifs.

Les MSP tentent d'apporter un suivi amélioré dans le parcours de soins des patients qui sont atteints de ces pathologies grâce à des actions coordonnées, des protocoles de prise en charge, des programmes de prévention primaire et des actions d'éducation thérapeutique notamment (19).

Notre population d'étude, et en particulier les patients atteints d'ALD ou autres maladies chroniques, considèrent que le regroupement des professionnels en MSP améliore la qualité des soins et la prise en charge des pathologies chroniques.

L'implantation de MSP dans les territoires déficitaires en offre de soins est l'une des mesures prises par le Gouvernement pour remédier aux déserts médicaux (20).

Pour 85% de nos répondants, les MSP permettront de lutter contre la pénurie de médecins.

Les premières données de l'IRDES sur ce sujet rapportent un impact des MSP sur l'attractivité des généralistes : une moindre diminution de leur densité dans les territoires ruraux, et une amélioration de leur densité dans les espaces périurbains moins dotés en offre de soins (21).

En Meuse, la création des MSP semble avoir été efficace sur le maintien de l'effectif des généralistes sur le territoire : c'est le département de la région Grand Est qui présente le moins de perte de l'effectif de généralistes entre 2010 et 2017 (perte de 4,7%, la région perdant 8% de l'effectif) (22).

L'accueil d'étudiants semble également être un atout pour lutter contre la désertification médicale pour 87% des patients interrogés, et les soins dispensés par ceux-ci sont adaptés pour 2/3 de nos répondants.

L'effectif de patients sans opinion à cette question était particulièrement élevé (21%), et correspond probablement aux patients n'ayant pas eu l'occasion de consulter un étudiant.

L'accueil et l'encadrement des professionnels de santé en formation font partie des engagements des MSP (23). Cela leur permet de découvrir ce nouveau mode d'exercice et de faire connaître les besoins territoriaux.

D'après l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), ce sont justement les terrains de stage ambulatoires qui donnent envie aux étudiants de médecine de choisir la médecine générale (24). Les accueillir au sein des MSP peut susciter des vocations, en particulier dans les régions où celles-ci sont construites, dans les territoires identifiés déficitaires en offre de soins.

Les usagers des MSP de Meuse sont convaincus qu'accueillir les étudiants permettra de maintenir la démographie médicale du département.

La participation des usagers dans les structures de soins de premier recours reste exceptionnelle en France.

Pourtant, l'implication des usagers et de leurs représentants dans le système de santé est très importante. C'est un levier important pour lutter contre les inégalités de santé (25).

Comme le remarque le module interprofessionnel de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de 2015, intégrer une association de patients aux MSP vise à mieux définir les besoins et attentes de la population afin d'obtenir une adéquation de l'offre (26).

A la maison de santé Saint Claude de Besançon, l'intégration du point de vue des usagers au projet de santé de l'équipe de soins a permis des améliorations des services rendus aux patients (27).

Dans notre étude, plus de 60% des interrogés pensent qu'une association de patients permettrait de mieux prendre en compte les problèmes de santé de la population, et plus d'un patient sur trois serait prêt à en faire partie.

Les patients des MSP de Meuse questionnés semblent désirer la création d'une telle association, et semblent motivés pour en faire partie. Ils pourraient devenir nouveaux acteurs en santé, en vue d'une avancée en démocratie sanitaire.

Ce type d'association n'existe pas encore sur le territoire meusien. L'absence de recul de certaines MSP, la crainte des professionnels que cette participation contrarie l'exercice du savoir médical, les difficultés rencontrées pour répondre aux demandes des usagers et la formation de leurs représentants pourraient constituer des freins à leur mise en place.

Pourtant, certains patients des MSP de Meuse sont déjà acteurs de leur santé : ils participent à des ateliers d'éducation thérapeutique, d'autres sont patients-experts pour des pathologies précises (diabète, Syndrome d'Apnée du Sommeil, etc...).

Des associations d'usagers s'intégrant aux MSP meusiennes pourraient voir le jour par l'impulsion des professionnels de santé comme ce fut le cas pour la création du comité de représentants des usagers de la MSP de Saint Claude de Besançon. Les collectivités locales pourraient soutenir de tels projets, comme elles le font pour le monde associatif ou sportif; ou dans le domaine médico-social par les Instances Locales de Coordination Gérontologique (ICLG) notamment.

Ces créations d'associations d'usagers rentrant dans le cadre de la promotion de la santé, on peut envisager qu'elles fassent partie d'un contrat local de santé.

La prise en charge préventive des patients est recherchée spécifiquement au sein des MSP. Dans notre enquête, 87% des patients trouvent qu'ils reçoivent suffisamment d'informations sur leurs problèmes de santé de la part des professionnels. Ce taux baisse à 74% concernant l'accès à des documents d'information et de prévention.

Il semble que l'on puisse améliorer la délivrance des informations de santé ou de prévention au sein des MSP de Meuse. Mettre à disposition des consultants davantage de brochures ou d'affiches sur les problèmes médicaux les plus courants en salles d'attente serait une piste, voire d'utiliser des écrans pour diffusion de messages sanitaires. Il serait également intéressant d'utiliser d'autres moyens de communication. La maison de santé Saint Claude de Besançon a ainsi expérimenté l'envoi de courrier ou de mails pour rappeler les examens de prévention ou vaccination aux patients concernés (15).

Au sein des MSP, le partage des données du dossier médical est un des points caractéristiques facilitant l'échange des informations entre les intervenants impliqués dans les soins.

Dans notre étude, 12% des répondants ne sont pas d'accord ni pour que tous les professionnels de santé aient accès à leur dossier médical, ni pour que ceux-ci discutent de leur état de santé au cours d'une réunion.

La Loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé (28) précise que les professionnels participant à la prise en charge d'un même patient peuvent échanger et partager des informations relatives à cette personne, à condition que ces informations soient nécessaires à la prise en charge et reste dans le périmètre de leurs missions.

Il est précisé également que la personne doit être dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant, et qu'elle peut exercer ce droit à tout moment.

Le niveau de connaissance des questionnés sur le mode de fonctionnement et les différentes particularités des MSP semble perfectible selon notre enquête.

1) Avantages

Le choix de l'étude transversale permet le recueil de données dans une population à un instant donné; d'autre part, l'utilisation d'un questionnaire standardisé et validé optimise la fiabilité du recueil et permet d'obtenir des réponses adaptées au contexte en limitant la survenue de biais de mesure.

L'auto-questionnaire écrit permet un temps de réflexion en salle d'attente, avec des questions fermées pour exploitation secondaire.

Nous avons obtenu une forte proportion de répondant, qui s'élève à 48,3%. Étant donné la population cible estimée à 50 700 personnes, la marge d'erreur réelle de notre étude pour une niveau de confiance à 95% est de 3,06% (11).

La population d'étude est représentative des usagers du département.

L'âge moyen de nos répondants était de 50,2 ans, et l'âge moyen de la population est de 41,1 ans en 2016 (29). Les usagers mineurs n'ayant pas été inclus dans notre étude, la moyenne d'âge de la population meusienne est certainement plus basse que celle de nos répondants.

Les problèmes de santé devenant plus importants avec l'âge (30), les personnes âgées consultent plus souvent leur médecin, augmentant ainsi l'âge moyen des répondants.

Il existe une sur-représentativité des femmes (68,3% contre 50,6% au sein de la population meusienne) (31).

Ce phénomène est retrouvé dans l'ensemble des enquêtes s'intéressant à la satisfaction des patients consultants au sein de MSP en France (où les femmes représentent 64 à 77% des répondants) (14) (17) (32) (33).

Les données de la littérature montrent que les femmes sont plus attentives à leur santé, elles pourraient être donc plus enclines à participer à une enquête de satisfaction. Ce sont également les femmes qui accompagnent les enfants le plus souvent chez le médecin (34), les amenant ainsi à consulter en MSP plus souvent que les hommes.

Le reste des données sociodémographiques de la population étudiée est en accord avec les données de la population meusienne.

2) Limites

Seuls les patients consultants au sein des locaux des MSP ont été interrogés, excluant ainsi les patients suivis en Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou les patients suivis à domicile ne pouvant pas se déplacer. Cette exclusion amène à un biais de sélection de la population étudiée. Nous avons pensé inclure ces patients, via les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) qui auraient pu distribuer et recueillir les questionnaires. Mais cette méthode aurait pu conduire à un biais de prévarication, les réponses ayant pu être suggérées ou influencées par l'enquêteur ; voire aurait pu conduire à un effet Hawthorne : les patients se sachant observés, leurs comportements auraient pu changer.

Concernant la méthode de recueil des données, les questions fermées proposées ne permettent pas de faire clarifier secondairement une réponse. Le recueil d'information risquant d'être insuffisant, cela constitue un biais méthodologique.

Le recueil des données s'étant déroulé du 14/11 au 19/12/16, le nombre de patients consultant au sein des MSP a été certainement plus important qu'à une autre période de l'année, la période d'étude ayant pu alors provoquer un biais méthodologique.

Le réseau Sentinelles permet de visualiser un pic de diarrhées aiguës au cours des cinq semaines de l'étude, ainsi qu'une augmentation progressive des syndromes grippaux (35). Les patients atteints d'une maladie chronique et consultants de manière régulière ont pu être sous-représentés au regard des nombreuses consultations d'autres patients en cette période épidémique.

Le taux de réponse a été très variable d'une structure à l'autre (allant de 17,5% à 94,4%), à l'origine d'un biais de sélection. Cela peut s'expliquer par les différents modes de distribution des questionnaires en fonction des types de locaux rencontrés, de leurs différences de fonctionnement, ou de la motivation variable du personnel.

Dans certaines MSP l'étude était annoncée par une secrétaire à l'arrivée du patient, dans d'autres il n'existait que l'affiche de présentation et l'urne de recueil, disposées en salle d'attente.

Dans le travail de thèse du Dr Sigillo-Jendoubi, ces deux modes de distribution des questionnaires ont été testés. Le taux de réponse était de 28% lorsque les questionnaires étaient déposés sur une table avec des stylos à disposition et des affichettes explicatives, contre 77% lorsqu'ils étaient distribués par les secrétaires (36).

V. Conclusion

Cette étude a permis de connaître, à grande échelle, la représentation qu'ont les patients sur leurs soins, et d'évaluer leur ressenti sur l'accès aux soins apporté par les MSP en Meuse. Cette évaluation permettra d'amorcer une démarche qualité au sein de ces MSP dans le cadre de leur création et leur développement, en apportant des pistes d'amélioration pour la prise en charge des patients.

L'enquête souligne la satisfaction des patients consultant en MSP, qui recommandent à leurs proches d'être suivis dans ce type de structure.

Les patients voient dans les MSP une amélioration de la qualité des soins, en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Ils y voient également une meilleure organisation entre les professionnels, une continuité des soins effective, et un atout dans la lutte contre le manque de médecins.

Pour les usagers, il est important que les collectivités aident financièrement ce type de structure, y compris pour ceux qui ne connaissaient pas les modes de financement des MSP.

Certains points perfectibles ont été identifiés, comme la mise en place de plus d'informations médicales en salle d'attente. Notre étude permet une réflexion sur d'autres modes de prévention disponibles : vidéos sur écrans, envoi de courrier ou de mails pour rappeler les examens de prévention ou de vaccination par exemple. Les patients étant de plus en plus acteurs de leur prise en charge, ils sont demandeurs de plus d'informations.

La place des usagers dans le système de santé est en pleine réflexion.

Les interrogés semblent motivés pour faire partie d'une association de patients, ce qui permettrait de les faire participer aux projets de soins afin de mieux prendre en compte les problèmes de santé de la population locale. Des pistes pour la création de telles associations sont avancées.

Cette étude aide à impulser une démarche qualité au sein des structures pluri professionnelles de Meuse, en y apportant des pistes d'amélioration, et en évoquant la possibilité d'intégrer les patients en tant que véritables acteurs des projets de soins en vue d'une démocratie en santé de proximité.

Cette approche paraît indispensable pour lutter contre les inégalités de santé et il serait utile d'amorcer la création de telles associations d'usagers au cœur des MSP meusienne.

VI. Bibliographie

1. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juillet, 2009.
2. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pacte territoire santé - Grands dossiers, 2012. [Internet]. [cité 10 mai 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pacte-territoire-sante/>
3. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S. Communiqués de presse. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux - IRDES Question d'économie de la santé, septembre 2013, n°190, 8p. [cité 10 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/presse/communiques/103-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.htm>
4. Brutel C, Levy D. Le nouveau zonage en bassins de vie 2012: trois quarts des bassins de vie sont des ruraux. INSEE Première, 2012, n°1425, 4p.
5. CGET Commissariat Général à l'Égalité des Territoires. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. Novembre 2015, 19p [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cget.gouv.fr/etude-caracterisation-territoires-tension-linstallation-jeunes-medecins>
6. Insee, Préfecture de la Meuse. Etudes : publication d'une Ecoscopie de la Meuse - Les services de l'État de la Meuse. Insee Dossier Lorraine, mai 2015, n°1, p5, pp19-20, 56p [Internet]. [cité 10 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.meuse.gouv.fr/Actualites/Etudes-publication-d-une-Ecoscopie-de-la-Meuse#>
7. HAS Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. mai 2015, 8p [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2040151
8. Vuattoux P. (dir), Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Petit guide de la participation en santé de proximité. mars 2015, 89p [Internet]. Disponible sur: <http://www.femasac.fr/telechargements/file/89-le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite-femasac-ffmps.html>
9. Haute Autorité de Santé - IPAQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction des patients hospitalisés [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2030354/fr/ipaqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises
10. ARS Agences Régionales de Santé. CartoSanté: Portrait Meuse [Internet]. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: http://cartosante.atlasante.fr/GC_preport.php?lang=fr&s=139&view=map5&id_rep=r02&sellId0=55&nivgeo=dep

11. Calculateur de taille d'échantillon [Internet]. CheckMarket. 2011 [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <https://fr.checkmarket.com/calculateur-taille-echantillon/>
12. Perrine NAVEL. Perception, par les usagers, de l'offre de soins primaires d'un pôle de santé pluri professionnel en milieu rural. L'exemple du pôle de santé de Vigneulles lès Hattonchâtel. -130p; Th.D: Médecine Générale: Nancy: 2015.
13. HAS Haute Autorité de Santé. Matrice de maturité en soins primaires - Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires, 2014, 5p [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires
14. Bornand L. Etude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales. -43p; Th. D: Médecine Générale: Grenoble: 2012 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757547>
15. Buffet S. Création d'un comité de représentants des usagers d'une maison de santé pluridisciplinaire: la parole aux usagers. - 133p; Th. D: Médecine Générale: Besançon: 2013 [Internet]. [cité 10 mai 2016]. Disponible sur: <http://crge-fc.org/TheseSophieBuffet.pdf>
16. Stata Statistical Software: Release 14 [computer program]. College Station, TX: StataCorp, LP; 2015.
17. Stanislas WIART. Évaluation de la satisfaction des usagers du pôle santé de Renaze deux ans après son ouverture. -86p; Th. D: Médecine Générale: Angers: 2013 [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096540/2013MCEM1496/fichier/1496F.pdf>
18. Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Santé Publique, 2009, n°hs1, pp79-90.
19. Durand G. Les maisons de santé: beaucoup de bruit... pour quelque chose. Prescrire la revue, 2012, n°346, pp614-619.
20. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pacte territoire santé 2, 2015. [Internet]. [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
21. Mousquès J, Bourgueil Y, IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012, Les rapports de l'IRDES, 2014, 157p [Internet]. Disponible sur: www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf
22. CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 7 août 2017]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#s=2010_2017;f=23;i=qualif_evol.var_qualif;sly=a_dep_DR;v=map2;sid=55;l=fr

23. 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 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/files/Cahier-des-charges.pdf>
24. CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins, Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2016, pp195-204.
25. Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé, Devictor B, Rusch E. Conférence Nationale de Santé. Rapport 2012 sur les droits des usagers: Réduire les inégalités d'accès à la santé ... en renforçant la participation des usagers. Adopté en Assemblée plénière, le 02.04.13, p2 [Internet]. [cité 16 juill 2017]. Disponible sur: www.leciss.org/sites/default/files/rapp_droits_usagers_cns_2012.pdf
26. Cossard L, Goloko O, Millois H, Petit F, Thomas S, Delecroix S, et al. L'exercice regroupé pluri-professionnel de 1er recours : En quoi l'implication des usagers participe au développement de ces exercices pluri-professionnels ? 2015, EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Module interprofessionnel de Santé Publique, groupe n°11, 56p.
27. Prescrire. Participation d'usagers à la maison de santé Saint-Claude (Besançon), Prescrire la revue, 2016, n°396, pp781-783.
28. République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 96. 2016-41 janv 26, 2016.
29. Insee. Âge moyen et âge médian de la population en 2017; Insee: janv 2017 [Internet]. [cité 18 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
30. Jusqu'à quel âge vit-on en bonne santé en Europe?; Inserm: Avr 2012 [Internet]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/jusqu-a-quel-age-vit-on-en-bonne-sante-en-europe>
31. Évolution et structure de la population en 2013. Dossier complet—Département de la Meuse (55): Insee, mai 2017 [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-55#chiffre-cle-2>
32. Emilie THOUNY. Satisfaction des patients consultant un médecin généraliste aux centres de santé pluridisciplinaires de la ville de Gennevilliers. -90p; Th.D: Médecine Générale: Paris 7: 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3826_THOUNY_these.pdf
33. Sandrine MBEMBA LEPILLER. Evaluation de la satisfaction des patients de Médecine Générale dans deux maisons de santé pluriprofessionnelles loirétaines. -96p; Th. D: Médecine Générale: Tours: 2015 [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2015_Medecine_LepillerMbembaSandrine.pdf
34. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE Première, 2002, n°869, 4p.

35. Réseau Sentinelles, INSERM/UPMC. <http://www.sentiweb.fr> [Internet]. [cité 21 juin 2017]. Disponible sur: <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=carte>
36. Karine SIGILLO JENDOUBI. Aide à la démarche qualité des maisons de santé à travers une enquête de satisfaction des patients (à propos d'une enquête comparant deux maisons de santé en Franche-Comté). -215p; Th. D: Médecine Générale: Besançon: 2008.

C) Conclusion

Notre étude a permis d'évaluer la représentation qu'ont les usagers sur les soins prodigués dans les MSP meusiennes. L'enquête concerne les principaux intéressés par le nouveau mode de fonctionnement des soins de santé primaire qu'apportent ces MSP : les patients.

Ce retour rendu possible par notre questionnaire est essentiel pour intégrer leurs avis, leurs ressentis, leurs intérêts pour la création et le fonctionnement des structures.

Le tout permettra d'améliorer les prises en charge, et d'avancer dans une recherche de démocratie en santé de proximité.

Les résultats obtenus confirment que les usagers sont satisfaits des MSP d'une manière globale.

Les principaux objectifs recherchés par la création des maisons et pôles de santé sont remarqués et soulignés par les réponses: amélioration de l'accès aux soins, amélioration de la coordination et de la qualité des prises en charge, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Les patients trouvent que la création de ce type de structure est essentielle pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins, en particulier dans les territoires ruraux.

Ils sont demandeurs de plus de documents d'informations et de prévention, et notre travail apporte des pistes afin d'en proposer de nouvelles sources.

Ils pensent que la création d'une association de patients permettrait de mieux prendre en compte les problèmes de santé de la population concernée, ce qui est spécifiquement recherché par les projets de soins des soignants, qui se doivent d'être compatible avec le projet régional de santé.

Avec un tiers de nos questionnés qui se disent prêts à faire partie d'une telle association, une voie vers la création de comités d'usagers est ouverte pour les MSP de Meuse.

Au moment de la mise en place de l'enquête, aucun refus n'a été signalé lors des demandes de participation à l'étude. Il existait une motivation et un intérêt importants de la part des différents pharmaciens et médecins contactés.

Quelques difficultés ont toutefois été rencontrées lors du recueil des données, notamment liées aux différences de fonctionnement et aux types de locaux rencontrés.

L'agencement des pièces, la présence d'une secrétaire sur place, les particularités du recueil des questionnaires en pharmacie ont contribué au taux de réponse si variable d'une structure à l'autre (allant de 17,5% à 94,4%). En MSP ou en pharmacie, la présentation de l'étude se faisait sur la base du volontariat, dépendant de la motivation du personnel.

En pharmacie il existait un nombre de questionnaires non recueillis plus important, où un bon nombre de patients ont préféré apporter le questionnaire chez eux afin d'y répondre, avec ensuite un oubli de remise dans l'urne.

D'un point de vue personnel, ce travail m'a apporté des connaissances approfondies sur le mode de fonctionnement des MSP, m'a permis de connaître les intérêts d'une prise en charge pluri professionnelle en ambulatoire pour les patients, et de savoir que pour la grande majorité ils en sont satisfaits.

Ces nouvelles connaissances influenceront probablement mon futur mode d'exercice, avec cette envie d'apporter une amélioration dans l'accès et la qualité des soins, idéalement en créant une MSP en zone déficitaire ou fragile.

D) Bibliographie

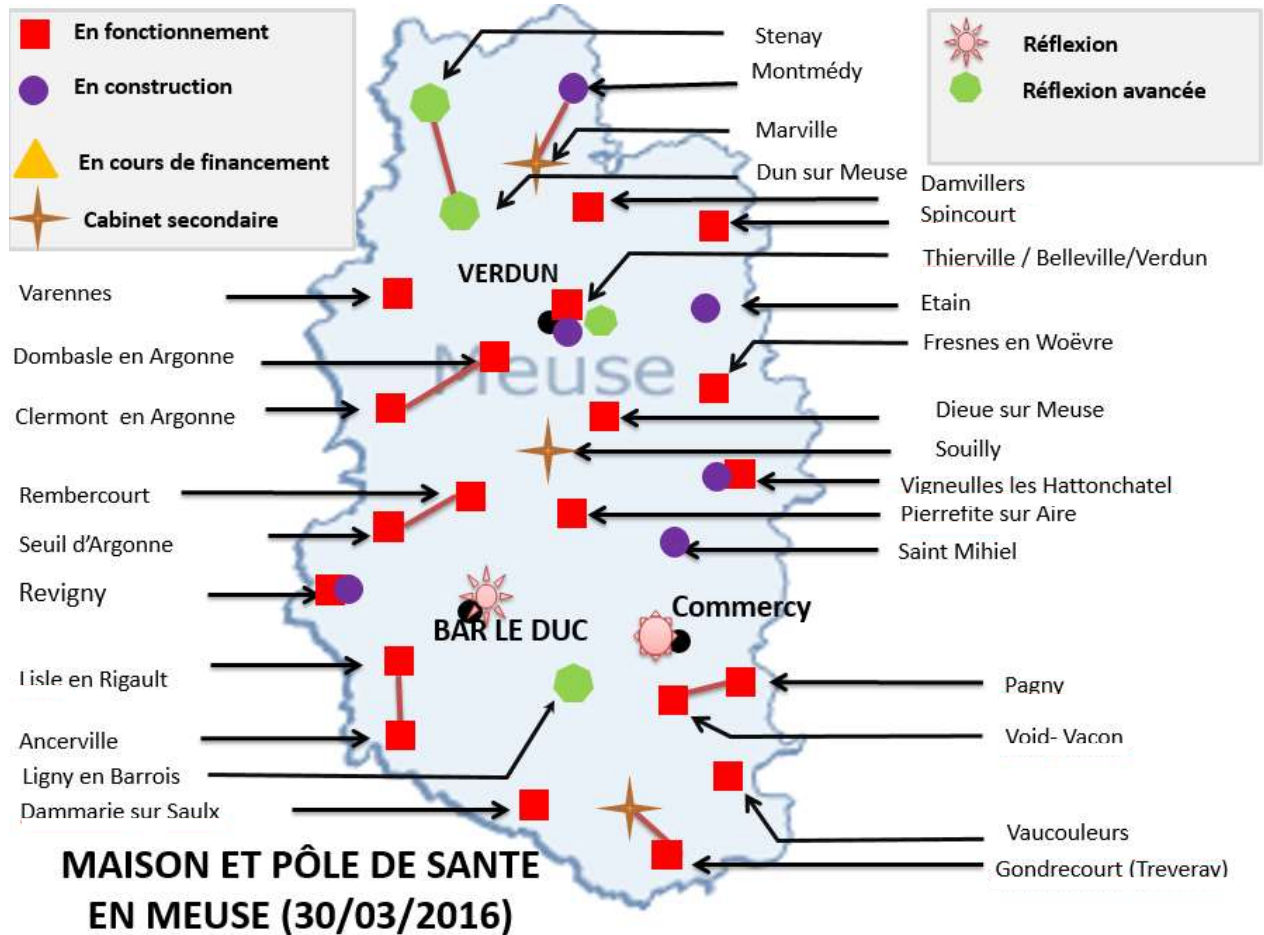
1. Barber Ryan M et al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, Volume 390, Issue 10091, pp 231-266. Disponible sur: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30818-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30818-8/fulltext)
2. République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
3. DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2015 [Internet]. Disponible sur: drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
4. DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017, pp63-67.
5. CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 7 août 2017]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#s=2010_2017;f=23;i=qualif_evol.var_qualif;sly=a_dep_DR;v=map2;sid=55;l=fr
6. Hubert E. Rapport du Docteur Elisabeth HUBERT : mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris, 2010 [Internet]. Disponible sur: www.annuaire-secu.com/pdf/rapport_hubert.pdf
7. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, juin 2013, Volume 61, n°3, pp 193-198. [cité 19 août 2017]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002095>
8. République Française. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
9. République Française. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
10. Fougère L. Rapport de la commission chargée de l'étude des problèmes relatifs à la formation du médecin généraliste et à sa promotion, avril 1975.
11. République Française. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. 82-1098 décembre, 1982.
12. République Française. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

13. DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats, mars 2017, n° 1006. [cité 23 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/en-bref-04-cget-09-2015.pdf>
14. République Française. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
15. République Française. Code de la santé publique - Article L6321-1. Code de la santé publique.
16. direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
17. République Française, Ministère des Solidarités et de la Santé. Les centres de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 13 sept 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/poles-maisons-et-centres-de-sante/article/les-centres-de-sante>
18. République Française. Code de la santé publique - - Article L6323-3. Code de la santé publique.
19. République Française. Code de la santé publique - Article L1434-2. Code de la santé publique.
20. République Française, Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET). Maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 13 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.cget.gouv.fr/taxonomy/term/5133>
21. République Française. Code de la santé publique - Article L6323-4. Code de la santé publique.
22. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S. Communiqués de presse. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux - IRDES Question d'économie de la santé, septembre 2013, n°190, 8p. [cité 10 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/presse/communiques/103-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.htm>
23. Mousquès J, Bourgueil Y, IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012, Les rapports de l'IRDES, 2014, 157p [Internet]. Disponible sur: www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf
24. Agence Régionale de Santé. Le fonds d'intervention régional [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/index.php/le-fonds-dintervention-regional>
25. République Française. LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015. 2014-1554 décembre, 2014.

26. République Française. Code de la santé publique - Article L4041-1. Code de la santé publique.
27. République Française. Code de la santé publique - Article L4041-2. Code de la santé publique.
28. Insee, Préfecture de la Meuse. Etudes : publication d'une Ecoscopie de la Meuse - Les services de l'État de la Meuse. Insee Dossier Lorraine, mai 2015, n°1, p10, 56p [Internet]. Disponible sur: <http://www.meuse.gouv.fr/Actualites/Etudes-publication-d-une-Ecoscopie-de-la-Meuse#>
29. Insee. Comparateur de territoires. Département de la Meuse [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-55+FRANCE-1>
30. République Française. Code de la santé publique - Article L1114-1. Code de la santé publique.
31. Buffet S. Création d'un comité de représentants des usagers d'une maison de santé pluridisciplinaire: la parole aux usagers. - 133p; Th. D: Médecine Générale: Besançon: 2013 [Internet]. [cité 10 mai 2016]. Disponible sur: <http://crge-fc.org/TheseSophieBuffet.pdf>
32. Perrine NAVEL. Perception, par les usagers, de l'offre de soins primaires d'un pôle de santé pluri professionnel en milieu rural. L'exemple du pôle de santé de Vigneulles lès Hattonchâtel. -130p; Th.D: Médecine Générale: Nancy: 2015.

E) ANNEXES

1) Annexe 1 : Carte des maisons et pôles de santé en Meuse (30/03/2016)



2) Annexe 2 : Questionnaire

ENQUETE DE SATISFACTION ANONYME

Dans le cadre d'une enquête sur les pôles et maisons de santé du département, nous souhaitons recueillir votre avis, en tant que patient et usager de ces structures.

Il s'agit d'un questionnaire strictement **anonyme**.

Il vous faudra **environ 5 minutes** pour y répondre.

Les résultats nous permettront d'avoir le ressenti et le retour des usagers des différentes maisons et pôles de santé du territoire meusien.

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

Veillez déposer vos questionnaires remplis dans l'urne mise à votre disposition.



	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Accès et continuité des soins					
Les locaux et l'agencement de la Maison de Santé sont agréables					
Le secrétariat commun est efficace					
Les horaires d'ouverture de la Maison de Santé sont appropriés					
Il est facile d'obtenir un rendez-vous en urgence dans la journée					
La Maison de Santé permet de consulter des spécialistes sur place					
La Maison de Santé permet de lutter contre le manque de médecins					
Travail en équipe					
La présence de plusieurs professionnels de santé (médecins, pharmaciens, kinés, infirmiers, etc...) améliore la qualité des soins					
La Maison de Santé permet une meilleure organisation entre ces professionnels					
La Maison de Santé permet une meilleure communication avec les professionnels de l'hôpital					
Prévention et information					
Vous recevez suffisamment d'informations sur vos problèmes de santé de la part des professionnels					
Vous avez accès à des documents d'information et de prévention					
Partage des données					
Vous êtes d'accord pour que tous les professionnels de santé aient accès à votre dossier médical					
Vous êtes d'accord pour que ces professionnels discutent de votre état de santé au cours d'une réunion					

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Etudiants de santé					
L'accueil d'étudiants au sein de la structure permettra de lutter contre le manque de médecin					
Vos soins sont adaptés lorsque vous êtes pris en charge par l'étudiant, même en l'absence du médecin habituel					
La place des patients					
Intégrer une association de patients à la Maison de Santé permettrait de mieux prendre en compte les problèmes de santé de la population					
Vous êtes prêts à faire partie d'une association de patients					

	Oui	Non
Etes-vous suivi par un médecin généraliste de la Maison de Santé		
Consultez-vous un autre professionnel de la maison ou pôle de santé? (infirmière, kiné, dentiste, pédicure, etc...)		
Si oui le ou lesquels		

	Oui	Non	Ne sait pas
Etes-vous atteint d'une ALD (Affection Longue Durée) ou d'une maladie chronique qui nécessite un suivi régulier ou la prise de médicaments tous les jours			
Si oui , pensez-vous que votre pathologie est mieux prise en charge par une équipe composée de plusieurs professions de la santé			

	Oui	Non	Ne sait pas
Etes-vous bénéficiaire de la CMU ou de l'ACS (Couverture Maladie Universelle ou Aide à la Complémentaire Santé)?			

	Oui	Non
Votre famille consulte-t-elle dans cette Maison de Santé ?		
Si oui, quel(s) membre(s)?		

	Oui	Non
Recommanderiez-vous à vos proches de consulter dans une Maison de Santé?		

	Oui	Non	Ne sait pas			
Pensez-vous que de la Maison de Santé a été financée notamment par de l'argent publique?						
Si oui, par quelle(s) structure(s) selon vous?	Europe <input type="checkbox"/>	Etat <input type="checkbox"/>	Région Conseil régional <input type="checkbox"/>	Département Conseil général <input type="checkbox"/>	Commune Ou Communauté de Communes <input type="checkbox"/>	ARS Agence Régionale de Santé <input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Ne sait pas			
Trouvez-vous important que les collectivités aident financièrement ce type de structure?						

A propos de vous	Entourez la réponse qui vous concerne				
Vous êtes:	Un homme		Une femme		
Votre code postal de résidence:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Votre âge: ans				
Vous êtes:	Célibataire	En couple	Marié(e)/Pacsé(e)	Divorcé(e)	Veuve/veuf
Quelle est votre profession:	Etudiant(e)		A la recherche d'un emploi	Actif	Retraité

Merci pour votre participation

3) Annexe 3 : Affiche de présentation du projet

ENQUETE DE SATISFACTION ANONYME

Dans le cadre d'une enquête sur les pôles et maisons de santé du département, nous souhaitons recueillir votre avis, en tant que patient(e) et usager(ère) de ces structures.

Des questionnaires de satisfaction seront disponibles à partir du **15 novembre 2016** au sein de votre structure.

Il vous faudra **environ 5 minutes** pour y répondre.

Il s'agit d'un questionnaire strictement **anonyme**.

Les résultats nous permettront d'avoir le ressenti et le retour des usagers des différentes maisons et pôles de santé du territoire meusien.

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

Veuillez déposer vos feuillets remplis dans l'urne mise à votre disposition.



4) Annexe 4 : Fiche urne

ENQUETE DE SATISFACTION ANONYME

Merci de bien vouloir déposer vos questionnaires remplis dans cette urne



VU
NANCY, le **04 juillet 2017**
Le Président de Thèse

NANCY, le **05 juillet 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9917
NANCY, le **17 juillet 2017**
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : L'accès aux soins pour tous est un enjeu de santé publique majeur en France. Les zones rurales sont les plus touchées par la baisse de l'offre de soins.

La création de maisons de santé pluri professionnelles (MSP) apporte une solution cohérente. On y trouve un nouveau mode d'exercice des soins primaires : un travail collégial des intervenants, des soins centrés sur le patient.

En vue de leur création et amélioration, le recueil de l'avis et de la satisfaction des patients usagers est essentiel.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la perception qu'ont les usagers sur les soins dispensés en MSP. L'objectif secondaire était d'évaluer leur niveau de connaissance et leur ressenti sur le mode de fonctionnement de ces structures.

Méthodes : Une étude transversale par auto-questionnaire a été menée du 14 novembre au 19 décembre 2016. Le questionnaire a été élaboré et diffusé dans l'ensemble des MSP de Meuse, département rural du Grand Est déficitaire en offre de soins, pour étude quantitative.

Résultats : Les données de 1 005 questionnaires ont pu être exploitées sur les 2 080 distribués (48,3%). L'enquête a souligné une satisfaction globale des patients, notamment en termes d'amélioration de la qualité des soins, en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Les interrogés remarquent une organisation entre professionnels et une continuité des soins améliorées, et un atout dans la lutte contre le manque de médecins.

Intégrer une association de patients aux MSP permettrait de mieux prendre en compte les problèmes de santé de la population, et certains patients seraient prêts à en faire partie.

Conclusion : La nouvelle organisation des soins apportée par les MSP semble satisfaire les usagers. Leur place dans le système de santé est en pleine réflexion. Leur participation aux projets de soins pourrait permettre le développement de la démocratie sanitaire de proximité en Meuse.

TITRE EN ANGLAIS

PATIENT'S PERCEPTION OF PRIMARY CARE IN COMMUNITY HEALTH CENTERS
SURVEY BY QUESTIONNAIRES IN MEUSE

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLES : Perception, usagers, soins primaires, maison de santé pluri professionnelle, Meuse

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
