

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 9 Décembre 2013 à Poitiers

par Philippe MIGNE

Avantages à exercer la médecine générale en maison ou pôle de santé

Composition du Jury

Président :

- Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres :

- Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
- Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK
- Monsieur le Docteur Stéphane BOUGES

Directeurs de thèse :

- Monsieur le Docteur Patrice FRANCOIS
- Monsieur le Docteur François BIRAULT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Pascal ROBLOT, Professeur des Universités - Praticien hospitalier

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail et de votre disponibilité. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et tout mon respect.

Au Professeur Jean-Louis SENON, Professeur des Universités - Praticien hospitalier

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

Au Docteur Eric BEN-BRIK, Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

Au Docteur Stéphane BOUGES

Vous avez accepté de participer à ce jury. Veuillez recevoir le témoignage de ma profonde considération et de ma gratitude.

Au Docteur Patrice FRANCOIS

Tu m'as fait découvrir les maisons de santé, tu m'as fait l'honneur d'accepter de travailler sur ce sujet et tu m'as aidé à le mener à bien. Tu as surtout contribué à faire de moi le médecin que je suis. Reçois mes sincères remerciements et toute mon estime.

Au Docteur François BIRAULT, Maître de conférences associé de médecine générale

Vous avez accepté de participer à ce jury et avez collaboré à ce travail. Vous m'avez toujours donné de pertinents conseils et avez su m'apporter une précieuse aide. Je vous remercie de me faire l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma profonde considération et de ma gratitude.

Aux médecins qui ont bien voulu participer à cette enquête, veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

A tous les médecins que j'ai rencontrés au long de mon cursus, qui ont nourri mon enthousiasme pour ce métier : le docteur AUDIER, le Docteur PAVLOVIC, le Docteur FANTINO, le docteur ADI, le Docteur TROLLER et tous leurs collègues.

A tous les professionnels de santé que j'ai rencontrés au cours de ma formation et de ma vie professionnelle, qui m'ont permis de comprendre quel médecin je voulais devenir et quelle médecine je voulais pratiquer.

A Pascal CHAUVET, pour son enthousiasme, ses encouragements et son aide apportés à ce projet.

A tous les membres du pôle de santé d'AULNAY DE SAINTONGE, qui ont su me faire découvrir et aimer ce mode d'exercice (les deux Isabelle, Jean Michel, Caroline et tous les autres...).

A mon père, qui m'a fait aimer ce métier dès mon enfance. Grâce à ta patience, tu as su m'accompagner et me faire réciter mes cours de médecine. A tous nos moments passés et à venir au bord de l'eau.

A ma mère, pour ta présence sans faille, ton soutien, ton amour et notre gourmandise partagée...

A Iseline, pour tout ce que nous avons partagé, partageons et partagerons, pour le bonheur et l'amour que tu me procures, pour ta présence, ton soutien, tes encouragements, ta patience.

A la famille TOUCAS-BOUTEAU, pour leur accueil chaleureux.

A Adrien, Marc, Pierre, Orane, Mathieu et Benjamin pour tous ces moments passés à l'hôpital et en dehors... et pour tous ceux à venir...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	8
QUELQUES ELEMENTS SUR LES MAISONS ET POLES DE SANTE.....	9
1. Définitions.....	9
2. Historique et cadre légal.....	10
MATERIEL ET METHODES.....	12
1. Le choix d’une approche qualitative par entretiens semi-directifs.....	12
2. Organisation des entretiens semi-directifs.....	13
2.1. Le lieu.....	13
2.2. Le déroulement.....	13
2.3. Le guide d’entretien.....	13
2.4. La retranscription	14
3. Identification et sélection des acteurs interviewés	15
4. Caractéristiques des participants à l’enquête.....	15
5. Méthode d’analyse des données	17
RESULTATS.....	18
1. Généralités sur l’étude et caractéristiques du corpus.....	18
1.1 Données générales des entretiens	18
1.1.1 Population étudiée.....	18
1.1.2 Durée des entretiens	18
1.1.3 Lieu	18
1.1.4 Perturbation du déroulé des entretiens	19
1.2 Caractéristiques du corpus.....	19
1.2.1 Sexe.....	19
1.2.2 Situation familiale	19
1.2.3 Âge.....	19
1.2.4 Lieu d’exercice.....	19
1.2.5 Mode d’exercice.....	20
1.2.6 Nombres d’heures de travail par semaine en maison ou pôle de santé	21
1.2.7 Nombre de semaines de congés par an.....	21
1.3 Présentation des caractéristiques des différentes maisons ou pôles de santé au sein desquels travaillent les médecins interviewés	22

2. Etude qualitative des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes : Résultats et analyse des relevés thématiques des entretiens	25
2.1 Les avantages à exercer en maison de santé pour les médecins généralistes.....	25
2.1.1 Meilleures conditions de travail.....	25
2.1.2 Meilleure qualité des soins.....	33
2.1.2 Meilleure qualité de vie.....	41
2.1.3 Autres avantages à exercer en maison ou pôle de santé	43
En résumé : Les avantages à exercer en maison ou pôle de santé	47
2.3 Les difficultés et inconvénients à exercer en maison ou pôle de santé.....	48
2.3.1 Lourdeur administrative.....	48
2.2.2 Les conditions de travail	50
2.2.3 Difficultés à travailler en groupe.....	51
2.2.4 Incompréhension et agressivité initiale de certains patients.....	51
En résumé : Les difficultés et inconvénients à exercer en maisons ou pôle de santé	52
 DISCUSSION	 53
1. Les limites méthodologiques de l'étude	53
1.1 L'étude qualitative.....	53
1.2 Critères de validité	53
2. Discussion des résultats de l'étude	57
2.1 Synthèse des résultats.....	57
2.2 Maison de santé versus cabinet de groupe.....	57
2.3 Avantage ou inconvénient ?	57
2.4 Ce qui n'a pas été mis en évidence par notre étude	59
2.5 Travailler en maison de santé : être meilleur médecin généraliste ?	61
3. Perspectives d'avenir	64
3.1 Perspectives d'avenir pour les médecins	64
3.1.1 Les expériences étrangères.....	64
3.1.2 Perspectives d'avenir en France pour les médecins	65
3.2 Perspectives d'avenir pour les patients.....	66
 CONCLUSION	 68
 BIBLIOGRAPHIE.....	 69
 ANNEXES.....	 73
 RESUME	 156
 SERMENT D'HIPPOCRATE	 157

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les médecins généralistes sont confrontés à de nouveaux défis : maintenir la qualité des soins de premier recours, respecter le principe d'autonomie des usagers, faire face à des déserts médicaux de plus en plus nombreux, rendre plus accessible les soins aux personnes en situation de précarité, optimiser les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques ou complexes, mieux prendre en charge les pathologies liées au vieillissement, etc. La médecine générale doit aussi répondre aux exigences des nouvelles générations de médecins, plus demandeurs que leurs aînés sur les questions de qualité de vie. De nouveaux modèles de soins et de compétences sont nécessaires.

L'émergence et le développement de nouvelles structures comme les maisons de santé ou les pôles de santé pluri-professionnels pourraient permettre de répondre à cette double exigence : l'évolution de la société quant aux problèmes de Santé, la volonté des professionnels médicaux d'exercer leur métier autrement.

Les maisons ou pôles de santé sont construits pour répondre à des problématiques de santé publique spécifiques d'un territoire ou d'une population, pour privilégier une prise en charge globale des patients pour qui l'accès aux soins est souvent étroitement dépendant de problématiques sociales, pour mutualiser les moyens matériels et humains afin d'étoffer l'offre de soins d'un territoire, pour proposer des modes d'exercice plus attractifs pour des professionnels libéraux traditionnellement isolés dans leurs pratiques et limités par des contraintes structurelles. Les politiques de santé publique se positionnent de plus en plus favorablement sur cette forme d'exercice.

Cependant, ceci soulève un certain nombre de questions. L'attractivité de ces structures est-elle bien réelle pour les professionnels ? Quelle différence avec l'exercice libéral en cabinet, parfois en cabinet de groupe ? Quels avantages à exercer en maison ou pôle de santé pour les médecins généralistes ?

Le but de cette thèse est d'étudier les avantages à exercer dans une maison de santé pluridisciplinaire ou pôle de santé pour les médecins généralistes. Nous avons réalisé une enquête qualitative à partir d'entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes travaillant en maison ou en pôle de santé. Nous analyserons les avantages apportés aux médecins généralistes par ces nouveaux dispositifs, ainsi que les difficultés qu'ils peuvent éventuellement engendrer.

QUELQUES ELEMENTS SUR LES MAISONS ET POLES DE SANTE

1. Définitions

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de définir certains termes : maison médicale, maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, maison médicale de garde et réseau de santé.
(1) (2)

Maison médicale :

Une maison médicale est un lieu d'exercice qui regroupe plusieurs professionnels de santé, du premier ou du second recours (généralistes, spécialistes, autres professionnels de santé), dans les mêmes murs. Cette appellation ne présume ni du type de professionnels y exerçant, ni de la mise en commun d'objectifs ou de moyens.

Maison de santé ou maison de santé pluridisciplinaire/pluri-professionnelle :

Une maison de santé est un lieu d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels de santé libéraux du premier recours : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, diététiciens et éventuellement travailleurs sociaux, unis par une charte, un projet de santé et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients.

Selon l'article L. 6323-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2011-940 du 10 Août 2011, « la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1432-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. » (3)

Le terme « pluri-professionnelle » qui illustre la collaboration entre plusieurs professionnels des soins de premier recours est aujourd'hui préféré à « pluridisciplinaire » qui évoque plutôt la présence de médecins de différentes spécialités (ou discipline).

Pôle de santé :

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (art. 40), l'article L.6323-4 du code de la santé publique définit les pôles de santé ainsi : « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.» (4) (5)

Dans les faits, l'appellation "pôle de santé" correspond le plus souvent à des organisations de type maison de santé s'inscrivant dans une logique "hors murs" et ayant choisi la dénomination pôle de santé pour des questions de visibilité.

2. Historique et cadre légal

C'est à partir de 2006 que l'expression « maison de santé » est de plus en plus utilisée. Dans ces nouvelles maisons de santé, les médecins souhaitent développer un travail coordonné entre professionnels du premier recours afin de mieux prendre en charge la santé de la population. L'appellation est encouragée par un groupe de travail de la Haute Autorité de Santé sur l'exercice coordonné et protocolé mené en 2007.

Peu après, cette dénomination est inscrite dans le code de la santé publique, article L.6323-3 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007). L'article 44 de la loi donne la possibilité de lancer des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (NMR) dans les maisons de santé.

En février 2008, la Ministre de la Santé annonce une aide à cent maisons de santé. Un cahier des charges est alors établi. La maison de santé doit compter au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel ; elle doit être le lieu principal de l'activité de soins ; les moyens doivent être mutualisés ; l'exercice doit être coordonné ; le projet commun doit réfléchir les modalités de garantie d'accès aux soins ; il doit comporter un engagement pour un système d'information moderne et un engagement dans la formation des étudiants. (1)

La loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, donne une nouvelle définition réglementaire des maisons de santé inscrite désormais dans le code de santé publique. L'article L. 6323-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2011-940 du 10 Aout 2011, a été cité précédemment. (3)

Ces nouveaux concepts d'organisation des soins suscitent un réel engouement de la part des professionnels de santé, des élus, voire même des usagers.

Actuellement, il existe environ 400 maisons de santé en France (dont 16 en Poitou-Charentes) et plus de 1000 projets. (4) (6)

MATERIEL ET METHODES

1. Le choix d'une approche qualitative par entretiens semi-directifs

La recherche qualitative est une recherche dont les problématiques et les méthodes ont été essentiellement développées par les sciences humaines et sociales. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Elle analyse des informations non numériques (paroles, actions, idées, représentations, ressentis, etc.) pour explorer et comprendre des comportements humains complexes. (7) (8) (9)

En étude qualitative, l'objectif n'est pas d'avoir une perception moyenne de la population, mais d'obtenir un échantillon le plus varié possible de personnes qui ont vécu une expérience particulière par rapport à la question à étudier, puis d'en synthétiser les idées. (7)

Nous avons utilisé une approche qualitative pour appréhender au mieux les perceptions, les motivations et le vécu des acteurs travaillant en maison ou en pôle de santé, et tenter ainsi de comprendre les problématiques générales qui s'en dégagent. A partir d'un corpus de données qualitatives, nous avons cherché à dégager un sens commun, c'est-à-dire à mettre en évidence les avantages à exercer en maison de santé pour les médecins généralistes interrogés. L'analyse du corpus a permis également d'identifier certains inconvénients.

Il existe quatre étapes dans la recherche qualitative : le recueil des données, la retranscription, la classification et l'élaboration des concepts et hypothèses. Différentes méthodes de recueil de données peuvent être utilisées. Les méthodes de recueil peuvent être schématiquement classées en deux groupes : l'observation directe et l'entretien.

L'entretien est dit individuel directif lorsqu'il a lieu en face à face en utilisant un questionnaire structuré. Il est qualifié d'individuel semi-directif lorsqu'il repose sur l'utilisation d'une série de questions ouvertes. L'enquêteur possède un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le champ à étudier, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ni lui couper la parole. L'enquête par entretien se caractérise par un contact direct entre l'enquêteur et ses interlocuteurs. (10)

Les entretiens doivent toujours être enregistrés. L'enregistrement permet de dépasser les impressions laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants et qui ne correspondent pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit.

L'enregistrement donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé et permet une analyse des données plus fiable et plus facile. (10)

Compte tenu de nos moyens d'investigation et du temps imparti pour mener notre enquête, nous avons fait le choix de réaliser une série d'entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes travaillant en maison ou pôle de santé en France.

La question de recherche posée dans cette étude est la suivante : Quels sont les avantages, pour les médecins généralistes, à exercer dans une maison ou pôle de santé ?

L'objectif principal est d'identifier les avantages rapportés par les médecins généralistes à travailler en maison ou pôle de santé. L'objectif secondaire est d'identifier les inconvénients rapportés par les médecins généralistes.

2. Organisation des entretiens semi-directifs

2.1. Le lieu

Les entretiens ont eu lieu selon la disponibilité des participants, aux heures et lieux de leur choix, afin qu'ils se sentent à l'aise au cours de l'échange. La majorité des entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail des médecins généralistes, quelques-uns au domicile des médecins, à leur demande.

2.2. Le déroulement

Les entretiens duraient environ 30 minutes. Ils étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement construit. Les thèmes étaient introduits à l'aide de questions courtes. Tous ces entretiens ont été enregistrés après accord des interviewés pour faciliter la retranscription. Ils étaient menés pour la plupart en face-à-face, pour certains par l'intermédiaire d'outils de télécommunication et d'échange (programme Skype ou entretien téléphonique avec haut-parleur) à la demande des interviewés. (11) En effet, compte-tenu de l'éloignement géographique de certains médecins et pour leur commodité, l'entretien en face-à-face n'était pas réalisable.

2.3. Le guide d'entretien

Il s'agit d'un document écrit qui résume les axes thématiques principaux de l'entrevue. Ce canevas assez souple sert de point de repère pour l'enquêteur. Le rôle de l'enquêteur est celui d'une relance progressive, d'une orientation thématique et bienveillante. Il aide

l'interviewé à exprimer sa pensée, recentre le discours. Il doit permettre de structurer les interventions de l'interviewé, sans être directif. (10)

Le guide d'entretien, présenté en annexe 1, a été réalisé en commun avec un autre étudiant, travaillant sur les facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluri-professionnelle. L'entretien est scindé en trois parties :

- recueil de formalités administratives (âge, sexe, situation familiale, modes d'exercice présents et passés, lieu d'exercice, autres activités professionnelles, horaires de travail),
- questions ouvertes sur les avantages et inconvénients à travailler en maison ou pôle de santé ressentis par les médecins interviewés, motivations, perceptions et vécus (le sujet de notre travail de recherche)
- questions ouvertes sur l'épuisement professionnel : facteurs favorisant, facteurs protecteurs, rôle de la maison de santé (abordant le thème de la thèse du second étudiant).

Réaliser un guide d'entretien commun a permis de mutualiser les moyens et d'augmenter le champ d'investigation. Les entretiens effectués par l'un étaient exploités par l'autre pour le thème concerné. Ce travail à deux a permis d'optimiser l'analyse thématique des données (retranscription, relecture et analyse des différents verbatims) et apportera de la validité à l'étude.

Enfin, au fur et à mesure des entretiens, le recueil et l'analyse des données ont fait découvrir des éléments non envisagés initialement dans le guide d'entretien. Pour être le plus exhaustif possible dans l'enquête et respecter ce processus continu, le guide d'entretien a donc été complété à deux reprises. (7)

2.4. La retranscription

Afin de faciliter la retranscription et l'analyse des données, les entretiens ont été enregistrés en format numérique, de façon anonyme. Le contenu des entretiens a été ensuite retranscrit fidèlement par la personne ayant réalisé l'entretien.

Le verbatim correspond au compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Chaque entretien, après avoir été retranscrit, a été soumis à l'approbation des interviewés, par mail, avec un délai de réponse d'une semaine, avant d'être exploité pour l'analyse des données. (12)

Un aspect des entretiens n'a pas pu être exploité : l'observation des participants. Les entretiens avec les médecins interviewés en face à face ont été particulièrement riches en termes de communication non verbale (mimiques, expressions, comportements) mais cela était impossible à retranscrire.

3. Identification et sélection des acteurs interviewés

Définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger, et à quel titre ; déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on pose. (13)

Le corpus nécessaire à la réalisation d'une étude quantitative par entretien est, de manière générale, de taille plus réduite que celui d'une enquête qualitative par questionnaire, dans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur fréquence. Une seule information donnée par l'entretien a un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans un questionnaire. Ceci explique donc le nombre restreint de professionnels interrogés.

Les médecins généralistes travaillant en maison de santé ou pôle de santé en France constituent la population pertinente pour notre démarche. Dans notre étude, nous avons essayé de diversifier le plus possible notre échantillon (sexe, âge, milieu d'exercice : rural, semi-rural ou urbain, etc.). Initialement et par commodité, la population comportait uniquement des médecins exerçant en Poitou-Charentes. Dans un second temps, la population a été élargie à des médecins exerçant en France métropolitaine, pour obtenir un échantillon de médecins le plus large possible.

Le libre choix du lieu et du déroulement de l'entretien a été laissé à la convenance des médecins interviewés, pour permettre une expression plus libre.

Le recueil de données s'est arrêté à saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens semi-directifs n'apportaient plus de nouveaux éléments. (7) (12)

4. Caractéristiques des participants à l'enquête

Ce tableau résume l'ensemble des caractéristiques socio-professionnelles des médecins interviewés.

Pour préserver l'anonymat des participants, la ville d'exercice n'est pas citée. Lors de la présentation des résultats, les discours des acteurs seront référencés par la lettre M, les numéros associés correspondent aux numéros du tableau ci-dessus.

Tableau 1 : caractéristiques socio-professionnelles des médecins interviewés

Interviewé	Sexe, âge	Lieu d'exercice	Mode d'exercice actuel	Nombre de semaines de congés par an	Nombre d'heures de travail par semaine	Participation à d'autres activités professionnelles	Lieu, mode d'entretien
M1	M 58 ans	Rural	Maison de santé	10 à 12	45h	Oui	Domicile, face à face
M2	M 58 ans	Semi-rural	Maison de santé	6	mi-temps (30h)	Oui (formation, gestion de la fédération des pôles et maisons de santé)	Maison de santé, logiciel Skype
M3	M 57 ans	Rural	Pôle de santé	6	50h	Oui (médecin pompier)	Pôle de santé, face à face
M4	M 65 ans	Rural	Pôle de santé	4	55h	Oui (intervenant en toxicomanie, salarié de l'hôpital local)	Pôle de santé, face à face
M5	F 59 ans	Semi-rural	Maison de santé	10	50h	Oui (FMC, groupe de pairs, médecin expert, enseignant de médecine générale)	Maison de santé, face à face
M6	M 60 ans	Semi-rural	Maison de santé	7 à 8	mi-temps	Oui (département de médecine générale, groupes de recherche nationaux et internationaux, expertises, groupe de pairs)	Maison de santé, face à face
M7	M 59 ans	Semi-rural	Maison de santé	7	72h	Oui (médecin salarié dans un institut médico-éducatif)	Maison de santé, face à face
M8	F 57ans	Semi-rural	Maison de santé	6	50h	Non	Maison de santé, face à face
M9	M 55 ans	Semi-rural	Maison de santé	4	55h	Non	Maison de santé, face à face
M10	M 31 ans	Semi-rural	Maison de santé	8	35h	Oui (enseignant de médecine générale)	Domicile, logiciel Skype
M11	M 49 ans	Semi-rural	Maison de santé	5	45h	Non	Maison de santé, face à face

M12	M	Semi-rural	Maison de santé	10	40h	Oui (réseau de gérontologie)	Domicile, face à face
M13	M 63 ans	Urbain	Pôle de santé	10	35h	Oui (association de santé communautaire, fédération des maisons de santé, syndicat de la médecine générale)	Pôle de santé, par téléphone

5. Méthode d'analyse des données

L'analyse qualitative est une démarche de recherche de sens à partir d'un corpus de données qualitatives. (7) La lecture du matériel à de multiples reprises permet d'acquérir une vue d'ensemble et de faire ressortir certains thèmes. (14)

Les entretiens ont été codés grâce au logiciel NVIVO. Il s'agit d'un logiciel reconnu et validé, qui sert à hiérarchiser les thèmes et sous-thèmes des entretiens en les rapportant à chaque entretien. Il permet de mieux analyser et mettre en évidence les différentes idées, de les entrecroiser. Cela facilite l'analyse des données et apporte de la pertinence à l'analyse qualitative, qui serait de moins bonne qualité sans l'utilisation de logiciel spécialisé. (15) (16)

La validité de l'analyse qualitative s'accroît lorsqu'elle est menée de façon conjointe par plusieurs analystes, ce qui est le cas dans notre travail puisque les données ont été analysées par deux personnes (étudiant travaillant sur les avantages à exercer en maison de santé, étudiant travaillant sur les maisons de santé comme facteur protecteur de l'épuisement professionnel). Cette analyse croisée a consisté en des séances successives de confrontation des analyses de chacun en parallèle : axes thématiques, thème et sous-thèmes ont été rediscutés, consolidés à partir des verbatim. A l'issue de plusieurs séances, on a abouti à un système d'axes thématiques, de thèmes, sous-thèmes et extraits de verbatim. En relisant chaque entretien de façon systématique, tous les éléments signifiants des discours ont été classifiés thématiquement de façon univoque.

RESULTATS

1. Généralités sur l'étude et caractéristiques du corpus

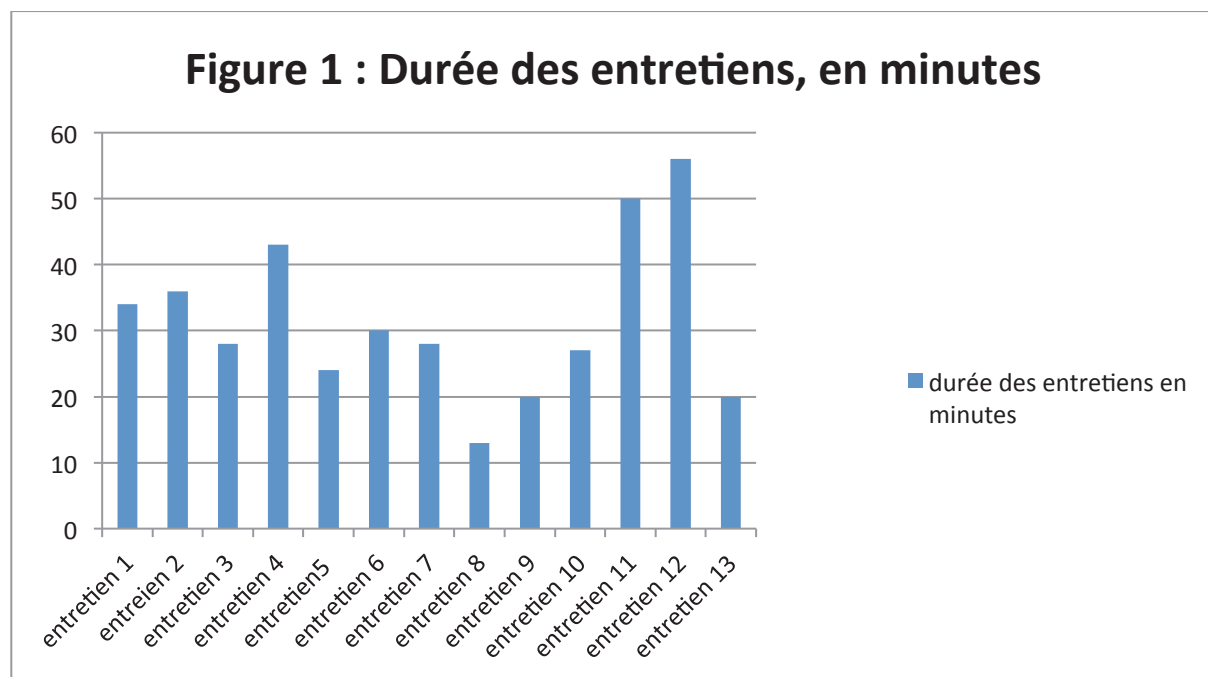
1.1 Données générales des entretiens

1.1.1 Population étudiée

Treize médecins ont été effectivement interrogés, jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les thèmes développés par les interviewés deviennent redondants et qu'il n'émerge plus de nouvelles informations. (7) (12)

1.1.2 Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 13 minutes et 56 minutes (Figure 1), avec une moyenne de 31 minutes par entretien.



1.1.3 Lieu

Les lieux des rendez-vous étaient laissés au libre choix des interviewés, qui l'ont proposé spontanément. Il s'agissait de leur lieu d'exercice (maison ou en pôle de santé) pour 10 d'entre eux, ou de leur domicile pour 3 d'entre eux.

10 entretiens ont été réalisés en face-à-face, 2 par l'intermédiaire du logiciel Skype, 1 par téléphone.

1.1.4 Perturbation du déroulé des entretiens

Pendant 4 des 13 entretiens, les interviewés ont été dérangés par le téléphone ou par les autres soignants de l'établissement.

1.2 Caractéristiques du corpus

1.2.1 Sexe

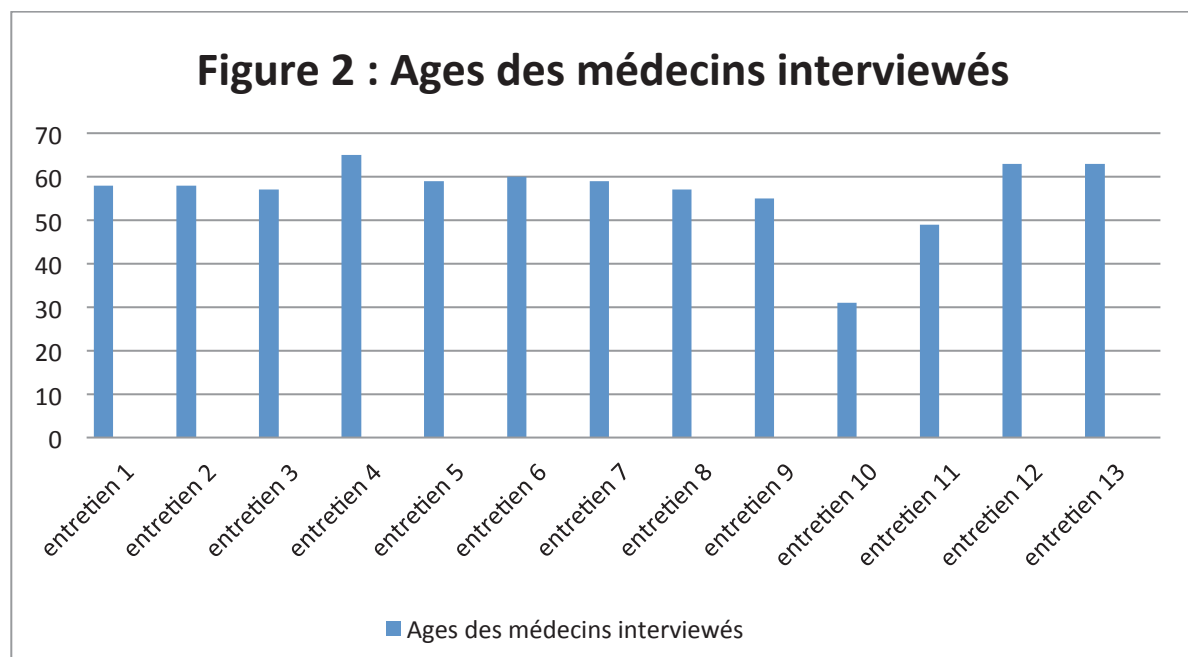
Le corpus se compose de 2 femmes (15%) et 11 hommes (85%).

1.2.2 Situation familiale

Les médecins interrogés vivent maritalement pour 11 d'entre eux. 2 d'entre eux sont divorcés.

1.2.3 Âge

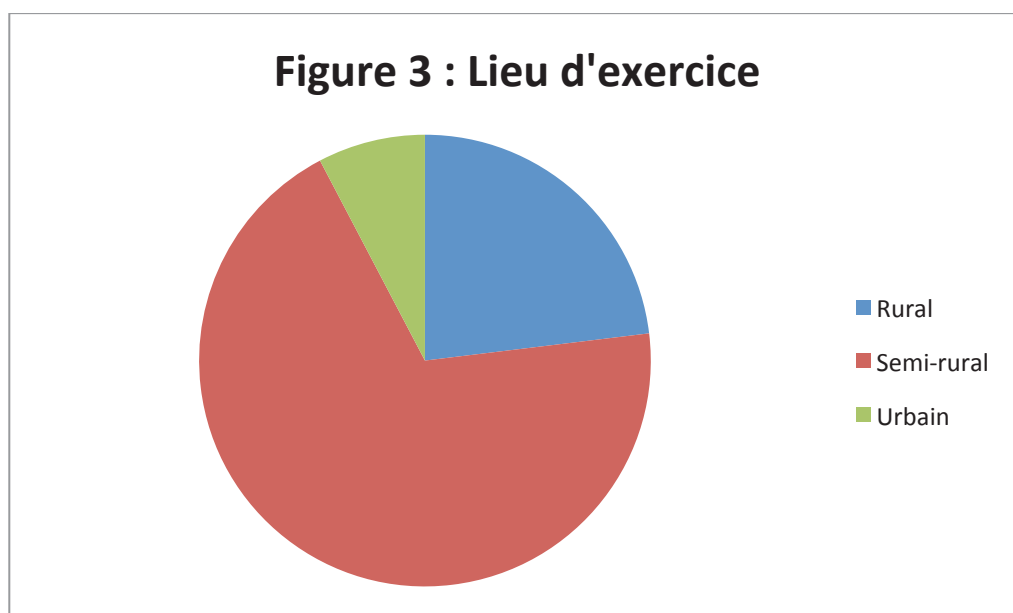
On a recueilli l'âge des médecins interviewés au moment de l'entretien. Il s'échelonne de 31 à 65 ans, avec une moyenne d'âge à 56,4 ans (figure 2).



1.2.4 Lieu d'exercice

Les médecins interviewés exerçaient en milieu rural pour 3 d'entre eux, en semi-rural pour 9 d'entre eux, en milieu urbain pour 1 (Figure 3). Les lieux d'exercice ont été recueillis

sur les déclarations des médecins interrogés mais ne correspond pas à une quelconque définition préétablie.

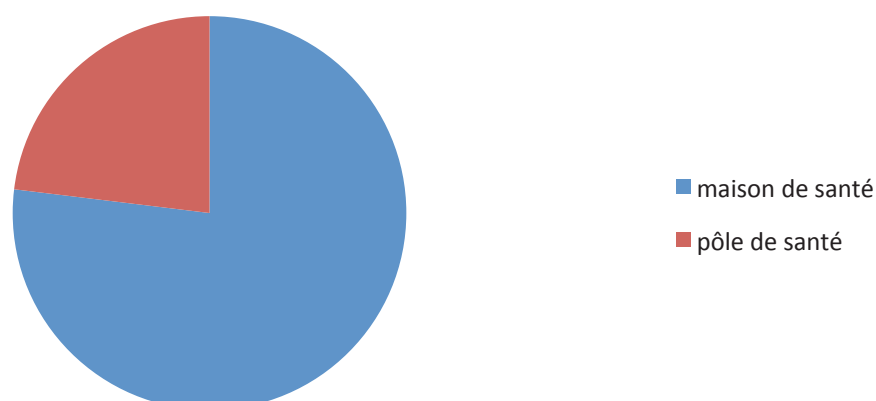


Six maisons ou pôles de santé ont été interrogés au total : quatre en Poitou Charentes, une dans l'Ain, une en région parisienne.

1.2.5 Mode d'exercice

La plupart des médecins ont exercé au cours de leur vie professionnelle selon différents modes : exercice libéral seul, à deux ou à plusieurs associés, exercice en maison ou pôle de santé. Par souci de clarté, nous nous sommes donc basés sur le mode d'exercice au moment de l'entretien : 9 exercent en maison de santé, 3 exercent en pôle de santé (Figure 4).

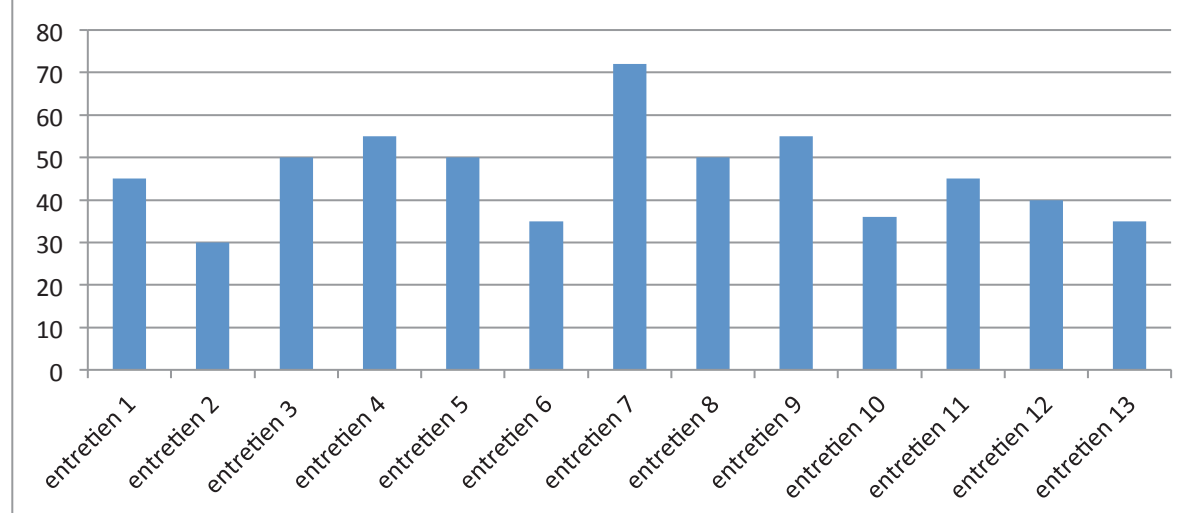
Figure 4 : Mode d'exercice



1.2.6 Nombres d'heures de travail par semaine en maison ou pôle de santé

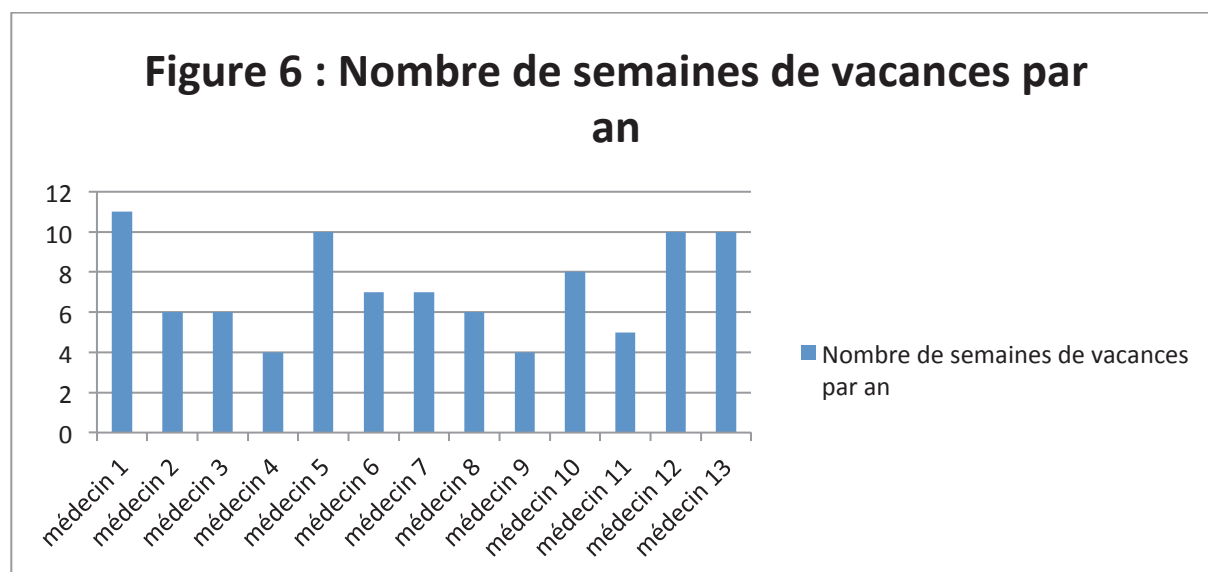
Les médecins travaillant en maison et pôle de santé travaillent en moyenne 46 heures de travail par semaine (figure 5).

Figure 5 : Nombre d'heures de travail par semaine



1.2.7 Nombre de semaines de congés par an

La moyenne du nombre de semaines de congés par an prises par les médecins généralistes interrogés est de 7,2 semaines (figure 6).



1.3 Présentation des caractéristiques des différentes maisons ou pôles de santé au sein desquels travaillent les médecins interviewés

Ce tableau illustre la diversité des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les maisons et pôles de santé où travaillent les médecins interviewés, ainsi que l'année de création des structures. La localisation exacte des maisons de santé a été supprimée pour une meilleure anonymisation des résultats.

Tableau 2 : caractéristiques des différentes maisons ou pôles de santé au sein desquels travaillent les médecins interviewés

	Année de création de la structure	Type d'exercice	Personnel médical	Personnel paramédical	Personnel administratif et autres
1 : maison de santé (+ pôle de santé)	2009	Rural	3 médecins (+ 2 médecins, 3 pharmaciens)	(+ 7 infirmières, 2 psychologues, 1 diététicienne, 1 sage-femme, 1 orthophoniste, 1 ergothérapeute, 2 kinésithérapeutes)	1 secrétaire (+ 1 secrétaire, services sociaux, PMI, médecine du travail)

2 : maison de santé (+ pôle de santé)	?	Rural	4 médecins (+ 1 pharmacien)	4 infirmières, 1 kinésithérapeute, 1 orthophoniste, 1 infirmière de santé publique ASALEE	?
3 : maison de santé (+ pôle de santé)	2010	Semi-Rural	8 médecins dont 1 collaborateur	1 podologue, 1 psychologue, 2 orthophonistes, 2 sages-femmes, 6 infirmiers, 2 kinésithérapeutes, 2 diététiciennes, 1 infirmière ASALEE	4 secrétaires
4 : maison de santé (+ pôle de santé)	Maison de santé en 1983 Maison de santé pluri disciplinaire en 2011	Semi-rural	5 médecins 1 pharmacien 2 dentistes (+ 6 médecins, 3 pharmaciens)	2 infirmières 1 infirmière de santé publique, 2 kinésithérapeutes 1 sage-femme 1 psychologue (+ 6 infirmières, 1 psychologue, 1 podologue, 1 diététicienne, 1 opticien, 1 audioprothésiste, 1 orthésiste)	?
5 : maison de santé (+ pôle de santé)	2006	Semi-rural	6 médecins dont 4 associés et 2 collaborateurs, 1 interne en SASPAS, 2 externes 3 pharmaciens	2 kinésithérapeutes, 2 infirmiers, 2 ½ orthophonistes, 1 ergothérapeute 1 psychologue, 1 diététicienne une fois par semaine, 1 podologue	2 secrétaires

6 : Pôle de santé	2011	Urbain	8 médecins, 1 pharmacien	3 infirmiers, 1 diététicienne à mi-temps, 1 psychologue	
----------------------	------	--------	-----------------------------	--	--

2. Etude qualitative des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes : Résultats et analyse des relevés thématiques des entretiens

2.1 Les avantages à exercer en maison de santé pour les médecins généralistes

2.1.1 Meilleures conditions de travail

Il se dégage nettement de l'analyse du corpus des entretiens semi-directifs que l'exercice en maison ou pôle de santé permet un travail dans de meilleures conditions. L'amélioration des conditions de travail comporte le développement du travail en équipe, la lutte contre l'isolement des médecins, la mutualisation des moyens, la délégation de tâches, la lutte contre le burnout etc.

2.1.1.1 Travail en équipe

Le travail en équipe est différent du travail en groupe. Dans le travail en groupe, les médecins sont réunis, sans forcément interagir entre eux. Au contraire, une équipe est caractérisée par la pluridisciplinarité. Les professionnels qui constituent l'équipe doivent se compléter, s'articuler. Ils dépendent les uns des autres pour réaliser les objectifs fixés. C'est la convergence des efforts et travaux de chacun pour la réalisation d'une tâche commune, unique, qui caractérise l'action d'équipe.

Travailler en maison ou pôle de santé développe et renforce le travail en équipe des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) d'un territoire donné. Cela crée une cohésion entre professionnels, diminue certaines inégalités entre médicaux et paramédicaux, peut effacer certaines rancœurs anciennes. Cela favorise les rencontres, la collaboration et la communication entre les professionnels de santé.

- Des équipes pluri-professionnelles au sein des maisons de santé

Nous avons vu précédemment (tableau 2) que les maisons de santé sont constituées de divers professionnels de santé : médicaux (médecins, pharmaciens), paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciennes, podologues, orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes), administratifs (secrétaires), autres (assistantes sociales), etc. Tous ces professionnels créent la notion d'équipe de travail.

M2 : « Partout, (...) tu es obligé de bosser en équipe. Moi, j'ai besoin d'une infirmière, d'un pharmacien, d'une orthophoniste, d'une ergothérapeute pour bosser avec moi. »

M11 : « Je vois d'abord, que tous les lundis de chaque mois (...) on se réunit avec tous les professionnels du canton, professionnels de santé au sens large, c'est-à-dire qu'il y a des opticiens, psychologues, podologues, et ça dans le cadre du pôle de santé, les pharmaciens... »

- Réduction des inégalités entre les professionnels

Les maisons ou pôles de santé, par le travail en équipe, permettent la réduction, voire la disparition des inégalités entre les professionnels. Dans l'exercice libéral où chaque professionnel exerce de façon plus ou moins isolée, les contacts sont rares et les discussions collégiales difficiles, notamment en milieu rural : la distance géographique s'ajoute aux barrières interprofessionnelles. Les médecins interviewés déclarent s'être rapprochés des autres professionnels grâce au travail en équipe, en particulier des paramédicaux, qui font des observations dont, auparavant, ils ne tenaient pas suffisamment compte.

M10 : « Avoir une relation horizontale et non verticale : médecin en haut et paramédical en bas, mais horizontale sur toute la ligne. Ça c'est extrêmement attractif. »

M11 : « Les médecins, qui sont toujours très conscients qu'ils sont meilleurs que les autres, bah là sont l'équivalent, l'égal des autres, avec les mêmes inconvénients. (...) Quand on a des rapports humains, on est les mêmes et on n'est pas meilleurs les uns que les autres. (...) c'est d'abord ce rapprochement. Les infirmiers téléphonent aux médecins du coin en disant tiens y a un problème ».

- La collaboration interprofessionnelle

Le fait d'intégrer une maison ou un pôle de santé scelle une union entre les professionnels. En maison de santé, l'unité de lieu et les rencontres régulières au sein de l'équipe créent une dynamique. De ces situations émergent la notion d'équipe, qui incite les professionnels à collaborer davantage entre eux, ce qui permet de faire avancer les démarches de soins, et crée ainsi de meilleures conditions de travail.

Différents médecins ont évoqué ce thème (M1, 2, 3, 11, 12).

M2 : « Le gros avantage c'est le travail collectif. (...) On va beaucoup plus loin que ce qu'on faisait avant, par l'expertise multipliée des professionnels de santé. »

M3 : « Les avantages, c'est aussi de pouvoir parler et d'échanger. »

M11 : « Il faut savoir parler ensemble, le gros avantage c'est ça. »

M12 : « Et c'est vrai que là c'est assez confortable de se dire qu'on veut faire une équipe et qu'on partage ses expériences, ses opinions... et ça c'est intéressant (...) Le fait de travailler en équipe, je pense que c'est très important, c'est fondamental en tant que médecin. »

- Echanger sur des situations cliniques difficiles

Le travail en équipe permet de pouvoir échanger des points de vue sur les dossiers, sur les situations complexes, avec pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients, à l'instar des « staffs » hospitaliers.

Les médecins M1, 2, 3, 10, 12 ont évoqué ce thème.

M1 : « Les avantages, (...) ne plus être seul, de pouvoir échanger avec le collègue, quand on a des prises en charge un peu difficiles »

M2 : « C'est la possibilité de se voir régulièrement, discuter des dossiers, la prise en charge des patients complexes et fragiles en pluri-professionnel. »

M10 : « De bosser à plusieurs, ça permet de réfléchir à plusieurs et de ne pas être seul sur les dossiers, d'avoir une bonne dynamique de groupe, de mettre de la joie dans le travail en équipe. »

M12 : « Fondamental pour notre métier, c'est intéressant là aussi de partager cette fois-ci éventuellement en ce qui concerne des situations cliniques, de pouvoir partager là aussi des expériences, des connaissances, discuter éventuellement de cas, (...) de pouvoir partager son expérience, d'avoir un appui pour pouvoir prendre des décisions ou en tout cas avoir des avis différents sur des situations cliniques par exemple. »

- L'entraide entre médecins

L'entraide entre les médecins au sein des maisons et pôles de santé permet de pallier aux absences imprévues. Les médecins partent rassurés quant à la prise en charge de leur patientèle.

M9 : « Le fait de savoir qu'il y a d'autres professionnels avec nous, on a l'impression qu'on peut s'absenter. Je ne l'utilise jamais, mais le fait de le savoir, ça libère l'esprit un petit peu. On a l'impression qu'on n'est pas complètement... »

M5 : « Et puis surtout, si on devait s'absenter pour une raison ou une autre, il y avait d'autres médecins qui pouvaient être présents. (...) Avantages pour les patients, si j'ai besoin de m'absenter, si j'ai un souci de santé ou si quelqu'un a dans ma famille un souci de santé, je sais qu'il y a quelqu'un qui peut voir mes patients. Ça c'est quand même très intéressant. Grâce au dossier médical partagé. »

2.1.1.2 Lutte contre l'isolement des médecins

Les médecins généralistes ayant préalablement exercé en libéral seul ou en cabinet de groupe rapportent un isolement important et difficile à vivre. Les maisons de santé et pôles ont permis d'y remédier pour certains des médecins interrogés.

M1 : « Le secrétariat, la qualité des locaux, le partage des dossiers avec les collègues médecins, pharmaciens et infirmiers. Ça protège de cet isolement ancien. »

M2 : « Le fait de quitter cette solitude, pour travailler en équipe, te permet de tolérer certaines choses : ces situations difficiles, les patients complexes... »

2.1.1.3 Mutualisation des moyens

La mutualisation des moyens permet aux professionnels de santé de bénéficier de certains avantages : gestion administrative commune de la structure, meilleure qualité des locaux, secrétariat et logiciel informatique performants, moins de frais, etc.

- Gestion en commun

La gestion de l'entreprise médicale (fiscalité, comptabilité, gestion des locaux et du fonctionnement de la structure) est difficile, notamment pour les jeunes médecins qui seront épaulés par les plus anciens.

M12 : « Ça permet aussi une gestion en commun et on sait que pour les jeunes médecins qui débutent ça peut être une difficulté les problèmes de gestion, d'organisation matérielle de leur activité. (...) On peut mutualiser les moyens, centraliser les centres de santé, donc rendre un exercice difficile isolé beaucoup plus attrayant et facile en groupe sur un territoire donné. »

M10 : « (...) avec, en même temps, un côté administratif qui soit bien géré. »

Toutefois, le travail de gestionnaire de pôle ou maison de santé peut s'avérer être un inconvénient et une difficulté au long cours aux yeux de certains. Nous aborderons ce versant plus tard.

- Meilleure qualité des locaux

L'amélioration des conditions de travail passe aussi par l'obtention de locaux de qualité, adaptés à l'exercice médical, souvent plus spacieux et fonctionnels, répondant aux normes de sécurité et adaptés aux personnes à mobilité réduite. Les locaux comportent aussi souvent des espaces de convivialité où les professionnels peuvent se rencontrer, propice aux « interstices institutionnels ». Une réflexion est souvent menée sur l'organisation de la

structure par l'entrepreneur du projet et surtout par les différents professionnels qui vont y travailler avant sa mise en place définitive.

M1 : « (...) bénéficier de locaux tout à fait étonnants, bien placés, avec un parking intéressant, avec une facilité d'accès. (...) La qualité des locaux, le partage des dossiers avec les collègues médecins, pharmaciens et infirmiers : ça protège de cet isolement ancien. (...) les réunions de coordination : c'est très convivial, c'est à dire des interstices institutionnels, le café etc. »

- Un secrétariat performant

Le secrétariat prend une place importante au sein des maisons ou pôles de santé. Il permet aux médecins de diminuer considérablement leurs tâches administratives traditionnellement dédiées aux médecins (classement dans les dossiers médicaux des résultats d'examens complémentaires, des avis spécialisés, etc.), de coordonner certaines actions (prises de rendez-vous pour les patients, organisation des réunions de coordinations), de répondre au téléphone et de libérer ainsi du « temps médecin » ; en résumé : d'améliorer la prise en charge des malades. Il apporte un soutien pour les médecins au quotidien, mais aussi pour les patients très fréquemment.

Les médecins M1, 3, 8, 9, 11 ont évoqué ce thème.

M1 : « C'était aussi de bénéficier d'un secrétariat qui coordonne pas mal de nos actions. (...) Notre secrétaire améliore considérablement la prise en charge des malades, là où il fallait prendre du temps pour faire des courriers, pour appeler des collègues ou des choses comme ça. »

M3 : « On a pu se payer et créer un secrétariat. C'est quand même un gros avantage de ne plus répondre à tous les coups de téléphone, d'avoir quelqu'un qui nous classe nos examens... (...) On revient toujours au gros avantage, le secrétariat : on est plus content de ce qu'on fait, on a moins d'agacement et donc plus de satisfaction finalement. Plus d'efficacité dans le travail très probablement. »

M8 : « Le fait d'avoir un secrétariat, de pouvoir se débarrasser du téléphone, d'une partie des charges administratives qui sont très lourdes. C'est surtout ça. »

M11 : « C'est toute la tranquillité aussi d'avoir une secrétaire qui te protège pendant que tu travailles, c'est de l'or. »

- Un logiciel informatique performant

L'outil informatique prend une place de plus en plus importante en médecine générale, pour la gestion des dossiers médicaux partagés (hiérarchie des antécédents, consultation des bilans biologiques, alertes pour les dépistages organisés ou vaccinations, etc.). L'arrivée du médecin dans la maison de santé pluridisciplinaire déclenche souvent un processus d'informatisation et l'installation d'un logiciel de gestion des dossiers médicaux adéquat. Le confort de travail est donc nettement supérieur.

M2 : « Avoir un outil informatique et une coordination qui me permet d'avoir une qualité d'exercice et une qualité de soins. »

M12 : « Avec, en même temps, un côté administratif qui soit bien géré, un secrétariat qui prend les rendez-vous, pour les appels téléphoniques, avoir un dossier médical informatisé. Avoir un outil informatique. »

- Mise en commun du matériel

Le travail à plusieurs médecins dans une même structure permet de mettre en commun certains matériels (ECG, spiromètre, tensiomètre, stérilisateur...).

M3 : « Il y a aussi une mise en commun du matériel, c'est à dire un ECG peut être utilisé par les autres. »

M12 : « De budgétiser des moyens pour le secrétariat, les locaux, pour du matériel : ECG, le spiromètre ... »

- Diminution des frais

Le regroupement de plusieurs professionnels dans une maison de santé diminue certains frais, par exemple lors de l'achat du matériel médical, pour le salariat du personnel administratif (secrétaire, femme de ménage). L'arrivée en maison de santé est un avantage financier indéniable.

M12 « Ça permet également de mutualiser les moyens pour le personnel : le secrétariat, la femme de ménage. »

M4 : « Oui, le secrétariat, c'est vrai, tout en sachant qu'il y a beaucoup de médecins qui ont des secrétariats téléphoniques. Ça coûte quand même très cher. C'est quand même un petit problème. Là, ce n'est pas un gain, car de toute façon on en a besoin. Mais c'est vrai que c'est un luxe d'avoir deux secrétaires, même pour quatre médecins. »

2.1.1.4 Possibilité de délégation de tâches

Le temps dans la profession de médecin est une chose très précieuse. Nous en manquons souvent. La notion de délégation de tâches pour les médecins est primordiale : cela permet de pouvoir utiliser ce temps gagné pour autre chose : prendre plus de temps pour les patients, diversifier son activité, etc. La délégation de tâches est le plus souvent faite vers les infirmiers, voire vers les secrétaires pour les tâches administratives.

Le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) est très utilisé en maison ou pôle de santé. Il s'agit d'infirmiers agréés par l'association ASALEE, travaillant au sein des maisons de santé, visant à améliorer la qualité des soins, notamment des patients atteints de maladies chroniques. Ce protocole de coopération entre médecins et infirmiers porte sur deux dépistages (troubles cognitifs, BPCO du patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (diabète, risque cardio-vasculaire), pour lesquelles les infirmiers réalisent des activités qui ne font pas partie de leur décret de compétences initial. Ce dispositif a été initialement créé dans le département des Deux-Sèvres, puis secondairement étendu au plan national. (17) Ces patients polypathologiques sont mieux pris en charge, de façon systématique et plus rigoureuse, puisque les infirmières ASALEE sont dévolues uniquement à certaines tâches.

M5 : « *Avez-vous trouvé grâce à la maison de santé que cela vous a permis de faire une délégation de tâches ?* - Oui, avec l'infirmière ASALEE. ». « Travailler en maison de santé, ça a permis d'avoir l'infirmière ASALEE à temps plein et d'avoir plus de disponibilité de temps pour nos patients. Pour les diabétiques, elle fait les ECG, pour voir les patients au niveau de leur surpoids, je leur mets un rendez-vous pour avoir une aide au niveau alimentation, c'est beaucoup mieux. »

M9 : « Oui, parce que il y a toute une partie administrative que je délègue et qui est mieux faite. (...) L'infirmière ASALEE qui nous suit les dépistages : des cancers du colon avec les tests hemocult, le suivi des diabétiques, le dépistage des BPCO, les trucs comme ça. Ça nous rend de fiers services. Elle nous fait les ordonnances des HBA1c. Là c'est un peu plus rigoureux, un peu plus suivi. Pour ce genre de choses-là : oui. Grâce à la collaboration interprofessionnelle et grâce à la délégation de tâches. »

2.1.1.5 Avoir plus facilement un remplaçant, un collaborateur et un futur médecin au cabinet

Les maisons de santé et pôles de santé sont attractifs pour les médecins et pour les jeunes générations sortant de la faculté. Travailler en maison ou pôle de santé permet la

venue d'un remplaçant plus facilement, permet de trouver un collaborateur au sein du cabinet ou d'être plus attractif pour un jeune médecin cherchant un lieu d'installation.

Les médecins M 4, 5, 6, 8, 10, 13 ont évoqué ce thème.

M5 : « Le jour où on arrêterait notre activité, on était sûr d'avoir des successeurs ici. (...) Tous nos jeunes qui viennent nous le disent : oui, oui, c'est comme ça que je veux travailler. Les externes, les internes : ils sont tous emballés par ça. »

M8 : « Maintenant, à l'âge où j'arrive, (...) ça va me permettre de travailler avec un collaborateur, chose que je n'avais jamais réussi même en cherchant dans un cabinet où il n'y avait pas de secrétariat. »

M10 : « Ça permet de concilier les attentes de la jeune génération : qualité de vie et qualité de travail, groupe et donc dynamisme, dynamisme médical et également paramédical... Ça c'est extrêmement attractif. »

M13 : « Car c'est une dynamique qui a permis de faire venir sur une zone urbaine sensible 5 jeunes médecins. »

2.1.2 Meilleure qualité des soins

L'amélioration de la qualité des soins au sein des maisons et pôles de santé passe par : une meilleure coordination des soins, une amélioration de la continuité des soins (permanence des soins, mieux gérer les consultations d'urgences), un élargissement du domaine de compétences de l'équipe médicale, le développement de la prévention et du dépistage des patients, etc. (18)

Quelques citations vont illustrer tout d'abord l'opinion des médecins exerçant en maison ou pôle de santé au sujet de la qualité des soins.

M2 : « La structuration en équipe de soins primaires, particulièrement en maison ou pôle de santé se fait dans une démarche qualitative, dans une recherche d'une meilleure qualité des soins. »

M10 : « Il y a également l'aspect qualité des soins. On est bien meilleur en bossant à plusieurs qu'en bossant seul (...). Clairement, du point de vue aussi bien accès aux soins et du point de vue qualité des soins dispensés grâce à la coordination des soins et aux multiples regards sur les patients, les patients sont clairement gagnants. »

2.1.2.1 Coordination des soins

- Coordination entre les différents professionnels (médicaux et paramédicaux)

Le développement de la coordination entre les différents professionnels permet de rassembler les professionnels pour harmoniser les actions, dans un souci d'efficacité et de meilleure qualité des soins.

M4 : « Au début, la maison médicale pour nous, c'était centré sur la coordination des soins sur un territoire, données fondées sur un diagnostic de territoire. ». « *Est-ce que pour vous l'exercice en maison de santé a apporté des avantages pour vos patients ?* - La coordination est bien meilleure. (...) Ca veut dire une coordination pour une décision de terrain, pour un projet thérapeutique commun. »

M1 : « Une infirmière de coordination, qu'elle soit dans le pôle ou le réseau de santé, et même notre secrétaire, améliorent considérablement la prise en charge des malades, là où il fallait prendre du temps pour faire des courriers, pour appeler des collègues ou des choses comme ça. »

- Dossier médical partagé

Le dossier médical partagé apporte un très grand avantage dans la qualité d'exercice pour les professionnels et une qualité des soins pour les patients. Il permet indirectement de faciliter la permanence des soins et l'accès aux soins par la mise en réseau des données. Il permet aux patients de voir aux heures ouvrables de la maison de santé n'importe quel médecin généraliste qui pourra consulter, par l'intermédiaire du dossier médical partagé, tous les éléments nécessaires du dossier du patient pour poursuivre au mieux la prise en charge de ce dernier.

Les médecins M 2, 4, 5, 6, 9, 10 ont évoqué ce thème.

M2 : « Avoir un outil informatique et une coordination qui me permet d'avoir une qualité d'exercice et une qualité de soins. »

M5 : « Avantages pour les patients, si j'ai besoin de m'absenter, si j'ai un souci de santé ou si quelqu'un a dans ma famille un souci de santé, je sais qu'il y a quelqu'un qui peut voir mes patients. Ça c'est quand même très intéressant. Grâce au dossier médical partagé. »

M6 : « Petit à petit, la clientèle peut s'habituer à voir indifféremment d'autres médecins grâce au dossier médical partagé. »

M10 : « Les patients auront toujours une porte ouverte avec un dossier médical à jour et partagé, et donc complété, sans perte de chance pour l'accès aux soins comme pour l'accès aux données des soins, avec leur accord bien entendu. Mais, en général, ils sont quand même d'accord pour qu'on partage leurs données. »

M4 : « Il y a une amélioration de l'accès aux soins grâce au dossier médical commun. Quel que soit l'heure où les gens viennent, et quel que soit le médecin : le dossier est accessible. Le dossier est accessible aussi aux professionnels médicaux et paramédicaux. »

Les différents logiciels de gestion de dossier des patients améliorent le travail des médecins mais certaines évolutions sont encore nécessaires pour les paramédicaux.

- Organiser des réunions de coordination et de transmission d'information

Le travail en maison ou pôle de santé impose des réunions de coordination entre les différents professionnels de santé. Ces réunions sont formelles ou informelles selon les structures mais, dans tous les cas, elles font partie intégrante de l'exercice au quotidien. Elles sont indispensables au bon fonctionnement du travail en équipe et facilitent la transmission des informations entre les différents intervenants du parcours de santé.

Les médecins M1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12 ont évoqué ce thème.

M1 : « Ce côté transdisciplinaire, les réunions de coordination : c'est très convivial, c'est à dire des interstices institutionnels, le café etc. (...) Je fais régulièrement des réunions en équipe réduite avec une infirmière de coordination qui vient faire avec moi la consultation ou la visite à domicile. »

M2 : « C'est un staff hebdomadaire, c'est des repas quasiment pris en collectif tous les midis. On discute énormément de dossiers. On progresse beaucoup plus vite en termes de qualité, d'extension de la prise en charge des patients. »

M3 : « (...) Le pôle de santé, pour lequel nous effectuons une réunion par mois où on essaie de parler de nos pratiques et d'échanger. »

M6 : « On a mis en place des réunions régulières avec les autres professionnels et entre médecins, qui permettent de pouvoir échanger sur l'exercice en pluridisciplinarité. »

- **Collaboration avec l'hôpital**

Les médecins libéraux sont parfois très éloignés des structures hospitalières, avec lesquelles ils communiquent peu. L'exercice en maison ou pôle de santé améliore les échanges avec l'hôpital.

M1 : « Une meilleure collaboration avec l'hôpital car la maison de santé est clairement identifiée (*en tant que structure*). »

M10 : « Et puis d'avoir plus de puissance de répercussion envers les confrères, par exemple, lorsqu'on a un avis à émettre sur une décision thérapeutique ou sur une façon de traiter les patients par exemple, pour un confrère, ou vers un centre hospitalier ou une clinique. Si on fait un courrier signé par toute la maison de santé, ça a beaucoup plus de poids, d'impact que si on le faisait seul, bien entendu. »

M13 : « Pour les patients : une amélioration du parcours de santé pour qu'il soit le moins chaotique possible. Ceci se traduit par une amélioration des relations avec l'hôpital pour l'entrée et la sortie des patients. (...) Ca a permis de créer une dynamique relationnelle notamment par l'arrivée de jeunes médecins sur le territoire qui ont initiés des protocoles et des nouvelles manières de correspondre avec les acteurs hospitaliers. Pour préciser, ils ont mis en place une structure de staff partagé ville-hôpital qui se réunit tous les 15 jours. »

2.1.2.2 Continuité des soins

- Permanence des soins

En France, la permanence des soins est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins. Elle permet de répondre aux demandes de prise en charge non programmées, par des moyens structurés, adaptés et régulés.

Dès lors qu'une maison de santé est pérennisée, la permanence des soins tend à être assurée au moins sur une partie du territoire couvert. En outre, la pluridisciplinarité des professionnels impliqués permet de garantir cette continuité des soins, au sens où l'augmentation des plages de consultations et la coopération des professionnels entre eux doit permettre de prendre en charge les patients qui, autrement, échapperaient au suivi.

Les médecins M3, 4, 5, 6, 9, 10 ont évoqué ce thème.

M3 : « Les horaires où je ne travaille pas, par exemple le jeudi après-midi, c'est une chose que je faisais déjà avant. Mais je fermais le cabinet. L'avantage c'est que, actuellement, le jeudi après-midi, si les patients viennent au cabinet, il y a un collègue pour les recevoir. Oui, il y a un petit avantage pour un meilleur maintien dans la permanence des soins. »

M4 : « Il y en a un qui est médecin pompier : quand il a un appel, il part. Il part et le fait de travailler en maison de santé lui permet de faire tout ça. S'il était tout seul, il ne pourrait pas. Donc ça regroupe tous les champs de la médecine générale (...) les collègues prennent le relais. Ça veut dire qu'il y a une permanence des soins qui s'instaure grâce au dossier médical commun. »

M6 : « (...) je peux avoir l'esprit plus tranquille en ce qui concerne la permanence des soins. Dans une petite structure, on est obligé d'assumer en permanence les réponses aux patients, dans une structure comme celle-ci, on peut s'en aller l'esprit tranquille car on sait que des personnes pourront assumer à tout moment la prise en charge des patients de façon optimale. »

M9 : « Le fait de savoir qu'il y a d'autres professionnels avec nous, on a l'impression qu'on peut s'absenter. Je ne l'utilise jamais, mais le fait de le savoir, ça libère l'esprit un petit peu. »

M10 : « Pour les patients, il y a plusieurs avantages. Le premier, c'est en termes de permanence des soins : car actuellement, dans notre maison de santé, tous les cabinets sont ouverts tout le long de la semaine du lundi au samedi, tous les jours de l'année. C'est-à-dire que ça ne ferme jamais, sauf bien sûr les dimanches et les jours fériés. »

- Mieux gérer le « non programmé »

Il est fréquent, en étant médecin généraliste libéral, d'être confronté à des consultations ou visites non programmées. Ce sont souvent des situations d'urgence qui surajoutent du stress et des difficultés à la journée de travail. Avoir la possibilité de mieux gérer le « non programmé » au sein de la maison de santé renforce la qualité de soins et présente aussi un avantage pour le médecin.

Le travail en équipe renforce la communication et la collaboration. L'exercice en maison de santé améliore considérablement la gestion du « non programmé » par rapport à un cabinet de groupe classique par ce même travail en équipe.

L'aménagement des horaires (et souvent les plages horaires de consultation plus nombreuses grâce à un travail en décalé) améliore également et accélère la prise en charge des urgences.

M2 : « Quand quelqu'un débarque en urgence, il faut le voir. Quand 4 médecins travaillent ce jour-là, la secrétaire a plus de temps et de facilité de trouver un créneau. C'est tous les jours, ce type de situation. La flexibilité est donc bien sûr un élément très important de ces structures. (...) Gérer du non-programmé, c'est plus pratique en équipe que lorsque l'on est tout seul. »

M4 : « D'être en pôle de santé, il y a une aide entre nous. S'il y en a un qui est débordé, les autres peuvent aider. S'il y a une urgence qui arrive, on le prend. »

2.1.2.3 Elargissement du domaine de compétences de l'équipe

Travailler à plusieurs médecins en maison ou pôle de santé crée une équipe de soins. Chaque praticien présente des qualifications et compétences plus développées dans certains domaines selon sa formation, son cursus, ses sources d'intérêts. Le travail en équipe permet donc d'élargir le domaine de compétences d'une maison ou pôle de santé en additionnant les qualifications et compétences de chacun.

M2 : « On va beaucoup plus loin que ce qu'on faisait avant, par l'expertise multipliée des professionnels de santé (...) Tu as des compétences dans une équipe, ça fait partie de l'apprentissage du management. Quand il y a des compétences, tu les reconnais, tu les valorises, tu les utilises. »

M4 : « D'être à quatre, ça permet un peu de se répartir certaines pathologies. Moi je suis intervenant en toxicomanie, on a une femme qui voit plutôt les problèmes gynécologiques et même mes patientes ont tendance à aller la voir pour les problèmes gynécologiques. Ça veut dire que la maison/pôle de santé a une compétence qui est plus large que celle de chaque médecin, puisque ça s'additionne. »

2.1.2.4 Projets d'équipe

- Projet de santé

Selon la loi, les maisons de santé ont l'obligation de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné : « Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publiques. » (article L.6323-1 du Code de la Santé Publique, (19)). L'existence de ce projet de santé permet de distinguer une maison de santé d'un simple cabinet de groupe. Il caractérise l'unité de la maison de santé grâce à des protocoles de soins et à la coordination entre les professionnels de santé appartenant à la structure, ou simplement partenaires de celle-ci.

Les médecins M 1, 4, 6, 11 ont évoqué ce thème.

M1 : « Toute maison de santé doit partir d'un projet de santé. Ce projet de santé, on l'a établi autour d'un réseau de santé, qui a fédéré les professionnels. Le projet de santé est véritablement le pivot de l'élaboration de la maison de santé (...) la notion de projet de santé m'intéressait beaucoup, car, quand on a commencé à élaborer ce projet, on savait que derrière tout ça, il fallait avant tout réfléchir à un projet de santé, un projet territorial de santé. »

M4 : « On peut développer des projets de santé. La maison médicale de garde est née du pôle de santé. »

M6 : « On avait un projet de soins qui a été déposé à l'ARS. Quand il a été question de demander les nouveaux modes de rémunération, on avait un diagnostic de territoire et un projet élaboré. »

- Programme d'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient s'intègre dans un processus continu de soins et de prise en charge. Ce sont des professionnels de la santé qui vont transmettre une partie de leurs savoirs et de leur savoir-faire au patient. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences.

Les médecins M 1, 4, 5, 11 ont évoqué ce thème.

M1 : « Les programmes d'éducation thérapeutique qui apportent des avantages (...) on a trois programmes d'éducation thérapeutique qui sont en train de se mettre en place avec l'hôpital local. En cardiologie, en collaboration avec la « MSA ETP Cardio » ; l'ETP obésité en collaboration avec une association et l'ETP diabétologie qui est en train de se mettre en place avec l'hôpital local. »

M4 : « On couvre beaucoup plus de domaines, donc forcément ça va être bien pour les patients puisque qu'on peut mettre en place des projets de santé publique. On peut prendre un peu de temps pour ça. On peut aller plus loin que faire des renouvellements d'ordonnances. On peut faire de l'éducation thérapeutique. »

M5 : « Nous avons mis en place un programme d'éducation thérapeutique agréé par l'ARS. »

M11 : « Le gros avantage, c'est l'éducation thérapeutique, moi ça c'est le truc, c'est là où on peut bouleverser la médecine. C'est-à-dire de pouvoir consacrer du temps à des gens qui ont des vraies pathologies (...) on a une infirmière de santé publique, infirmière ASALEE qui en fait, par définition. »

2.1.2.5 Développement de la prévention et du dépistage

Les médecins exerçant en maison et pôle de santé paraissent plus sensibles à la prévention et au dépistage de certaines maladies.

Les médecins M 1, 5, 7, 9, 12 ont évoqué ce thème.

M1 : « Il y a une amélioration des actions de prévention, chez les personnes qui sont un peu isolées. »

M5 : « Travailler en maison de santé, ça a permis d'avoir l'infirmière ASALEE à temps plein et d'avoir plus de disponibilité de temps pour nos patients. Pour les diabétiques, elle fait les ECG, pour voir les patients au niveau de leur surpoids, je leur mets un rendez-vous pour avoir une aide au niveau alimentation, c'est beaucoup mieux. »

M9 : « L'infirmière ASALEE qui nous suit les dépistages : des cancers du colon avec les tests Hemocult, le suivi des diabétiques, le dépistage des BPCO, les trucs comme ça. Ça nous rend de fiers services. Elle nous fait les ordonnances des HbA1c. Là c'est un peu plus rigoureux, un peu plus suivi. Pour ce genre de choses-là : oui. Grâce à la collaboration interprofessionnelle et grâce à la délégation de tâches. »

M12 : « Pouvoir organiser des campagnes de prévention sur le plan local, sur le plan général, des campagnes de vaccination. »

2.1.2.6 Prise en charge des patients en situation de précarité

Les pôles et maisons de santé, grâce à la proximité des services sociaux et à l'ouverture de créneaux de consultations sans rendez-vous, permettent de favoriser l'accès aux soins des populations en situation de précarité.

M1 : « *Vous avez amélioré l'accès aux soins des patients en situation de précarité ?* - C'est évident, pour les personnes en situation de précarité. ». « Les consultations libres sont

ouvertes à tout le monde sans distinction de classe sociale, les gens qui sont inscrits à la CMU ont le même accès aux soins que les autres. »

M2 : « *Améliore-t-on la prise en charge des patients en situation de précarité ?* - Oui. »

2.1.2 Meilleure qualité de vie

La qualité de vie d'une population est un enjeu majeur en sciences économiques et en science politique. Chez les professionnels de santé, elle est parfois délaissée.

Comme nous l'avons déjà montré dans les entretiens, l'exercice en maison ou en pôle de santé permet d'améliorer la qualité de vie des médecins par la découverte d'un confort et d'une qualité de travail. Ces thèmes ont déjà été développés précédemment : développement du travail en équipe, mutualisation des moyens, diminution des tâches administratives, secrétariat performant, matériel médical en commun, possibilité de délégation de tâches, etc.

D'autre part, les horaires de travail sont mieux répartis. (20) Il s'agit d'un avantage majeur pour les médecins interrogés, évoqué par l'immense majorité d'entre eux : prendre des vacances est plus facile, le travail à temps partiel est possible, le temps de travail diminue grâce à une meilleure organisation.

- Prendre des vacances plus facilement

Exercer en tant que médecin généraliste libéral ne permet pas de prendre des vacances selon son bon vouloir. La demande des patients, la difficulté de trouver un remplaçant et l'impossibilité de fermer le cabinet sans assurer la permanence des soins rend l'obtention de congés compliquée.

Les maisons ou pôles de santé, par la collaboration et le travail en équipe, permettent aux professionnels de prendre plus facilement des congés.

M3 : « Ça permet de pouvoir prendre des vacances plus facilement. Ça donne une qualité de vie qu'on n'avait pas avant. »

M10 : « Alors clairement en termes d'avantages, en premier il y a la qualité de vie pour les médecins, avant de parler du cadre professionnel. On va parler du terme particulier, la qualité de vie par la modulation du planning qui est faisable sans avoir une répercussion pour la permanence des soins des patients. Il y a également qualité de vie sur les plages horaires par semaine, sur le nombre de vacances qu'on peut prendre. »

- Possibilité de travailler à temps partiel

Certains médecins souhaitent diminuer leur temps de travail, notamment pour des raisons familiales. Le travail en maison de santé étant plus attractif, l'arrivée de collaborateur ou remplaçant dans la structure est nettement facilitée.

M2 : « Je ne travaille que trente heures par semaine et j'en suis bien heureux. La qualité de la vie, tu vois, ça m'a permis de passer à mi-temps pour travailler sur la Fédération française des

maisons et pôles de santé. J'ai une collègue qui a mon âge et qui est à mi-temps pour s'occuper de sa maison qui est dans la montagne, à mi-temps elle trouve qu'elle gagne bien assez sa vie pour être vraiment tranquille. Les deux collaborateurs travaillent à mi-temps et ils considèrent qu'à leur âge, ils gagnent bien assez de sous comme ça. Ce travail collectif, en terme qualité de vie, c'est incomparable. »

M5 : « D'ici un an, mon but c'est de travailler à mi-temps, trouver un collaborateur féminin qui serait intéressé par un mi-temps. »

M8 : « Maintenant, à l'âge où j'arrive, ma dernière fille va finir ses études, ça va me permettre de travailler avec un collaborateur, chose que je n'avais jamais réussi même en cherchant dans un cabinet où il n'y avait pas de secrétariat »

- Se libérer du temps :

Les médecins M 2, 4, 5, 8, 9, 10 ont évoqué ce thème.

M4 : « Amélioration de la qualité de vie car on partage les remplaçants. Et puis il y a cette disponibilité de temps. »

M5 : « Une meilleure organisation de son temps, pouvoir s'absenter sans se tracasser sur la prise en charge de ses patients, le bon fonctionnement. (...) pouvoir me libérer du temps. »

2.1.3 Autres avantages à exercer en maison ou pôle de santé

2.1.4.1 Adaptation à la féminisation de la profession médicale

Sur les bancs de la faculté de médecine, le nombre de femmes futurs médecins est en pleine expansion, avec approximativement près de 2/3 de femmes par promotion.

Les demandes et attentes des femmes médecins vont probablement imposer une réorganisation de la médecine générale : congés maternité, demande de travail à temps partiel, secteur urbain privilégié sur le secteur rural, contraintes de vie familiale, etc. Toutefois, les attentes de la jeune génération, y compris même celles des hommes, apparaissent plus centrées sur la qualité de vie, les horaires de travail et le milieu d'exercice, que celles de leurs aînés. Les maisons et pôles de santé permettront probablement de mieux répondre à ces exigences.

M8 (femme) : « Ce mode d'exercice va permettre à la campagne à des femmes d'exercer 2 jours, 2 jours, 2 jours par semaine (*note de l'auteur : permet à 3 femmes de venir travailler à la campagne à temps partiel, pour un seul poste, 2 jours chacune*) et permettre à ces femmes d'aller exercer à la campagne tout en pouvant rentrer chez elles le soir, car les maris ne veulent pas aller à la campagne. (...) Aller exercer loin à la campagne peut paraître problématique. Mais les maisons de santé avec la possibilité qu'il y ait des gens qui travaillent à temps partiel vont permettre de palier à la désertification médicale. (...) (*Travailler à*) temps partiel libéral, car je pense qu'il y a des femmes qui ont un mari qui a un mode d'exercice ou qui a une profession, ou elles veulent simplement avoir un exercice à temps partiel pour pouvoir s'occuper de leurs enfants ; permettre que même ces femmes-là puissent exercer à la campagne. »

2.1.4.2 Le salariat

Quand on interroge les internes en fin de cursus ou les jeunes médecins généralistes, on note une volonté de travailler différemment, notamment en termes de mode de rémunération. Même si cela existe depuis plus longtemps dans les centres de santé, le salariat est une perspective nouvelle au sein des maisons de santé.

M2 : « On est dans une maison de santé pluri-professionnelle. Si demain on se transforme en centre de santé, on se retrouve tous salariés. On va quitter l'exercice libéral, on va toucher du salaire, plutôt que des honoraires. (...) Le salariat existe et existera de plus en plus. (...) C'est les modes de rémunération. Dans un système de rémunération à l'acte, on est complètement bloqué. Ton intérêt économique est de faire revenir les gens le plus souvent possible et de les

voir le plus rapidement possible. Dans des rémunérations collectives par équipe, on change complètement de vision. »

2.1.4.3 Le rôle universitaire

Les maisons de santé permettent par leur organisation et leur système d'information d'accueillir plus facilement les étudiants. Les structures sont plus grandes, plus modernes et parfois construites avec la volonté de faire venir des jeunes étudiants et jeunes médecins. La maison de santé peut aussi être un lieu de recherche et d'enseignement. Le contact avec les internes ou externes profite aux professionnels de santé.

- La formation des étudiants en médecine

Les maisons et pôles de santé apportent beaucoup aux jeunes médecins en cours de formation (externes ou internes) par leur possibilité d'accueil adapté : locaux de qualité, dossier médical partagé, diversité des professionnels de santé, disponibilité de l'équipe, cohésion de groupe et réunions de coordination fréquentes. En cela, cette structure se rapproche d'un service hospitalier, environnement plus familier pour les étudiants.

Les médecins M 2, 5, 6, 8 ont évoqué ce thème.

M2 : « Pour les étudiants, ça change tout. Les internes, le SASPAS qui est chez nous, et les externes qui viennent. Ils arrivent dans une structure qui est très bien organisée, avec un système d'information qui leur permet d'accéder beaucoup plus vite à la connaissance. Ils mangent avec nous tous les midis, on partage énormément. Les professionnels ont chacun une clientèle qui est légèrement différente : des femmes qui font plus de gynéco, un plus porté sur la psychiatrie ou la dermato, etc. Cela fait que les externes voient trois clientèles différentes, avec trois méthodes de réception des patients, mais qui peuvent être gérées par les mêmes professionnels à un moment donné. C'est plutôt une bonne chose pour les étudiants. En tout cas, tous ceux qui passent chez nous disent que c'est comme cela qu'ils veulent bosser. »

M5 : « Tous nos jeunes qui viennent nous le disent : oui, oui, c'est comme ça que je veux travailler. Les externes, les internes : ils sont tous emballés par ça. »

- Etre maître de stage

Le contact intergénérationnel est un formidable terrain d'échange, source d'apprentissage pour les étudiants mais aussi pour les maîtres de stage.

M1 : « Nous regrouper de façon à accueillir des internes. (...) La satisfaction de voir des jeunes s'initier aux problèmes de la médecine rurale, de les guider dans ce mode d'exercice.

Ils apprennent beaucoup de choses et ils m'apportent beaucoup par leurs compétences, leur jeunesse et par leurs connaissances. Il y a beaucoup d'échanges dans ce sens-là. »

M10 : « La maîtrise de stage : je pense que c'est un lien qui est indispensable, pour mettre des étudiants au cœur de la maison de santé, parce que ça permet de garder un lien avec l'université, de garder un lien avec la jeune génération qui nous permet d'offrir une dynamique. Ça permet aussi de montrer comment on travaille et donner de l'envie à la jeune génération comme j'ai fait partie. (...) ça demande un effort, un regard sur sa pratique, de prendre sur soi, ça permet d'apporter plein de choses positives. »

M11 : « Pouvoir faire venir des étudiants, ça c'est absolument évident, parce qu'en plus nous ça nous habitue et ça nous oblige à retravailler le collectif et avoir une mentalité comme ça qui permet de partager. ». « Mais ça, y en a plein qui l'ont dit, ce qui m'a permis de finir mon exercice content, c'est les internes, c'est vous ! (...) ça a été la révélation, je regrette même de l'avoir pas fait plus tôt. »

- Un lieu d'enseignement et de recherche

M6 : « Lieu d'enseignement, car nous avons des salles d'enseignement. (...) Et lieu de recherche car nous étions à ce moment-là deux membres du département de recherche avec un chef de clinique. »

2.1.4.3 Lutte contre la désertification médicale

Les prévisions en matière de couverture médicale sur le territoire national sont préoccupantes. Si certaines zones, notamment urbaines, demeurent favorisées sur le plan de l'offre de soins et de la qualité des soins, de nombreuses zones rurales ainsi que des zones urbaines réputées pour leur climat d'insécurité peinent à conserver ou à atteindre une offre de soins en rapport avec les besoins de la population. Grâce aux maisons ou pôles de santé, l'organisation de l'offre de soins devient cohérente pour un territoire : la maison de santé est une unité de lieu, de moyens et de méthodes. Elle permet de pérenniser l'offre de soins et se présente comme un véritable service de proximité, surtout en milieu rural.

Pour la grande majorité des médecins interviewés, les pôles et les maisons de santé sont une des solutions au problème de désertification médicale (médecins M 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13). A la question « *Pensez-vous que ce mode d'exercice puisse pallier à la désertification médicale ?* », les médecins répondent de la façon suivante :

M1 : « Oui. (...) En revanche, la désertification médicale n'est pas forcément palliée par un sureffectif de médecins. Elle peut être palliée par de nouveaux modes d'organisation des

soins. L'amélioration des filières, des parcours, la délégation de tâches auprès des infirmières sont des choses importantes qu'il faut exploiter. »

M5 : « Oui, oui, c'est sûr. Tous nos jeunes qui viennent nous le disent : oui, oui, c'est comme ça que je veux travailler. »

M8 : « Oui, j'en suis persuadée. (...) les maisons de santé avec la possibilité qu'il y ait des gens qui travaillent à temps partiel vont permettre de palier à la désertification médicale. »

M10 : « Oui et doublement oui. Oui, parce que c'est une unité attractive pour les jeunes médecins dont je fais partie. Ça permet de concilier les attentes de la jeune génération : qualité de vie et qualité de travail, groupe et donc dynamisme, dynamisme médical et également paramédical. »

M13 : « Oui, non seulement je le pense, mais on l'a prouvé. Car c'est une dynamique qui a permis de faire venir sur une zone urbaine sensible 5 jeunes médecins. »

2.1.4.4 Développement de la télémédecine

La télémédecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. Cet exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des nouvelles technologies permet la prestation de soins de santé à distance et l'échange des informations médicales s'y rapportant. Dans certaines zones désertifiées, la télémédecine commence à se développer au sein des maisons ou pôles de santé.

M1 : « L'idée est de mettre en place des consultations partagées avec des vidéos-conférences au niveau de la dermatologie, de la psychiatrie. (...) Face à notre éloignement, ça peut être une piste. »

M2 : « Je pense que la résolution des problématiques dans des zones qui sont d'accès difficile passe par plein de choses, la constitution d'équipes de soins primaires dans ces territoires-là, mais aussi par l'outil télémédecine, cela va de soi. (...) La télémédecine est en train d'arriver, en particulier pour les zones où il n'y pas d'accès à des médecins de manière simple. »

2.1.4.5 Favoriser la formation médicale continue

L'exercice en maison et pôle de santé favorise une dynamique de formation chez les différents professionnels. Il leur permet peut-être de se libérer du temps plus facilement pour accéder à différentes formations médicales continues.

M10 : « *(note de l'auteur : être en maison de santé permet d')* avoir une dynamique de formation médicale continue bien plus importante que quand on est seul. »

En résumé : Les avantages à exercer en maison ou pôle de santé

2.1.1 Meilleures conditions de travail

2.1.1.1 Travail en équipe

- Des équipes pluri-professionnelles au sein des maisons de santé
- Réduction des inégalités entre les professionnels
- La collaboration interprofessionnelle
- Echanger sur des situations cliniques difficiles
- L'entraide entre les médecins

2.1.1.2 Lutte contre l'isolement des médecins

2.1.1.3 Mutualisation des moyens :

- Gestion en commun
- Meilleure qualité des locaux
- Un secrétariat performant
- Un logiciel informatique performant
- Mise en commun du matériel
- Diminution des frais

2.1.1.4 Possibilité de délégation de tâches

2.1.1.5 Avoir plus facilement un remplaçant, un collaborateur et un futur médecin au cabinet

2.1.2 Meilleure qualité des soins

2.1.2.1 Coordination des soins

- Coordination entre les différents professionnels
- Dossier médical partagé
- Organiser des réunions de coordination et de transmission d'information
- Collaboration avec l'hôpital

2.1.2.2 Continuité des soins

- Permanence des soins
- Mieux gérer le non programmé

2.1.2.3 Elargissement du domaine de compétences de l'équipe

2.1.2.4 Projets d'équipe

- Projet de santé
- Programme d'éducation thérapeutique
- Développement de la prévention et du dépistage

2.1.2.6 Prise en charge des patients en situation de précarité

2.1.3 Meilleure qualité de vie

- Prendre des vacances est plus facile
- Possibilité de travailler à temps partiel
- Se libérer du temps

2.1.4 Autres avantages à exercer en maison ou pôle de santé

2.1.4.1 Adaptation à la féminisation de la profession médicale

2.1.4.2 Le salariat

2.1.4.3 Le rôle universitaire

- La formation des étudiants en médecine
- Etre maître de stage
- Un lieu d'enseignement et de recherche

2.1.4.1 Lutte contre la désertification médicale

2.1.4.2 Développement de la télémédecine

2.1.4.3 Favoriser la formation médicale continue

2.3 Les difficultés et inconvénients à exercer en maison ou pôle de santé

Cependant, l'intégration d'une maison de santé n'est pas idyllique. Certains décrivent même un certain degré d'épuisement professionnel lors des premiers temps : M5 : « Inconvénient majeur, du au rajout de tâches administratives. (...) Car avant on ne faisait que de la médecine. . (...) Ils ont tous retrouvé un confort sauf nous. (...) On a perdu au niveau financier. (...) A un moment donné, j'étais prête à arrêter. ». Sans aller jusqu'à l'épuisement professionnel, les autres médecins rapportent des difficultés non négligeables.

2.3.1 *Lourdeur administrative*

Certains médecins se sont plaints d'un surcroît de difficultés administratives. M12 : « On se rend compte avec l'expérience, que plus la structure grandit, plus les contraintes administratives deviennent pesantes et plus elles prennent de la place effectivement dans notre activité de tous les jours. »

- Création d'une maison de santé ou un pôle

La création des maisons et pôles de santé est un travail de longue haleine. Les difficultés et embûches pour créer ce type de structure sont nombreuses. Avec l'essor et le développement des maisons de santé, ces difficultés tendent à s'atténuer.

M11 : « Parce qu'alors la construction de ce b. (*grossièreté*), parce que c'était quand même le b. (*grossièreté*), c'était comment que ça fonctionne ? Parce qu'on n'avait aucune idée de la manière dont on allait faire fonctionner. »

M9 : « Mais le seul bémol que je mettrais, c'est que les maisons de santé, à mon avis, ça ne peut marcher que si elles préexistent, car on ne peut pas les monter de toutes pièces. Mais pour ça, il faut que ce soit les vieux médecins qui les créent. »

- Surcoût de fonctionnement

Selon le médecin interrogé et selon la maison de santé à laquelle il appartient, les frais de fonctionnement sont perçus différemment. Pour certains, ces frais de fonctionnement ont diminué, pour d'autres ils sont majorés.

Les médecins M 5, 10, 11 ont évoqué ce thème.

M11 : « Une maison de santé, en tant que maison, autrefois c'était rentable parce qu'on mutualisait. (...) Maintenant ça ne l'est plus, ça coûte plus cher. Va savoir pourquoi ? Prix des secrétaires, prix de tout ça, tout ça a augmenté, l'électricité est plus chère parce que c'est professionnel. »

M10 « Il y a un surcoût dû au fonctionnement des frais communs, en frais généraux : en temps de secrétariat, en ménage, en investissement qui est supérieur à un cabinet seul. C'est certain. Un surcoût qui engendre le confort. »

- Gestion de la structure

L'une des principales difficultés des maisons et pôles de santé est leur gestion : les médecins ont été formés à soigner des patients, pas à gérer une grosse structure et à manager une équipe.

Les médecins M 2, 4, 6, 9, 11, 12 ont évoqué ce thème.

M2 : « Ce n'est pas parce qu'on a bac + 9, qu'on sait gérer une maison de santé. »

M4 : « Des grosses structures qui vont poser d'autres problèmes : des problèmes de gestions. Il faut avoir un directeur pour gérer. Il y aura d'autres problèmes. Il faudra peut-être une gestion externe. »

M6 : « L'autre difficulté, c'est la gestion de la structure. Là on est confronté à quelque chose de difficile. Car on n'a pas de gestionnaire attitré. »

M9 : « Il faut un gérant, je suis un co-gérant. Mais là, à mon avis, il faut se faire aider. Là on a la chance d'avoir une secrétaire qui fait la comptabilité, qui nous aide. »

M11 : « La difficulté c'est la gestion communautaire des frais généraux ... »

- Difficultés à se projeter dans l'avenir

Pour certains professionnels, le label « maison de santé ou pôle de santé » a permis d'obtenir des subventions pour améliorer les prises en charge et développer des projets de santé, par le biais des NMR (nouveaux modes de rémunération), dans un cadre expérimental. Les NMR sont une dotation globale financée par l'ARS. Les subventions étaient délivrées jusqu'en 2013, sans qu'on sache, à l'époque des entretiens, si elles seraient reconduites ou non. Les maisons de santé sont dépendantes d'un financement extérieur, pas toujours pérenne, ce qui inquiète les professionnels y travaillant.

M4 : « On est dans une forme expérimentale en travaillant dans des maisons de santé. Ça existe jusqu'en 2013. Mais après, est-ce qu'on va continuer ? On ne sait pas trop où on va. (...) les subventions nous servent quand même à quelque chose. Nous, elles nous servent à avoir une salle de réunion, un bureau pour l'infirmière ASALEE. »

2.2.2 Les conditions de travail

Chaque maison ou pôle de santé est un projet unique. Certains professionnels, par comparaison à leur exercice antérieur, perçoivent des entraves dans ces nouvelles conditions de travail : nouveau logiciel informatique, augmentation des tâches administratives et certaines difficultés de secrétariat et de fonctionnement téléphonique.

- Le logiciel informatique

M7 : « Premier inconvénient, c'était le problème informatique (...) J'avais un logiciel qui était une petite merveille et j'ai été obligé de m'adapter. (...) Au niveau informatique, ça a été une catastrophe. »

- Augmentation des tâches administratives

Certains médecins généralistes travaillant en maison de santé ont constaté un surcroît de tâches administratives à réaliser par rapport à leur exercice antérieur.

Les médecins M 5, 7, 12 ont évoqué ce thème.

M5 : « *La mutualisation des moyens pour vous a été un inconvénient, car vous avez perdu.* - Inconvénient majeur, du au rajout de tâches administratives. (...) »

M12 : « On se rend compte avec l'expérience, que plus la structure elle grandit, plus les contraintes administratives deviennent pesantes et plus elles prennent de place effectivement dans notre activité de tous les jours. »

- Difficultés de secrétariat et de fonctionnement téléphonique.

En regroupant de nombreux médecins en maison de santé, des difficultés logistiques de secrétariat et téléphoniques sont apparues.

Les médecins M 5, 6, 7 ont évoqué ce thème.

M6 : « On a été confronté à des grosses difficultés de secrétariat, à des difficultés de réponses téléphoniques, pour plusieurs raisons, car plusieurs clientèles se regroupaient. Et la plupart des médecins n'avaient pas de secrétariat jusque-là. (...) Dans une petite structure (3 ou 4 médecins), on gère ça assez facilement. Ici, il y a 7 à 9 médecins et il faut gérer les rendez-vous pour 9 médecins. Il faut avoir un secrétariat performant. »

M7 : « On a beaucoup de problèmes au niveau téléphonie. C'est tous ces problèmes-là qui nous pourrissent la vie. »

2.2.3 Difficultés à travailler en groupe

La vie en collectivité présente parfois certains désagréments. Travailler en groupe nécessite d'écouter le point de vue de chacun, de composer avec le caractère et la volonté parfois divergentes des autres professionnels.

Les médecins M 2, 3, 5, 6, 8, 11, 12 ont évoqué ce thème.

M2 : « La grande difficulté et l'inconvénient majeur, c'est que je suis plus tout seul ! (Rires) Les autres regardent ce que je fais. C'est pénible, ils me critiquent (...) En bref, c'est le passage de la vie individuelle à la vie collective, le partage, la fin d'une période où je prenais mes décisions tout seul. A présent, il y a un certain nombre de décisions qui sont sous le regard des autres. »

M6 : « Comme dans toute situation où on regroupe les gens pour collaborer, on augmente les difficultés. Le fait d'avoir à prendre en compte les différences de tempérament, d'habitudes, d'objectifs, par moment on s'aperçoit qu'on n'a pas la même vision des choses, ni les mêmes objectifs, les mêmes intérêts, donc des conflits qui peuvent naître obligatoirement. »

M8 : « La principale difficulté, ce sont les rapports humains entre nous qui ne sont pas toujours évidents. »

M7 : « Disons que je pensais qu'il y aurait eu plus de relations avec les paramédicaux, avec les autres professionnels. On se voit, on se croise. Mais c'est tout. »

2.2.4 Incompréhension et agressivité initiale de certains patients

La clientèle, notamment les patients âgés, ont parfois des difficultés d'adaptation à cette nouvelle façon d'exercer de leurs médecins.

M5 : « Au début, les patients ne comprenaient pas pourquoi on quittait notre cabinet. »

M7 : « La clientèle, la mienne comme celle des autres, n'a pas très bien accepté les difficultés, on avait des problèmes administratifs au niveau téléphonie. Les gens n'arrivaient pas à nous joindre. On a eu beaucoup de remarques désobligeantes, une agressivité de certains patients. (...) Peut-être du fait que j'ai une clientèle qui est âgée, qui avait des habitudes et le côté impersonnel de la maison de santé les a un peu déroutés. »

En résumé : Les difficultés et inconvénients à exercer en maisons ou pôle de santé

2.2.1 Lourdeur administrative

- Création d'une maison de santé ou un pôle
- Surcoût de fonctionnement
- Gestion de la structure
- Difficultés à se projeter dans l'avenir

2.2.2 Les conditions de travail

- Le logiciel informatique
- Augmentation des tâches administratives
- Difficultés de secrétariat et de fonctionnement téléphonique

2.2.3 Difficultés à travailler en groupe

2.2.4 Incompréhension et agressivité initiale de certains patients

DISCUSSION

1. Les limites méthodologiques de l'étude

1.1 L'étude qualitative

L'objectif de cette étude est d'étudier les avantages à exercer en pôle ou en maison de santé pour les médecins généralistes.

Nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative, celle-ci paraissant la plus adaptée à notre sujet. Il s'agit d'une étude de nature exploratoire visant à mieux comprendre des questions peu ou mal connues. La rigueur méthodologique est un enjeu important pour la validité des résultats. (15) On y applique la notion de saturation des données, c'est-à-dire que l'étude s'arrête lorsque l'examen des données supplémentaires recueillies n'apporte plus d'éléments d'information nouveaux à la recherche. La saturation des données a été obtenue après la réalisation de 13 entretiens. (7) (12)

1.2 Critères de validité

1.2.1 Validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les observations sont effectivement fidèles à la réalité, c'est-à-dire à évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer. Les biais étant quasi-inévitables, la démarche scientifique consiste à les identifier et à discuter leur impact potentiel. (10)

- Biais de sélection

Le recrutement des participants de cette étude s'est fait sur la base du volontariat. Ce recrutement s'est voulu le plus large possible. Seuls les médecins les plus motivés ont probablement répondu par l'affirmative à la demande d'entretien.

Initialement, les médecins sollicités ont été les médecins exerçant en pôle ou maison de santé dans la région Poitou-Charentes. Pour diversifier notre échantillon et élargir le plus possible le panel des personnes interrogées, nous avons étendu l'étude au plan national : trois autres médecins apportant des profils non retrouvés dans la région ont été interviewés. L'objectif de cette démarche était de diminuer le plus possible le biais de représentativité (ou biais de sélection).

- **Biais liés à l'interviewé**

On distingue deux principaux biais. Le biais de mémorisation est lié à des oublis, une mauvaise compréhension des questions ou à la gêne éprouvée face aux questions parfois personnelles. Le biais de déclaration est lié au mensonge en présence d'autrui (l'enquêteur) : certains médecins ne veulent pas livrer leurs ressentis, peurs et inquiétudes.

Des mécanismes de défense ont pu être déployés par les acteurs interrogés, bien que la majorité des entretiens se soient déroulés dans un lieu de leur choix, à leur convenance, pour qu'ils se montrent le plus naturels et spontanés possible. Les entretiens étaient menés pour la plupart en face-à-face, pour certains par l'intermédiaire d'outils de télécommunication et d'échange (programme Skype ou entretien téléphonique avec haut-parleur), à la demande des interviewés. En effet, compte-tenu de l'éloignement géographique de certains médecins et pour leur convenance personnelle, l'entretien en face-à-face n'était pas réalisable. Ces modes d'entretien pourraient avoir accentué les biais de déclaration et de mémorisation et rendre plus difficile l'interprétation de ces entretiens. A l'inverse, on pourrait aussi imaginer que, n'ayant pas d'interlocuteur direct en face d'eux, ces médecins se sont sentis plus libres de s'exprimer et ont divulgué des informations plus personnelles.

Les verbatims ont été soumis aux médecins interrogés après retranscription, pour validation avant analyse des données. Quelques médecins ont souhaité faire des modifications a posteriori, par exemple des propos trop personnels ou des critiques trop acerbes.

Enfin, les verbatims issus des entretiens étaient anonymisés pour minimiser le biais de déclaration.

- **Biais liés à l'enquêteur**

Le biais d'intervention (ou biais lié à l'enquêteur) est majeur dans les études qualitatives. Il peut s'agir, le plus fréquemment, d'erreurs non intentionnelles : mauvaise lecture d'une question, mauvaise compréhension d'une réponse. Pour pallier à cela, une grille d'entretien semi-directif est utilisée. Elle a permis de garder une trame commune à tous les entretiens, pour ne pas omettre les sujets les plus importants à aborder.

Il peut s'agir également d'erreurs intentionnelles : modification des réponses de l'interrogé, mauvaise retranscription, reformulation des questions pour obtenir la réponse souhaitée. Pour éviter ce type d'erreurs, les entretiens ont été enregistrés, réécoutés soigneusement, retranscrits dans un second temps puis relus par le médecin interrogé. L'enregistrement de l'entretien a permis de capter la parole de l'interviewé dans son

intégralité et dans toutes ses dimensions. Elle limite l'interprétation prématurée des données. Les entretiens étaient réalisés en lieu calme, pour une bonne qualité des enregistrements.

Etre deux pour mener à bien les interrogatoires de ces entretiens semi-directifs était un réel avantage pour faciliter le recueil de données et avancer rapidement dans nos travaux. Ceci peut constituer en soit un biais : les deux enquêteurs peuvent aborder différemment les questions posées et donc modifier la réponse de l'interviewé.

- **Biais de déperdition d'information**

Notre manque d'expérience dans le domaine a pu être vecteur de limites. Les premières interviews étaient plus laborieuses, l'aisance ayant été acquise progressivement. Toutes les démarches effectuées préalablement (travail à deux sur la grille d'entretien, répétition et entraînement à l'interview auprès de proches) ont servi à diminuer le plus possible le biais de déperdition d'information.

- **Biais lié à la méthode d'analyse et à l'interprétation des données**

L'analyse croisée des données, menée conjointement par deux enquêteurs, en l'occurrence ici deux étudiants en médecine travaillant sur un thème proche, a contribué à renforcer la validité interne de l'étude. Il s'agit de la triangulation. (7) Les entretiens semi-directifs ont été relus individuellement puis ont été analysés par chaque enquêteur grâce au logiciel NVIVO. L'utilisation du logiciel de référence NVIVO a permis un maniement fluide sans perte de données. Les logiciels de codage ont prouvé leur intérêt quand le corpus à analyser est volumineux. Les thèmes et sous-thèmes retrouvés par chaque enquêteur ont ensuite été comparés et débattus afin d'obtenir la construction de l'arbre thématique définitif.

- **Facteur de confusion**

Cette étude inclut à la fois des maisons et pôles de santé.

La différence entre une maison de santé et un pôle de santé est l'unité de lieu. Une maison de santé est un lieu d'exercice commun pour de nombreux professionnels. Un pôle de santé réunit les professionnels dans les mêmes conditions que la maison de santé sans qu'ils occupent les mêmes murs. L'avantage d'un pôle de santé est qu'il permet aux professionnels le constituant de ne pas quitter leur lieu d'exercice précédent pour diverses raisons et de ne pas porter de projet immobilier collectif.

Il semble peut-être difficile d'élargir certains avantages des maisons de santé aux pôles de santé, par exemple la permanence des soins, justement puisqu'il n'existe pas d'unité de

lieu. Les pôles de santé ont quand même été inclus dans cette étude car ils ont contribué à diversifier l'échantillon.

1.2.2 Validité externe

En recherche qualitative, la notion de transférabilité (ou généralisation des résultats) de l'étude doit être discutée. L'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique. (7) La validité externe s'appuie sur la revue de la littérature.

Il existe à notre connaissance peu d'études de grande envergure portant sur les avantages à exercer en maison ou pôle de santé pour les médecins généralistes. Plusieurs colloques ont été réalisés, à l'initiative de la Fédération des Maisons et Pôles de Santé. (4) Des ouvrages sur la création et la vie d'une maison de santé ont été édités récemment, ils évoquent tous les avantages à travailler en maison de santé, mais sans preuve formelle. (1) (2) (21) Tous ces résultats seront discutés plus loin.

2. Discussion des résultats de l'étude

2.1 Synthèse des résultats

Comparativement à la pratique commune en médecine générale, l'exercice en maison ou pôle de santé permet donc un exercice de qualité optimale et un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels.

Nous avons pu mettre en évidence de grands thèmes quant aux avantages à exercer en maison de santé :

- Amélioration des conditions de travail et de la qualité d'exercice, grâce au travail en équipe et à la mutualisation des moyens, la gestion des dossiers informatiques des patients, le bénéfice d'un secrétariat, une formation médicale continue plus accessible.
- Amélioration de la qualité des soins, grâce à la coordination et à la continuité des soins, à la coopération effective entre les professionnels (notamment entre généralistes et infirmières), à l'élargissement du domaine de compétences et de la gamme de l'offre de soins (dépistage, prévention, éducation thérapeutique, protocoles de soins), à un meilleur suivi des patients polypathologiques, à la prise en charge des patients en situation de précarité (plus grande accessibilité horaire).
- Amélioration de la qualité de vie, notamment avec une adaptation des horaires de travail et parfois diminution du temps de travail hebdomadaire, la prise des congés ou le départ en retraite plus facile.
- Lutte contre la désertification médicale, notamment en milieu rural ; mode de travail plus attractif pour les femmes médecins.
- Rôle universitaire et contact avec la jeune génération.

2.2 Maison de santé versus cabinet de groupe

L'exercice en maison de santé est différent de l'exercice en cabinet de groupe. Certes, il existe dans les cabinets de groupe un regroupement de professionnels (le plus souvent de médecins généralistes uniquement et pas de paramédicaux), avec un secrétariat commun mais il n'y a aucun projet de santé commun, pas de travail en équipe à proprement parler, pas de coordination entre les professionnels de santé, etc.

2.3 Avantage ou inconvénient ?

A la lecture des résultats, certains thèmes sont évoqués selon les médecins comme des avantages, par d'autres comme des inconvénients : par exemple, la gestion des maisons de

santé, le coût du fonctionnement, le logiciel informatique, le côté administratif, le travail en groupe par exemple.

- La gestion de la maison ou du pôle de santé

Travailler en maison ou pôle de santé présente des avantages pour les jeunes médecins. Ils ne sont pas formés à la gestion d'une telle entreprise. Arriver dans une structure déjà constituée permet de bénéficier de l'expérience des plus anciens.

Ce qui pourrait paraître un avantage pour le jeune médecin arrivant, est souvent vécu comme une contrainte supplémentaire par les plus anciens en charge de la gestion de la structure. (1) Les maisons et pôles de santé sont des structures complexes. Plus elles sont importantes en taille et en nombre de professionnels, plus leur gestion devient lourde, ce qui justifie souvent l'appui d'expert-comptable. La gestion et le management sont chronophages et empiètent sur le cœur de métier des médecins. Des organismes ont même créé pour les médecins des modules de formation au management de groupe. De nombreux ouvrages sont édités à l'usage des professionnels qui désirent se former à la gestion ou au management. Des médecins interrogés ont émis le souhait de bénéficier de l'aide d'un gestionnaire qualifié, extérieur à la maison de santé.

- Le coût de fonctionnement

Certains médecins ont cité comme avantage le fait d'avoir moins de frais grâce à la mutualisation des moyens. D'autres expliquent que le fait de travailler en maison de santé engendre un surcoût car la structure est plus importante. Les avantages non négligeables apportés par le secrétariat et la qualité des locaux ont un coût.

Une étude de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé sur un échantillon de 16 maisons de santé fin 2009 montrait que l'exercice en maison de santé entraîne un surcoût de l'ordre de 4400 euros/an pour les médecins généralistes. Ce surcoût est très variable en fonction de la masse salariale de la maison de santé. Il est en partie compensé par le fait que les médecins ayant du personnel de secrétariat délèguent une partie du travail et récupèrent du temps de soignant. De manière grossière, il peut être dit qu'un généraliste qui s'installe en maison de santé travaille souvent autant d'heures que lorsqu'il exerçait seul, mais de façon plus organisée. Son chiffre d'affaire est plus important, sans pour cela gagner plus, car les charges sont majorées. (1)

- **Le logiciel informatique**

Certains médecins, en intégrant la maison de santé, ont été obligés d'adopter le logiciel informatique de gestion des dossiers patients de la maison de santé. Ce nouveau logiciel pouvant être moins performant que celui précédemment utilisé. Il s'agit toutefois de cas isolés.

- **Le secrétariat**

De la même façon que pour le logiciel informatique, certains médecins se plaignent de bénéficier d'un temps de secrétariat moindre que dans leur exercice précédent, car il y a un sous-effectif de personnel administratif dans la nouvelle maison de santé. Mais il ne s'agit que de variations individuelles.

- **Le travail en groupe**

Le travail en équipe est un avantage incontestable pour l'amélioration de la prise en charge des dossiers complexes, par l'organisation de réunions de coordination et de transmission d'information.

Il engendre des difficultés, liées au travail en collectivité. Les opinions divergent. Cela nécessite une adaptation de la part de professionnels qui ont été habitués à travailler seuls, parfois durant de longues années. Pour les jeunes médecins, habitués aux structures hospitalières, ce mode d'exercice est plus familier.

2.4 Ce qui n'a pas été mis en évidence par notre étude

La revue de la littérature permet de mettre en évidence des avantages et des inconvénients à exercer en maison ou pôle de santé, que n'ont pas évoqué les médecins interviewés au cours des entretiens.

- **La pérennité de l'offre de soins sur le territoire de santé**

Les maisons de santé sont des structures établies, reconnues par les professionnels et l'ARS, prévues pour durer sur le long terme, attractives pour les jeunes médecins généralistes. De ce fait, elles contribuent à pérenniser l'offre de soins sur un territoire donné, surtout en zone désertifiée. Toutefois, ces structures ne peuvent perdurer que si les patients adhèrent aux offres de soins proposées et si celles-ci s'avèrent adaptées aux besoins du territoire. Elles doivent aussi répondre aux besoins en matière de soins, de suivi et valoriser les bénéfices qu'elles sont susceptibles d'apporter, parmi lesquels une accessibilité garantie pour tous les

patients en termes de droit aux soins, de prévention, de dépistage, de qualité des soins dispensés, de suivi global. (21)

- **La diminution du nombre de jours d'hospitalisation**

Les maisons ou pôles de santé pourraient permettre de réduire le nombre de jours d'hospitalisation des patients grâce à une prise en charge coordonnée autour du retour à domicile et des soins à mettre en œuvre dès la sortie de l'hôpital. En effet, les infirmières de coordination ou les assistantes sociales travaillant dans la structure évaluent les besoins du patient pour sa sortie d'hospitalisation afin d'éviter l'attente de soins de suite. (21)

- **Financement des maisons et pôles de santé**

Les financements à dominante publique permettent de monter un projet en cas de carence de l'initiative privée. Les loyers sont plus abordables. Ce mode de fonctionnement peut attirer des jeunes médecins qui ne peuvent pas apporter un investissement financier trop important.

Les financements à dominante privée offrent la liberté d'être « chez soi ». L'achat des locaux peut être rentable sur le long terme. (22)

- **La création difficile de ces structures**

Il nous a paru étonnant que ce thème ait été très peu abordé au cours des entretiens semi-directifs. La création d'une maison de santé confronte les professionnels à de nombreuses difficultés. Il faut définir les différents acteurs en jeu : les partenaires obligatoires et/ou potentiels du projet (professionnels de santé, élus locaux, etc.), leur positionnement, leurs intérêts et oppositions éventuelles. Puis il faut élaborer une analyse du territoire avec une dynamique humaine, un projet de santé, un projet professionnel, définir les aspects juridiques, le financement du bâtiment et le projet immobilier.

Le médecin généraliste est souvent le professionnel responsable et « pilote » du projet. Les réunions sont nombreuses, laborieuses, chronophages et suscitent vite le découragement de certains.

- **La protocolisation des soins :**

Les professionnels de santé impliqués dans un exercice coordonné en maison ou pôle de santé sont incités à adopter et à mettre en œuvre des protocoles de soins, en référence aux données de la science (Evidence Base Médecine). Comme tous les programmes

d'amélioration de la qualité des soins, l'exercice coordonné et protocolé en maison de santé est soumis à une analyse et à une évaluation des pratiques, en les comparant à des références actualisées, pour les améliorer. Il nous a paru étonnant que ce sujet ne soit pas abordé au cours des entretiens, sauf par un médecin. La protocolisation des soins n'est probablement pas encore rentrée dans les mœurs. Ces protocoles sont un avantage pour les professionnels de santé car ils définissent un cadre de travail. Cependant, chez certains, elle engendre la crainte de ne plus être libre dans sa façon de travailler et dans ses prescriptions. (18)

M2 : « Ce qui n'apparaît pas dans ce questionnaire, c'est la difficulté des professionnels de santé face à l'outil et à la protocolisation des soins. L'évolution les emmène vers une robotisation, au lieu de comprendre que la protocolisation et les systèmes d'information vont leur permettre de dégager plus de temps humain face au patient. Dans une maison de santé, la crainte des professionnels de santé, c'est d'être transformé en robot, d'être obligé de travailler plus vite.(...) En réalité, plus tu t'organises, plus tu as du temps-patient, mieux ton système d'information fonctionne, moins tu as le nez sur ton ordinateur, plus tu es avec le patient. »

2.5 Travailler en maison de santé : être meilleur médecin généraliste ?

Elargissons notre réflexion et essayons de mettre en évidence un nouvel aspect positif d'exercer en maison et pôle de santé pour les médecins généralistes : le développement des compétences.

Dans la littérature, il existe des compétences qui définissent le métier de médecin généraliste. La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies of Family Doctors) cite onze compétences en 2002, présentées en annexe 17 (23). Ces compétences sont reconnues par le Collège National des Généralistes Enseignants en France. (24)

Si l'on se réfère aux onze compétences du médecin généraliste, de nombreux avantages à exercer en maison de santé apparaissent en rapport avec ces dernières.

Compétence 2 : Faire face à des situations aiguës et/ou vitales rencontrées en médecine générale

Dans une maison de santé, plus de moyens matériels et une meilleure permanence des soins permettent de pallier à certaines situations urgentes.

Compétence 4 : Entreprendre des actions de santé publique

Le travail dans les maisons et pôles de santé permet d'identifier plus facilement certains patients fragiles ou comportements à risque grâce aux contacts et la collaboration

plus facile entre infirmiers et médecins, puis de mettre en œuvre des actions coordonnées de prévention individuelle et collective, des actions de dépistage pertinentes. Ce travail est renforcé par le rôle des infirmières ASALEE, souvent présentes au sein des maisons de santé. L'utilisation d'un logiciel informatique performant permet d'exploiter au mieux les données du dossier médical du patient et d'avoir des alertes sur les dépistages (mammographie, frottis cervico-vaginaux, test hémocult, suivi coloscopique). Le travail en équipe rend possible la collaboration à des travaux de recherches.

Compétence 6 : Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et de sa maladie

Les maisons et pôles de santé développent et proposent un projet de santé adapté aux besoins du territoire, pouvant inclure des programmes d'éducation thérapeutique. Certains pôles bénéficient d'une collaboration avec l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) sur des programmes concernant l'alimentation des enfants, la toxicomanie, etc.

Compétence 7 : Travailler en équipe et/ou en réseau lors de situations complexes, aiguës et chroniques

Le travail en équipe est l'un des principaux avantages à exercer en maison et pôle de santé. Ces structures favorisent une meilleure collaboration et communication entre les professionnels. Elles permettent de coordonner les soins autour du patient en sollicitant la coopération des différents soignants, en organisant des réunions de coordination et de transmission. Tout ceci permet d'élargir les compétences de l'équipe avec la possibilité d'effectuer des délégations de tâches entre les professionnels de santé. L'hôpital local est souvent sollicité.

Compétence 8 : Assurer le suivi et la continuité des soins lors des problèmes et pathologies les plus fréquentes chez les enfants et adolescents, les femmes, les hommes, les personnes âgées

Le travail en équipe permet une meilleure collaboration entre professionnels et une meilleure coordination du parcours de soins. Le secrétariat grâce à l'outil informatique peut participer et améliorer le suivi des patients

Compétence 10 : Assurer la gestion de l'entreprise médicale

La gestion de certaines tâches administratives peut être améliorée dans une maison de

santé par un secrétariat performant. Un logiciel informatique adapté permet aussi aux professionnels d'améliorer leur gestion de leur comptabilité par exemple. Ces structures permettent une amélioration des horaires de travail des professionnels.

Compétence 11 : Réfléchir à ses actions professionnelles

Le travail en équipe permet d'évaluer sa pratique et de réfléchir à ses actions professionnelles. Le fait de mieux communiquer, collaborer et échanger favorise l'évaluation de nos pratiques. Organiser et maintenir sa formation professionnelle est difficile pour les médecins. Le rôle universitaire est souvent présent en pôle ou maison de santé. Il donne le moyen de favoriser les échanges avec les jeunes, d'avoir de nouveau point de vue sur certaines situations cliniques et donne la possibilité de se remettre en question sur certaines pratiques.

La collaboration interprofessionnelle crée une dynamique de groupe et d'échange qui favorise la formation de chacun. Le nombre de médecins exerçant et le temps gagné par la diminution des tâches administratives donnent la possibilité de se dégager du temps pour accéder à la formation médicale continue.

Les compétences restantes (Compétence 1 : Résoudre un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires grâce à une démarche adaptée, Compétence 3 : Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine ambulatoire, Compétence 5 : Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage, Compétence 9 : Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques) sont du ressort du seul médecin généraliste et ne paraissent pas être améliorées par l'exercice en maison de santé.

Finalement, les maîtres mots de l'exercice en maison ou pôle de santé sont : coordination, collaboration, travail en équipe, projet de santé.

3. Perspectives d'avenir

3.1 Perspectives d'avenir pour les médecins

3.1.1 Les expériences étrangères

Même si nous n'avons pas fait une étude exhaustive de la littérature étrangère, nous avons pu cependant remarquer les faits suivants. Dans toutes les comparaisons internationales, la prudence s'impose du fait de la variation des terminologies. Une spécialité médicale ne recouvre pas forcément les mêmes compétences et les mêmes pratiques d'un pays à un autre. Cette comparaison se fait entre des pays où l'étendue géographique peut varier du simple au double, voire plus.

Les maisons et pôles de santé français s'intègrent dans les soins primaires. Le concept de « soins primaires » (primary care) est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Cette dénomination est également utilisée pour désigner l'organisation des systèmes de soins extrahospitaliers. (25) Dans les pays développés, trois modèles types d'organisation sont recensés :

- le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède)
- le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni)
- le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada).

L'évolution et les réformes menées depuis les années 1990 tendent à rapprocher les systèmes de soins primaires. Cette hybridation des modèles caractérise la France dont le système de santé, appartenant initialement au modèle professionnel non hiérarchisé, emprunte désormais des caractéristiques d'organisation similaires aux deux autres modèles. (25)

La notion d'équipe émerge dans tous les pays. Au Québec se sont créés des Groupes de médecine de famille (GMF), dans le but de résoudre des problèmes d'accès et de continuité des soins : on y pratique la formation médicale continue, la discussion autour de cas, la création de protocoles de soins, la collaboration avec les paramédicaux (infirmiers). Les médecins sont globalement plus satisfaits de ce type d'exercice. Cette étude va également dans le sens d'une extension du rôle des infirmiers avec un niveau identique d'efficacité et de sécurité, voire même dans certains cas un niveau de satisfaction supérieur pour le patient. Des médecins peuvent craindre de se retrouver avec les tâches les plus difficiles ou les cas les plus lourds tandis que d'autres se peuvent se sentir menacés en tant que médecins de famille ayant

à cœur leurs relations avec les patients. Les infirmières sont devenues, par la suite, des professionnelles plus autonomes, effectuant un travail plus diversifié et complexe. Ces changements ont exigés du temps. (26)

En Finlande comme en Suède, ce sont les centres de santé, au sein desquels travaillent des équipes pluridisciplinaires : médecins généralistes, infirmières et autres professionnels paramédicaux qui deviennent les pivots du système. (25)

Aux Etats-Unis, les résultats d'une expérimentation visant à transformer 36 cabinets classiques en PCMH (Patient-Centered Medical Home) tendent à montrer que certains médecins doivent accepter une transformation de leur rôle à l'égard des patients et doivent développer des qualités de leadership à l'égard de leurs collaborateurs en rupture avec des modes de management traditionnel. (27)

Enfin, l'expérience passée et actuelle en Belgique montre qu'il est possible de « rendre les usagers heureux » et de faciliter l'accès à des services de santé de qualité aux populations les plus défavorisées. Les études réalisées soulignent que certaines pratiques de groupes peuvent être efficaces, notamment sur la prescription de médicaments. (28) De plus, les maisons médicales belges correspondent aux envies des jeunes professionnels de santé. Aujourd'hui, dans ce pays, 20 % des généralistes de moins de trente ans travaillent au sein de ces structures. (28)

3.1.2 Perspectives d'avenir en France pour les médecins

Quelles sont les perspectives d'avenir pour les médecins exerçant en maison ou pôle de santé ? Ceci a fait l'objet d'une question lors de nos entretiens semi-directifs. Nous ne les avons pas exploitées dans les résultats pour rester le plus proche possible du sujet de la thèse. Il me semble cependant important d'évoquer les perspectives perçues par certains médecins.

- Le système d'information

Il est nécessaire de continuer à favoriser le développement de logiciel informatique pour aboutir à un système d'information basé sur la notion d'un dossier patient. Ce dossier médical doit pouvoir être partagé par toute l'équipe, facile d'accès, utilisable et exploitable par les équipes de soins secondaires, les spécialistes ou l'hôpital.

- Améliorer la coordination de l'équipe

La coordination entre les différents professionnels de santé peut toujours être améliorée.

- Améliorer la gestion de ces structures

Les médecins sont des professionnels de santé et non pas des gestionnaires d'entreprise. Il est probablement nécessaire de déléguer la gestion de ces structures à des personnes qualifiées extérieures.

- Evolution des modes rémunération

Le système de rémunération à l'acte peut conduire à des dysfonctionnements. L'intérêt économique ne peut-il pas engendrer une tendance à l'augmentation de la fréquence et de la répétition des actes médicaux ? Inversement, dans une rémunération collective pour l'équipe, la logique de fonctionnement est totalement différente.

- La télémédecine

La télémédecine est en pleine essor, surtout dans les zones médicales désertifiées, pour la médecine générale ou certaines spécialités. Elle sera sans doute un des moyens capables de pallier à l'inégalité des soins pour certains patients.

- Les relations avec l'hôpital

Les maisons ou pôles de santé sont des structures de plus en plus reconnues. Les praticiens hospitaliers seront amenés à collaborer au quotidien avec les professionnels de ces structures.

Pour conclure sur l'évolution possible du travail de médecin généraliste en maison et pôle de santé, je tiens à rappeler une citation d'un des médecins interrogés : « Le nombre de sujets pour rendre les soins primaires plus intelligents est sans fin... ». Les perspectives d'évolution sont à la portée de chaque professionnel, à chacun de les saisir.

3.2 Perspectives d'avenir pour les patients

Les patients sont de plus en plus instruits des questions de santé et prêts à plus d'autonomie. Ils sont maintenant en mesure de discuter les orientations proposées par les soignants. Ces évolutions de la demande des patients et de la relation médecin-patient imposent des modifications des pratiques des professionnels de santé, notamment dans la coordination des prises en charge. (29)

Dans les différents entretiens, les médecins décrivent le bénéfice apporté à leurs patients (amélioration de la qualité des soins, coordination des soins, permanence des soins, parcours de soins, lutte contre la précarité) comme un avantage indiscutable à exercer en maison de santé. La parole n'était pas donnée aux usagers dans ce travail. Mais une maison ou un pôle de santé qui présente des avantages pour les médecins n'est rien si l'avis des patients n'est pas favorable. Les patients sont au cœur de notre métier. Impliquer les usagers dans ces structures est primordial.

Une évaluation exploratoire des maisons santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne, publiée en 2009, interrogeant à la fois les médecins et les patients, montre une meilleure qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 en maison de santé pluridisciplinaire, malgré une forte hétérogénéité des résultats. (30)

Une thèse, évaluant le ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins en maison de santé, montre que la satisfaction globale des patients dans ces structures est de 97.9% (31). Toutefois, les patients ne rapportent pas de bénéfice concernant la qualité des soins, la disponibilité, la coordination, la continuité ou l'accessibilité aux soins. Il paraît nécessaire de poursuivre les recherches dans ce sens.

Une thèse de Doctorat en Médecine réalisé en 2011 (Evaluation par les patients de l'évolution liée au regroupement de trois médecins généralistes en maison de santé pluridisciplinaire) (32) montre que les deux items ayant évolué le plus positivement pour les patients sont l'accueil et l'accessibilité des locaux. La qualité des soins et la relation patient-médecin reste stable pour la patientèle. L'évolution est positive pour les patients gros consommateurs de soins (patients souffrant de pathologies chroniques et patients en ALD) : ils ressentent une amélioration de leur prise en charge. Cela conforte les résultats de l'étude de Franche-Comté et est en adéquation avec les objectifs des maisons de santé pluridisciplinaires.

CONCLUSION

La création de maisons et pôles de santé est en progression constante et ces nouveaux modes d'organisation attirent de plus en plus de professionnels de santé. Elles ont évolué rapidement dans le temps et se sont adaptées aux souhaits des médecins d'aujourd'hui.

Ces structures apportent des avantages incontestables aux médecins généralistes. Ce mode d'exercice améliore les conditions de travail, la qualité d'exercice, la qualité des soins ainsi que la qualité de vie des professionnels de santé. On peut y concilier plus facilement activité professionnelle et vie familiale. Les actions de santé publique (dépistage et éducation thérapeutique) y sont grandement facilitées. Le travail en équipe pluri-professionnelle enrichit la pratique des acteurs de soins, médicaux, paramédicaux ou auxiliaires médicaux. Les médecins y acquièrent plus de compétences. Les maisons de santé peuvent être un moyen de lutter contre la désertification médicale, en milieu rural ou en milieu urbain, en offrant un outil pouvant attirer de jeunes professionnels de santé. Elles donnent la possibilité aux médecins généralistes d'avoir un rôle d'enseignement universitaire en formant des internes. Elles facilitent les contacts intergénérationnels, aînés et jeunes échangeant leur savoir et leur expérience.

Certes, certains y voient quelques inconvénients, notamment en ce qui concerne la gestion administrative trop lourde de ces structures, mais au regard des aspects positifs évoqués, cela peut paraître secondaire.

Le chemin déjà parcouru est considérable. Pour les professionnels y exerçant, le fait d'avoir créé, de faire vivre et d'améliorer ces structures est une grande réussite. Il semble maintenant primordial de donner la parole aux usagers de ces structures, nos patients, et d'entreprendre des évaluations sur l'efficacité de ces dispositifs. Les possibilités d'améliorer les soins primaires sont nombreuses. Nous avons montré que les maisons et pôles de santé peuvent y contribuer. C'est pour cela, et pour toutes les raisons précédemment citées, que l'avenir des maisons et pôles de santé est extrêmement prometteur.

BIBLIOGRAPHIE

1. DE HAAS, P. Monter et faire vivre une maison de santé. Saint-Etienne : Le Coudrier ; 2010 :173 p.
2. DE HAAS, P. Monter et faire vivre une maison de santé, Éléments d'actualisation. Saint-Etienne : Le Coudrier ; Février 2012.
3. Code de la Santé Publique-Art. L6323-3, modifié par la LOI n°2011-940 du 10 août 2011-art.2.
4. Fédération française des maisons et pôles de santé [Internet]. 2013 [cité 10/10/2013]. Available de : <http://www.ffmps.fr/>
5. Code de la santé publique-Art. L.6323-4, La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 -art. 40.
6. ARS Poitou-Charentes. Carte partiellement réalisée avec cartes et données, Réalisation COSA, Mai 2013.
7. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A, Imbert P, Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone: GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008; 19 (84): 142–5.
8. MEYER, J. Qualitative research in health care: Using qualitative methods in health related action research, BMJ 2000; 320: 178-81.
9. LEMERCIER, X. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans leur prise en charge de patients en fin de vie: analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Vienne [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Poitiers Faculté de Médecine; 2010.
10. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie: d'«Acteur» à «Interdépendance». Exercer 2009; 20 (89): 74-9.

11. Collège National des Généralistes Enseignants. Initiation à la recherche qualitative. Séminaire de formation du 31 janvier 2011.
12. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie: de «Maladie» à «Verbatim». *Exercer* 2009; 20 (88): 106-12.
13. COTE L, TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale* 2002; 3 (2) : 81-90.
14. POPE C. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data, *BMJ* 2000; 320: 113-16.
15. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer* 2013; 24(105): 4-8.
16. SARRAZIN C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale. [Thèse de docteur en médecine], Université de Poitiers Faculté de Médecine; 2012.
17. Agences Régionales de Santé. Expérimentations Nouveaux Modes de Rémunération des professionnels de santé. Lettre d'information n°4. [Internet]. 2013 [cité 10/10/2013]. Available de [http://www.ars.sante.fr\(/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/Actualites_DSS/Newsletter_ENMR_4_rvTW.pdf\)](http://www.ars.sante.fr(/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/Actualites_DSS/Newsletter_ENMR_4_rvTW.pdf))
18. Haute autorité de Santé. L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres. [Internet]. 2007 [cité 10/10/2013]. Available de: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_837195
19. Code de la Santé Publique-Art. L6323-1, modifié par la LOI n°2011-940 du 10 aout 2011-art.15

20. CLEMENT M-C et al. Les maisons de santé: un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne. *Santé publique* 2009/hs1; 21: 79–90.
21. Equipe du pôle de santé d'Aulnay de Saintonge. Maisons de santé pluri professionnelles de la réflexion à la réalisation, Paris : Pfizer, Aout 2013 : 59 p.
22. FEMASAC : Fédération des maisons de santé comtoises, Maisons de santé : des recommandations !. *La revue du praticien médecine générale* 2008 ; Tome 22 (807) :832-33.
23. WONCA Europe. La définition Européenne de la médecine générale-Médecine de famille, 2002.
24. Groupe certification CNGE. Les compétences du médecin généraliste. *Exercer*, 2005
25. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé - IRDES* [Internet]. Avril 2009 (141) [cité 10/10/2013]. Available de: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2009.html>
26. Gauthier A. Brunelle Y. Comment naît une «équipe» de soins? Le cas des premiers Groupes de médecine de famille au Québec, *Santé publique CAIRN* [Internet]. 2009/hs1; 21: 39–47. [cité 10/10/2013]. Available de: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-39.htm>
27. BRAS PL. Réorganiser les soins de premier recours: les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats Unis. *Pratique et Organisation des Soins* 2011; 42(1):27–34.
28. DRIELSMA P. Les maisons médicales belges, un accident de parcours post-soixante-huitard ou un mode d'organisation inoxydable?. *Santé Publique CAIRN* [Internet]. 2009/ hs1 21: 49–55. [cité 10/10/2013]. Available de: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-49.htm>

29. DEPINOY D. Maisons de santé une urgence citoyenne. Paris : Editions de santé ; 2011 :116p.
30. Bourgueil Y. Clément M.-C. Couralet P.-E. Mousquès J. Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la santé - IRDES [Internet]. Octobre 2009 : (147). [cité 10/10/2013]. Available de: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2009.html>
31. BORNARD L. Etude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales, [Thèse de docteur en médecine], Université JOSEPH FOURIER Faculté de médecine de Grenoble ; 2012.
32. CABRE C. « Evaluation par les patients de l'évolution liée au regroupement de trois médecins généralistes en maisons de santé pluridisciplinaire », [Thèse de docteur en médecine], Université DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
ACADEMIE DE VERSAILLES, U F R DES SCIENCES DE LA SANTE PARIS - ILE-DE-FRANCE - OUEST. 2011

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de demande de sollicitation à la participation aux entretiens semi-directifs.....	75
Annexe 2 : Grille d’entretien semi-directif : Avantages Maison et pôle de santé/ Burnout.....	76
Annexe 3 : Premier entretien semi-directif.....	79
Annexe 4 : Deuxième entretien semi-directif.....	84
Annexe 5 : Troisième entretien semi-directif.....	92
Annexe 6 : Quatrième entretien semi-directif.....	95
Annexe 7 : Cinquième entretien semi-directif.....	101
Annexe 8 : Sixième entretien semi-directif.....	106
Annexe 9 : Septième entretien semi-directif.....	112
Annexe 10 : Huitième entretien semi-directif.....	117
Annexe 11 : Neuvième entretien semi-directif.....	121
Annexe 12 : Dixième entretien semi-directif.....	125
Annexe 13 : Onzième entretien semi-directif (entretien réalisé par le second étudiant, effectuant sa thèse sur le burnout).....	130
Annexe 14 : Douzième entretien semi-directif (entretien réalisé par le second étudiant, effectuant sa thèse sur le burnout).....	139
Annexe 15 : Treizième entretien semi-directif	151
Annexe 16 : Mail de demande de validation de la retranscription de l’interview.....	154
Annexe 17 : Les 11 compétences.....	155

Annexe 1 : Lettre de demande de sollicitation à la participation aux entretiens semi-directifs

Philippe MIGNE
2 rue des Chaumes
17620 ECHILLAIS
Tel : 06 86 44 04 20
Mail : philippe.migne@laposte.net

Docteur,

Je suis interne en médecine générale en Poitou-Charentes en fin de cursus.

J'effectue actuellement ma thèse sur les maisons et pôles de santé. Mon thème est : **les avantages à exercer dans une maison de santé ou un pôle de santé pour un médecin généraliste**. Je réalise ma thèse conjointement avec un autre interne dont la thèse a pour thème : travailler dans une maison de santé comme moyen de lutter contre le burn-out.

Pour répondre à ces deux problématiques, nous réalisons des entretiens semi-directifs, d'une durée de trente minutes environ, auprès de médecins généralistes du Poitou-Charentes exerçant en maison de santé.

Seriez-vous prêt à participer, pour enrichir le travail de ma thèse ? Ces entretiens sont anonymes et se déroulent sur le lieu de votre choix.

En vous remerciant par avance, veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

P MIGNE

Annexe 2 : Grille d'entretien Semi-directif : Avantages Maison et pôle de santé/ Burnout

Présentation en entrant dans la salle de réunion.

Bonjour,

Je vous remercie d'être présent et de me consacrer un peu de votre temps.

L'entretien d'aujourd'hui fait partie d'une enquête qualitative : par entretien semi directif sur les maisons de santé pluri disciplinaires et pôles de santé pour la réalisation de ma thèse de médecine. Notre entretien durera approximativement trente minutes.

Cette enquête a pour but de mettre en évidence les avantages, les points positifs apportés par un tel projet, l'éventualité d'une protection vis-à-vis du burnout, les difficultés et les perspectives de ce type de projet. Pour ceci nous allons réaliser un entretien semi -directif.

Il s'agit d'une méthode d'enquête qualitative, un entretien personnel où chaque participant parle. Les questions sont ouvertes, il ne faut pas hésiter à rebondir sur les questions, pour faire avancer la réflexion.

C'est pour recueillir votre opinion personnelle en tant qu'acteur dans le développement de ce projet que je suis ici.

Si je vous propose d'enregistrer cet entretien, c'est pour faciliter notre discussion, et éviter des erreurs dans la prise de notes. Cet entretien restera anonyme.

Avez-vous des questions ?

1^{ère} partie : informations « démographiques »

Initiales et lieux d'exercice

Votre mail

Age / (Situation familiale (union, enfants))

Mode d'exercice actuel

Nombre d'heures de travail par semaine / Nb de semaines travaillées par an

Participation à d'autres activités professionnelles ou associatives

2^{ème} partie : entretien semi-dirigé autour de « grands thèmes »

- **Quel est votre cursus professionnel ?**

- **Avant d'arriver dans une maison de santé, qu'elle était votre mode d'exercice et les difficultés rencontrées?**

Mode d'exercice : Exercice en maison de santé pluri-professionnelle/ pôle de santé

Les difficultés rencontrées

- **Quelles sont les motivations, pour exercer dans une maison de santé pluri professionnelle ?**

motivations (se libérer du temps personnel / exercice plus confortable / réorganiser sa pratique) - travail en équipe

attentes(coordination des soins / paramédicaux plus disponibles / soutien dans situations difficiles / réflexion sur pratique/ travail pluridisciplinaire interdisciplinaire)

- **Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé ou allez en être un ?**

- **Quelles sont les professionnels médicaux et paramédicaux constituant de votre maison de santé ?**

- **Quelles sont selon vous les avantages obtenus par l'exercice en Maison de santé pluri professionnelle?**

(améliorer la prise en charge globale des patients / améliorer l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (permanence des soins, honoraires conventionnés ...) / palier la désertification médicale par une meilleure organisation des parcours de soins/ isolement professionnel / amélioration des conditions de travail / burn out / projet de santé / modification du mode de rémunération (NMR, salariat) / collaboration interprofessionnelle (médecins et paramédicaux) / transfert de compétences / mutualisation des moyens administratifs (secrétariat, salle d'urgences, comptabilité) / missions de santé publique / permanence des soins / accueil universitaire / mise place de programmes d'éducation thérapeutique / facilité de participation à des groupes de pairs ou Balint / participation à des activités de recherche / horaires plus souples / cellule de soutien – lieu de soins mieux identifié, meilleures relations avec l'hôpital, ...)

- **Pensez-vous que ce mode d'exercice peut pallier la désertification ?**

- **Quelles sont les difficultés / inconvénients rencontrés dans l'exercice en Maison de santé ?**

(Dépendance (CPAM / Etat / communes) / recrutement d'autres professionnels / conflits entre professionnels / nécessité de compromis / charges financières / administratif / poids du projet à porter (montage immobilier, financier, juridique) / modification de la patientèle ou des pratiques / habitudes)

- **Burnout**

- **Avez-vous été victime de burn out ou vous sentez vulnérable ? si oui, selon vous, quelles en sont les raisons ?**

- **Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en Maison de santé ?**

- **Pensez-vous que l'exercice en Maison de santé vous apporte (ra) un travail plus agréable ?**
(Epuisement émotionnel / travail éprouvant / fatigue / efforts / frustration / difficultés / stress)

- **Pensez-vous que l'exercice en Maison de santé vous amène (ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?** *(Dépersonnalisation / objets / distance / insensible / endurcis / détachement / culpabilité)*

- **Pensez-vous que l'exercice en Maison de santé vous rend (ra) plus satisfait de votre travail ?** *(Diminution de l'accomplissement professionnel / compréhension / efficacité / influence positive / énergique / atmosphère détendue / satisfaction / vaut la peine / calme)*

Avenir

Quelles sont les perspectives futures, comment voyez-vous l'avenir, vos projets, améliorations à apporter dans le fonctionnement de la maison de santé pluri disciplinaire?

(Nouveaux modes de rémunération / délégation de tâches / consultations dédiées/- mission de santé publique sur votre territoire/ collaboration avec les élus, les collectivités territoriales, les établissements scolaires, les entreprises, les associations caritatives, ...)

- *Fin d'entretien*
- **Eléments à ajouter de façon spontanée ?** (tribune libre)
- **Votre avis sur la trame d'entretien ?**
- **Remerciements**

3^{ème} partie : évaluation du burnout (sur volontariat seulement)

Questionnaire MBI proposé à la suite de l'entretien à faire en ligne sur invitation par mail : demander l'adresse email pour envoyer invitation à le faire.

Trame de base ici : <http://goo.gl/EnOnr>

Annexe 3 : premier entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 58 ans. Je suis marié, j'ai trois enfants, tous partis de la maison.

- Quel est votre mode d'exercice actuel ?

- Je suis associé dans cette maison de santé avec le Docteur H. Nous ne sommes que deux, il y a un bureau supplémentaire pour accueillir un troisième médecin que nous attendons prochainement.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine ? Le nombre de semaines travaillées par an ?

- J'ai une organisation un peu particulière. Je ne travaille que 4 jours par semaine. Je travaille environ 45 heures par semaine. Je prends environ 11/12 semaines de congés par an, donc je travaille 40/41 semaines.

- Quel est le nombre d'actes en moyenne par an ?

- Là, je suis incapable de vous répondre. Rires.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Oui, je m'investis beaucoup dans le pôle de santé et réseau de santé X (lieu). Je participe aussi à des associations sur le handicap, handicap psychique notamment sur trois associations. Et je mène moi-même un travail de recherche dans ce sens-là. Je développe des services pour les malades psychiques sévères. J'interviens aussi sur une association de défense de l'environnement locale.

- Maintenant, nous allons aborder la 2^{ème} partie pour entrer plus dans le vif du sujet. Quel est votre cursus professionnel, Docteur ?

- J'ai fait mes études à Poitiers, j'avais entamé un DU de gérontologie que j'ai arrêté en milieu de deuxième année, puisque j'ai souhaité m'installer rapidement. J'avais une opportunité. Je passe régulièrement des DU, plutôt dans le domaine du handicap.

- Comment en êtes-vous venu à votre mode d'exercice actuel ?

- Nous avons eu l'opportunité de réfléchir à la première maison de santé de Poitou-Charentes, dans le programme de Ségolène Royal, il y a quelques années. J'ai été contacté un soir par une vice-présidente du conseil régional, Françoise Ménard, qui m'a demandé de réfléchir à un exercice en maison de santé. Une chose que je ne connaissais pas du tout. Et j'ai réuni un certain nombre de professionnels, de collègues sur le canton et on a commencé à mener une réflexion. Il se trouve que, dans le groupe, il y a un infirmier qui est particulièrement compétent dans le domaine du montage de réseau de santé et qui maintenant est une référence dans le domaine du suivi et de du montage des maisons de santé.

- Très bien, merci. On va s'entrecouper avec la question précédente mais : Quel a été le facteur déclenchant, ainsi que les motivations pour exercer dans une maison de santé pluri-professionnelle ? Les motivations réelles d'exercer dans ces structures ?

- Déjà, la notion de projet de santé qui m'intéressait beaucoup, car, quand on a commencé à élaborer ce projet, on savait que derrière tout ça, il fallait avant tout réfléchir à un projet de santé, un projet territorial de santé. Et donc la création d'un réseau a été pour nous la motivation principale. Deuxième chose aussi, c'était de pouvoir travailler ensemble (en équipe) et de pouvoir échanger autour des malades. Moi, je voyais très vite l'opportunité d'améliorer la qualité de travail et surtout d'améliorer les parcours des patients, et surtout dans les pathologies complexes.

- D'accord. Vous n'avez pas cherché à vous libérer du temps personnel, à avoir un exercice plus confortable ou réorganiser votre pratique ?

- Non, non, pas du tout. Ça n'a pas été ce qui m'a motivé à l'origine, simplement vraiment l'organisation du travail, la coordination des soins et favoriser l'accès des soins pour tous.

- Vos attentes, c'était plutôt ?

- Améliorer les soins et améliorer l'accès aux soins. Et avoir un travail interdisciplinaire.

- Avant d'arriver dans les maisons de santé, quel était votre mode d'exercice ?

- J'ai travaillé seul. Ces derniers temps, avant de créer notre maison de santé, je me suis associé avec un de mes collègues pour commencer à préparer notre futur mode d'exercice. La présidente de région, Ségolène Royal, nous avait demandé de nous regrouper de façon à accueillir des internes. C'était aussi un des souhaits de la présidente de région, que l'on puisse recevoir des internes dans le projet de lutte contre la désaffection des professionnels de santé en milieu rural.

- D'accord. Donc vous avez eu une étape où vous exerciez seul, puis vous avez travaillé en association à deux et ensuite vous avez intégré la maison de santé, c'est bien ça ?

- Oui.

- Quelles étaient les difficultés rencontrées avant de travailler dans cette maison de santé ?

- La difficulté, c'était le fait de travailler seul, d'être un petit peu limité dans la prise en charge des patients. Je n'avais pas de secrétaire à l'époque. C'était un petit peu compliqué tout ça.

- D'accord, vous étiez confronté à un isolement en fait.

- Oui, oui. Isolement pas tant sur le plan moral mais vraiment sur le plan de l'exercice.

- Face à la charge de travail ?

- Oui.

- Avez-vous rencontré ou ressenti un épuisement professionnel ?

- Souvent, et encore toujours dans la maison de santé. J'ai 58 ans. Il y a des moments où l'on est fatigué. Mais ces petites périodes de « pré-burn out » qui pouvaient durer quelques jours quand j'étais jeune ne durent que quelques heures dans la journée maintenant. Dans la maison de santé, il y a quand même une ambiance, on travaille en équipe, on se soutient, on peut échanger nos petites misères, donc ça va beaucoup mieux là.

- D'accord ! Quels sont les avantages obtenus à travailler dans une maison de santé ? Je vous écoute, Docteur.

- Les avantages, c'est ce que j'ai évoqué tout à l'heure, ne plus être seul, de pouvoir échanger avec le collègue, quand on a des prises en charge un peu difficiles. C'était aussi de bénéficier d'un secrétariat qui coordonne pas mal de nos actions, d'un secrétariat performant. De bénéficier de locaux tout à fait étonnants, bien placés, avec un parking intéressant, avec une facilité d'accès. De travailler avec des infirmiers, de se rencontrer beaucoup plus régulièrement, d'échanger davantage. Avant, on travaillait un peu chacun dans notre coin, alors que maintenant on est obligé de se croiser beaucoup plus régulièrement.

- D'accord. Vous avez amélioré l'accès aux soins des patients en situation de précarité ?

- C'est évident, pour les personnes en situation de précarité. Nous avons un mode d'exercice particulier. On a des rendez-vous et des consultations libres. Les consultations libres sont ouvertes à tout le monde sans distinction de classe sociale, les gens qui sont inscrits à la CMU ont le même accès aux soins que les autres. On commence le matin à 8 heures et on finit le soir à 21 heures, voire plus. On a de grands créneaux horaires. On s'est engagé à maintenir des heures d'ouverture importantes, avec de larges tranches horaires. Moi, je ne travaille pas le vendredi, mais mon collègue est là le vendredi. Il n'y a que le samedi où il n'y a personne, mais les deux autres médecins d'X travaillent le samedi. Souvent, le soir, ou même la nuit, on est quand même disponible, ça c'est évident. Mais les gens nous appellent très rarement.

- En résumé, il y a une amélioration de la prise en charge des patients.

- Oui. Et puis il y a une amélioration des actions de prévention, chez les personnes qui sont un peu isolées.

- D'accord. Vous parlez d'amélioration des conditions de travail, grâce au secrétariat, la qualité des locaux ?

- Oui, oui. Le secrétariat, la qualité des locaux, le partage des dossiers avec les collègues médecins, pharmaciens et infirmiers. Ça protège de cet isolement ancien. Depuis le début du travail dans cette maison de santé, il est beaucoup plus facile de communiquer entre nous. Je ne sais pas par quel mécanisme. On voit qu'il y a un dispositif, la maison de santé, qui est clairement identifié et qu'il est reconnu, même vis-à-vis de l'hôpital. Donc les relations ont changé. On sent que la maison de santé est un interlocuteur et un partenaire du dispositif hospitalier.

- Est-ce que vous voyez comme un avantage le fait d'établir un projet de santé ?

- Toute maison de santé doit partir d'un projet de santé. Ce projet de santé, on l'a établi autour d'un réseau de santé, qui a fédéré les professionnels. Le projet de santé est véritablement le pivot de l'élaboration de la maison de santé.

- Existe-il la notion de transfert de compétences et est-ce un avantage ?

- Transfert de compétences avec les infirmières ?

- Oui, avec les infirmiers, avec les infirmières « ASALEE » par exemple.

- Le cas d'X est un peu particulier, ça se fait dans le cadre du pôle de santé.

- Retirez-vous un avantage de l'accueil universitaire ?

- Un avantage ? Surtout la satisfaction de voir des jeunes s'initier aux problèmes de la médecine rurale, de les guider dans ce mode d'exercice. Ils apprennent beaucoup de choses et ils m'apportent beaucoup par leurs compétences, leur jeunesse et par leur connaissances. Il y a beaucoup d'échanges dans ce sens-là.

- Il existe aussi les programmes d'éducation thérapeutique qui apportent des avantages. Ici, c'est plutôt incorporé au pôle mais aussi à la maison de santé. On a trois programmes d'éducation thérapeutique qui sont en train de se mettre en place avec l'hôpital local.

- Dans quel domaine ?

- En cardiologie, en collaboration avec la « MSA ETP Cardio » ; l'ETP obésité en collaboration avec une association de Rochefort et l'ETP diabétologie qui est en train de se mettre en place avec l'hôpital local.

- Il y a aussi une meilleure collaboration avec l'hôpital car la maison de santé est clairement identifiée et on devient partenaire de l'hôpital. Les relations se sont considérablement améliorées. L'idée est de mettre en place des consultations partagées avec des vidéos-conférences au niveau de la dermatologie, de la psychiatrie. Face à notre éloignement, ça peut être une piste.

- Pensez-vous que ce mode d'exercice puisse pallier à la désertification médicale ?

- J'en suis persuadé. On va en attirer très probablement. C'est un mode d'exercice très confortable. Ce côté transdisciplinaire, les réunions de coordination : c'est très convivial, c'est à dire des interstices institutionnels, le café etc. En revanche, la désertification médicale n'est pas forcément palliée par un sureffectif de médecins. Elle peut être palliée par de nouveaux modes d'organisation des soins. L'amélioration des filières, des parcours, la délégation de tâches auprès des infirmières sont des choses importantes qu'il faut exploiter, développer. Une infirmière de coordination, qu'elle soit dans le pôle ou le réseau de santé, et même notre secrétaire améliore considérablement la prise en charge des malades, là où il fallait prendre du temps pour faire des courriers, pour appeler des collègues ou des choses comme ça. Je fais régulièrement des réunions en équipe réduite avec une infirmière de coordination qui vient faire avec moi la consultation ou la visite à domicile et qui va mettre en place le parcours de soins du patient et prévenir les différents interlocuteurs éventuellement. Cela s'est beaucoup développé à X. Ça va permettre d'améliorer l'accès aux soins et les parcours, tout en n'ayant pas forcément un effectif plus important de médecins. Il s'agit donc d'une meilleure organisation des soins.

- Quels sont les inconvénients ou difficultés rencontrés dans l'exercice en maison de santé ?

- Moi, je n'en vois pas ! Je n'en vois pas.

- Maintenant, nous passons à la troisième partie, plus axée sur le burnout. Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

- Oui, il est évident que, quand on travaille seul, quand on commence à vieillir dans nos coins reculés de campagne (où il y a quand même du boulot), il y a un moment où l'on voit les choses d'une manière sombre. Pas jusqu'à faire une dépression ou à « péter un câble ». Mais il y a des moments de désarroi, de fatigue. En revanche, le fait de travailler dans une maison de santé et d'être dans une équipe, ça a considérablement amélioré ces petits moments sombres liés au surplus d'activité.

- Les raisons d'avoir été victime du burnout, c'était de travailler seul en campagne ?

- Oui. Quand j'étais plus jeune, cela m'arrivait de finir à 22h, 22h30 le soir. C'était pénible. On est tout seul. Il y a toujours l'angoisse de faire une connerie.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ?

- Le premier facteur, c'est de travailler avec une équipe, médicale et paramédicale.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte(ra) un travail plus agréable ?

- Moins de stress, c'est évident. Pas moins de fatigue, on continue à travailler beaucoup. Mais on travaille dans une ambiance (en équipe) et dans des locaux intéressants. Ceci a amélioré le mode d'exercice. Et puis maintenant j'ai une secrétaire.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène(ra) à être plus proche de vos patients ou plus investi dans la gestion de leur santé ?

- Non. Très sincèrement, si ça améliorait quelque chose, ce serait d'être moins stressé, moins fatigué. Donc je serai amené à faire moins d'erreurs. C'est ce que je disais tout à l'heure au niveau de l'organisation, on a une secrétaire à plein temps. Quand on est seul, c'est très difficile d'avoir une secrétaire.

- Pensez-vous que l'exercice en Maison de santé vous rend(ra) plus satisfait de votre travail ?

- C'est évident. C'est l'avenir, surtout en milieu rural.

- Quelles sont les perspectives futures, vos projets pour votre maison de santé ?

-Non, là je n'ai pas grand-chose à dire. Il y a peu de liens avec le burnout.

- Désirez-vous rajouter quelque chose ?

- Non, je crois avoir abordé beaucoup de sujets. Les éléments qui ne sont pas assez développés sont les relations avec les élus locaux, qui ne voient pas l'importance de ce dispositif. L' élu local a un rôle à jouer sur la santé de son territoire. Sur Aulnay, on aimerait une meilleure collaboration avec nos élus. La maison de santé a un rôle politique énorme et un rôle sur le projet de santé du territoire.

- Merci Docteur. Je vous invite donc à remplir un dernier questionnaire sur le burnout sur Internet.

Annexe 4 : deuxième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 58 ans et je suis marié.

- Quel est votre mode d'exercice actuel ?

- De qualité !

- Non, quel est votre mode d'exercice, c'est-à-dire en maison de santé, en pôle de santé ou en cabinet libéral seul ?

- En maison pluri-professionnelle.

- Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?

- Pour les activités médicales ?

- Oui.

- Je travaille à mi-temps dans la maison de santé. Je travaille à la Fédération française des maisons et pôles de santé le reste du temps. Le temps de travail en libéral, c'est deux jours et demi, mais c'est de grosses journées. On va dire entre vingt-cinq et trente heures par semaine.

- Quel est le nombre de semaines travaillées par an, ou plutôt quel est le nombre de semaines de congés par an ?

- Six semaines de congés.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

-Oui (sourire).

- Pouvez-vous me les citer ?

- Je suis formateur, je monte des formations en quelque sorte. Et je suis surtout président de la Fédération française des maisons et pôles de santé.

- Très bien. Maintenant, nous allons aborder la 2^{ème} partie pour entrer plus dans le vif du sujet. Quel est votre cursus professionnel, Docteur ?

- C'est-à-dire ?

- Avant d'arriver en maison de santé, comment en êtes-vous venu à votre mode d'exercice actuel ? Quel était votre mode d'exercice précédent ?

- Je me suis installé en 1983, j'étais jeune ... (rires) Je me suis installé pendant deux ans, on était deux médecins. Ensuite, je suis allé m'installer tout seul dans une campagne perdue en 1985, où j'ai passé dix années tout seul. Perdu, une sorte de bienheureux perdu où il n'y avait même pas de malades. Dix ans de bonheur, puis il fallait que je me remette au boulot tout de même. J'ai beaucoup d'enfants et ils étaient intelligents, donc ils voulaient faire des études... Donc en 1995, je

me suis réinstallé une troisième fois avec à chaque fois des translations de dix kilomètres. Si tu veux, j'ai fait un triangle en plusieurs années. La troisième installation en 1995 était en association avec un autre médecin, jusqu'en 2006. Puis on est passé à une maison de santé pluri-professionnelle. J'ai des patients que j'ai pu suivre dans mes divers installations successives, depuis 1983.

- Avez-vous fait la démarche d'installation en maison de santé car vous étiez confronté à de nombreuses difficultés (difficultés professionnelles, difficultés sur le plan de l'exercice libéral seul) ?

- La première histoire, c'est que je m'étais associé avec un collègue et cela s'est mal passé dans l'entente.

- La deuxième fois, je me suis retrouvé tout seul. La difficulté, c'est l'exercice solitaire. Ce n'est pas facile de travailler tout seul. Ce n'est vraiment pas très agréable. C'est donc là que je me suis associé. Puis, le passage en maison de santé pluri professionnelle, c'est parce que même l'exercice à deux médecins n'est pas obligatoirement très plaisant, puisque face aux patients poly pathologiques c'est difficile de ne pas communiquer avec d'autres professionnels. A l'époque, j'avais fait quelques années de syndicalisme et j'avais bien compris comment fonctionnait le système de santé. J'ai bien vu dans quel sens il fallait aller pour préparer l'exercice de demain.

- Avec tous ces jeunes qui arrivaient et qui n'avaient pas envie de travailler soixante-dix heures par semaine comme on l'avait fait pendant des années, on était bien obligés de préparer l'avenir d'une manière différente.

- Vous aviez pressenti que les maisons de santé étaient un moyen de changer l'exercice et que les jeunes aspiraient à ce type d'exercice ?

- Je ne parle pas que des jeunes car ils nous ont contaminés très vite. Je ne travaille que trente heures par semaine et j'en suis bien heureux. Ça permet de faire plein d'autres choses à côté.

- C'était aussi pour assurer face à la désertification médicale. Je suis dans le département de l'Ain, on était à cette époque-là avant-dernier département en France en matière de démographie médicale. On avait vu un certain nombre de collègues partir autour de nous. On savait que, si on ne se réorganisait pas encore mieux, on allait frôler l'infarctus sous peu. Il y avait une nécessité de réorganisation du métier pour mieux répondre aux patients et aussi à la qualité de la vie des professionnels.

- Pouvez-vous nous rappeler les différents professionnels médicaux et paramédicaux qui constituent votre maison santé ?

- Il y a eu une évolution car on en est à 7 ans d'existence de la maison de santé.

Quand on a ouvert, il y avait 4 généralistes, 2 infirmières, 3 pharmaciens dans une seule officine (deux libéraux et un salarié), des préparatrices, et aussi 2 kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, une psychologue, une diététicienne et une podologue qui venaient assez régulièrement, ainsi que le pôle d'accueil social départemental qui était aussi dans les murs.

Aujourd'hui, sept ans après, on est passé de 4 médecins à 6 (4 seniors et 2 juniors qui sont collaborateurs). Côté infirmière, cela n'a pas changé. Les orthophonistes sont passés à 3, les kinés sont restés à deux, et on en plus un ergothérapeute qui vient travailler régulièrement aussi chez nous.

- Merci, nous allons aborder une nouvelle question. Quels sont selon vous les avantages à travailler dans une maison de santé ?

- Les avantages, il y a les avantages côté patients. Ces avantages, ils sont assez nets. Il y a une amélioration de la continuité des soins, c'est-à-dire que quand leur médecin n'est pas là, il y a un autre professionnel de santé qui a accès à une base de données partagée, très bien tenue pour assurer totalement la continuité des soins des patients.

- Pour les patients aussi, il y a une unité de lieu. Quand les patients sortent de chez le médecin, il y a la pharmacie dans nos murs, on peut les prendre par la main pour aller au centre social, voir l'infirmière pour faire un électrocardiogramme rapidement, une prise de sang rapidement, un pansement de plaie. Il y a l'unité de lieu pour les patients et puis cet aspect de continuité.

- Pour les professionnels de santé, le gros avantage c'est le travail collectif, c'est la possibilité de se voir régulièrement, discuter des dossiers, la prise en charge des patients complexes et fragiles en pluri professionnel. Pour les professionnels en mono catégoriel, c'est à dire pour nous les médecins, c'est un staff hebdomadaire, c'est des repas quasiment pris en collectif tous les midis. On discute énormément de dossiers. On progresse beaucoup plus vite en termes de qualité, d'extension de la prise en charge des patients. On va beaucoup plus loin que ce qu'on faisait avant, par l'expertise multipliée des professionnelles de santé. Le dernier élément qui est loin d'être négligeable, c'est la qualité de la vie, tu vois ça m'a permis de passer à mi-temps pour travailler sur la Fédération française des maisons et pôles de santé. J'ai une collègue qui a mon âge et qui est à mi-temps pour s'occuper de sa maison qui est dans la montagne, à mi-temps elle trouve qu'elle gagne bien assez ça vie pour être vraiment tranquille. Les deux collaborateurs travaillent à mi-temps et ils considèrent qu'à leur âge, ils gagnent bien assez de sous comme ça. Ce travail collectif, en terme qualité de vie, c'est incomparable.

- Quand vous parlez de mi-temps, il s'agit bien d'un mode d'exercice libéral, c'est à dire que le salariat n'existe pas en maison de santé ?

- Ça n'existe pas actuellement, mais ça pourrait exister. Quand notre jeune dernier collaborateur est arrivé, une fois qu'il a été thésé, je lui ai proposé : est-ce que tu veux rester remplaçant ? est-ce que tu veux devenir collaborateur ? devenir associé ? avoir des parts dans une société ou est-ce que tu veux que je te salarie ? Il a choisi d'être collaborateur pour être plus souple puisque cela lui permet de partir plus facilement. Il aurait pu choisir le salariat, ce n'est pas quelque chose qui est courant, il y a une prise de risque pour l'employeur : risque qu'il n'y ait pas la rentabilité voulue, qu'il tombe malade, etc. Mais ce n'est pas un problème de fond idéologique. On est dans une maison de santé pluri-professionnelle. Si demain on se transforme en centre de santé, on se retrouve tous salariés. On va quitter l'exercice libéral, on va toucher du dividende, du salaire, plutôt que des honoraires. Je crois que ce n'est pas le problème. Quelque soit ton mode d'organisation managériale, ton objectif c'est de soigner la population sur le territoire. Et tu dois t'organiser pour faire ça correctement. Faut pas que le médecin soit libéral ou salarié. Je le laisse choisir. Il y a des avantages et des inconvénients dans les deux systèmes.

- Aujourd'hui, ce qu'on peut dire c'est que le libéral coûte moins cher à l'état. Parce qu'il est beaucoup plus rentable. C'est assez grossier comme évaluation, mais on peut dire pour l'instant que l'approche libérale coûte moins cher à l'assurance maladie que si tout le monde était salarié.

- Le salariat existe et existera de plus en plus. Ça commence. Il y a une équipe de libéraux dans le 93 qui n'ont pas voulu créer une maison de santé car ils n'étaient pas loin de la retraite, ils ont créés un centre de santé avec une association qu'ils ont créé. Les trois médecins qui travaillent au sein du centre de santé sont salariés. Ils sont salariés de l'association qui est gérée par un conseil d'administration qui est gérée par des libéraux.

- Dans mon département, demain, on peut très bien créer un centre de santé dans un territoire où les libéraux ne répondent pas à l'appel. C'est la fédération, c'est nous qui allons le gérer ; mais les professionnels de santé peuvent très bien être salariés dedans, ce n'est pas un problème, le libéral et le salariat c'est un souci de dernière minute.

- Si tu es salarié, tu gagneras bien moins. Notre collaborateur qui est chez nous et qui est libéral, il travaille 3 jours au cabinet. Il me remplace 2 jours et il remplace un autre collègue un jour. Il a pris toutes nos gardes sur notre maison médicale de garde et il draine un territoire qui est très rentable. A mon avis, il gagne largement bien sa vie. Quand il compare avec ses copains qui sont restés salariés dans les services d'urgence, ils font pâle figure. Il a un critère de revenu et de qualité de vie bien meilleur.

- Améliore-t-on la prise en charge des patients en situation de précarité ? Avec une meilleure permanence des soins, avec des horaires plus flexibles ?

- Oui. Quand les gens se mettent en équipe, ils commencent à réfléchir à ce qu'ils fournissent comme type de soins. Si on ne se met pas en configuration pour répondre à la demande des patients et à leurs attentes, il y en d'autres qui vont s'en occuper à notre place : tu as la « Générale de santé », la FHF. Ce sont des gens qui sont prêts à investir sur les soins primaires, tout va se recentrer là-dessus demain. Dans une équipe de soins, il faut se retourner vers les usagers, en s'adaptant à leurs attentes : plus de flexibilité horaire, mieux organiser la gestion du temps pour accepter le non-programmé, etc. Bien entendu, il faut le faire. Gérer du non-programmé, c'est plus pratique en équipe que lorsque l'on est tout seul. Quand quelqu'un débarque en urgence, il faut le voir. Quand 4 médecins travaillent ce jour-là, la secrétaire a plus de temps et de facilité de trouver un créneau. C'est tous les jours, ce type de situation. La flexibilité est donc bien sûr un élément très important de ces structures.

- Quels avantages vous apportent le travail en maison de santé au niveau de l'accueil universitaire ?

- Ce n'est pas le cas pour nous, car la relation entre le médecin et l'université est individuelle. C'est contractualisé avec l'université en tant que professionnel libéral.

- Par contre, pour les étudiants, ça change tout. Les internes, le SASPAS qui est chez nous, et les externes qui viennent. Ils arrivent dans une structure qui est très bien organisée, avec un système d'information qui leur permet d'accéder beaucoup plus vite à la connaissance. Ils mangent avec nous tous les midis, on partage énormément, en même temps les professionnels ne sont pas des clones. Ils ont chacun une clientèle qui est légèrement différente : des femmes qui font plus de gynéco, un plus porté sur la psychiatrie ou la dermato, etc. Cela fait que les externes voient trois clientèles différentes, avec trois méthodes de réception des patients, mais qui peuvent être gérées par les

mêmes professionnels à un moment donné. C'est plutôt une bonne chose pour les étudiants. En tout cas, tous ceux qui passent chez nous disent que c'est comme cela qu'ils veulent bosser

- Pensez-vous que ce mode d'exercice puisse pallier à la désertification médicale future ?

- Oui, mais ce n'est pas l'objectif. L'objectif, c'est d'abord de répondre à la santé des populations. D'abord, je ne sais pas trop ce qu'est la désertification médicale. Est-ce que c'est un désert où on envoie des médecins ? C'est quoi ? Une étude de la DREES en 2012 montrait qu'il y a plus de 5% de la population qui est à plus de trente minutes d'un médecin. Or, je te rappelle que la définition des soins primaires, c'est un accès aux soins dans la demi-journée. Donc, pour l'instant, on n'a pas trop de soucis à se faire sur ces éléments-là. Je pense que la résolution des problématiques dans des zones qui sont d'accès difficiles passe par plein de choses, la constitution d'équipes de soins primaires dans ces territoires-là, mais aussi par l'outil télé-médecine, cela va de soi. Finalement, la maison de santé répond à un souci de démarche-qualité en soins primaires car on ne peut plus répondre à la demande de soins seul, en tant que professionnel isolé.

- Dans le bâtiment aujourd'hui, si le maçon ne bosse pas avec un plombier, un électricien, il est mort. Partout, la vie se complexifie, tu es obligé de bosser en équipe. Moi, j'ai besoin d'une infirmière, d'un pharmacien, d'une orthophoniste, d'une ergothérapeute pour bosser avec moi. Sinon, on ne peut pas suivre. Ce n'est pas uniquement pour les zones désertifiées, c'est même vrai pour les zones où il y a beaucoup de médecins (même à Montpellier) : si t'es tout seul, tu as beau faire le meilleur boulot possible, tu es limité.

- La structuration en équipe de soins primaires, particulièrement en maison ou pôle de santé se fait dans une démarche qualitative, dans une recherche d'une meilleure qualité des soins. Cela s'applique aux zones désertiques comme aux autres.

- Quels sont les inconvénients et difficultés rencontrés quand on exerce dans une maison de santé ?

- La grande difficulté et l'inconvénient majeur, c'est que suis plus tout seul ! (Rires) Les autres regardent ce que je fais. C'est pénible, ils me critiquent : « Pourquoi t'as fait ci ? Pourquoi t'as fait ça ? ». « Pourquoi tu me poses des questions comme ça ? Je fais comme je veux. ». Ça demande plus de boulot... « Il y a une fenêtre qui fuit, qui est-ce qui s'en occupe ? ». En bref, c'est le passage de la vie individuelle à la vie collective, le partage, la fin d'une période où je prenais mes décisions tout seul. A présent, il y a un certain nombre de décisions qui sont sous le regard des autres. C'est compliqué. Il y a des inconvénients. « T'es sûr que l'on ne dépense pas trop de sous ? Tu veux acheter un nouvel ECG, tu en es sûr ? » La vie collective est plus compliquée, plus complexe.

- Nous allons aborder la troisième partie du questionnaire, en rapport avec le burnout. Avez-vous été victime de burnout ? Vous sentez-vous vulnérable à ce sujet ?

- Non ! C'est quelque chose que je ne connais pas. Rires.

- Quels sont les facteurs que vous pouvez imaginer comme protecteurs du burnout en travaillant dans une maison de santé ?

- On parle des médecins ? C'est ça ?

-Oui, on parle des médecins. Je sais bien que la maison de santé n'est pas un centre de remise en forme des médecins généralistes comme je l'ai entendu dire, mais ...

- C'est quand même bizarre cette histoire. Quand on est médecin généraliste en France : d'abord t'as pas de patron ; deuxièmement, tu bosses quand t'as envie de bosser ; si tu ne veux pas bosser, tu ne bosses pas ; si tu veux bosser, tu bosses ; troisièmement, tu gagnes plein de sous : on fait partie des 4% les plus riches de la nation. Le quatrième élément, qui est très important, c'est que tu as 80% de tes patients qui t'adorent, qui t'adulent : « Bonjour, Docteur ! Vous allez bien ? Vous prenez soin de vous docteur ? » Si tu as fait des études d'informatique ou que tu es plombier et que tu arrives chez les clients, ce n'est pas comme ça que tu es reçu.

- Avec tout ça, tu te dis : j'ai bien fait de choisir ce métier, je suis heureux. Quand on me dit qu'il y a plein de gens qui sont en burnout, ce n'est pas normal. Personnellement, j'analyse de la profession deux items essentiels. Le premier, c'est que les gens sont totalement inorganisés. On les a bien formés, ils ont plein de choses dans la tête, mais ils ne savent pas s'organiser pour beaucoup d'entre eux. Ils acceptent tout. Ils ne savent pas dire non, ils ne savent pas dire peut-être. Tu as 14% des médecins généralistes qui gagnent plus 6000 euros par mois net avant impôts et qui font leur ménage au cabinet le soir. (Rires) Il y a un problème. Ça prouve qu'il y a une inorganisation. Le deuxième élément est qu'ils sont profondément méprisés par l'université. Quand tu allumes la télé, tu vois les professeurs de ceci, de cela et quand tu vois un médecin généraliste à la télé, on le filme dans une voiture en train de faire des kilomètres... Il y a une image de la médecine générale renvoyée par l'université, la société qui est une image relativement négative. Ils s'enferment dans une espèce de misérabilisme à toujours demander plus. Ça veut dire qu'on a formé des gens mais qu'on ne les a pas préparés à gérer des entreprises de santé.

- L'idée que les soins primaires étaient l'élément essentiel de la bonne santé d'une population... Et donc il y a cette espèce de misère professionnelle qui finit par un burnout, quand tu soignes les patients tout seul isolé.

- La maison de santé, ça permet de relativiser tout ça. Parce que t'es plus tout seul. Si t'as loupé le coche avec ton patient. Ce qui a des conséquences dramatiques. Tu vas pleurer sur l'épaule de ton confrère le midi. « Je suis nul, je suis mauvais ! » Et les autres, ils se marrent et ils vont te raconter la dernière erreur qu'ils ont faite : « il y a deux ans j'ai fait pire que toi... ». Alors tu réfléchis, tu vois la situation au moment du choix : tu ne pouvais pas faire autrement. Il y a une discussion, une véritable thérapie de groupe. Le fait de quitter cette solitude, pour travailler en équipe, te permet de tolérer certaines choses : ces situations difficiles, les patients complexes... Si ta mère ne va pas bien, quand tu es tout seul, tu es tiraillé : « Je vais la voir et je laisse tomber les patients ou je reste travailler ». Quand tu es en équipe : tu dis aux collègues « Vous pouvez m'aider ? » « Oui, oui, va voir ta vieille mère, on va t'aider. On s'occupera de tes patients pendant que tu n'es pas là, ne t'inquiète pas... ».

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte(ra) un travail plus agréable ? On retombe sur tout ce que vous m'avez dit, c'est-à-dire lutte contre l'épuisement professionnel, contre la non-organisation de certains, diminution du stress et des difficultés ou des frustrations rencontrées, est-bien cela ?

-Oui, c'est tout à fait ça.

- Pensez-vous que l'exercice en maison vous amène(ra) à être plus investi dans la gestion de la santé de vos patients ?

- Oui et non. Ce n'est pas parce que tu es rentré dans la maison de santé que tu deviendras gestionnaire. Il y en a à qui il ne faut pas confier la gestion de la maison de santé. (Rires)

- Tu as des compétences dans une équipe, ça fait partie de l'apprentissage du management. Quand il y a des compétences, tu les reconnais, tu les valorises, tu les utilises. C'est pas parce qu'on a bac + 9, qu'on sait gérer une maison de santé. Tu vois. Tu sais gérer, soigner les patients. Ce n'est pas pour ça que tu es un bon gestionnaire. S'il y a une personne dans l'équipe qui sait gérer, tu délègues. Tu embauches quelqu'un qui va gérer à ta place. On va développer ce type de sociétés très vite, car beaucoup de professionnels ne savent pas faire. Ça améliorera la gestion globale de l'équipe, ça ne veut pas dire que chacun est gestionnaire.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apportera un travail plus agréable ?

- Oui, oui, bien sûr, je le pense. Sinon, je n'y serais pas.

- Quelles sont les perspectives futures, vos projets pour améliorer le fonctionnement des maisons de santé ?

- Il y a plein de choses à faire ! Il me faudrait deux jours pour t'expliquer tout ça. Les perspectives, c'est la modification des systèmes d'information. J'ai obtenu une modification de la loi il y a deux ans : aujourd'hui, on peut partager, sauf que les éditeurs de logiciel informatique ne sont pas encore « au top ». Il faut continuer à tirer les éditeurs pour aboutir à un système d'information basé sur la notion d'un dossier patient, un dossier médical partagé par toute l'équipe, facile d'accès, utilisable et partageable par les équipes de soins secondaires, les spécialistes ou l'hôpital.

- Le deuxième élément des objectifs, c'est l'amélioration de la coordination dans l'équipe. Dans toutes les équipes, il y a beaucoup de résistance à travailler de manière coordonnée. Les médecins ont peur que les pharmaciens leur piquent la gestion des AVK, ou que les sages-femmes fassent le suivi des nourrissons à leur place, les infirmières ont peur que les médecins deviennent des petits chefs, etc. Chacun a des craintes de l'autre. Pour travailler ensemble, chaque équipe va trouver sa propre manière. Il faut accompagner les équipes. Il y a un changement de culture : avant, je travaillais tout seul, je ne rendais de compte pratiquement à personne ; actuellement, je travaille dans une équipe, je rends des comptes à une équipe.

- Le troisième élément, c'est les modes de rémunération. Dans un système de rémunération à l'acte, on est complètement bloqué. Ton intérêt économique est de faire revenir les gens le plus souvent possible et de les voir le plus rapidement possible. Dans des rémunérations collectives par équipe, on change complètement de vision.

- Ensuite, la télémedecine est en train d'arriver, en particulier pour les zones où il n'y pas d'accès à des médecins de manière simple.

- Tu as les relations avec l'hôpital qui ne sont pas du tout « au top ». La prise en charge de la psychiatrie, qui très complexe en ce moment, parce que les hôpitaux sont complètement enfermés dans des murs.

- Le nombre de sujets pour rendre les soins primaires plus intelligents est sans fin... J'aurais le temps de mourir avant que ce soit fait.

-Et oui, il y a du boulot...

- Ya du boulot...

- Je vous remercie d'avoir participé à ce questionnaire. Avez-vous des choses à rajouter spontanément ?

-Je ne sais pas. Non, je ne vois pas, quelle est ta question ?

- Avez-vous des critiques, pensez-vous qu'il y a des thèmes supplémentaires qui doivent être abordés ?

- Tu regarderas dans la thèse de R, dans ses entretiens semi-directifs.

- C'est très intéressant ce qu'on a mis en exergue. Ce qui n'apparaît pas dans ce questionnaire, c'est la difficulté des professionnels de santé face à l'outil et à la protocolisation des soins. L'évolution les emmène vers une robotisation, au lieu de comprendre que la protocolisation et les systèmes d'information vont leur permettre de dégager plus de temps humain face au patient. Dans une maison de santé, la crainte des professionnels de santé, c'est d'être transformé en robot, d'être obligé de travailler plus vite.

- Tu vois la crainte du libéral, c'est de devenir fonctionnaire dans le cliché. En réalité, plus tu organises, plus tu as du temps-patient, mieux ton système d'information fonctionne, moins tu as le nez sur ton ordinateur, plus tu es avec le patient.

- Je vous remercie de toutes ces idées, de votre disponibilité et de votre participation à cet entretien.

- Bon courage pour ta thèse.

Annexe 5 : troisième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 57 ans. Divorcé, concubin, père de 3 enfants, 3 beaux-enfants et des petites-filles.

- Quelle est votre mode d'exercice actuel ?

- En médecine générale, secteur un, dans un cabinet de groupe.

- C'est une maison de santé ?

- Oui, oui, mais je n'aime pas les grands mots. Oui, dans une maison de santé.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine ?

- On va dire de 8h du matin à 19h30 tous les jours, sauf le jeudi après-midi. Le samedi matin : un sur deux ou trois. Ce qui fait un peu plus de 50 heures par semaine à peu près.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Je suis médecin pompier, ce qui rajoute quelques heures de façon inconstante.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai fini mon internat en 1980 et j'ai fait 16 mois de coopération. Après, j'ai pris 3 ans où je remplaçais un petit peu. Mais j'en profitais bien. C'était plutôt sympa. Et arrivé à 30 ans, je me suis installé au X, en solo. En 1999, on a fait un cabinet de groupe, à trois médecins. Le quatrième nous a rejoints il y a deux ans.

- Depuis quand le cabinet de groupe s'est-il transformé en une maison de santé ?

- Dès le départ, quand on a construit ce cabinet, on a proposé des locations aux infirmières et aux kinés. Là dessus s'est greffée une orthophoniste et au fil du temps, il y a eu une infirmière ASALEE qui est arrivée. Elle nous rend quelques petits services. Après, s'est créé le pôle de santé, pour lequel nous effectuons une réunion par mois où on essaie de parler de nos pratiques et d'échanger.

- Quel a été le facteur déclenchant, ainsi que les motivations pour exercer dans une maison de santé pluri professionnelle ?

- Premier avantage : le cabinet de groupe, c'était pour se donner plus facilement de la liberté. Les horaires où je ne travaille pas, par exemple le jeudi après-midi, c'est une chose que je faisais déjà avant. Mais je fermais le cabinet. L'avantage c'est que, actuellement, le jeudi après-midi, si les patients viennent au cabinet, il y a un collègue pour les recevoir. Oui, il y a un petit avantage pour un meilleur maintien dans la permanence des soins.

Le deuxième avantage : on a pu se payer et créer un secrétariat. C'est quand même un gros avantage de ne plus répondre à tous les coups de téléphone, d'avoir quelqu'un qui nous classe nos examens...

Les avantages, c'est aussi de pouvoir parler et d'échanger. Ça arrive exceptionnellement, mais on peut demander un avis au collègue.

Il y a aussi une mise en commun du matériel, c'est à dire un ECG peut être utilisé par les autres.

Ça permet de pouvoir prendre des vacances plus facilement. Ça donne une qualité de vie qu'on n'avait pas avant.

Il y a quelques contraintes. Notamment de vie en communauté, ce qui n'est pas toujours facile. Il y a quelques accrochages. Mais dans l'ensemble, ça ne se passe pas trop mal.

Exercer dans un groupe donne plus de liberté ; à l'époque, il y avait beaucoup de gardes. On a commencé à s'associer pour les gardes.

- Avez-vous trouvé grâce à la maison de santé des avantages pour la prise en charge de vos patients ?

- Je dirais plutôt oui. Ce n'est pas une chose énorme. On communiquait déjà avec les infirmières. Mais c'est plus facile quand elles passent et qu'elles sont à côté. C'est plus facile d'échanger et de se rencontrer pour discuter d'un patient.

- Est-ce que le fait de travailler en maison de santé va permettre de pallier à la désertification médicale ?

- Je pense que ça n'a pas beaucoup de rapport, même si c'est quand même un avantage quand on est en campagne de travailler en maison de santé.

Mais la désertification médicale, à mon sens, vient plutôt de la jeune génération qui ne veut plus s'installer à certains endroits isolés. C'est moins confortable, pour des tas de raisons plus ou moins bonnes. Mais qui finiront par retomber sur la profession. Un jour, il y aura peut-être des mesures coercitives. Tout le monde a le droit d'avoir un médecin.

Ici sur l'île d'Oléron, il y a des médecins qui travaillent sur l'île et habitent à Rochefort par exemple. Faire de la médecine générale sans être dans le pays, je pense que ça doit être difficile.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en travaillant dans cette maison de santé ?

-On est très différents. On a parfois des engueulades oniriques. On a de la chance quand même. On s'arrange. C'est la vie en groupe.

- Vous n'avez pas eu de conflits avec les paramédicaux ou d'inconvénients en rapport avec ces derniers ?

- Non.

- Quelles ont été vos motivations à faire partie de cette maison de santé ?

- On avait vu qu'il y avait une dynamique qui se développait. Il y avait une certaine logique à se regrouper géographiquement. Personnellement, je n'avais pas de grandes idées. Je trouvais que c'était bien, que ça faciliterait sûrement certaines choses. C'était intéressant.

- On va maintenant aborder une autre partie du questionnaire. Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

- Vulnérable, ça nous arrive souvent. On prend des vacances quand c'est comme ça.

Je viens de prendre des vacances, je n'en avais pas pris depuis le mois d'octobre. Il était temps. Je devenais irritable. Fragile.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ? les vacances ? le fait de travailler en groupe ? ou autre chose ?

- Le fait de travailler en groupe, je ne pense pas que ça protège vraiment. Le fait de travailler en groupe, ça peut rajouter des tensions, en rajouter une couche. Ce n'est pas simple de vivre à plusieurs sur un même espace. Chacun à ses petites habitudes. Je ne pense pas que ça protège du burnout. Je ne sais pas.

Travailler ensemble avec la mise en place du secrétariat, ça oui, ça nous protège du burnout. Ça nous fait une charge d'agacement en moins. Ça nous facilite la vie par délégations de certaines tâches.

- En travaillant en maison de santé, ça n'allège pas le versant stress, fatigabilité ou épuisement lié au travail ?

- Non. Sauf de temps en temps, je constate que quand il y a quelque chose qui nous mâche, on fait un petit groupe de parole. On va épancher son truc... Et je remarque qu'on y passe tous. Est-ce que ça aide ? Peut-être...

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène(ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- Non, vis-à-vis de la gestion de mes patients, je ne pense pas que ça change quelque chose. Non.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend (ra) plus satisfait de votre travail ?

- Oui, oui plutôt. Quand on est moins stressé par certains trucs. On revient toujours au gros avantage, le secrétariat : on est plus content de ce qu'on fait, on a moins d'agacement et donc plus de satisfaction finalement. Plus d'efficacité dans le travail très probablement.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets, en travaillant dans une maison de santé ?

- En ce qui me concerne, je n'y réfléchis pas. Ça se fait spontanément, naturellement. Quand il y a besoin, on va vers les autres.

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques à faire sur cet entretien ?

- Non, je pense qu'on a abordé pas mal de choses. Non.

- Très bien. Je vous remercie.

Annexe 6 : quatrième entretien semi-directif

- Quel est votre âge ? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 65 ans. Je suis marié et j'ai deux enfants.

- Quelle est votre mode d'exercice actuel ?

- je suis médecin généraliste, secteur un, exerçant en maison de santé / pôle de santé. C'est un pôle de santé car il y a un pharmacien qui n'est pas dans les mêmes murs.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine ?

- je travaille tous les jours de 9 heures à 12h ou 12h30 et l'après-midi de 14h à 19h ou 19h30. Ça fait 8 heures par jour, 40 heures par semaines, plus les gardes. Ça doit faire 55 heures à peu près.

- Quel est le nombre de semaines de vacances que vous prenez par an ?

- Je prends 4 semaines de vacances par an.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Oui, je suis formateur pour les médecins généralistes. Je suis intervenant en toxicomanie. J'interviens dans la maison de santé pour la prise en charge des malades toxicomanes. Je prends des gardes de généraliste en tant que médecin salarié à l'hôpital de l'île d'Oléron.

On a souhaité faire nos gardes à l'hôpital avec une infirmière plutôt que les faire à notre domicile. On a instauré une maison médicale de garde où travaillent un médecin et une infirmière dans l'hôpital local.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai passé ma thèse en 1974. Je suis arrivé dans l'île d'Oléron après mon service militaire en 1976. Au début, j'ai travaillé en tant que médecin seul jusqu'en 1999. Ensuite les médecins du X se sont regroupés à 3 puis à 4. On a en profité pour monter un cabinet commun. Comme on avait de la place, les infirmières du (lieu) se sont installées dans le même local, puis un kiné et une orthophoniste sont arrivés. On avait déjà un fonctionnement de maison de santé. Après on a eu une infirmière ASALEE qui est venue. Et ensuite, grâce à ça, on a obtenu le label « pôle de santé ».

- Avant d'arriver dans une maison de santé, quelles étaient les difficultés rencontrées ?

- Les difficultés en exerçant seul, c'était d'être prisonnier. On ne peut pas partir quand on est seul. Je sais maintenant que certains le font en laissant un répondeur. Mais avant, il fallait soit pouvoir répondre, soit avoir un remplaçant à chaque fois qu'on partait. C'était relativement compliqué. Ensuite, le système de garde s'est organisé. Mais avant, il n'y avait pas de garde, tout le monde répondait, on était un peu surmenés, et même sérieusement surmenés.

- Il y avait aussi le fait de ne pas pouvoir débriefer, le fait de ne pas pouvoir en parler entre nous quand on avait des fins de vie. L'intérêt d'être regroupé, c'est qu'au moins, entre nous, on peut en parler. Ça permet de se soulager auprès de ses confrères et d'avoir ses partenaires à côté ; ça permet

de se rencontrer. Il y a des médecins qui travaillent avec des infirmières qu'ils n'ont jamais vues. Comme il y a des médecins qui ne connaissent pas les assistantes sociales : c'est cet isolement qui est dommageable. Dans l'île, tout le monde se connaît. On les connaissait déjà. Mais maintenant, on prend le café ensemble. C'est déjà très important. C'est beaucoup plus facile de coordonner les soins quand on se connaît. On en parle régulièrement. Ça veut dire que la coordination est plus ou moins continue. On se croise tout le temps. C'est le seul moyen. Sinon, ne pas se connaître, c'est très gênant pour se parler au téléphone. On le voit bien avec les pharmaciens : ce n'est pas simple, ou avec les infirmières des maisons de retraite, au lit du malade. On s'est déjà rencontré au lit du malade mais d'une façon où le rôle et la mission de chacun est quasiment figé, et donc il n'y a pas de coordination, c'est ce qui est dramatique parfois en maison de retraite. Il y a tout le personnel qui faut, mais il n'y a pas de coordination. Il y a un médecin coordinateur mais il n'y a pas de coordination.

- Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé ?

- Oui.

- Quels sont les différents professionnels médicaux et paramédicaux constituant votre maison/pôle de santé ?

- Il y a 4 médecins, 4 infirmières, un kiné, une orthophoniste, une infirmière de santé publique (ASALEE), un pharmacien.

- Le pharmacien est le seul qui ne fait pas partie des mêmes murs ?

- Oui.

- Quels sont, selon vous, les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé pluri professionnelle ? On a déjà évoqué : meilleure coordination des soins entre les professionnels médicaux et paramédicaux, ne plus être seul pour exercer.

- Et pour être remplacé, quand j'ai besoin d'aller voir un dentiste ou un kiné pour me soigner. Les collègues prennent le relais. Ça veut dire qu'il y a une permanence des soins qui s'instaure grâce au dossier médical commun. C'est important.

- Amélioration de la qualité de vie car on partage les remplaçants. Et puis il y a cette disponibilité de temps.

- Il y a autre chose, d'être à quatre ça permet un peu de se répartir certaines pathologies. Moi je suis intervenant en toxicomanie, on a une femme qui voit plutôt les problèmes gynécologiques et même mes patientes ont tendance à aller la voir pour les problèmes gynécologiques. Ça veut dire que la maison/pôle de santé a une compétence qui est plus large que celle de chaque médecin, puisque ça s'additionne. Et puis d'avoir du matériel en commun : par exemple, on a un ECG qui sert à tout le monde.

- Oui, la mutualisation des moyens, avec par exemple le secrétariat.

- Oui, le secrétariat, c'est vrai, tout en sachant qu'il y a beaucoup de médecins qui ont des secrétariats téléphoniques. Ça coûte quand même très cher. C'est quand même un petit problème.

Là, ce n'est pas un gain, car de toute façon on en a besoin. Mais c'est vrai que c'est un luxe d'avoir 2 secrétaires, même pour quatre médecins.

- Est-ce que vous avez trouvé qu'il y avait une meilleure relation avec l'hôpital, en étant identifié en tant que maison/pôle de santé ?

- C'est utilisable quand on monte des dossiers avec l'ARS. C'est vrai que ça peut aider car on a une structure reconnue. Moi je dirai qu'au niveau local, on attire plutôt des jalousies de la part des autres.

- Travailler en maison de santé permet de faire des programmes d'éducation thérapeutique ?

- L'infirmière ASALEE, c'est l'éducation thérapeutique. Nous, on avait même été agréé pour avoir un programme d'éducation thérapeutique sur le risque cardio-vasculaire. Mais ce programme n'a pas pu se réaliser, car il nous fallait une infirmière ASALEE à temps plein. Actuellement, on a une infirmière ASALEE à mi-temps et qui n'a pas encore son diplôme d'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique organisée, protocolisée, ça nécessite des ressources que nous n'avons pas. J'étais tout seul à ce moment-là à avoir le diplôme, je ne pouvais pas assumer le programme d'éducation thérapeutique. Actuellement, on fait de l'éducation thérapeutique au cas par cas, donc on est sortis d'un programme protocolisé. Au départ, on avait un projet de soins commun, mais l'éducation thérapeutique était un autre projet. Au début, la maison médicale pour nous, c'était centré sur la coordination des soins sur un territoire, données fondées sur un diagnostic de territoire.

- Est-ce que pour vous l'exercice en maison de santé a apporté des avantages pour vos patients ?

- La coordination est bien meilleure. On fait du multi-professionnel ou du pluri-professionnel. On est réellement dans du partenariat. Ça dépend de chaque médecin. Il y a des médecins beaucoup plus ouverts. Il y en a qui reste très « médecin décideur ». Mais même le médecin le plus attaché à sa décision ne peut pas passer au-dessus de l'avis des autres quand on se rencontre. On discute ensemble. Et c'est une coordination, ça veut dire une coordination pour une décision de terrain, pour un projet thérapeutique commun.

- Il y a une amélioration de l'accès aux soins grâce au dossier médical commun. Quel que soit l'heure où les gens viennent, et quelque soit le médecin : le dossier est accessible. Le dossier est accessible aussi aux professionnels médicaux et paramédicaux.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en travaillant dans cette maison de santé ?

- Non, pas de difficultés pour moi. Je sais qu'il y a des médecins qui ont peurs. Comme il y a des médecins qui ne reçoivent pas d'interne. Ce sont des médecins qui ont peur d'être jugés. Ils parlent beaucoup du fait que ça casse la relation médecin-patient. La peur des médecins qui ont peur de ne pas être à la hauteur, qui n'ont pas une bonne estime d'eux-mêmes. A l'hôpital, ce n'est pas pareil. Le problème de la médecine libérale, c'est cet éloignement, et puis peut-être le manque de formation qui, au bout de quelques années, fait que l'on ne sait plus où l'on en est.

- Est-ce que le fait de travailler en maison de santé va permettre de pallier à la désertification médicale ?

- Oui, effectivement un médecin à qui on propose de s'installer sur un plateau perdu. Il peut avoir peur s'il est tout seul. Le fait d'entrer dans un cabinet de groupe peut faciliter les choses. Ça aidera.

- Deuxièmement, dans l'avenir, je pense qu'il n'y aura pas d'autres solutions que de travailler dans les maisons/pôles de santé. J'imagine : sur l'île d'Oléron par exemple, deux pôles de santé, un pour le sud et un pour le nord. Alors est-ce que ça pose le problème de désertification ? Les petits villages qui n'avaient qu'un médecin n'auront plus un pôle de santé dans le village mais à 10 kilomètres. Et là, il y aurait une meilleure collaboration avec les hôpitaux. Mais, pour le moment, ce n'est pas le cas, il y a toujours une différence entre la médecine de ville et la médecine d'hôpital.

- On va maintenant aborder une autre partie du questionnaire. Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

- Il y a des grilles pour le burnout.

- Oui. On vous propose un questionnaire à la fin de cet entretien.

- Et on est tous dans l'orange, tous les collègues qui l'ont rempli. Donc, ou bien les grilles sont fausses, ou bien il faut accepter que ce soit un mode de travail, le burnout. On est moins bien débordé qu'on ne l'était il y a trente ans. Mais ce n'est pas pareil, car là, on est débordé par le travail administratif. Et c'est très insupportable. Voir des patients : on y arrive. Mais c'est le travail administratif, tous les papiers de la sécu, les ordonnances mal écrites, les papiers à refaire. Le burnout vient peut-être plutôt de là.

- Il faut aussi gérer un cabinet médical comme une entreprise avec une comptabilité très particulière. Tout ça c'est pénible. On nous fait faire un travail pour lequel on n'était pas forcément formé.

C'est la charge de travail qu'on retrouve aussi à l'hôpital. Les médecins à l'hôpital ont les mêmes problèmes administratifs.

- Le burnout existe toujours. Avant, c'était plus un burnout professionnel, il fallait assurer la nuit en garde et après assurer la journée derrière. Maintenant ça n'existe plus, l'organisation est quand même bien meilleure. D'être en pôle de santé, il y a une aide entre nous. S'il y en a un qui est débordé, les autres peuvent aider. S'il y a une urgence qui arrive, on le prend. Ça oui. Il y a moins de burnout qu'avant, mais je crois que les médecins sont toujours en orange quand on a fait les grilles.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ou pôle de santé ?

- Eviter le burnout, c'est avoir des horaires convenables. Travailler 50 heures par semaine, ça n'est pas catastrophique s'il n'y a pas de pression. L'intérêt, c'est de se donner du temps en consultation. Il faut des consultations d'au moins 20 minutes. Il y en a qui prennent des consultations tous les quart d'heure ; quand on est en retard et qu'il faut rattraper, c'est insupportable. Ça, c'est épuisant. Il y en a qui adorent ça, qui ont peur de la salle d'attente vide. Moi, je n'ai jamais supporté.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte(ra) un travail plus agréable ?

- Oui. C'est forcément plus agréable, seulement le fait de rencontrer ses confrères. L'isolement est préjudiciable de toute façon. C'est beaucoup plus facile à supporter, un procès, quand on peut en parler avec ses collègues. Car actuellement, il y a quand même des procès.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène(ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- On couvre beaucoup plus de domaines, donc forcément ça va être bien pour les patients puisque qu'on peut mettre en place des projets de santé publique. On peut prendre un peu de temps pour ça. On peut aller plus loin que faire de renouvellements d'ordonnances. On peut faire de l'éducation thérapeutique. On peut développer des projets de santé. La maison médicale de garde est née du pôle de santé. Ce n'est pas moi. Mais ma collègue l'a fait à partir du pôle de santé, ça lui a permis d'en parler. Ça veut dire que ça permet de regrouper les champs de la médecine générale. Il y en a un qui est médecin pompier : quand il a un appel, il part. Il part et le fait de travailler en maison de santé lui permet de faire tout ça. S'il était tout seul, il ne pourrait pas. Donc ça regroupe tous les champs de la médecine générale.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend(ra) plus satisfait de votre travail ?

- Oui, on peut s'intéresser à d'autres sujets. On n'est pas bloqué sur du renouvellement d'arrêt de travail, tout ça. On peut s'intéresser à d'autres choses, on peut se spécialiser dans d'autres domaines tout en gardant son travail. On travaille avec les autres. On peut monter des projets en commun. Oui, plus satisfait.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets, en travaillant dans une maison de santé ?

- L'avenir, je crois que ce n'est pas forcément pour améliorer. Mais c'est qu'il faudra accepter le jeu du regroupement. Donc, concentration des médecins et des professionnels de santé dans un même lieu. C'est ça que je vois. Est-ce que c'est une amélioration ? Il y a un moment où ça peut devenir un peu pénible. Car là, on est une bonne taille. Si ça devient trop gros, ça va devenir une usine. C'est plus ce problème qui risque d'arriver. Mais, d'un autre côté, je ne vois pas comment on pourra faire autrement. Quand on voit qu'il y en a un ou deux par département. Moi, je pense qu'il en faudrait un par canton, déjà ça serait énorme. Mais un par canton, ça veut dire qu'on va se retrouver avec des pôles de santé où il y aurait 40 ou 50 personnes. Des grosses structures qui vont poser d'autres problèmes : des problèmes de gestion. Il faut avoir un directeur pour gérer. Il y aura d'autres problèmes. Il faudra peut-être une gestion externe. Que les pôles de santé soient gérés par l'hôpital, mais là, ce serait un sacré truc. Il y a des collègues qui ne vont pas apprécier. Déjà, on fait faire notre comptabilité par des experts comptables, on a abandonné. Donc il y a un moment où, peut-être, la gestion du personnel sera centralisée. Est-ce que ce sera des fonctionnaires ou des cabinets de gestion comme des comptables ?

- Maintenant ça existe, après avoir assisté au congrès des pôles et maison de santé. Ça existe, il y a des experts qui peuvent gérer une maison de santé.

- La médecine de ville va être gérée différemment.

- Oui, ça change. Il y a la volonté de certains jeunes médecins d'être salariés.

- On a fait le choix d'être salarié pour nos gardes avec l'hôpital. Ça veut dire que sur l'île, il y a pas mal de médecins qui étaient prêts à rentrer dans le salariat.

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques à faire sur cet entretien ?

- On est dans une forme expérimentale en travaillant dans des maisons de santé. C'est ce qui embête beaucoup les autres médecins. Ça existe jusqu'en 2013. Mais après, est-ce qu'on va continuer ? On ne sait pas trop où on va. C'est un peu pénible. L'évaluation, on ne l'a pas. Moi ça fait trois ans que j'attends qu'on nous évalue. Mais qu'est-ce qu'on fait ? Si, ils nous évaluent par les CAPI. Mais le pôle de santé, les subventions nous servent quand même à quelque chose. Nous, elles nous servent à avoir une salle de réunion, un bureau pour l'infirmière ASALEE.

- Très bien. Je vous remercie.

Annexe 7 : cinquième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 59 ans. Je suis mariée, j'ai 6 enfants et 10 petits-enfants.

- Quelle est votre mode d'exercice actuel ?

- je suis médecin généraliste travaillant en secteur 1, en maison de santé.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine ?

- Les heures de présence : 8h-20h, les lundis, mardis, jeudis et vendredis, soit 4 jours par semaine. Les soirs jusqu'à 19h, 20h voire 21h pour faire des papiers. Et une astreinte le lundi soir toutes les 3 semaines.

- Quel est le nombre de vacances par semaine ?

- J'en prends beaucoup. Cette année, en janvier il y a un séminaire francophone de médecine générale. Le congrès occupe 15H de temps et que j'en profite pour m'absenter une semaine compte-tenu de la distance (Montréal). Après je prends à chaque fois une semaine aux vacances scolaires : une semaine en février, une pour Pâques, une à la Toussaint et une pour Noël ça fait déjà 5 ou 6 semaines, plus 4 semaines en été. Donc 10 semaines à peu près par an en moyenne.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Une FMC une fois par mois. Un groupe de pairs une fois par mois. Je suis aussi médecin agréé donc j'assiste à des comités médicaux sur X, ça fait une fois par mois. Je participe aux enseignements de médecine générale : j'ai des externes en stage court, des externes en stage long, des internes, des internes SASPAS, des tutorés et j'anime avec un autre médecin un GEAPI une fois par an.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai fait mes études en région parisienne. J'ai fait une compétence en allergologie donc je suis médecin généraliste et allergologue. Je me suis installé en médecine générale, ça va faire trente ans maintenant.

- Avant d'arriver dans une maison de santé, quel était votre mode d'exercice?

- Mon mari s'est installé en premier et deux ans après je me suis installé avec lui car la clientèle devenait trop importante. Soit je m'installais avec lui, soit il prenait un associé. C'était plus simple que je m'installe avec lui. En sachant que le cabinet médical était six marches en-dessous de notre maison.

- Vous vous êtes installé en milieu urbain ou semi-urbain ?

Oui, en milieu semi-urbain.

- Quel a été le facteur déclenchant, ainsi que les motivations pour exercer dans une maison de santé pluri professionnelle ?

- Il y a eu une association temporaire pendant une dizaine d'années. Mon mari avait déjà pas mal d'activités, il était souvent absent. On avait des remplaçants, mais ça devenait assez difficile. Lui-même s'est rendu compte qu'il y avait de moins en moins de médecins généralistes et donc il a eu ce projet de maison de santé. Ça fait donc au moins une dizaine d'années.

- Les difficultés auxquelles vous étiez confrontée avant d'exercer en maison de santé, quelles étaient-elles ?

- Je dirais un manque de liberté. On travaillait pratiquement tous les samedis matin. Ce n'était pas évident. Et pourtant on avait déjà deux secrétaires. On avait un temps de secrétariat qui était de trente heures chacun par semaine. C'était très confortable car on ne faisait que de la médecine. Mais quand j'avais besoin de m'absenter (ou mon mari), si on n'avait pas de remplaçant, on ne pouvait pas, ça c'est une contrainte.

Mais l'avantage quand je n'avais pas de patients, que les patients annulaient leurs rendez-vous, je montais mes trois marches, j'allais faire un tour chez moi. Les enfants, quand ils étaient petits, ils savaient qu'on était toujours là. Ça, c'était un côté très positif. Si au début on a été dérangés par des gens qui sonnaient à la maison, ils ont vite compris qu'il ne fallait pas nous déranger quand nous n'étions pas dans notre bureau de consultation.

Les motivations d'exercer en maison de santé, c'était de se libérer du temps et de savoir que nos patients ne seraient pas laissés dans la nature sans médecin.

- Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé?

- Non.

- Quels sont les professionnels médicaux et paramédicaux constituant votre maison de santé?

- 7 médecins plus un collaborateur, une podologue, 2 orthophonistes, 2 sages-femmes, 6 infirmiers, 2 kinésithérapeutes, 2 diététiciennes, et une infirmière ASALEE.

- Quels sont selon vous les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé pluri-professionnelle?

- Les avantages en tant que médecin, je travaille très peu maintenant les samedis.

Pour les patients, au début les patients ne comprenaient pas pourquoi on quittait notre cabinet. On leur a quand même expliqué que c'était pour assurer une permanence et que le jour où on arrêterait notre activité, on était sûr d'avoir des successeurs ici. Et puis surtout, si on devait s'absenter pour une raison ou une autre, il y avait d'autres médecins qui pouvaient être présents. Au bout de trois ans, les gens réalisent.

D'être avec d'autres professionnels, c'est intéressant pour pouvoir discuter, échanger. On fait des réunions une fois par trimestre, chacun va présenter sa profession et on va pouvoir échanger. On a découvert des choses et surtout de pouvoir discuter des patients en commun.

Avantages pour les patients, si j'ai besoin de m'absenter, si j'ai un souci de santé ou si quelqu'un a dans ma famille un souci de santé, je sais qu'il y a quelqu'un qui peut voir mes patients. Ça c'est quand même très intéressant. Grâce au dossier médical partagé.

- Trouvez-vous que, en exerçant en maison de santé, vous avez obtenu une meilleure coordination des soins ?

- Non, je n'ai pas trop trouvé, car on avait déjà une bonne coordination des soins avant. On communiquait déjà avec nos infirmières. Je n'ai pas vu d'amélioration de ce côté-là. J'allais déjà avec elles chez les patients pour discuter des pansements. Je n'ai pas trouvé de plus de ce côté-là.

- Avez-vous trouvé grâce à la maison de santé que cela vous a permis de faire une délégation de tâches ?

- Oui, avec l'infirmière ASALEE. Mais ça, je pense que avec ou sans maison de santé, ça aurait été pareil. On avait déjà l'infirmière ASALEE avant.

Travailler en maison de santé, ça a permis d'avoir l'infirmière ASALEE à temps plein et d'avoir plus de disponibilité de temps pour nos patients. Pour les diabétiques, elle fait les ECG, pour voir les patients au niveau de leur surpoids, je leur mets un rendez-vous pour avoir une aide au niveau alimentation, c'est beaucoup mieux.

- Est-ce que le fait de travailler en maison de santé vous a permis une meilleure collaboration avec l'hôpital ?

- Je dirais que non. Au début, ils disaient systématiquement aux patients, quand un patient avait un problème de santé, d'aller directement à la maison de santé de X, même si ce n'était pas des patients suivis sur la maison de santé.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en travaillant dans cette maison de santé ?

- En y réfléchissant, il m'a fallu deux ans et demi pour y trouver un intérêt. Mais je pense que ce n'est pas forcément dû à la maison de santé. C'est dû aux conditions de travail. Puisque je vous ai dit qu'on avait mon mari et moi 60 heures de secrétariat par semaine et en arrivant ici on est passé à dix heures de secrétariat par semaine par médecins. Donc on était passé de trente heures par médecin à dix heures. Les médecins qui sont avec nous sont des médecins qui n'avaient pas de secrétariat avant. Et donc pour eux, d'avoir un secrétariat, c'était très intéressant. Sauf que pour nous, on a perdu beaucoup au niveau de nos conditions de travail. C'est-à-dire que j'ai été obligée de faire des feuilles de soin électroniques, avant la secrétaire faisait tout. J'ai été obligée de faire ma comptabilité. Donc je terminais des fois à 11 heures du soir. Obligée de vérifier si j'avais des enveloppes, des machins. Donc tout ce qui n'est pas médical.

- La mutualisation des moyens pour vous a été un inconvénient, car vous avez perdu.

- Inconvénient majeur, du au rajout de tâches administratives. Et donc on a essayé d'en discuter avec les autres mais bon... Dans les autres médecins, ils y en avaient qui n'avaient pas de secrétaire pour deux d'entre eux, une secrétaire à temps partiel pour une autre, deux avait un secrétariat téléphonique. Ils ont tous retrouvé un confort sauf nous. Nous on y a perdu. Ça a été tel qu'on a perdu au niveau financier. Et pendant deux ans, c'était de 8h jusqu'à 23 heures. A un moment donné, j'étais prête à arrêter. A cause de la charge du temps de secrétariat, des charges administratives. Qui sont indépendantes de la maison de santé. Qui dépendent des autres médecins qui ne voyaient pas l'intérêt. Car avant on ne faisait que de la médecine.

- Voyez-vous d'autres difficultés ?

- A priori non, je n'en vois pas.

- Pensez-vous que ce mode d'exercice puisse pallier à la désertification médicale ?

- Oui, oui, c'est sur. Tous nos jeunes qui viennent nous le disent : oui, oui, c'est comme ça que je veux travailler. Les externes, les internes : ils sont tous emballés par ça.

- Pourquoi vous pensez que ça peut pallier à la désertification ?

- Une meilleure organisation de son temps, pouvoir s'absenter sans se tracasser sur la prise en charge de ses patients, le bon fonctionnement de ...

- C'est l'amélioration de qualité de vie pour les nouveaux médecins ?

- Oui, c'est tout à fait ça.

- Pensez-vous que, grâce au travail en maison de santé pluri-professionnelle, les jeunes pourraient être salariés ?

- Oui, tout à fait, pourquoi pas. Nous, on a déjà eu ça, avec les Nouveaux Mode de Rémunération (NMR). Oui, tout à fait. En tant que collaborateur ou nouveau médecins.

Oui pas de problème. Je pense que c'est un peu vers ça qu'on va se diriger. Je suppose.

Je pense que ça serait intéressant. Le paiement à l'acte, c'est pas mal. Mais je pense que si on est salarié, on prendra le temps différemment pour certains médecins.

- Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

- Ah oui ! quand j'ai commencé la maison de santé. Ah oui, oui, pendant 2 ans.

- Si oui, quelles en sont les raisons ?

- C'était les conditions de travail beaucoup plus défavorables.

Un épuisement de faire 8h à 22h-23h et recommencer le lendemain, à cause du rajout de charges administratives, pas sur le plan médical.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ?

- Prendre du temps, prendre du temps pour soi et puis délégation de tâches. Il y a beaucoup de choses qu'on fait qui ne sont pas du travail du médecin.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte ou apportera un travail plus agréable a posteriori ?

- Oui, de pouvoir me libérer du temps.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène (ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- Je ne suis pas sûre. Le petit plus, c'est l'infirmière ASALEE qui est là tous les jours. Je ne suis pas sûre.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend (ra) plus satisfait de votre travail ?

- C'était le but... rires.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets, en travaillant dans une maison de santé ?

- Ce qui n'a rien à voir avec la maison de santé : ce serait d'augmenter le temps de secrétariat. C'est ça.

- Avez-vous d'autres idées, projets, perspectives futurs ?

-Non, prendre ma retraite quand je pourrai et d'ici un an mon but c'est de travailler à mi-temps, trouver un collaborateur féminin qui serait intéressé par un mi-temps.

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques à faire sur cet entretien ?

- Non, non. Ma grosse déception, ça a été les conditions de travail qui n'ont rien à voir avec la maison de santé mais plus avec les collaborateurs.

- Très bien. Je vous remercie.

Annexe 8 : sixième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 60 ans. Je suis marié, j'ai 6 enfants.

- Quel est votre mode d'exercice actuel ?

- J'exerce en tant que médecin généraliste, en secteur 1, exerçant en maison de santé.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine?

- Dans la maison de santé, j'ai un nombre d'heures limité, car vous savez que je travaille au sein du département de médecine générale. Je travaille à peu près à mi-temps, c'est-à-dire : le lundi toute la journée, le mardi matin, le mercredi matin et le vendredi toute la journée ; 6 demi-journées par semaine, plus un samedi de temps en temps.

- Quel est le nombre de semaines de vacances par an?

- On va distinguer le nombre de semaines d'absence du cabinet et le nombre de semaines de vacances : 7 à 8 semaines de vacances à peu près par an.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Oui, il y a le département de médecine générale, également je participe à des groupes de recherche nationaux et internationaux et je participe à des expertises de formation continue.

- Donc vous êtes formateur.

- Voilà. Et puis je participe à une FMC personnelle, car je participe à un groupe de pair. Je fais partie aussi de la commission de réforme départementale, donc je suis amené à faire des expertises pour l'administration, par exemple pour des patients pour lesquels il y a des litiges d'arrêt de travail, de taux d'incapacité, pour donner un avis d'expert à ce sujet.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai fait mes études médicales sur Paris, après je me suis installé en X (département du Poitou Charentes) dans un village à côté où j'ai exercé jusqu'en 2010. Seul, puis en cabinet de groupe à 2, puis à 3. Ensuite en maison de santé depuis 2010 à X, à 2 km du cabinet précédent. Parallèlement, j'effectue un travail d'activité universitaire depuis 1984.

- Quel a été le facteur déclenchant, ainsi que les motivations pour exercer dans une maison de santé pluri professionnelle ?

- Plusieurs raisons :

Tout d'abord le fait par les responsabilités universitaires, je prenais conscience de la nécessité d'envisager des modes d'exercices différents. Parce que les étudiants étaient de moins en moins motivés pour faire de la médecine générale. Pour ma part, en lien avec le mode d'exercice de médecine générale qui devenait de plus en plus difficile à être accepté par les jeunes. Ma collaboration de longue date avec les Québécois, ils ont déjà une grande avance au niveau de

l'organisation du système de soins, en particulier des structures pluridisciplinaires, pluri-professionnelles. Ce qui m'a fait réfléchir à des modèles, à une modélisation avec les avantages envisués : une collaboration professionnelle, la possibilité de permanence des soins, un meilleur partage des soucis professionnels. Un certain nombre d'items comme ça, qui m'a amené à proposer une thèse à une étudiante il y a à peu près dix ans sur les maisons de santé.

- Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé ?

- Oui.

- Pouvez-vous nous dire quels sont les différents professionnels médicaux et para médicaux constituant votre maison de santé ?

- Il y a 24 professionnels au total. On va commencer par les médecins : 7 médecins, aussi un médecin collaborateur en plus, et on a 2 internes au niveau SASPAS qui exercent en autonomie donc pratiquement l'équivalent d'un temps plein supplémentaire, donc à peu près 9 médecins exerçant. Il y a aussi des internes et des externes. 6 infirmiers, une infirmière ASALEE, 2 diététiciennes, 2 kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, 2 sages-femmes, 1 psychologue, 1 podologue, 4 secrétaires actuellement qui sont au service uniquement des médecins.

- Comme vous êtes l'un des promoteurs de cette maison de santé, pouvez-vous nous dire comment s'est déroulée la mise en place, la création de cette maison de santé ?

- Oui, assez rapidement d'abord j'avais pris contact avec l'ensemble des professionnels de santé du canton. Il y a eu des réunions avec ces professionnels et un certain nombre de ces professionnels ont souhaité continuer la réflexion pour essayer de mettre en place cette maison de santé. Petit à petit, le groupe de professionnel s'est restreint. On en est resté à un peu plus de 20 professionnels qui se sont engagés à aller plus loin dans la réflexion, c'est-à-dire commencer d'envisager de rechercher un terrain, à prendre contact avec une municipalité pour rechercher un terrain. On s'est adjoint un monsieur qui était conseiller municipal de la mairie de X et il était la personne qui faisait un certain nombre de démarches. Par exemple de recherche de terrain. Petit à petit, on a trouvé d'autres collaborations possibles auprès de l'OPAC (organisme de construction de maisons ou d'habitation à loyer modéré) et la municipalité de X avait envisagé de mettre à notre disposition un terrain. Cette structure devait acheter et cette structure devait louer les locaux aux professionnels. Cette structure a été désavouée par la préfecture et c'est à ce moment-là que la municipalité de X s'est montrée intéressée pour accompagner le projet et donc être maître d'œuvre de la construction. Donc la municipalité est propriétaire des murs et les loue aux professionnels. On a constitué plusieurs sociétés civiles de moyen et plus récemment une SISA et nous avons engagé des procédures pour bénéficier des nouveaux modes de rémunérations. Puisque c'est la deuxième année où nous touchons des nouveaux modes de rémunération (NMR) et nous avons mis en place un programme d'éducation thérapeutique agréé par l'ARS.

- Quel était le rôle des élus dans la création de la maison de santé ?

- Le rôle des élus est venu très tardivement. D'ailleurs, la personne qui était là en tant qu'élu et qui nous a accompagné n'était pas là en tant qu'élu. Il se trouve que c'était l'un de mes patients et je lui avais demandé de façon amicale, si je puis dire (si on peut être amical avec un patient...). Mais, en tout cas, ça l'intéressait de faire cette réflexion. Mais ce n'était pas en tant qu'élu qu'il était là. Les

élus, c'est-à-dire la municipalité de X, c'est quand ils se sont engagés à être maître d'œuvre qu'on a eu des contacts avec les élus. Mais tout le projet a été porté par les professionnels et uniquement par les professionnels.

- Quand vous avez créé la maison de santé, quel était le projet de soins ?

- On avait un projet de soins qui a été déposé à l'ARS. Quand il a été question de demander les nouveaux modes de rémunération, on avait un diagnostic de territoire et un projet élaboré.

- Et quel était ce projet ? Il portait sur les grands axes habituels, la diabète, le cardio-vasculaire ?

- Ça, c'était une partie de projet de soins, car du moment où on avait une infirmière ASALEE, automatiquement on allait dans la démarche préventive, mais le projet de soin était plus global.

Le projet professionnel était plus large que cela. Il avait plusieurs ambitions. Premièrement de réfléchir à la mise en place de structures de nature à maintenir des professionnels de santé dans un bassin de vie, d'attirer les jeunes avec mise en place de structures d'accueil de jeunes, de maîtrise de stage. De lieu d'enseignement, car nous avons des salles d'enseignement et d'un lieu de recherche car nous étions à ce moment-là deux membres du département de recherche avec un chef de clinique. Et donc il y avait également la réflexion sur les nouveaux modes d'exercice, de distribution des soins en particulier la collaboration interprofessionnelle et la réflexion sur les nouveaux modes de rémunération avec la mise en place de démarche de prévention, de dépistage et d'information.

- Quels sont, selon vous, les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé pluri-professionnelle ?

- Avantages, par rapport aux projets initiaux : le maintien dans le secteur des professionnels, car les professionnels engagés, je pense qu'ils vont être de nature à rester dans le secteur et probablement à attirer d'autres professionnels, puisque beaucoup de jeunes nous sollicitent pour venir travailler ici.

- Donc pour lutter contre la désertification médicale ?

- Donc une conséquence immédiate sur la désertification. D'ailleurs, je ne l'ai pas évoqué au départ, ça a été très intéressant pour les pouvoirs publics, en particulier le conseil régional qui a très vite pris conscience de l'intérêt dans cet objectif-là. Du coup, il nous a accompagné et a participé au financement. Quelle était la question déjà ?

- Quels sont, selon vous, les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé pluri-professionnelle ?

- Probablement un meilleur confort de travail dans l'organisation de la permanence des soins. Un certain nombre de professionnels, ça nous permet de nous libérer plus facilement pour des tâches diverses. De répondre plus facilement à la demande de la population, parce que même si on est occupé les uns ou les autres, il y a toujours la possibilité de répondre à la demande de soins.

Pour les patients, un meilleur accès aux soins, amélioration de qualité de soins et de la prise en charge des patients.

En tant que médecins, pouvoir mieux organiser son travail. Il est plus facile d'organiser la permanence des soins à plusieurs médecins. Si à un moment donné, on doit s'absenter, c'est plus facile pour pouvoir trouver des collègues. Avoir des collègues avec qui on peut échanger. On a mis en place des réunions régulières avec les autres professionnels et entre médecins, qui permettent de pouvoir échanger sur l'exercice en pluridisciplinarité. Le sentiment d'appartenance à un groupe, une convivialité qui s'installe dans un groupe. Un confort de travail pour les médecins.

- Quelles sont les difficultés/inconvénients que vous avez rencontrés en travaillant dans cette maison de santé ?

- Les difficultés, comme dans toute situation où on regroupe les gens pour collaborer, on augmente les difficultés. Le fait de d'avoir à prendre en compte les différences de tempérament, d'habitudes, d'objectifs, par moment on s'aperçoit qu'on n'a pas la même vision des choses, ni les mêmes objectifs, les mêmes intérêts, donc des conflits qui peuvent naître obligatoirement. On n'a pas eu du tout de conflit sur le regroupement des clientèles. Ça n'a pas posé de problème particulier. Je dirais plus un avantage car, petit à petit, la clientèle peut s'habituer à voir indifféremment d'autres médecins grâce au dossier médical partagé.

Autres inconvénients, on a été confronté à des grosses difficultés de secrétariat, à des difficultés de réponses téléphoniques, pour plusieurs raisons, car plusieurs clientèles se regroupaient. Et la plupart des médecins n'avaient pas de secrétariat jusque-là. D'un seul coup, on s'est retrouvé avec un afflux téléphonique très important, d'autant plus que l'on ne s'était pas équipé de matériel téléphonique bien adapté. Et c'est la 3ème fois que l'on change de matériel téléphonique, car à chaque fois il était non satisfaisant et actuellement on est en conflit avec des structures de matériel téléphonique.

Dans une petite structure (3 ou 4 médecins), on gère ça assez facilement. Ici, il y a 7 à 9 médecins et il faut gérer les rendez-vous pour 9 médecins. Il faut avoir un secrétariat performant. C'est là où ça pêche.

L'autre difficulté, c'est la gestion de la structure. Là on est confronté à quelque chose de difficile. Car on n'a pas de gestionnaire attitré. Grâce au NMR, une des collègues qui est la podologue a pris un peu la responsabilité de la gestion de l'ensemble de la structure. Mais c'est relativement léger car on n'a pas à s'occuper de toutes ces choses matérielles (car c'est géré par la mairie). Par contre, la gestion de la société civile de moyen des médecins et quelques autres choses assez lourdes avec une comptabilité importante. Et là on n'a pas de gestionnaire, alors qu'on par exemple 4 secrétaires à gérer. Et ça nous a posé problème. Ce sont les médecins qui ont assuré à tour de rôle le rôle de gestionnaire de la société mais pas de façon satisfaisante, on n'a pas trop le temps et c'est quelque chose de difficile, on n'est pas formé et puis on n'a pas le goût à ça en général. Donc probablement on fait des économies de ce point de vue-là, mais ce n'est pas satisfaisant du tout.

- Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

- Pas victime du burnout. Il y a des moments de vulnérabilité mais qui n'est pas lié uniquement à la structure elle-même. Qui est lié à une surcharge de travail importante parce que, quand on a la responsabilité d'un département de médecine générale, quand on fait beaucoup d'activités par ailleurs, des activités de recherche, des activités à l'extérieur, à l'international, et en même temps une clientèle à assumer, à un moment donné ça fait beaucoup de choses, sans compter la vie

familiale, une vie personnelle. C'est plus cette organisation-là qui fait qu'il peut y avoir des moments de fragilité et qu'il faut être attentif.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ?

- C'est, euh, avoir une organisation qui permet d'avoir une visibilité sur l'activité professionnelle dans la maison de santé. C'est-à-dire la mise en place d'une vraie gestion de la structure. Pour ma part, c'est ça. Je pense que d'autres collègues répondraient d'autres choses. Probablement l'idée qu'il puisse y avoir à un moment donner un temps dédié pour l'administratif, un temps dédié à ça sans que ce soit pris sur nos week-ends, nos temps de loisirs, nos soirées etc.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apportera un travail plus agréable ?

- Oui. Plus agréable dans la mesure où je peux avoir l'esprit plus tranquille en ce qui concerne la permanence des soins. Dans une petite structure, on est obligé d'assumer en permanence les réponses aux patients, dans une structure comme celle-ci on peut s'en aller l'esprit tranquille car on sait que des personnes pourront assumer à tout moment la prise en charge des patients de façon optimale.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène (ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- Plus investi dans la gestion de la santé, oui ! Et ça doit faire partie d'un objectif très fort qui est une véritable prise en charge de la santé des patients.

Par contre, l'autre question concernant la proximité, parce qu'il y a un risque de mélange des deux objectifs, souvent les professionnels comme les patients demandent une proximité, tout le monde a l'air d'être adhérent à cela. Mais je ne suis pas sûr que la proximité en tant que telle soit forcément un facteur de qualité des soins. Tu as un de tes collègues qui va passer une thèse sur la distance, la bonne distance patient-médecin et que cette problématique de la distance peut être un frein à la qualité des soins. Et que cette proximité à laquelle les patients comme les médecins aspirent tous, je ne suis pas certain que cette proximité à laquelle ils aspirent tous soit favorable à la qualité des soins. Par contre une bonne distance est une caractéristique, une compétence nécessaire à la bonne gestion et à la qualité des soins.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend (ra) plus satisfait de votre travail ?

- Oui, plus satisfait. Euh, c'est-à-dire que j'aurais l'impression de pouvoir être plus efficient dans la prise en charge de la santé de mes patients et de la population. Car là, on est à cheval entre la santé individuelle et de santé publique. Or, c'est un des objectifs que je n'ai pas trop évoqué dans le projet initial dont on a parlé, c'est aussi une charge de la santé publique et pas seulement de la prise en charge de la santé individuelle.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets, en travaillant dans une maison de santé ?

- C'est d'avoir un standard téléphonique performant. Un gestionnaire pour les médecins et pour les autres professionnels. Avoir une structure d'accueil au sein de la maison de santé car actuellement seul les médecins ont une structure d'accueil, les autres professionnels accueillent seuls et de façon individuels leurs patients.

Je pense que ce serait important. Aboutir à une plus grande collaboration avec les services d'hospitalisation, peut-être collaboration avec des services d'urgences mais je n'en parle pas trop avec les collègues car ils sont un peu réticents. Mais ça fait partie probablement des choses qu'il faudrait développer. Poursuivre le développement d'une structure, non seulement de soins, mais d'appuyer sur l'enseignement et sur la recherche, et donc d'en faire une structure universitaire car ça fait partie des objectifs que l'on vise dans les mois à venir.

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques à faire sur cet entretien ?

- Non, ça va. Je trouve déjà qu'il y a pas mal de choses. Il y a des tas de choses pour lesquelles on pourrait rajouter des détails, mais ça va.

- Je vous remercie.

Annexe 9 : septième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 59 ans, marié, j'ai une fille.

- Quelle est votre mode d'exercice actuel ?

- Je suis médecin généraliste, en secteur 1, exerçant en maison de santé.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine ?

- Je travaille 72 heures par semaine.

- Quel est le nombre de semaines de vacances par an ?

- Je prends 7 semaines de vacances par an.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Je suis médecin dans un IME (institut médico-éducatif). J'y travaille 1h30 par semaine en tant que salarié.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai fait la faculté de médecine de Limoges. Ensuite, j'ai fait énormément de remplacements jusqu'en 1988. Je me suis installé ici en 1988 jusqu'en 2010 où j'ai rejoint la maison de santé de X.

- Avant d'arriver dans la maison de santé, quel était votre mode d'exercice ?

- J'ai travaillé de 1988 à 2010 en tant que médecin généraliste installé seul ici à X. Et au premier juillet 2010, j'ai rejoint la maison de santé de X.

- Quel a été le facteur déclenchant, ainsi que les motivations pour exercer dans une maison de santé pluri professionnelle ?

- Euh, la surcharge de travail, les problèmes administratifs avant tout. C'était surtout ça. Car j'avais une grosse, grosse activité seul. Quand je travaillais seul, j'avais un secrétariat mobile. Je me suis informatisé en 1996, mais je travaillais avec beaucoup de papier. Donc en venant ici, j'ai ... On en parlera après peut-être avec les autres questions.

- Quelles étaient vos attentes initialement vis-à-vis de la maison de santé ?

-Avoir plus de temps, plus de temps libre, une simplification au niveau administratif et en plus le côté convivial entre les médecins.

- Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé?

- Non, je ne suis pas un des promoteurs. Mais je fais partie de ceux qui ont été présents dès le début. Monsieur P est l'instigateur de cette maison de santé. Les 7, euh les 6 autres étaient pratiquement présents à toutes les réunions depuis le début : de 1992 à 2005.

- Quelles sont les professionnels médicaux et para médicaux constituant de votre maison de santé ?

- Hormis les médecins, il y a 6 infirmiers, une infirmière ASALEE, 2 diététiciennes, 2 kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, 2 sages-femmes, 1 psychologue, 1 podologue, 4 secrétaires.

- Avez-vous trouvé grâce à la maison de santé des avantages pour la prise en charge de vos patients ?

- Non ! Non ! Pas d'avantages, par rapport à la vie que j'avais par le passé. J'ai eu plus d'inconvénients que d'avantages, aucun avantage. Je vous dirais pourquoi.

- Aucun avantage au niveau patient, au niveau médecin, au niveau qualité de vie ?

- Au niveau qualité de vie, du tout, du tout. Le temps passant, peut-être que ça s'améliorera. Dans l'immédiat, je n'en ai pas retiré d'avantage par rapport à mon mode d'exercice passé. Peut-être que j'aurais eu des soucis vu que la population vieillit et j'ai une patientèle vieillissante. Mais c'est vrai actuellement dans l'immédiat non. Peut-être du fait que j'ai une clientèle qui est âgée, qui avait des habitudes et le côté impersonnel de la maison de santé les a un peu déroutés. Mais il y a d'autres problèmes, autres que médicaux qui ont joué. Autre que personnels. On en parlera si vous voulez.

- D'accord. Quelles sont les difficultés/ inconvénients que vous rencontrez en travaillant dans cette maison de santé ?

- Premier inconvénient, c'était le problème informatique. Tous les médecins qui étaient là étaient sur PC et avaient ce logiciel. Moi, j'étais sur Mac et j'ai été obligé de m'adapter à ce logiciel. J'avais un logiciel qui était une petite merveille et j'ai été obligé de m'adapter. J'ai été obligé de travailler sur Mac et PC pendant deux ans et ça allait. Mais à chaque fois qu'il y avait quelqu'un qui plantait, je plantais. Au niveau informatique, ça a été une catastrophe. Là, ça va un peu mieux, j'ai adopté le truc. Mais j'avais un logiciel intuitif et rapide avant. Et là j'ai « Hello doc ». Donc beaucoup de perte de temps pour moi, ça m'a généré des problèmes de santé, j'ai perdu 8 kg en trois mois. Au début, ça a été un enfer. Les premiers 6 mois ont été terribles.

Deuxièmement, la clientèle, la mienne comme celle des autres, n'a pas très bien accepté les difficultés, on avait des problèmes administratifs au niveau téléphonie. Les gens n'arrivaient pas à nous joindre. On a eu beaucoup de remarques désobligeantes, une agressivité de certains patients.

Il n'y a pas eu de difficultés de personne, pas de difficulté entre médecins, ça aurait pu. Il n'y a pas eu de problème.

En plus, il y a eu une désinformation un peu de la part de notre loueur : la mairie de X. Qui a laissé entendre qu'on serait un peu corvéable à souhait à demeure ; par exemple : les dimanches, il devait y avoir toujours quelqu'un ici présent. Alors que nous sommes régis sous le système du 15, alors à partir du samedi midi, c'est le 15 qui prend le relais. Alors cela n'a pas été très bien compris, on a eu des remarques qui sont venues. C'était un peu désagréable. Les patients pensaient que le samedi, ils pouvaient venir l'après-midi et le dimanche matin. Il y a eu des soucis entre la mairie et les professionnels de santé.

Pareil, si vous voulez par-là, on a des soucis : dans notre bâtiment, en été, il fait entre 37/ 38 degrés. Il y a eu des malades qui ont fait des malaises dans la salle d'attente. Ils sont en train d'installer la climatisation après deux ans de bataille. Bon il y a eu plein de petites choses, c'est logique. Moi je veux bien l'admettre, dans un gros bâtiment comme ça, une grosse structure. On a, il y a eu des problèmes qui sont inhérents à cette structure. C'est principalement ça.

J'ai beaucoup de remarques des patients qui avaient du mal à me joindre. Moi, on me joignait facilement. Là, c'est beaucoup plus difficile. Mais c'est vrai qu'il y a un barrage qui se fait de la part des secrétaires. C'est normal.

Disons que je pensais qu'il aurait eu plus de relations avec les paramédicaux, avec les autres professionnels. On se voit, on se croise. Mais c'est tout. Moi, je commence tôt le matin et je pars vers 22h, 22h30. Et après, le fait d'avoir une clientèle plus âgée, j'ai plus de visites que les autres. Et les visites, il faut que je les rentre le soir dans l'ordinateur. Si j'avais un logiciel plus performant, ça serait plus facile.

Pour en revenir au niveau matériel, tout ce que j'avais sur mon ancien logiciel, ma patientèle, je n'ai pas pu transférer mes données sur mon nouveau logiciel. Donc ça c'est difficile. C'est bien beau d'être en réseau, mais il y a des matins où on est ennuyé par des problèmes, je ne peux pas passer des cartes vitales, c'est assez infernal... On a beaucoup de problèmes au niveau téléphonie, administratifs. C'est tous ces problèmes-là qui nous pourrissent la vie. Qui ne sont pas médicaux, mais à un moment donné, ça resurgit sur un problème médical et ça nous pourrit la vie. Je supporte mal mais je ne suis pas le seul.

- Est-ce que le fait de travailler en maison de santé va permettre de pallier à la désertification médicale ?

- Oui, je le pense. Je le pense parce que nous on a créé une maison de santé qui n'était pas déficitaire en médecins, mais quand je vois la géographie de notre département... Il y a des régions du côté de Confolens, du côté du nord de la Charente où les médecins sont espacés de 5 - 6 km et il est évident qu'il faudrait une structure qui regroupe. Les maisons de santé, ça va pousser les médecins qui étaient dans les zones rurales, seuls, à se regrouper. En ville, il va toujours y avoir des médecins individuels, mais dans les 10 ans, je pense qu'il n'y aura quasiment plus de médecins seuls dans les campagnes. C'est déjà très dur.

- Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

- Moi personnellement, j'étais venu ici parce que je le supposais, je le voyais. Je connais un peu les signes du burnout. Moi je suis en burnout. Depuis plusieurs années, je traîne ça. Je traîne, je résiste. C'est surtout ça. Mais je le vois bien.

- Et avant la maison de santé ?

Avant la maison de santé, c'est surtout ça qui m'a poussé à venir. Je pensais que je trouverai ici une vie plus saine. Quand j'étais dans mon petit cabinet individuel, je rentrais à 22h et maintenant je rentre à 23h, 23h15. Donc au niveau familial, c'est court. J'ai une femme compatissante. Elle était dans la profession médicale donc elle comprend. J'espérais avoir plus de temps libre et aller plus vite mais ce n'est pas le cas. Est-ce que c'est ma situation de burnout sous-jacent qui a généré ça, c'est

fort possible. Les années passent, je m'en rends compte. J'étais plus tonique, j'allais beaucoup plus vite il y a quelques années que maintenant.

Et les gens sont beaucoup plus demandeurs. On nous demande des choses qui sont beaucoup plus... Il faudra faire attention quand vous vous installerez, il faudra garder une bonne distance, éviter de rentrer dans la vie des familles. Il faut être correct, sympathique, accueillant, empathique, mais il faut rester loin. Moi je suis resté distant, mais à chaque fois que je me suis un peu rapproché, c'est toujours un problème. C'est un conseil.

- Je vous remercie. Quelles sont les raisons qui vous ont faits rentrer dans le burnout ?

- Je travaille trop. Je travaille beaucoup trop. Et je m'impliquais trop.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ?

- En fin de compte ici, moi je ne fais pas partie des enseignants de médecine générale. Ici, il y a quelques médecins qui sont maîtres de stage. Je n'en fais pas partie, je n'avais pas tellement le temps et je voulais voir un peu. Et quand vous est maître de stage, vous avez peut-être un peu plus de temps, vous avez plus de temps pour prendre un café ? Moi je ne prends pas de café la journée. Moi, je n'ai pas de coupure, c'est le gros problème. Et vraiment je suis au taquet tout le temps. Je suis là dès 7h30, 7h45 et je suis toujours à la bourre... On court après le temps, je suis toujours à la bourre. Les journées sont trop courtes. Plus vous prenez du temps comme ça, moins vous prenez du temps pour vous.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte (ra) un travail plus agréable ?

- Ca devrait. Théoriquement, on devrait avoir un travail plus agréable. C'est bien que vous interviewez plusieurs personnes de la maison de santé. Vous aurez plusieurs avis différents.

Disons que, dans l'ensemble, certains n'ont pas trouvé d'avantage ici. Les autres ont trouvé des avantages pour d'autres raisons. Si c'était à refaire, je ne serais peut-être pas venu. C'est dingue comme on est dépendant d'un matériel, ou alors il aurait fallu que je garde mon matériel. Par exemple, si vous voulez, je roulais avec une grosse Audi et du jour au lendemain vous roulez avec une Lada. Moi c'est l'impression que j'ai au niveau informatique. C'est triste à dire et au niveau logiciel. Il faut bien étudier ça. Vous verrez.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène(ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- Disons qu'il y a des choses que l'on fait en commun, par exemple au niveau de la santé publique, il y a le groupe ASALEE. Il y a le truc sur les diabétiques. Il y a des choses sur la BPCO. Oui, c'est vrai il y a des choses que j'aurais fait mais je me serais pas senti aussi impliqué. Pour ça oui.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend (ra) plus satisfait de votre travail ?

- Dans l'immédiat peut-être pas. Mais toutes ces questions que vous me posez, c'était le but. J'aurais dû vous répondre oui. Il y a du bon et du mauvais.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets, en travaillant dans une maison de santé ?

- C'est très simple. Un médecin est un médecin. Un médecin n'est pas un gestionnaire. Un médecin doit faire de la médecine. Et tout ce qui est gestion de l'établissement ... Là c'est une erreur qu'on a faite. On le paie de nos deniers actuellement. Il y a des erreurs faites. Une maison de santé est une grosse structure, il faut laisser tout ce qui est administratif, il faut le laisser. Il ne faut pas qu'un médecin s'implique dans la gestion d'une maison de santé. Il est médecin, il fait de la médecine. S'il veut faire correctement son travail, il ne faut pas qu'il se disperse. Là, on a fait d'énormes erreurs. Je ne vais pas vous en parler. Mais on va les payer, financièrement, cher. Pour une petite structure, je ne sais pas. Quand on est 7 médecins, on a 4 secrétaires, on a 13 postes informatisés, c'est énorme. C'est très compliqué.....

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques à faire sur cet entretien ?

-Non, non. Je dirais que nous nous avons une grosse structure qui donnera sa pleine valeur dans quelques années. Moi je travaille jusqu'en 2020. Ça apportera un bien pour la population. Des médecins généralistes, il y en a de moins en moins. Ce n'est pas la première option des jeunes. Ce n'est pas attirant pour les jeunes. C'est moins attirant que c'était, c'est moins rémunérateur. Il y a beaucoup de médecins salariés actuellement. La médecine va changer. La médecine que je vois et celle que j'ai apprise... On a l'impression qu'on est un siècle en arrière. Vous êtes formatés. Il n'y a plus de place à la fantaisie. Mais ce n'est pas ça, avant deux personnes pouvaient avoir la même maladie, deux approches différentes. Mais ce n'est pas propre à la médecine. C'est propre à tout...

- Très bien. Je vous remercie.

Annexe 10 : huitième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 57 ans à la fin du mois, mariée, trois enfants.

- Quelle est votre mode d'exercice actuel ?

- Je suis médecin généraliste, exerçant en secteur 1, en maison de santé.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine ?

- Je travaille 50 heures par semaine en moyenne. C'est variable entre l'hiver et l'été.

- Quel est le nombre de vacances par an ?

- 6 semaines.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Je m'occupe d'un club de gymnastique pour enfants.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai fait mes études sur Limoges et après j'ai fait un CES de pédiatrie. Je n'ai pas passé mon examen, car j'ai remplacé un pédiatre pendant assez longtemps et l'exercice en ville m'a fortement déplu. J'ai préféré garder mon expérience pédiatrique pour travailler en tant que médecin généraliste. Puis je me suis installée en association avec mon mari en 1986 jusqu'en 2010 jusqu'à ce que la maison de santé existe.

- Quelles étaient les difficultés rencontrées avant d'exercer en maison de santé ?

- Je n'avais pas de secrétaire, je répondais au téléphone. Je faisais toute la partie administrative. Donc c'était quand même assez lourd.

- Quelles ont été vos attentes, les motivations pour exercer dans une maison de santé pluri professionnelle ?

- Les motivations : avoir un secrétariat, quelqu'un qui répond au téléphone, le fait de travailler en groupe, de pouvoir exercer avec d'autres professionnels, de pouvoir échanger avec d'autres professionnels de santé.

- Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé?

- Non, pas un promoteur, c'était le docteur X. On était dans les premiers à l'avoir rejoint pour faire cette maison de santé.

- Quels sont, selon vous, les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé pluri professionnelle ?

- Le fait d'avoir des collègues, de pouvoir échanger. Le fait d'avoir un secrétariat, de pouvoir se débarrasser du téléphone, d'une partie des charges administratives qui sont très lourdes. C'est surtout ça.

Au niveau des patients : déjà, la possibilité, quand moi je ne peux pas les recevoir, qu'il y ait quelqu'un qui puisse les recevoir.

J'avais déjà des internes avant de venir dans une maison de santé, mais qu'ils puissent voir d'autres modes d'exercice, qu'ils puissent consulter seuls. Chez moi, avant, dans l'ancien cabinet, j'avais très peu de possibilités sauf quand mon mari était absent de son cabinet. Avant, je n'avais pas la possibilité de prendre tous les rendez-vous et de perdre mon temps pour chercher quelque qu'un qui pourrait les recevoir rapidement. Maintenant il y a les secrétaires, c'est possible. Pour eux, c'est un avantage.

- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées en travaillant dans cette maison de santé ?

- La principale difficulté, ce sont les rapports humains entre nous qui ne sont pas toujours évidents. C'est ça principalement. Parfois, on n'est pas trop sur la même longueur d'onde, ça peut créer des complications, des personnalités un peu différentes qui parfois peuvent générer des petites tensions. C'est normal quand on est plusieurs.

- Est-ce que le fait de travailler en maison de santé va permettre de pallier à la désertification médicale ?

- Oui, j'en suis persuadée. Le principal truc, nous avant, on n'avait pas de remplaçant. Donc on prenait très peu de vacances : 3 semaines maximum dans l'année, on se faisait remplacer par nos collègues qui étaient installés ailleurs, mais les gens ne voulaient pas toujours y aller. Donc ça c'était un sérieux handicap. Maintenant, à l'âge où j'arrive, ma dernière fille va finir ses études, ça va me permettre de travailler avec un collaborateur, chose que je n'avais jamais réussi même en cherchant dans un cabinet où il n'y avait pas de secrétariat. Et puis surtout, ce mode d'exercice va permettre à la campagne à des femmes d'exercer 2 jours, 2 jours, 2 jours par semaine et de permettre à ces femmes d'aller exercer à la campagne tout en pouvant rentrer chez elles le soir, car les maris ne veulent pas aller à la campagne. Un exercice professionnel en ville, bon. Aller exercer loin à la campagne peut paraître problématique. Mais les maisons de santé avec la possibilité qu'il y ait des gens qui travaillent à temps partiel vont permettre de palier à la désertification médicale.

- Temps partiel sans salariat, temps partiel en libéral ?

- Temps partiel libéral, car je pense qu'il y a des femmes qui ont un mari qui a un mode d'exercice ou qui a une profession, ou elles veulent simplement avoir un exercice à temps partiel pour pouvoir s'occuper de leurs enfants ; permettre que même ces femmes-là puissent exercer à la campagne.

- Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

- Oui, oui. Les raisons quand j'exerçais toute seule, c'était le téléphone car à 6 heures le soir j'étais incapable de faire des consultations supplémentaires. Quand vous faites une consultation et que

vous êtes dérangé : le téléphone sonne 7, 8, 9 fois pendant une consultation. Moi j'avais dit à mon mari : soit la maison médicale se fait, soit j'arrête. En essayant peut être de trouver un exercice salarié.

Et ici parfois, par la sollicitation, car on est de moins en moins nombreux. Cette saison ça va. Mais l'hiver quand on fait 8h le matin, 20h30 le soir non-stop avec à peine une heure pour manger, c'est un peu chaud.

Et puis surtout, la demande des gens qui sont de plus en plus exigeants, qui refusent d'attendre, qui veulent être guéris avant d'être soignés.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ?

- C'est déjà un peu ce qu'on a dit : soulager une partie des tâches administratives, pouvoir déléguer une partie de ses tâches, pouvoir avoir plus facilement un remplaçant que quand vous êtes isolé car vous n'en trouvez pas, ou avoir un collaborateur. Voilà en gros c'est ça. Et puis surtout, pouvoir pour ceux qui sont tout seuls discuter avec les collègues, pouvoir demander l'avis. Nous on le faisait déjà car j'exerçais avec mon mari. Toutes ces choses qui permettent de sentir un peu moins la pression.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte (ra) un travail plus agréable ?

- Oui, ça, c'est sûr.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène (ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- Oui, car quand je fais une consultation sans être dérangée une seule fois par le téléphone, pour moi c'est plus agréable et pour mes patients aussi c'est certain. Il y a des moments où, au bout de 3 à 4 appels téléphoniques, je ne savais plus où j'en étais dans mon examen clinique. L'interrogatoire si, car je n'ai pas une mauvaise mémoire. Mais l'examen, je ne me rappelais plus ce que j'avais fait et je suis sûre qu'il y a des choses que je devais oublier. Alors que là, la consultation est suivie, c'est beaucoup plus confortable pour eux, je suis plus à leur écoute. Eux ils ont plus de temps pour me parler. C'est sûr, l'amélioration est certaine.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend (ra) plus satisfait de votre travail ?

- Oui, oui, ça rejoint ce qui est dit précédemment.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets, en travaillant dans une maison de santé ?

- Peut-être un peu plus de dialogue entre nous, surtout avec les autres professionnels de santé, dans l'intérêt des patients. Hier justement, on a fait une réunion dans cette idée-là, parler un peu de staff, de formation commune. Et puis peut-être un peu plus de prévention, de prise en charge de la prévention, et de l'accueil d'un peu plus d'étudiants dans de bonnes conditions.

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques à faire sur cet entretien ?

- Non.

- Très bien. Je vous remercie.

Annexe 11 : neuvième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 55 ans, marié et j'ai 3 enfants.

- Quel est votre mode d'exercice actuel ?

- Je suis médecin généraliste, en secteur 1, exerçant en maison de santé.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine ?

- Je travaille environ 55 heures par semaine.

- Quel est le nombre de semaines de vacances par an ?

- Je prends 4 semaines de vacances par an.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Non.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai fait mes études sur Limoges. J'ai passé ma thèse en 1986 puis le service militaire. J'ai fait un CES de médecine du sport pendant ma première année d'installation. Je me suis installé avec ma femme en 1986. Nous avons exercé à deux jusqu'en 2010 avant à la maison de santé.

- Avant d'arriver dans la maison de santé, quelles étaient les difficultés rencontrées dans votre exercice antérieur ?

- Il nous fallait absolument un secrétariat, car ça devenait ingérable. On travaillait sur rendez-vous. Mais c'était ingérable le téléphone. Donc il fallait un secrétariat. Et le lieu où on travaillait, le cabinet pouvait difficilement se transformer pour avoir une secrétaire. Et s'il fallait un secrétariat, il fallait mettre aux normes les toilettes, les accès etc. Donc ça devenait compliqué. On en a parlé un peu. Mais il n'y avait pas que l'intérêt du local de la maison de santé, l'intérêt de s'associer avec d'autres, travailler avec d'autres.

- Quel a été le facteur déclenchant, ainsi que les motivations pour exercer dans une maison de santé pluri professionnelle ?

- Accéder un secrétariat, la collaboration inter professionnelle.

- Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé ?

- Non.

- Quels sont, selon vous, les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé pluri professionnel?

- L'avantage du secrétariat, c'est énorme. Ce filtrage qu'on peut avoir pour travailler sans être trop dérangé par le téléphone, c'est vraiment bien. Le fait de savoir qu'il y a d'autres professionnels avec

nous, on a l'impression qu'on peut s'absenter. Je ne l'utilise jamais, mais le fait de le savoir, ça libère l'esprit un petit peu. On a l'impression qu'on n'est pas complètement... On travaille plus qu'avant. On fait plus de consultations que quand on était seul pour le même temps de travail.

- Dans les avantages, vous essayez de me dire que cette collaboration entre médecins vous permet de vous déculpabiliser si vous deviez vous absenter ? Vous ressentez une responsabilité vis-à-vis de vos patients en moins ? C'est bien ça ?

- Oui.

- Voyez-vous d'autres avantages ?

- Oui, oui, le fait d'être tous en réseau, les patients nous le disent, c'est bien.

- Voyez-vous d'autres avantages ?

- Oh non.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en travaillant dans cette maison de santé ?

- Dans l'exercice pur, moi je n'en vois pas.

- Pensez-vous que le fait de travailler en maison de santé va permettre de pallier à la désertification médicale ?

- Oui, par le moyen de ce que j'ai dit auparavant. Le fait de ne pas se sentir seul. Le fait de pouvoir s'autoriser à ... Alors que l'on ne l'utilise pas forcément. C'est un peu l'exemple de la grand-mère qui habite seule à la campagne, si elle n'a pas de voiture, elle va s'ennuyer et si elle a une voiture elle ne va pas s'ennuyer alors qu'elle ne l'utilise pratiquement pas pour faire ses courses.

- Et vis-à-vis de la désertification médicale ?

- Vis-à-vis des maisons de santé, je pense que, s'il y avait des maisons de santé à 30 à 40 km d'une grande ville, ça pourrait être jouable que des médecins y travaillent, quitte à habiter à 10 -15 km pas trop loin de la ville car ce n'est pas la distance qu'on met pour aller à son lieu de travail qui compte, c'est le temps que l'on met. Mais le seul bémol que je mettrais, c'est que les maisons de santé, à mon avis, ça ne peut marcher que si elles préexistent, car on ne peut pas les monter de toutes pièces. Mais pour ça, il faut que ce soit les vieux médecins qui les créent.

- Pourquoi vous voulez que ce soit les vieux médecins qui les créent ?

- Pour que ... je ne sais pas, pourquoi pas. A mon avis, en créer, c'est mieux quand des médecins déjà installés créent ce système. Les maisons de santé qu'on a vu dans le coin, ça nous a un petit peu interpellé quand même... Il y a eu des bâtiments créés. Voilà, c'est ça, on a créé des bâtiments.

- Vous voulez me dire que, pallier à la désertification médicale, ce n'est pas créer des bâtiments ? Mais plutôt créer une structure performante répondant à la demande d'un médecin sur un territoire donné.

- Les jeunes qui veulent en créer une, il faut qu'ils voient avec les médecins qui sont déjà installés. Mais vous savez déjà les médecins... C'est un petit peu... Je ne sais pas... Je trouve que c'est un peu

curieux la manière de réagir, il y a des médecins qui sont prêts à partir à la retraite. Je ne vois pas en quoi ça les gêne qu'il y ait des maisons de santé qui se créent alors qu'ils vont partir en retraite. D'un côté, ils ne sont pas prêts à voir des jeunes arriver sur leur terrain.

- On est confronté aux anciennes croyances, et à l'évolution de l'exercice, de l'exercice seul...

- Je pense que c'est ça qui est peut-être le frein.

- Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable à ce sujet ?

- Non, non, le burnout, non. Pas à ce point-là.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ?

- Le fait de pouvoir dire pour moi, je peux décommander mes rendez-vous, si je ne suis pas là pour telles ou telles raisons. J'hésite moins. Je ne vais pas hésiter à me faire opérer par exemple. Je ne vais pas retarder. Je ne vais pas avoir de scrupules. Je me suis arrêté une fois trois semaines pour un décollement de rétine en pleine période de grippe et je ruminais pour savoir quand je pourrai reprendre. On m'avait dit qu'il fallait que je m'arrête deux mois. Pas question.

Là, je n'aurai pas cette sensation de culpabilité. Qui est peut-être inappropriée. Je pense que si.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte (ra) un travail plus agréable?

- Ben oui.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène (ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- Non.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend (ra) plus satisfait de votre travail ?

- Oui, parce que il y a toute une partie administrative que je délègue et qui est mieux faite. Ou que j'ai peut-être plus le temps de faire. L'infirmière ASALEE qui nous suit les dépistages : des cancers du colon avec les tests hémocult, le suivi des diabétiques, le dépistage des BPCO, les trucs comme ça. Ça nous rend de fiers services. Elle nous fait les ordonnances des Hba1c. Là c'est un peu plus rigoureux, un peu plus suivi. Pour ce genre de choses-là : oui. Grâce à la collaboration interprofessionnelle et grâce à la délégation de tâches.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets, en travaillant dans une maison de santé ?

- On en a discuté un peu hier. Il y a des logiciels qui permettraient à tous les professionnels de travailler en réseau, ça serait plus valable. Les infirmières qui pourraient l'utiliser. Mais ça a l'air de poser un problème un peu important de confidentialité. Mais ça, ça ira avec le dossier médical partagé (DMP), il faut que ça arrive vite. Il ne faut pas poser la question aux patients : est-ce que vous êtes d'accord pour le DMP. Je crois que c'est en Norvège ou euh, je connais quelqu'un qui y habitait depuis quelques années ; quelqu'un qui a été malade à Oslo je crois. Elle a été malade, elle a été chez un médecin et le médecin avait accès à tout. Donc le système de santé n'est pas le même, d'accord mais eux, ils ne se posent pas la question. Nous, si on dit : est-ce que vous êtes d'accord pour ... ? Non, ça ne va pas ça. Je pense que le problème, c'est dans la loi qu'il faut que ça change. Il faut que ce soit comme ça, pour que ça marche bien.

- Ils ont des problèmes différents, les distances ou euh...

- La désertification médicale en Finlande, ça ne vous fait pas rire au mois de février en Finlande...

- (Rires) Oui.

- Ils ne meurent pas plus que chez nous. Bon, bien voilà. Moi, je leur dis aux patients de la maison de santé : est-ce que vous allez faire les courses à l'épicerie de votre village ? Ah non, c'est plus cher...

- Les gens répondent : « Non, je vais chez Leclerc ».

- Et oui, alors si votre médecin est à dix kilomètres de plus, vous ne croyez pas que vous pourriez y aller ? Bon bien voilà quoi !

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques ?

- Non, non sur le fonctionnement, ici, il y a la SCM de la maison de santé et il y a la SCM des médecins. Donc là il faut un gérant, je suis un co-gérant. Mais là, à mon avis, il faut se faire aider. Là on a la chance d'avoir une secrétaire qui fait la comptabilité, qui nous aide.

- Très bien. Je vous remercie.

Annexe 12 : dixième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 30 ans, je vais sur mes trente et un cette année. Je suis marié et j'ai deux enfants.

- Quelle est votre mode d'exercice actuel ?

- Je suis médecin collaborateur en maison de santé avec 4 associés et un autre collaborateur. Je voudrais passer associé dans quelques mois.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine?

- Je travaille 6 demi-journées pleines plus une demi-journée par mois en plus au cabinet, en gros je fais un samedi matin par mois. J'ai des gardes et des astreintes. Je fais deux gardes par mois en maison médicale de garde et une astreinte par mois.

- Ca fait à peu près 50 heures par semaine ?

-Non, 6 demi-journées par semaine, en gros 36 heures de base, plus 6 heures, soit dans les 40 heures, plus l'astreinte. Moins de 50 heures par semaine je pense.

- Le nombre de semaines de vacances que vous prenez par an ?

- 8.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- J'ai un rôle de formation au sein de la maison de santé. J'assure des colloques sur des thèmes divers et variés, des protocoles de soins. Et j'ai une maîtrise de stage pour les externes.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai fait tout mon cursus à Lyon, ma première P1 était en 2001. J'ai fini mon cursus à Lyon en 2010 et après j'ai fait directement des remplacements en maison de santé, dans la maison de santé où je suis actuellement collaborateur.

- Quel a été le facteur déclenchant, ainsi que les motivations pour exercer dans une maison de santé pluri-professionnelle ?

- Mes motivations sont un peu biaisées. Comme j'ai fait tout mon cursus en maison de santé, j'ai rien vu d'autre en tant que professionnel, sauf à travers les collègues. Mais mes attentes vont être un peu biaisées.

Ce que je pourrai réellement dire, c'est que moi, je voulais un travail en commun, en groupe. Je ne voulais pas être seul. Je voulais avoir une qualité d'exercice avec une coordination des différents acteurs médicaux ou paramédicaux, avoir une FMC qui tient la route.

En termes d'objectifs, avant d'aller dans le milieu professionnel, c'était d'avoir quelque chose de polyvalent, ne pas être fixé sur un type de consultation : pouvoir aller de la petite enfance, la gériatrie, en passant par la gynéco et la traumatologie. Avec, en même temps, un côté administratif qui

soit bien géré, un secrétariat qui prend les rendez-vous, pour les appels téléphoniques, avoir un dossier médical informatisé. Avoir un outil informatique et une coordination qui me permet d'avoir une qualité d'exercice et une qualité de soins. A côté, je voulais une qualité de vie extrêmement importante dans ce que j'attendais de mon travail. Je voulais avoir peu de temps de travail entre guillemets, trois jours de travail par semaine, avoir trois jours et demi. Alors ça la maison de santé pouvait me l'offrir, et avoir une permanence de soins correcte pour les patients. Après je voulais avoir pas mal de vacances, ce que me permet d'avoir la maison de santé. Euh, je voulais avoir une bonne ambiance au travail quand je me suis installé. Quoi d'autre ? c'est déjà pas mal... Si, je voulais d'abord être maître de stage. Je voulais continuer la FMC et maintenir le lien avec l'université. C'est pour ça que je suis maître de stage, d'abord avec les externes, puis internes.

- Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé?

- Non.

- Quels sont les professionnels médicaux et para-médicaux constituant votre maison de santé?

- Il y a 6 médecins (4 associés, 2 collaborateurs), plus 1 interne en SASPAS, plus deux externes. En terme médical, c'est ça. En terme administratif : 2 secrétaires, 1 femme de ménage. En terme de paramédical : il y a 2 kinés, 2 infirmiers, deux orthophonistes et demi, une psychologue, une fois par semaine une diététicienne, une fois par semaine une podologue ; il y a le centre PMI qui est attenante, la consultation solidarité qui est attenante et la pharmacie qui est attenante.

- Quels sont les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé ?

- Alors clairement en termes d'avantages, en premier il y a la qualité de vie pour les médecins, avant de parler du cadre professionnel. On va parler du terme particulier, la qualité de vie par la modulation du planning qui est faisable sans avoir une répercussion pour la permanence des soins des patients. Il y a également qualité de vie sur les plages horaires par semaine, sur le nombre de vacances qu'on peut prendre.

Après, du point de vue professionnel, il y en a plusieurs : de bosser à plusieurs ça permet de réfléchir à plusieurs et de ne pas être seul sur les dossiers, d'avoir une bonne dynamique de groupe, de mettre de la joie dans le travail en équipe, d'avoir une dynamique de formation médicale continue bien plus importante que quand on est seul. De budgétiser des moyens pour le secrétariat, les locaux, pour du matériel : ECG, le spiromètre et je ne sais pas quoi encore... Ça permet également de mutualiser les moyens pour le personnel : le secrétariat, la femme de ménage. Et puis d'avoir plus de puissance de répercussion envers les confrères, par exemple, lorsqu'on a un avis à émettre sur une décision thérapeutique ou sur une façon de traiter les patients par exemple, pour un confrère, ou vers un centre hospitalier ou une clinique. Si on fait un courrier signé par toute la maison de santé, ça a beaucoup plus de poids, d'impact que si on le faisait seul, bien entendu.

Et aussi pour la maîtrise de stage, être maître de stage quand on est seul, c'est assez compliqué pour les externes ou les internes. Quand on est à plusieurs, c'est quand même beaucoup plus simple car on peut mettre en commun des locaux, en commun des plannings, les agendas si on n'est pas là. Pour la diversité des façons d'exercer que peuvent entre-apercevoir les étudiants.

- Voyez-vous des avantages pour les patients ?

- Pour les patients, il y a plusieurs avantages. Le premier, c'est en termes de permanence des soins : car actuellement, dans notre maison de santé, tous les cabinets sont ouverts tout le long de la semaine du lundi au samedi, tous les jours de l'année. C'est-à-dire que ça ne ferme jamais, sauf bien sûr les dimanches et les jours fériés. Par contre, les autres jours, avec notre roulement, les cabinets sont toujours ouverts. Et donc les patients auront toujours une porte ouverte avec un dossier médical à jour et partagé, et donc compléter sans perte de chance pour l'accès aux soins comme pour l'accès aux données des soins, avec leur accord bien entendu. Mais, en général, ils sont quand même d'accord pour qu'on partage leurs données.

Il y a également l'aspect qualité des soins. On est bien meilleur en bossant à plusieurs qu'en bossant seul, car on peut réfléchir sur les gros dossiers à plusieurs, on met en commun, on a des regards différents. On a une coordination avec les infirmiers, ce qui permet d'avoir un suivi plus rapproché, avec les kinés. Clairement, du point de vue aussi bien accès aux soins et du point de vue qualité des soins dispensés grâce à la coordination des soins et aux multiples regards sur les patients, les patients sont clairement gagnants.

- Quelles sont les difficultés/inconvénients que vous avez rencontrés en travaillant dans cette maison de santé ?

- J'aurais du mal à vous répondre, par rapport à l'exercice seul. Je n'ai jamais travaillé seul. Je n'ai pas connu la liberté de travailler seul. Bien que j'y vois beaucoup d'inconvénients.

Ah, si dans une maison de santé, il y a un surcoût du au fonctionnement des frais communs, en frais généraux : en temps de secrétariat, en ménage, en investissement qui est supérieur à un cabinet seul. C'est certain. Un surcoût qui engendre le confort. Ne pas répondre aux appels, etc ... Mais un surcoût lié aux locaux et au secrétariat qu'en général, ceux qui sont seuls n'ont pas. Car ils n'ont pas ce service là.

- Est-ce que le fait de travailler en maison de santé va permettre de pallier à la désertification médicale ?

- Oui et doublement oui. Oui, parce que c'est une unité attractive pour les jeunes médecins dont je fais partie. Ça permet de concilier les attentes de la jeune génération : qualité de vie et qualité de travail, groupe et donc dynamisme, dynamisme médical et également paramédical. Avoir une relation horizontale et non verticale : médecin en haut et paramédical en bas, mais horizontale sur toute la ligne. Ça c'est extrêmement attractif.

Oui, parce que ça permet d'être attractif dans les zones un peu désertiques. On peut mutualiser les moyens, centraliser les centres de santé, donc rendre un exercice difficile isolé beaucoup plus attrayant et facile en groupe sur un territoire donné. Après, la maison de santé utilisée avec d'autres modes de rémunération, notamment forfait, est un excellent moyen pour lutter contre la désertification médicale ; dans le sens où, si tout le monde est payé à l'acte dans son coin, il y aura une inflation d'actes, alors que, si on fait du forfait, ça va entraîner les gens à voir les patients le plus optimum possible, c'est-à-dire ne pas répéter les consultations comme on peut l'imaginer parfois dans certaines régions, où on renouvelle les ordonnances tous les mois par exemple. Donc optimiser les prescriptions et un suivi pour suivre le maximum de patients possible de façon synthétique et

efficace, ça permettrait de rémunérer les médecins en nombre de patients suivis plus qu'aux nombres d'actes faits. Les maisons de santé permettent de regrouper les moyens et de simplifier ce suivi là par les nouveaux modes de rémunération.

- On va maintenant aborder une autre partie du questionnaire. Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

-Non, je n'ai jamais été victime du burnout. Sentir vulnérable, on va dire : pourquoi pas. Mon histoire familiale est un peu compliquée ces dernières années. J'ai perdu mes deux parents. Donc je suis devenu orphelin, on va dire ça comme ça. En trois années de temps depuis 2010, j'ai perdu mon père et ma mère, et donc c'est des moments particulièrement difficiles et ce mode d'exercice m'a permis de me protéger clairement, car j'étais très bien au travail, j'avais du plaisir à y aller. Ça me changeait l'esprit ; je n'étais pas submergé par mes patients. L'équipe dynamique m'a permis de rester dans un aspect extrêmement attractif et plaisant et je me suis beaucoup appuyé sur mon travail. Mais pas la version tête dans les dossiers, mais la version équipe et plaisir à consulter vraiment. Oui, je me suis senti fragile à un moment donné, et, clairement, la structure qu'offre la maison de santé en terme de fonctionnement et de travail m'ont permis de ne pas tomber dans le burnout qui était possible avec mes problèmes familiaux récents. Ces problèmes familiaux ont commencé quand j'étais interne en gériatrie, mon père a eu son premier cancer et là où je faisais 6 jours sur 7 avec un samedi sur deux plus les gardes, j'étais beaucoup plus vulnérable à ce moment-là à l'épuisement psychique et donc plus fragile. J'ai tout de suite senti la différence quand je suis passé à l'exercice de médecine générale, même interne en maison de santé. Le rythme n'étant pas le même et clairement il y a eu une très nette différence. Donc je me suis senti vulnérable, oui, à travers ce que je t'ai décrit. La maison de santé est clairement un mode protecteur, et le burnout, et bien non justement.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé ?

- Ben protecteurs, oui, je vous dis : dynamique, dynamique de l'équipe, temps de consultation adapté, vacances pour être posé, des moyens mis en commun permettant un outil informatique, permettant une qualité d'exercice facilitée, avoir un dossier à jour facile à utiliser, pouvoir faire une synthèse médicale, avoir des patients qui sont contents de te voir et qui ne te râlent pas dessus car tu pars en vacances et que tes collègues doivent te suppléer ; voilà tout ça.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte (ra) un travail plus agréable ?

- Oui, mais je ne peux pas trop savoir car je n'ai jamais exercé seul.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous amène (ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- Euh, oui, ça me permet de garder de l'empathie et de ne pas être en sympathie ou en antipathie. En étant plus maître et plus reposé psychiquement, tu gardes la bonne distance pour tes patients clairement. Et pour la meilleure gestion des patients, clairement oui, car étant formé et mieux formé par l'équipe médicale et paramédicale, je peux mieux être à même d'être conforté aux données de la science et de mieux réfléchir en groupe pour la meilleure gestion des patients. D'un point de vue dynamique d'équipe, de formation, de disponibilité d'esprit, et de distance de relation pendant les consultations, je dirais trois fois oui.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend (ra) plus satisfait de votre travail ?

- Oui, je suis extrêmement ravi de bosser en maison de santé car j'ai du temps, ça permet d'avoir une activité de formation qui me valorise, ça me permet de gérer mon planning, d'avoir du temps en semaine et d'avoir des vacances pour en profiter, ça me permet d'être bien au travail quand j'y vais, d'être ravi d'y aller. Voilà.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets, en travaillant dans une maison de santé ?

- Mes perspectives personnelles sont de passer associé, ce qui est prévu. Je vais rentrer dans la SCM et dans la SCI.

Pour améliorer la maison de santé, continuer la formation continue, on va développer la télé-médecine, de la télé-expertise : pas des consultations par l'intermédiaire de logiciels comme « skype », mais plutôt des avis via des mails avec des photos, des résultats d'examen, des résultats de spirométrie, des clichés d'examen, des images de dermatoscope, chose qu'on est en train de développer. Que dire d'autre sur l'évolution ? on est en train de s'équiper d'un spiromètre pour pouvoir élargir notre panel de dépistage. On est en train d'élargir nos champs de prévention et de dépistage, nos compétences, de raccourcir nos délais d'avis et d'avoir des avis plus ciblés grâce à la télé-expertise sur le plan dermato, cardio et néphro.

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques à faire sur cet entretien ?

- On n'a pas beaucoup parlé de la maîtrise de stage. Je pense que c'est un lien qui est indispensable, pour mettre des étudiants au cœur de la maison de santé, parce que ça permet de garder un lien avec l'université, de garder un lien avec la jeune génération qui nous permet d'offrir une dynamique. Ça permet aussi de montrer comment on travaille et donner de l'envie à la jeune génération comme j'ai fait partie. Venir travailler avec nous et donc faire un renouvellement des médecins qui sont globalement dans une tranche d'âge qui, dans les 10 ou 15 ans, vont finir leur exercice et donc trouver du sang neuf dans la maison de santé. Je pense qu'une maison de santé sans maîtrise de stage est une erreur. Placer des étudiants au cœur de la maison de santé ça demande un effort, un regard sur sa pratique, de prendre sur soi, ça permet d'apporter plein de choses positives.

- Je vous remercie.

Annexe 13 : onzième entretien semi-directif

(entretien réalisé par le second étudiant, effectuant sa thèse sur le burnout)

- Pour commencer et entrer dans le sujet, pouvez-vous me brosser votre parcours et votre cursus professionnel ?

- (*eah*) J'ai 49 ans, j'ai commencé mon activité professionnelle en 92 par des remplacements réguliers à S.C., j'étais pas encore thésé et donc j'ai passé ma thèse en 94 et je me suis associé avec les deux médecins qui se trouvaient ici à S.C., donc le docteur B. et le Dr G. qui avaient créé une maison médicale, une maison de groupe, un cabinet de groupe à l'époque hein, avec donc des médecins, des kinés, dentiste, infirmiers, voilà. Et depuis donc je continue dans cette activité de médecine générale un peu classique en milieu semi-rural.

- Donc votre exercice a d'emblée été dans ce cabinet de groupe, selon l'appellation de l'époque, en réalité une maison de santé, vous y êtes toujours à l'heure actuelle, vous n'avez donc pas connu d'autre mode d'exercice ?

- Non, non je n'ai pas connu d'autre mode d'exercice, j'ai fait quelques remplacements à droite et à gauche de façon épisodique mais essentiellement cette activité en libéral est la seule que j'ai connue.

- Est-ce que des choses particulières vous ont attiré vers cet exercice-là ? L'endroit, le mode d'exercice...

- Bon, l'endroit c'était un petit peu le hasard, c'était.., je finissais mon service militaire et je commençais à faire des remplacements dans la région, parce que ma femme étant prof, elle a été mutée dans la région, donc c'est une question de rencontres et d'opportunités qui a fait que je suis resté ici hein. Donc il n'y avait pas de facteur vachement particulier mais une opportunité et les circonstances de la vie. Ensuite, ce qui m'a intéressé effectivement, c'était l'approche, pas originale, ça existait déjà, mais c'était le travail en équipe. Le fait de pas être seul, de pas avoir une activité libérale seul et de pas le faire seul. Ça ça m'a beaucoup intéressé et c'est un des points importants qui a fait que je me suis installé à S.C.

- Du coup vous avez fait des remplacements dans d'autres modes d'exercice j'imagine, y avez-vous rencontré des difficultés ?

- Pas forcément non, je n'ai pas eu beaucoup d'expérience de remplacement. Non c'est uniquement la découverte un petit peu de la médecine comme ça en équipe, ou en tout cas avec d'autres associés, en partageant les moyens, en partageant une certaine manière de travailler hein, mais je n'ai pas rencontré, je n'ai pas pu faire de comparaison. Je n'ai pas eu assez d'expériences professionnelles pour faire des comparaisons en tout cas avec d'autres modes d'exercice.

- D'accord, en tout cas vous, quand vous êtes arrivé, vous n'avez pas été promoteur de cette maison de santé, elle était déjà montée, comment vous vous y êtes intégré à cette maison de santé ?

- Bah assez simplement, c'est-à-dire qu'à l'origine la maison de santé, le projet avait déjà été mis en place, il était prévu pour trois médecins, et il se trouve qu'un des médecins s'est désisté au dernier

moment, et j'arrivais un petit peu là par hasard et j'ai pris sa place. Donc je me suis intégré assez facilement et n'y a pas eu de difficulté particulière, si ce n'est les difficultés du métier, mais pas de difficulté pour m'intégrer, en tout cas avec mes deux collègues de l'époque.

- Donc du coup, que pensez-vous en avoir tiré comme avantage de cet exercice-là par rapport à un autre mode d'exercice ?

- Des avantages au niveau de l'organisation, à l'époque hein, c'est à dire que , mettre des moyens de fonctionnement en commun, ça permet aussi une gestion en commun et on sait que pour les jeunes médecins qui débutent ça peut être une difficulté les problèmes de gestion, d'organisation matérielle de leur activité. Et c'est vrai que là c'est assez confortable de se dire qu'on veut faire une équipe et qu'on partage ses expériences, ses opinions... et ça c'est intéressant. Et ensuite deuxième point, fondamental pour notre métier, c'est intéressant là aussi de partager cette fois ci éventuellement en ce qui concerne des situations cliniques , de pouvoir partager là aussi des expériences , des connaissances, discuter éventuellement de cas et ces deux plans là ; au niveau de l'organisation matérielle, c'est intéressant, et en même temps, sur le plan du métier, à proprement parler, celui du médecin, de pouvoir partager son expérience, et de... d'avoir un appui pour pouvoir prendre des décisions ou en tout cas avoir des avis différents sur des situations cliniques par exemple.

- Donc là ce que vous me décrivez c'est plutôt l'aspect cohésion au sein de votre profession, pensez-vous que ça change quelque chose de cohabiter avec d'autres professionnels de santé ?

- Alors est-ce que ça m'apporte une facilité ? Alors la facilité... est-ce que cette organisation là, c'est-à-dire en cabinet médical... je ne sais pas si ça apporte la facilité d'avoir accès à des professionnels de santé, je ne pense pas qu'y ai de grosse différence même quand on travaille seul, y a pas de changement particulier. Là ça va changer en terme d'organisation, ça va changer ta façon de faire ton métier de médecine primaire mais au niveau de l'accès à nos confrères spécialistes ou à l'hôpital, ça change rien de particulier, ça change pas, qu'on soit seul ou à quatre dans un cabinet.

- Ce que vous me décrivez ici comme avantages pourrait au final être rapporté dans un cabinet de groupe « standard », donc pensez-vous qu'il y a un « plus » à exercer en maison de santé par rapport à l'exercice en groupe simple ?

- Alors ça dépend, ça dépend ce qu'on appelle un cabinet de groupe standard. Je crois qu'il y avait quelque chose de plus il y a une vingtaine d'années, à l'époque où je me suis installé avec mes collègues, c'est qu'il y avait effectivement un regroupement géographique de certains professionnels de santé et un regroupement de moyens (*euh*), d'organisation, mais il y avait en plus, une organisation de notre travail en tant que médecin. C'est-à-dire que d'emblée, à l'époque il n'y avait pas beaucoup de médecins informatisés, nous (*en insistant sur le mot*) étions informatisés, et en même temps, on a mis en commun notre fichier patient. En expliquant aux patients, que même si ils avaient effectivement une attirance particulière pour tel ou tel médecin, une préférence pour tel ou tel médecin, on leur a expliqué que quand même on travaillait en commun et qu'il n'y avait pas de problème si les patients passaient d'un médecin à l'autre, y avait aucun soucis. Donc c'était cet esprit là de travailler ensemble et de travailler, entre guillemets, avec les portes ouvertes entre nous. Donc c'était concret à l'époque, c'est-à-dire que c'était pas seulement des paroles, c'était concret hein, un fichier informatique en commun, ça veut dire quand même quelque chose, ça veut dire qu'il y a une acceptation d'un travail en équipe, en tout cas à un certain niveau, ce qui n'était pas le cas hein

seulement des médecins qui sont groupés dans une structure, les uns à côté des autres, et qui vont travailler les uns à côté des autres et pas les uns avec (*en insistant sur le mot*) les autres. Nous du coup y avait ça quand même. Et ça impliquait, en ouvrant les portes et en expliquant aux patients que y avait pas un attachement, en tout cas ce n'était pas quelque chose d'important, même pour nous, si un patient voyait un des médecins indifféremment.

- Vous insistiez tout à l'heure sur la mutualisation des moyens, sur le regroupement géographique, pensez-vous que de cette façon les maisons de santé peuvent pallier à la désertification médicale ?

- Alors (*eah*), oui c'est une solution, c'est une solution. Je pense que le problème de la désertification médicale pose beaucoup de questions et je pense que pour y répondre il faut poser les bonnes questions, ce qui est logique d'ailleurs ! (*rires*) Parfois on se pose des questions pour résoudre des problèmes et on ne se pose pas les bonnes questions. Alors c'est sans doute un des éléments. Je pense que c'est un problème beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. C'est évident que quand on est jeune médecin et quand on sort de l'hôpital, on a des habitudes, on a des manières de travailler qui sont pas les mêmes que celles d'un médecin travaillant tout seul dans son coin faisant de la médecine primaire. Donc y a un gouffre, entre la médecine hospitalière et la médecine primaire telle qu'on l'a connue, telle qu'on la connaît encore un petit peu, mais qui tend à disparaître. Y a un gouffre. Et je pense que ce gouffre là ne peut être comblé que si on change la médecine générale. Alors un des moyens pour essayer d'attirer les jeunes médecins pour pallier à la désertification c'est effectivement de faire des regroupements. Alors déjà, le fait de travailler en équipe, je pense que c'est très important, c'est fondamental en tant que médecin, c'est une profession particulière, hautement spécialisée et qui nécessite effectivement que quand on prend des décisions effectivement on puisse s'appuyer sur des examens complémentaires mais aussi des avis différents, dans toutes les spécialités médicales on voit de plus en plus se développer cette manière de fonctionner. Par exemple en cancérologie depuis très très longtemps avec les réunions de concertation pluridisciplinaires, mais on les retrouve dans toutes les spécialités, et je vois pas pourquoi, bien sur, on ne devrait pas le faire en médecine générale pour prendre des décisions. Donc ça c'est un des points principaux du regroupement en maison médicale. Mais je ne pense pas que ça suffise pour inverser éventuellement, pas la courbe, mais pour essayer de régler le problème démographique. Y a bien d'autres problèmes, y a le problème de l'organisation, y a le problème de la formation médicale continue, qui de mon point de vue est pratiquement inexistante et là aussi c'est fondamental quand t'es médecin de te former toute ta vie, tout le temps de ta vie professionnelle hein et là manifestement, on a une formation médicale qui est on va dire optionnelle et qui est sous-traitée. Or la formation médicale continue elle doit être pratiquée par les meilleurs dans leur domaine, c'est-à-dire par nos confrères spécialistes. Donc quand on va chercher des informations, sur le plan fondamental en milieu médical, il faut que ce soient nos collègues spécialistes qui nous donnent cette information et non pas par des méthodes détournées. Voilà, donc y a beaucoup de problèmes... donc formation médicale continue, une véritable formation médicale continue...

- Concrètement vous verriez les choses évoluer comment, que ce soit pour les RCP dont vous me parliez avant, ou pour cette formation médicale continue ?

- Bah déjà, le fait de travailler en équipe, d'avoir des cabinets médicaux qui ont une masse critique, c'est-à-dire un certain nombre de médecins à l'intérieur pour qu'on puisse éventuellement organiser aussi notre profession différemment. Pour l'organiser différemment il faut pouvoir se répartir des

tâches, pour avoir une activité variée, comme on pourrait l'avoir à l'hôpital... répartir aussi le temps de travail, avoir une activité un petit peu plus riche et un peu plus variée, ça on ne peut pas le faire à deux-trois médecins, c'est illusoire. Qu'est-ce qu'y a d'autre, donc la formation médicale continue, le regroupement, et puis sans doute, alors ça c'est un petit peu plus personnel mais je pense que beaucoup d'autres médecins y pensent, donc amener une autre forme d'organisation au niveau du cabinet médical, de ces structures là et amener d'autres formes de rémunération. Justement pour organiser notre travail. Un des problèmes essentiel de la médecine général c'est qu'on a un petit peu des difficultés à organiser notre travail. Comme il y a une pénurie de médecins et qu'y a une demande importante, on a tendance à multiplier les actes, à parfois un petit peu bâcler notre travail, ce qui entraîne quand on bâcle notre travail et qu'on va très vite, on a tendance à beaucoup prescrire et à beaucoup déléguer. Beaucoup prescrire parce que c'est peut être une manière de nous rassurer, c'est une manière de remplacer par la prescription le temps passé à expliquer les choses au patient ou à l'écouter et à déléguer, bah on a tendance quand on a pas le temps, à déléguer à nos confrères spécialistes beaucoup de choses qui pourraient éventuellement être prises en charge par nous si on avait plus de temps. Donc il faut certainement amener d'autres formes de rémunération, qui ne soient pas liées à l'acte, voilà.

- Y a-t-il des choses au contraire que vous trouvez difficile, des inconvénients, des difficultés, dans votre exercice au sein de la maison de santé ?

- Alors, bah ce que je disais hein, c'est pas forcément évident quand on travaille en équipe, il faut savoir faire des concessions quoi hein, donc il faut apprendre à travailler en équipe et puis ensuite effectivement, dans un premier temps on se dit peut être que ça va faciliter un peu les choses, ça peut nous aider un peu au début effectivement au niveau de l'organisation, au niveau du partage des responsabilités en terme d'organisation, en terme d'employer des salariés, tout ce qui concerne les contraintes administratives (*eah*) mais souvent on se rend compte, on se rend compte avec l'expérience, que plus la structure elle grandit, plus les contraintes administratives deviennent pesantes et plus elles prennent de place effectivement dans notre activité de tous les jours. Donc y a des avantages et il y a ces inconvénients là qui entrent en ligne de compte hein, voilà, et c'est pareil, plus on est nombreux, plus effectivement là encore, il faut essayer de faire des concessions ou d'avoir une activité, une organisation rigoureuse en terme de partage des tâches, en terme de partage dans tous les domaines hein et on voit qu'il peut y avoir des limites à ça. Donc il faut beaucoup de bonne volonté et il faut établir des règles bien précises et parfois ça devient trop compliqué si on ne fait pas trop de concessions pour travailler dans ce sens là. Alors c'est pour ça, c'est une solution, mais ce n'est pas la solution idéale pour être débarrassé des contraintes qui n'intéressent pas en général les médecins. On aimerait être libérés de certaines tâches administratives ou de certaines contraintes et malheureusement ce n'est pas le cas hein. Donc ça contribue à peser, en plus de la responsabilité inhérente à notre profession, bah y a d'autres contraintes qui viennent s'additionner et qui ne sont pas forcément faciles à gérer hein. Donc voilà.

- Pour rebondir sur ces contraintes-là. Est-ce qu'elles vous ont déjà amené jusqu'à un état de burnout ou du moins est-ce que vous vous êtes déjà sentis vulnérable, même à l'heure actuelle, et si oui Les raisons d'avoir été victime du burnout pour quelles raisons en particulier ?

- (*eah*) Avant de dire est-ce que j'ai déjà eu ou est-ce que je me sens parfois en burnout ou à la limite de l'être, alors qu'est-ce qu'il y a comme contraintes...alors y a pas seulement comme je t'ai dit les

limites et les contraintes liées à notre travail, mais en profondeur, l'évolution un petit peu de notre société et l'évolution un petit peu des demandes de nos patients, qui a beaucoup changé, qui est très... naturellement qui est de plus en plus sensible à tous les moyens de communications et à toutes les informations qui leur arrivent de tous les côtés hein, et on sent qu'il y a une évolution de la mentalité du patient, qui exige de la part du médecin beaucoup plus de contraintes, en particulier en terme de, en terme de résultat, ce qui est absurde bien sûr dans notre métier. On a une obligation de moyens, mais on a pas une obligation de résultat ; néanmoins on a cette obligation de moyens (*eah*) on sent effectivement qu'on a une plus grande pression de la société et que naturellement il faut être attentif à ça et ça contraint encore plus, ça crée une pression plus importante, on sent qu'on a des contraintes en terme de moyens, qui doivent être mis en œuvre d'une manière plus importante qu'il y a 10 ans ou 20 ans, et donc ça crée encore un poids supplémentaire en terme de stress. Alors burnout, je...je ne pense pas que je sois arrivé à cette extrémité là, par contre qu'on vive d'une manière générale avec un état de tension, de stress quasi permanent, oui c'est une réalité... c'est une réalité (*eah*) de notre métier. Alors comment faire pour éviter ça ? Ça dépend de nos tempéraments, de nos personnalités, mais (*eah*) tous les problèmes inhérents à notre profession contribuent à cet état de stress quasi permanent. Et je me pose la question de savoir pourquoi autant de jeunes médecins, je pense qu'ils sont assez conscient des problématiques, je suppose, qui font qu'ils sont beaucoup plus attirés par la médecine salariée, par la médecine institutionnelle, que par la médecine primaire, la médecine générale, la médecine libérale. Ça c'est une réalité, c'est une réalité sociologique et c'est là-dessus qu'il faut se questionner. Il faut se questionner : pour quelles raisons nos jeunes collègues sont attirés par la médecine institutionnelle de plus en plus ? Et sans doute une des raisons essentielles c'est sans doute pour avoir moins de contraintes administratives et se consacrer complètement, peut-être, d'une certaine manière, à leur métier. Et ne pas se disperser en activités autres que les activités médicales pures. Ça c'est un des avantages de l'hôpital, ou en tout cas de l'activité institutionnelle, c'est que effectivement on délègue (*en insistant sur le mot*) la gestion de l'organisation à autrui et quand t'es salarié t'as juste à t'occuper de recevoir ton salaire tous les mois et tu n'as pas d'autres contraintes administratives autres que l'organisation au fond de ton métier et ce qui concerne purement la médecine. Voilà. J pense que c'est une des raisons du stress chez les médecins, y a d'autres raisons hein, je t'ai dit c'est un petit peu la gestion du temps, qui est extrêmement difficile, qui est pratiquement impossible et qui est comme une sorte de chape permanent, toute la journée, où t'as l'impression de pas pouvoir respirer. Là pareil en médecine institutionnelle je pense que t'as le temps de te poser, de réfléchir, de se concerter, d'analyser... ce qui n'est pas le cas dans notre métier. Et ensuite y a aussi une autre raison qui contribue au stress c'est la frustration. La frustration justement, encore une fois, qui est le corolaire de ce que je viens de dire, le manque de temps, et bon on a un métier passionnant, d'enquête... d'enquête et de décision notre métier et quand t'as pas le temps de mener l'enquête jusqu'au bout, de la déléguer à un spécialiste, bah t'es frustré ; t'es frustré, alors que dans le fond c'est quelque chose de passionnant, et bah voilà. Donc ça aussi c'est un élément de stress. Donc y a plusieurs éléments de stress en fait. Voilà, qui sont l'organisation, la gestion du temps, les problèmes de... donc tout ça contribue et je comprends que parfois certains collègues pètent un câble, pètent un câble et... aillent pas bien quoi.

- Et pour relier tout ça aux maisons de santé, vous avez l'impression qu'il y a des éléments dans votre exercice qui vous protègent de tous ces facteurs là ou au contraire qui...

- Il y a probablement... oui, oui, c'est comme je t'expliquais, c'est-à-dire que le fait de travailler en commun, ça permet de partager ... de partager... et je pense que quand tu es tout seul ça doit être

encore pire. Je pense que quand t'as la pression du travail, le manque de temps, des horaires extrêmement importants, etc. et que t'es tout seul, j'pense que là y a plus de probabilité effectivement de décompenser cet état de stress latent, voilà. Encore une fois ça règle pas tout les maisons médicales, je pense que c'est une étape, nécessaire vers une mutation de la médecine générale, qui va se produire hein... mais ça c'est un autre problème hein, c'est pas le problème du... je pense qu'il faut que la médecine générale se transforme, pour justement attirer à nouveau les jeunes médecins, et pour ça il faut prendre en compte un p'tit peu les aspirations des jeunes médecins, c'est-à-dire les considérer comme ils sont, c'est-à-dire des spécialistes de médecine générale, qui demandent maintenant sans doute plus de moyens, pour pratiquer leur art, que ceux que nous avons jusqu'à maintenant hein. Donc des moyens humains, des moyens d'organisation, la possibilité d'avoir une activité un peu plus variée, la possibilité même d'avoir, même si c'est une activité de médecine primaire et c'est fondamental, la médecine primaire, on ne peut pas avoir de médecine si on n'a pas de médecine primaire, mais avoir un pied, ou en tout cas avoir une relation encore plus étroite avec nos confrères spécialistes que celle que nous avons actuellement. Donc on peut imaginer des maisons médicales qui soient un petit peu le prolongement des hôpitaux, en terme de première ligne, avec la possibilité peut être un jour de statut particulier pour les médecins, à l'image des statuts des médecins hospitaliers, avec la possibilité de passerelles professionnelles entre ces structures de médecine primaire et l'hôpital, la possibilité d'activités hybrides, c'est-à-dire en partie en médecine primaire et en partie au sein de l'hôpital... je pense que c'est vers ça qu'il faut aller au niveau de la médecine générale et puis d'organiser différemment, de pouvoir organiser des campagnes de prévention sur le plan local, sur le plan général, des campagnes de vaccination, organiser, ce qu'on commence à faire ici à S.C. de l'éducation thérapeutique, voilà, et pouvoir jongler autour de tout ça, c'est ça la médecine primaire du futur, à mon avis c'est celle-là. C'est une médecine à la fois beaucoup plus intégrée au système de santé, aux structures institutionnelles, mais en gardant toujours à l'esprit cette idée fondamentale, décentralisée, c'est-à-dire au contact de la population, que nos confrères en milieu hospitalier, mais c'est normal hein, n'ont pas. Voilà.

- Dans un sens, pour vous, exercer en maison de santé permet d'avoir un travail plus agréable ?

- Pour exercer notre art, il faut un temps de réflexion. Quand on est médecin, le processus il est toujours le même, que tu sois à l'hôpital ou en médecine primaire, c'est l'observation et ensuite la décision diagnostique ou thérapeutique, c'est-à-dire la conduite à tenir. Mais pour ça il faut du temps. Alors le temps il est variable d'un patient à l'autre. Alors autant pour certains cas ça va se passer rapidement, autant pour d'autres il va falloir un peu plus de temps et je crois que le bien-être il passe par là. C'est-à-dire le fait de pouvoir exercer ton art avec bonheur, avec plaisir, en te disant que t'es pas frustré ou comme ça, c'est de pouvoir travailler sans la contrainte... sans la contrainte, en tout cas, en partie, de la rémunération à l'acte, qui à mon avis est au cœur sans doute de la problématique. Autant les médecins libéraux ont l'impression d'être libres entre guillemets parce qu'ils sont rémunérés à l'acte et qu'ils peuvent travailler un petit peu en fonction, autant je pense que c'est un piège et à mon avis le cœur même du stress et des situations de décompensations, sont liées justement à cette vision un petit peu erronée sans doute de la liberté. Donc c'est là-dessus (*en tapant du bout du stylo sur la table*) qu'il faut agir, qu'il faut agir pour changer un petit peu les choses et éviter qu'on soit attiré par la cigarette, l'alcool et la dépression et le suicide. Non mais ça c'est les cas extrême du burnout.

- Et tout ça, pensez-vous que ça vous rend plus proche de vos patients ?

- Non, ça ne change rien. Je pense que ça change rien du tout, que tu sois seul ou comme ça dans cette activité, je pense que... comme je t'expliquais le processus pour nous c'est toujours le même : observation, décision et tout ça entouré de la relation médecin-patient. Et la relation médecin-patient, c'est particulier, c'est quelque chose en plus, que tu construis, individuellement, avec un patient, dans le cadre de ton métier, mais bon je ne pense pas que ça puisse avoir, comment dire... de relation avec l'organisation extérieure de ton travail, c'est de l'ordre de la relation médecin-patient ça.

- Et globalement cela vous rend-il plus satisfait de votre travail d'être en maison de santé ?

- Sans doute que je serais moins satisfait si je travaillais seul. Est-ce que finalement je trouve ça positif ? Oui, globalement oui, positif, mais si ce n'est pas encore l'idéal, on est toujours à la recherche d'un idéal, mais j pense que oui c'est beaucoup plus satisfaisant que si j'avais travaillé seul.

- On a déjà parlé de pas mal de choses, de votre idée du changement de la médecine générale au sens large, on va donc partir plus sur le plan local, il y a actuellement un projet d'extension de votre maison de santé, comment voyez-vous les choses évoluer localement de votre côté ?

- Encore une fois, ce qui se passe actuellement, notre maison médicale a évolué en pôle de santé avec un contrat un peu particulier avec l'Agence Régionale de Santé, donc ça va dans le bon sens hein, c'est-à-dire de pouvoir regrouper et de pouvoir encore intégrer notre activité avec d'autres professionnels, donc ça va dans le bon sens, mais ça pose (*euuh*) dans l'idéal c'est très très bien, sur le plan fondamental encore une fois, vers cette médecine un petit peu différente, avec une approche différente un petit peu, que simplement des consultations avec en perspective d'autres activités rattachées à cette activité classique du médecin généraliste, mais il n'en demeure pas moins qu'il reste encore des problèmes en terme d'organisation, d'organisation, qui sont pas réglés et tant qu'ils seront pas réglés ces problèmes d'organisation, de gestion de ces structures, bah je pense que ça pourra... ça contribuera pas à attirer nos jeunes collègues par rapport à ce qu'on leur propose ailleurs. Des contraintes administratives... c'est-à-dire que... comment dire... les problèmes de déserts médicaux à mon avis c'est plus un problème de désertification du métier plus qu'un problème de désert médical, de désaffection médicale pardon, de désaffection plutôt. A mon avis le problème il est lié au fait, c'est un problème d'offre et de demande hein, c'est-à-dire que si on propose d'autres types d'activités aux jeunes médecins généralistes, bah ils ont le choix et pour le moment je pense qu'il y a une tendance, mais je ne sais pas ça va peut-être s'inverser, une tendance à choisir un autre mode d'activité. Quand je regarde sur internet la quantité, le nombre d'offres d'emploi pour les médecins généralistes c'est colossal, en ce qui concerne des offres d'emploi en institution, que ce soit dans les hôpitaux, que ce soit dans les EHPAD, dans les dans plusieurs domaines. Et il faut se poser les questions, encore une fois les bonnes questions, pourquoi ils ont tendance plus à choisir la médecine institutionnelle que la médecine libérale. C'est pour ça qu'il faut essayer d'amener ces structures et pôles de santé à des formes d'organisation qui se rapprochent des formes d'organisation qu'on rencontre dans la médecine institutionnelle, pour attirer nos jeunes collègues. Voilà. Donc c'est une approche qui est intéressante, qui va dans le bon sens, mais c'est simplement une étape, à mon avis le problème ne sera pas réglé pour autant, pour toutes les raisons que je t'ai expliqué avant d'une façon un peu fouillis, c'est à dire les problèmes d'organisation, les moyens donnés aux médecins pour pratiquer leur art, obligation de moyens. Et cette obligation de moyens là,

bah on l'a qu'en médecine institutionnelle. Et en médecine institutionnelle on délègue la gestion à un tiers et on se consacre uniquement à son métier. Donc voilà.

- Je rebondis sur ce contrat avec l'ARS. Vous le voyez uniquement comme un avantage vous, ou comme d'autres médecins, vous avez l'impression d'y perdre en indépendance ?

- Bon, objectivement, là encore je te dis, je crois qu'il y a une vision erronée ou un peu faussée de notre liberté hein. C'est-à-dire que nous sommes des médecins conventionnés secteur 1, et par définition on a un contrat avec l'Etat. C'est ça la définition de médecin conventionné, tu as un contrat avec l'Etat. Ça ne fait qu'entériner une situation et donc une des raisons pour lesquelles, puisqu'on a un contrat avec l'Etat, autant aller jusqu'au bout du contrat. Et non pas avoir sans doute une vision ou un regard hypocrite, ou une image hypocrite des choses. C'est une situation qui est celle-là, que moi personnellement je ne trouve pas anormale, et (*euuh*) je trouve tout à fait normal de rendre des comptes quand tu as un contrat avec l'Etat... quand tu as un contrat par définition tu as des contraintes. Mais voilà, je pense que la médecine libérale, elle a juste le nom de libérale hein, en tout cas pour ce qui concerne les médecins conventionnés du secteur 1, c'est clair. Tout ça c'est fondamental hein. Si tu prends par exemple les médecins de Camille Guérin, t'en as la moitié de médecins généralistes, à mon avis, à mon avis. Donc ça pose une question. Mais c'est très bien, que l'hôpital soit ouvert à des médecins généralistes c'est extraordinaire, c'est tout à fait justifié. Y a 20 ans ce n'était pas comme ça hein. Y a 20 ans c'était, t'as ta thèse, tu dégages. Donc moi si j'ai... alors tu vas me dire, mais pourquoi toi t'as choisis médecine, pourquoi tu t'es pas barré... parce qu'à l'époque moi je voulais faire de la médecine clinique hein et je n'avais pas envie de faire de la médecine scolaire ou des conneries comme ça quoi et y avait que ça, pour le reste c'était que des spécialités hein. C'était à l'époque où ils avaient réformés l'Internat, au début des années 80, et t'avais les Internes et t'avais la médecine générale, les Résidents on appelait ça à l'époque, donc si tu voulais la moindre petite spécialité, que ce soit gériatrie ou tout ce que tu veux, c'était Interne, Internat, pour le reste tu dégageais, et entre temps bah ça s'est ouvert quoi ! Et c'est ce que je te disais, quand tu regardes en gériatrie, en médecine interne, en soins de suite, les urgentistes, c'est tous des généralistes hein. Voilà (*chuchoté*). Pourquoi tu veux aller ailleurs puisque t'as des moyens, c'est organisé, t'as des congés payés, t'as les moyens concrets de pouvoir faire ton boulot jusqu'au bout... qu'est-ce que tu veux aller foutre en médecine... alors évidemment t'as pas le même côté, non, ce n'est pas le même boulot, mais attends, moi je défends la médecine primaire, tu vois ce que je veux dire ? Les jeunes se barrent vers la médecine institutionnelle, moi mon idée, c'est d'avoir une médecine primaire avec ces avantages tu vois, pour pouvoir dire aux jeunes « ah bah c'est bon vous pouvez venir », enfin tu vois c'est ma conception. La médecine primaire on peut pas s'en passer et il faut que ce soit en contact avec la population, OK, c'est sans doute l'organisation de cette médecine primaire qui fait que ça pose problème et que les gens (*siffle*) hop se barrent, donc c'est sans doute là qu'il faut aller chercher, à l'hôpital, et demander « pourquoi vous voulez aller là, à l'hôpital ? ». Pourquoi y en a plein qui disent « ouai j'aimerais bien mais j'aimerais faire ça et éventuellement avoir un mi-temps à l'hôpital et des trucs comme ça... », donc y en a plein qui veulent des trucs comme ça, d'où l'idée de l'activité hybride comme je te disais, tu rigole c'est génial ça, c'est génial, donc l'idée c'est d'amener des formes d'organisation pour attirer les jeunes. Qu'est-ce que j'avais dit... les contraintes un petit peu matérielles, quand on s'installe comme ça, t'as l'impression d'avoir un contrat et un petit peu la corde au cou quoi et ça aussi je pense que vous la nouvelle génération vous voulez plus ça quoi, parce que vous voulez avoir la possibilité de bouger. Nous tu sais, bouger, c'est peut être une impression, bête et méchante, mais quand tu as des salariés, que tu as un contrat

juridique, c'est parfois plus difficile. Et tu te dis il faut que je m'en aille, il faut que je sois remplacé naturellement, parce qu'il ne faut pas licencier, on ne peut pas licencier comme ça, etc. ... et il y a autre chose dans le stress, ça j'en ai pas parlé, c'est les problèmes en cas de maladie, d'invalidité, ou d'accident. Et ça c'est un gros problème hein, même si on a des revenus importants, du jour au lendemain, t'es pas mort, mais ça devient tout de suite plus difficile, même quand tu as des assurances. La perte d'activité brutale, qu'on a en tête tous, à partir d'un certain âge, pas quand on est gamin, mais quand on commence à être un vieux con, bah on a ça en tête. Toi en attendant t'as les charges qui tombent, quand t'es salarié, que t'es malade, bah t'es en arrêt maladie... et encore une fois moi j'en veux pas aux jeunes, je pense qu'ils ont raison, j'pense qu'ils ont raison, et y a une mutation qui est nécessaire en médecine générale, mais elle est en marche parce que sociologiquement y a quelque chose qui se crée, c'est-à-dire des offres à l'hôpital et vous qui voulez plus travailler comme nous on travaillait, c'est-à-dire à vue, un peu au pif... la médecine empirique c'est bien, mais de moins en moins. Maintenant on a des protocoles, on a des trucs, il faut que ça soit un peu plus carré. Une des différences de la médecine primaire avec la médecine hospitalière c'est la gestion de l'incertitude, qui est bien particulière à notre métier, y a aussi une incertitude en milieu hospitalier, mais tu la gère différemment. Et cette gestion de l'incertitude, j'ai l'impression que la manière dont vous êtes formée, elle est plus difficile à accepter pour vous et c'est tout à fait normal. C'est-à-dire que vous voulez quand même quelque chose de plus consistant, vous voulez rentrer dans des protocoles pour traiter cette gestion de l'incertitude différemment. Et nous, depuis ... la médecine primaire c'était ça, gérer de façon empirique, et c'est moins bien accepté par les jeunes et c'est moins accepté par les patients, ils ont besoin de plus d'examens, de plus de trucs... c'est pour ça qu'on ne peut plus continuer comme ça et pour toutes ces raisons. Voilà.

Annexe 14 : douzième entretien semi-directif

(entretien réalisé par le second étudiant, effectuant sa thèse sur le burnout)

(Cet entretien a été exploité dans sa totalité lors de la réalisation de l'arbre thématique de cette thèse et pour pouvoir obtenir la saturation des données.

Avant la publication de cette thèse, cet entretien présentant certaines grossièretés et propos acerbes, il a été expurgé à la demande du directeur de thèse et avec mon accord.)

- Alors je crois qu'on va commencer par le début. Je me suis installé en 1978 tout seul. J'ai vécu l'enfer pendant 7 ans tout seul. Dans une époque où les médecins étaient là 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, d'accord ? Donc de là ça commençait à faire une certaine surchauffe. Les deux dernières années j'ai un très très mauvais souvenir (*euh*) très mauvais souvenir, c'est-à-dire tout était difficile, tout était pesant, même la famille était pesante, la femme, enfin tout ça j'aurais tout foutu à la poubelle. Donc ça c'était une forme de quelque chose qui n'allait pas.

- Et vous étiez en cabinet tout seul à ce moment-là ?

- Et j'étais en cabinet tout seul à ce moment-là, sur la place de S. là où est maintenant le syndicat d'initiative. Je me suis associé (*euh*) donc 7 ans plus tard, ça devait être en 1985, d'ailleurs c'est ma femme qui avait pris la décision, j'avais un remplaçant de temps en temps, et qui avait pris la décision de lui en parler. En disant maintenant ça commence à bien faire, t'es infecte, t'es imbuvable : tu t'associes, etc. ... Donc je me suis associé, on avait un bureau pour deux, et de là est parti l'idée que ce qu'on allait faire c'était quelque chose de fusionnel un petit peu, on allait s'obliger. Il s'installait avec l'idée de travailler tous les jours, normalement, d'emmagasiner des actes, puisque les actes c'est des sous, que le patient est directement un portefeuille pour nous. Et donc là j'ai commencé par lui dire « non, tu ne travailleras pas le mercredi, moi je ne travaille pas le jeudi » et ça c'est une cause de rupture de contrat, c'est-à-dire que si jamais j'te vois travailler le jour, ton jour de congés, on pète le truc, on l'explose, moi je me barre, enfin on s'associe plus. Donc c'était la règle du jeu parce que c'était un moyen d'obliger l'autre à venir sur la clientèle, à se séparer nos clientèles, à donner la clientèle à l'autre. C'est-à-dire on donne, c'est-à-dire qu'on ne s'approprie pas, si on se donne c'est qu'on ne s'approprie pas. A partir de là, on faisait nos gardes alternativement, chacun un soir. Donc on avait les jours pairs, les jours impairs, on avait un système qui était le plus égalitaire possible, y avait pas de partage d'honoraires et (*euh*) bah ça fonctionnait pas mal, on partageait, on avait créé une petite SCM de fait entre nous, on mettait les sous dans le pot commun et on payait les factures en commun là-dessus. De là, (*euh*) comme on avait un bureau commun, c'était la nécessité de respecter l'autre. Et ça, ça s'est mis dans nos gènes petit à petit. Chacun venant dans le bureau de l'autre, le bureau était toujours chaud, chaud de celui qui y était passé mais il était sale aussi de celui qui y était passé donc on avait pris l'habitude, que quand on partait bah on nettoyait pour le suivant. Et puis sur le bureau y avait pas les photos de nos femmes, ou de nos maîtresses, ou de nos enfants, on avait décidé que nos bureaux étaient neutres. On avait une décoration commune mais une personnalisation neutre. Pour ne pas venir empiéter ou imposer des choses à l'autre, sa femme, sa maîtresse ou ses enfants. Et ça moi je crois que c'est fondamental parce qu'à partir de là tu crées une mentalité. Après quelques années avec F.G. on a décidé, on s'est dit, d'abord on a mis un système informatique en place, on est informatisé depuis 1997 je crois, euh pardon 87 pas 97 ! C'est-à-dire

que là aussi on a décidé de mettre en commun, rigoureusement en commun notre travail, nos traitements, nos réflexions et nos patients. Et puis on s'est dit qu'il fallait qu'on fasse autre chose, quelque chose de plus sympa, on était à l'étroit, et nous sommes allés demander aux infirmiers, aux kinés et aux dentistes de s'associer pour créer une maison médicale et on avait même demandé à un ambulancier ! On a fait pas mal de réunions. La dentiste (*rire*) était un petit réticente dès le début et elle l'est toujours, mais on ne va pas dissenter là-dessus... c'est une grande histoire d'amour depuis 30 ans ! Mais n'empêche qu'on l'a sortie d'un premier étage d'un sommet d'une école primaire, ce qui était ingérable pour elle. Donc on s'est mis tous ensemble et de là on a créé une SCI, une SCI qui a acheté le terrain, qui a acheté le bâtiment, cette SCI a ensuite été gérée par une SCM dans laquelle chacun prenait les parts qu'il avait envie, mais on avait décidé dès le départ d'avoir un mode logique, c'est-à-dire qu'on a pris des parts de SCM qui correspondaient à nos surfaces utilisées, donc les dentistes avaient 27 ou 28% parce qu'elle avait, elle a, la plus grande surface, on avait..., on avait une plus grande surface encore mais on se la partageait en deux avec F.G. donc on devait avoir 21% à tous les deux, c'est-à-dire 42% et puis les infirmiers et les kinés se partageaient... ça fait une espèce de croix, en gros c'était un tiers / un tiers et puis les infirmiers prenaient ce tiers de SCI divisé par deux avec le kiné.

- En quelle année c'était ce montage de maison médicale ?

- Ca devait être en... le cabinet s'est ouvert en décembre 1991, donc en gros l'exercice a débuté au 1^{er} janvier 1992.

- D'où venait cette idée de maison de santé, de votre réflexion personnelle ou d'autre chose ?

- C'est venu de notre réflexion avec F.G. La réflexion avec F.G. et la construction. Parce qu'alors la construction de ce « b... », parce que c'était quand même le « b... », c'était comment ça fonctionne ? Parce qu'on n'avait aucune idée de la manière dont on allait faire fonctionner. Bon la gestion des surfaces ça allait parce qu'on pouvait faire « j'utilise tant, je paye pour tant », en fait on payait quoi ? On payait les crédits, la SCI avait une somme à donner par mois et cette somme par mois était répartie, je prends 20% de cette somme et je deviens propriétaire au bout de 15 ans, je crois qu'on avait fait un crédit de 15 ans. (*eah*) par contre, comment est-ce qu'on gère les parties communes ? Comment on gère un hall ? Comment on gère l'eau, comment on gère... bon en fait on a des sous-compteurs, l'EDF n'a qu'une seule connaissance c'est l'arrivée. On a fait mettre un compteur là, et on a fait mettre des sous-compteurs pour chacune des sous-parties, c'est-à-dire infirmiers, kiné et médecins. Et cette somme de départ qui est demandée par EDF, qui n'a qu'un seul interlocuteur, la SCM, chacun des membres de la SCM va payer son sous-compteur. Bon c'est simple, pour l'eau c'est pareil, y a des sous-compteurs de la même manière. Alors après le gros problème c'était comment gérer le personnel ? Parce qu'à cette époque là on y gagnait tous. Parce que payer individuellement une secrétaire ça coûte la peau des fesses. Donc on ne pouvait pas. Par contre en étant à plusieurs, on mutualisait et on faisait double-emploi, etc. donc c'était intéressant. On a essayé de le faire avec la dentiste, ça n'a pas marché au bout de quatre-cinq ans, c'était la galère permanente, elle nous piquait nos secrétaires tout le temps pour faire nettoyer ses instruments, son truc et son « b... », en fait elle ne payait pas beaucoup et elle avait beaucoup d'avantages. Donc nous nous sommes séparés, la gestion de la dentiste étant complètement à part, avec son secrétariat, il faut savoir aussi que les revenus des dentistes sont complètement aussi à part (*rire*) par rapport à nous c'est à peu près deux fois et demi les nôtres. A peu près, si ce n'est pas trois fois. Donc pas les mêmes soucis.

Donc on s'est retrouvés à gérer le personnel qui était dans l'entrée, y a des parties communes à nettoyer, y a des parties communes où on répond au téléphone, hein, y a une partie commune où on accueille les gens. Donc on a laissé un petit pourcentage aux dentistes quand même, d'accueil, de nettoyage et le reste on s'est répartis ça à la louche, comme ça. Le principe a été aussi dans la générosité et puis dans l'achat de la paix sociale, c'est-à-dire que en tant que médecins on a donné plus, on utilisait beaucoup, mais on a donné plus parce qu'on a comme ça ..., et puis partis du fait que les kinés et les infirmiers n'ont pas nos revenus, donc on a pris une part plus importante... on a pas compté le nombre de timbres qui étaient utilisés, on a pas compté le nombre de minutes, on a essayé hein ! On a essayé, on a demandé à nos secrétaires « chaque fois que tu prends un coup de téléphone tu notes pour qui c'est », c'était ingérable, c'était le « b... », trop compliqué, trop compliqué, donc on est arrivés à une cote mal taillée, qui est une affaire personnelle certainement pas reproductible chez tout le monde. Et puis la dernière chose que l'on peut dire sur les maisons de santé, on parle de maisons de santé, (*euh*) donc tout ça ça se gère à l'amitié. Ça se gère au feeling et au respect. Si on commence à regarder, toi t'as laissée la lumière allumée, ça coûte tant, t'as fait ça... on est sûr c'est le plus simple et c'est sûr c'est la guerre. Et c'est beaucoup plus facile d'être indépendant, tout seul, à gérer ses propres oignons que de gérer à plusieurs, ça demande un effort, une construction de l'esprit, c'est un effort permanent. Il faut le resserrer, le ressouder, il faut se voir souvent. On faisait des réunions de SCM régulièrement, quand la dentiste a commencé à faire poser problème à tout le monde, il faut le dire comme ça, on a de moins en moins eu envie de se rencontrer, de moins en moins envie de se voir et puis ça permettait de dire aux uns et aux autres « ouai c'est le b(...) ! », c'est beaucoup plus facile de dire que c'est le b... que de trouver des solutions. Et puis, et puis là depuis quelques années on a refondu la SCM. Parce qu'on s'était rendu compte que G. était parti, il était toujours dans la SCM, les statuts avaient pas été refaits. Refaire les statuts ça a un coût et les notaires ou les avocats ça coûte 1500 ou 2000 €, si on fait faire par un comptable ça coûte dans les 600 € et si on fait ça soit même ça coûte rien, par contre faut s'y mettre, faut le faire, ce n'est pas difficile mais ce n'est pas simple. Il suffit de le faire ! Et puis des statuts, c'est toujours, ce n'est jamais parfait, c'est toujours insuffisant et ce n'est pas parce que c'est insuffisant qu'il ne faut pas le faire. Y a une très belle phrase de... c'était l'Abbé Pierre qui disait que de toute façon si on attend de faire les choses parfaitement, on peut toujours attendre et on a même pas besoin de les commencer ! Et si il faut commencer quelque chose, il faut savoir que c'est imparfait. Et la critique est toujours plus simple que la construction. Donc on a créé ce truc là, ça marchait bien, vaille que vaille, il faut créer des liens, il faut se voir, faut bouffer ensemble. Quand on a refait la SCM, bah on est revenus avec des bouteilles de vin rouge, on est revenus avec la petite bouffe préparée, on a commencé par boire et par bouffer et puis on a discuté après. C'est complètement différent, c'est avec plaisir qu'on se revoit la fois d'après, et c'est comme ça que ça s'est créée. Et puis la finalité de la chose, une maison de santé, en tant que maison, autrefois c'était rentable parce qu'on mutualisait. Ça c'était vrai. Maintenant ça ne l'est plus, ça coûte plus cher. Va savoir pourquoi ? Prix des secrétaires, prix de tout ça, tout ça ça a augmenté, l'électricité est plus chère parce que c'est professionnel, y a plein d'injustices, et finalement à la longue, bah ça coûte plus cher que des gens qui prennent, parce qu'ils sont tout seul, un secrétariat à distance qu'ils vont payer pour tant, et puis le reste du temps soit ils se promènent avec leur portable, soit ils font travailler leur femme, (*euh*) c'est pas plus logique, c'est une absence de confort, c'est une augmentation de difficultés, de présence, de contraintes, par contre on a sa contrainte que de soi-même. Si on travaille mal et qu'on fait les choses mal, bah on ressentira les choses sur son travail, il

sera moins bien fait, il sera moins agréable pour les gens. Bon, si on veut le faire comme on le fait, ce sera certainement plus agréable pour les gens, c'est aussi une libération pour nous...

- Parce que sur le plan financier il n'y a pas de compensation de ces frais par des aides, qu'elles soient communales, départementales, régionales ou d'état ?

- Alors, y a aucune compensation, il ne faut pas se leurrer non plus, les maisons de santé ne sont pas subventionnées, y a aucun subventions, y a pas de sous qui viennent d'ailleurs. Y a que des sous si on donne quelque chose nous. Donc si on a réussi à avoir des sous c'est qu'on a créé un projet médical dans le cadre de la maison de santé et qu'après ce projet médical s'est étendu au pôle de santé qui est la fusion de deux maisons de santé. Mais s'il n'y a pas de projet médical il n'y a pas de sous. Donc ce projet médical moi je suis content de l'avoir inventé, l'avoir construit parce que maintenant, ils ne sont pas fous à l'ARS ils nous ont piqué ce que nous on avait fait parce que eux ne savaient pas comment faire (*rires*), et puis ils demandent à ceux qui veulent faire autre chose d'en rajouter, donc c'est jamais finis. Il faut pas seulement piquer ce qu'on a fait et l'utiliser mais faut le réinventer. (*eah*) Donc ça c'est l'aide, maintenant, il est évident que ce qui a été possible quand on a créé la maison de santé, qu'on appelait à cette époque-là, un cabinet de groupe, mais là c'était un gros groupe quand même, parce qu'on avait fait venir plein d'autres gens, mais c'était gros groupe. (*eah*) Il faut savoir que quand on a lancé ça on a bafoué la loi, parce qu'il était interdit, faut se remettre dans le contexte, faut voir, y a 25 ans, y a 30 ans, il était interdit d'avoir les mêmes plaques sur le même mur dans une maison individuelle. Ça pouvait être possible en ville, par dérogation, si c'était une entrée d'immeuble, c'était interdit. C'était interdit d'avoir un hall commun. Et c'est pour ça que d'ailleurs dans le cabinet, les trois parties du bâtiment sont bien séparées. Et ce pour toutes les professions de santé, au sein même des médecins, on avait droit d'avoir une porte commune mais l'obligation de salles d'attente séparées et fermées ! C'est pour ça qu'il y avait des portes, maintenant on les a fait sauter. Le cabinet des médecins, actuellement dans notre cabinet, cette porte, qui est toujours ouverte, elle va être supprimée. Donc y a des évolutions qui sont possibles mais faut quand même voir qu'il y a 30 ans, y avait des chers confrères qui venaient avec un centimètre et qui mesuraient la dimension des plaques. Oui ! (*rires*) Je ne citerai personne mais je vous assure, vous les jeunes, que ça a existé ! Vous le connaîtrez peut-être plus tard, attention vous allez peut-être moins rigoler dans une quinzaine d'années, mais vous n'avez pas connu ce que c'est que le secteur concurrentiel. La concurrence faisait que quand monsieur l'em... demandait à venir à 8h25, qu'on arrivait à 8h30 en courant, le gars étant partis puisqu'il est allé au cinéma. D'accord ? C'était comme ça, et on disait rien... un client (*en décomposant le mot*), un patient... un client c'était notre porte-monnaie, c'était notre manière de vivre et que quand on s'installait c'était encore plus difficile parce que la lutte était féroce, la lutte était vraiment féroce hein. Quand on voit comment on vit bien maintenant, pour le même nombre de médecins qu'il y avait il y a 30 ans. Il y a 30 ans on était le même nombre de médecins. On vit bien maintenant parce qu'il y a plus de gens, parce que les médecins se fatiguent, parce que Mais y a 30 ans les mecs ils étaient tous jeunes, ils avaient des bagnoles qui allaient vite et ils enquillaient les actes et puis t'en laissaient pas un, donc ça aussi faut pas oublier, et que ce qui paraît facile maintenant bah on l'a construit ce cabinet, on l'a construit il y a 20 ans, on l'a construit avec nos fonds propres. L'extension telle qu'on la construit actuellement, on pourrait dire qu'on ne pourrait pas la faire, financièrement on ne pourrait pas le faire. C'est clair, le coût de la construction, obligations légales, ... ça coûte trop cher. Donc la solution effectivement c'est de demander aux municipalités, aux communautés de communes bah de participer, d'aider, ou même à des investisseurs privés, y en a qui sont prêts à le faire. J'ai un de mes

amis à Angoulême qui voulait vendre son cabinet, qui était comme moi, qui était malheureux comme tout, qui savait pas comment faire, et en fait y a un gars localement qui a gagné au loto, qui a gagné plusieurs millions, et le gars a dit « attends, moi je suis de cette commune, moi je veux pas voir le médecin partir, la commune ne veut pas payer et y aura plus de médecin ici, moi je rachète et moi je fais » et le mec a racheté. Donc on peut avoir des fonds privés. Le gars il est pas fou, il aura des loyers, les communautés de communes sont pas folles non plus elles auront des loyers, c'est quand même pas, c'est pas des donations publiques, c'est pour ça que nous il faut qu'on sache discuter les baux qui vont se faire, parce qu'il n'est pas question non plus de rentabiliser des subventions. C'est-à-dire que les communautés de communes ne doivent pas tricher aussi et dire « moi ça m'a coûté tant, et on divise par 20 ans, et je veux que ce soit rentable, donc vous devez tant de loyer ». Il n'est pas question de faire ça, parce que la partie de subventions publiques fait partie d'investissements de la part de l'Etat dans l'aménagement du territoire : on ne loue pas la route qui est devant chez nous, on l'a payé mais on ne loue pas. D'accord ? Bah c'est pareil, on paye les autoroutes c'est déjà suffisant.

- Et justement vis-à-vis de ces investissements, outre l'aspect financier, n'avez-vous pas l'impression que ça vous lie à ces entités, vous apporte une certaine dépendance ?

- Non. Non, ça ne lie pas. Ils nous ont fait signer un truc, enfin c'est le Conseil Général qui nous a fait signer ça. En fait c'est bien séparé, y a trois payeurs. Il y a le Conseil Général qui est le Département, le Conseil Régional qui est la Région et l'Etat. L'Etat c'est en fait la Préfecture. Les trois donnent des sous à des niveaux différents. Le Conseil Général voit beaucoup le tissu sanitaire, le Conseil Régional aussi mais de manière beaucoup plus large, c'est plutôt dans l'idée sanitaire, ça sera plutôt l'ARS. L'ARS va demander comment on fait, comment on imagine, mais dans la pratique même au quotidien ils s'en f... . Le Conseil Général lui il nous a demandé à s'engager à avoir des activités de santé et médicales sur ce qu'ils payaient, sur ce qu'ils finançaient, donc on s'est engagé... mais dans 5 ans (*geste de se laver les mains*)(...), on peut tout à fait jouer ce jeu là. Maintenant personne n'a intérêt à le jouer, parce que ce qui a été construit existe toujours donc tout le monde peut en profiter, ce n'est pas la peine de s'installer en face et de construire une maison pour faire un autre cabinet. Par contre si on a pas cette démarche collective, y en pour certains qui feraient mieux de s'installer tout seul parce que si c'est pour parler aux copains par lettre recommandée c'est pas intéressant, c'est pas le jeu hein. Dans les politiques de santé faut bien voir que ce qui s'est créé il y a 50 ans, 60 ans, 50 ans... c'est les CHU. On a créé l'élite, l'élitisme de la santé, c'est-à-dire le côté soignant et le côté enseignant mélangés, et là on a créé des gens qui ont une mentalité collective, qui ont un travail en commun etc., mais dès qu'on les a libérés, dès qu'on vous a libérés dans la jungle, bah en fait vous avez tout de suite sauté sur le seul moyen de financement qu'on avait c'est-à-dire l'acte. Et là vous avez créé, enfin on a créé, parce que j'en suis en partie responsable, bah on a créé le volume et pas la qualité. La qualité on l'avait pendant nos études et on a perdu la qualité pendant notre exercice, à cause de la rémunération à l'acte. Création du pôle de santé et de la maison médicale, pourquoi on a été subventionné, parce qu'on s'engage sur 5 ans et maintenant parce qu'on s'engage sur un projet médical. Le projet médical nous on l'a associé aux nouveaux modes de rémunération. Toutes les maisons de santé de l'ont pas, mais ils n'ont pas tous les mêmes subventions.

- Et justement comment voyez-vous évoluer ces nouveaux modes de rémunération grâce à et dans votre maison de santé ?

- L'évolution, bah l'évolution de toute façon il est hors de question de tomber sur la médecine salariée. Elle existe déjà, elle existe dans les hôpitaux et autres mais ça c'est autre chose, mais elle existe au niveau de la médecine de proximité, elle existe au niveau de ce qu'on appelle les centres de santé, qui sont dans les quartiers difficiles, dans les situations difficiles, et là le médecin est rigoureusement un salarié de l'Etat. Ce n'est pas nouveau hein, ça existait dans les années 80 et je ne sais pas comment ça s'appelait, je ne sais pas si ça s'appelait pas maison de santé...

- Oui tout à fait, les deux entités ont été confondues pendant plusieurs années jusque dans les années 2000.

- Oui c'est ça, ça a duré quatre-cinq ans, en gros ça a fermé, ça a été voué à l'échec. C'est vrai que tout le mauvais côté, que l'on rapproche à l'administration, bah à cinq heures moins le quart les mecs rangent les plumiers et à cinq heures ils sont partis. En Angleterre ils ont tellement joué à ça, qu'ils l'ont modifié le système, que les médecins sont vachement bien payés, plus que nous, qu'ils ont des secrétaires etc., parce que ça avait tourné à ça, par contre à partir de cinq heures ils faisaient du black, c'était vachement bien pour la médecine, c'était une mentalité que je trouvais bien (*sur un ton ironique*), moi je trouvais que c'était moral, les riches avec les riches et les pauvres on les laissait où ils sont, ça c'était bien ! Alors donc les pôles de santé c'est la création d'une autre manière de faire dans les rémunérations. Le faire de garder le paiement à l'acte et de ne pas le valoriser, de le dévaloriser, c'était aussi surtout diminuer son volume en augmentant la qualité par des retours forfaitaires, c'est-à-dire des objectifs de santé publique, et c'est ce que l'on a accepté. Ces objectifs de santé publique ne peuvent pas se faire que dans un sens, c'est-à-dire, « j'suis assis là, vous m' devez des sous parce qu'il est cinq heures moins le quart et à cinq heures je m'en vais, j'suis payé, mon travail en tant que salarié », on a des objectifs, on a un retour sur investissement, l'Etat a un retour sur investissement donc des indicateurs qui sont évalués, alors là évidemment on devient moins libres... maintenant on va pas nous demander que de faire des horreurs, on nous demande des choses qui sont tout à fait dans un cadre médical logique... pis d'avoir une tutelle, et alors ? Même depuis 40 ans ou 35 ans que j'exerce, je ne suis qu'un pseudo employé de l'Etat qui, s'il n'avait pas créé la Sécurité Sociale, ne me paierait pas, les gens, y aurait quatre fois moins de personnes devant ma porte et je soignerais que les riches, hein, donc faut pas se leurrer. Par contre y a une injustice, et y a toujours une injustice qui persiste, c'est-à-dire on n'a pas de protection sociale cohérente, on n'a pas de protection par rapport à la maladie, on n'a pas de protection par rapport à notre travail, et ça ce sont des choses pour lesquelles faudra s'engager en jouant donnant donnant. Je fais mieux mais vous me donnez. C'est pas finis, rien n'est fait et pis si on ne commence pas à le faire bah ça se fera jamais.

- Pour en revenir aux maisons de santé en elles-mêmes, sur le plan des avantages vous m'avez déjà évoqué la coopération, la mutualisation, les nouveaux modes de rémunération, mais y voyez-vous personnellement d'autres avantages que ce soit dans votre exercice au quotidien comme au sens plus large ?

- Alors s' que je vois d'abord, c'est que tous les lundis de chaque mois, le deuxième lundi de chaque mois, on se réunit avec tous les professionnels du canton, professionnels de santé au sens large, c'est-à-dire qu'il y a des opticiens, psychologue, podologue, et ça dans le cadre du pôle de santé, les pharmaciens... Les pharmaciens ne pourraient pas s'intégrer dans une maison de santé et pourtant ils discutent médecine, ils ont des cours de médecine, plus cohérents, bien faits, y a pas de raison

qu'ils ne parlent pas de médecine non plus. On n'imagine pas le comptoir du pharmacien dans le hall du cabinet du médecin, ça ne serait pas très bien vu. Bien, et pourtant ils peuvent parler médecine, ils peuvent parler hypertension, ils peuvent parler ordonnances, ils savent de quoi ils parlent. Donc dans un pôle on peut les faire intervenir. Bah le gros avantage c'est que tous ces gens là une fois par mois se retrouvent, on parle, les infirmiers voient les infirmiers d'un autre canton, qu'ils haïssaient copieusement autrefois, puis bon on fait le même métier, avec les mêmes em... et puis on n'est pas meilleurs que les autres. Les médecins, qui sont toujours très conscients qu'ils sont meilleurs que les autres, bah là sont l'équivalent, l'égale des autres, avec les mêmes inconvénients, et le jour où on est capable de dire que pendant qu'on auscultait quelqu'un en regardant dans son dos, on avait un œil sur les informations en train de défiler à la télévision, et que le malade se disait « mais qu'est-ce que c'est, est-ce que c'est grave docteur ? », évidemment ça faisait 5 minutes qu'on regardait et on s'en était pas rendu compte, le jour où on l'avoue publiquement à son confrère et ennemi d'en face, on a gagné. C'est-à-dire qu'en fait quand on a des rapports humains, on est les mêmes et on n'est pas meilleurs les uns que les autres. Donc ça c'est d'abord ce rapprochement. Les infirmiers téléphonent aux médecins du coin en disant tiens y a un problème, les infirmiers de la même maison de santé, on se croise, on se dit « comment tu vas », « bah écoute va voir Mme Untel, ça va pas, je lui ai dit que tu passes, qu'est-ce que t'en pense », ça évite des visites à la c..., ça évite... et puis on a la même voie, on a le même but, quand on parle de diabète y en a pas un qui va dire qui faut bouffer du sucre, quand même c'est pas mal, c'est rassurant. On a la même voie, on a les mêmes buts, et puis dans le pôle de santé le gros avantage c'est l'éducation thérapeutique, moi ça c'est le truc, c'est là où on peut bouleverser la médecine. C'est-à-dire de pouvoir consacrer du temps à des gens qui ont des vraies pathologies.

- Vous reliez ça au pôle de santé, est-ce que pour vous on pourrait le faire de la même façon à la maison de santé seule ?

- Oui-oui, ça dépend que des individualités qui peuvent s'y mettre. L'avantage d'un pôle c'est quand même que là dans notre cas, on a une infirmière de santé publique, infirmière ASALEE qui en fait, par définition de toute façon c'est son métier, le pharmacien qui lui ne pourrait pas rentrer dans une maison de santé et qui par contre rentre bien dans le cadre d'un pôle de santé, et qui fait de l'information et qui peut faire de l'éducation thérapeutique, donc l'avantage d'un pôle c'est ça, on peut faire rentrer des gens de l'extérieur. On peut faire venir. Y a une jeune femme qui vend du matériel médical et qui voudrait faire de l'éducation thérapeutique, elle peut en faire à hauteur de sa compétence sur l'utilisation du matériel etc.... donc tout le monde peut en faire mais il faut savoir élargir et puis il faut savoir parler ensemble, le gros avantage c'est ça. Il est beaucoup plus simple de s'ignorer et de faire travailler sa paranoïa personnelle, ça c'est bien plus simple, c'est bien plus simple. Travailler collectivement c'est difficile, ça demande des efforts... ce n'est pas que ça soit difficile, c'est aussi un soulagement extraordinaire, on est plus tout seul, mais ça demande un tout petit effort sur son grand égo. C'est son grand égo qui doit bosser.

- Vous pensez que les maisons de santé peuvent être une solution à la désertification médicale ou pas ?

- (*long silence*) Hum (*avec le sourire*). Ça dépend si ça vient des gens qui sont sur place, mais si c'est déjà un désert y a plus personne sur place... mais ça ne peut pas exister, ça n'existe pas, c'est l'édifice humain qui compte et pas l'édifice matériel, c'est la construction des gens, c'est pas la construction

des murs. (*tape du poing sur la table pour marquer la phrase*) une maison de santé c'est pas une maison, c'est des gens. Si y a pas de gens ça marche pas, donc il faut que ce soit des gens qui soient... si t'as quatre copains dans ton année et que vous décidez de créer un machin, vous partez tous les quatre et vous allez vous installer dans un endroit désert et là vous créerez quelque chose. Mais la maison de santé en elle-même elle sert à rien du tout, vous créerez la maison si vous êtes dedans, mais ce sont les gens. Ne pas oublier ça sinon c'est l'échec assuré, mais c'est gagné d'avance, c'est signé, on peut... voilà, aucun problème, y en a plein. La maison de santé que Ségolène Royale est venue défendre,..., la maison de santé d'Aulnay... (*Réception d'un appel téléphonique*) Donc c'est-à-dire que les maisons de santé ce n'est pas la maison qui importe ce sont les créateurs qui sont à l'intérieur, créateurs qui peuvent être des médecins mais qui peuvent aussi être des kinés, des infirmiers, des dentistes... les dentistes c'est très particulier hein. Les dentistes n'ont pas la même démarche que nous, ils n'ont pas les mêmes revenus, ils ont une possibilité d'indépendance qui n'est pas la notre, quand on peut se payer deux secrétaire avec une assistante dentaire pour toute la journée, il est certain qu'on n'est pas seul et il est certain qu'on n'est pas isolé et puis il va y avoir une relation directe avec les revenus donc ils sont moins concernés. Par contre au niveau de la santé ils sont concernés de la même manière, j'ai appris depuis qu'on est dans le pôle, par d'autres dentistes (*rire*), je suis très étonné que dans les recommandations de la HAS par exemple on ne parle pas de la gingivite du diabétique, qui est, qui est..., gingivite, gingivo-stomatite, qui est obligatoire et qui termine obligatoirement par le déchaussement des dents avec une rétraction des gencives, donc ce sont obligatoirement des gens qui vont se terminer avec des frais dentaires et un impact sur la Sécu qui est absolument évident, et c'est même pas marqué dans les recommandations de la HAS et pourtant le dentiste nous dit « diabétique ? Très bien, déchaussé. Plus de dents ». L'avenir du diabétique c'est le dentier (*rires*) et ça je l'ai appris. Ça je l'ai appris hein. Donc là aussi avantage des maisons et des pôles quand on peut discuter ensemble. Dernière chose dans la maison et les pôles, c'est quand même de pouvoir faire venir des étudiants, ça c'est absolument évident, parce qu'en plus nous ça nous habitue et ça nous oblige à retravailler le collectif et avoir une mentalité comme ça qui permet de partager. Si on accepte de partager avec quelqu'un d'autre c'est qu'on accepte qu'on ai le regard sur soi, donc c'est déjà pas mal parce que... c'est d'ailleurs la réticence de beaucoup de médecins qui ne veulent pas avoir d'interne parce qu'ils ont peur du regard de l'autre, donc ça veut dire qu'ils veulent être tout seul, qu'ils veulent travailler seul, qu'ils ont encore leur paranoïa personnelle, et puis la peur aussi hein, j'suis pas si bon que ça, je dis des conneries aussi, alors que d'autres buts quand on vous a, c'est pas de vous apprendre des trucs, parce que vous savez souvent mieux que nous, c'est certainement qu'on dit des co..., ça c'est sûr qu'on en dit, par contre on a une manière de gérer nos conneries, qui peut être plus ou moins payante, en gros tout le monde fait le même nombre de co..., en gros, il faut accepter, il faut accepter. Vous êtes beaucoup plus formés quand vous êtes à l'hôpital à vivre à poil ! Votre opinion, votre diagnostic, il est déshabillé, tout le monde le voit. Mais le patron aussi tout le monde voit son diagnostic, il est déshabillé, donc il a l'habitude d'être exposé aux critiques, à la remise en question et il l'accepte. Y a pas de raison que le médecin généraliste, dans son coin tout seul, l'accepte pas ça, je ne comprends pas... et c'est comme ça qu'il progressera, c'est en acceptant d'être déshabillé.

- **Jolie image !**

- Ouai... ça voudrait dire que vivre à poil c'est un progrès, c'est pas tout à fait vrai ! (*rires*)

- Donc on a pas mal brossé le côté avantageux des maisons de santé, est-ce que vous verriez des difficultés ou des inconvénients dans le fait d'y exercer ?

- Ah bah la difficulté c'est la gestion communautaire des frais généraux... et pourtant c'est toute la tranquillité aussi d'avoir une secrétaire qui te protège pendant que tu travailles, c'est de l'or. On a oublié, je crois que de temps en temps, il faut y penser... moi quand j'ai été tout seul la semaine là où il y avait plus personne, moi j'ai offert des boîtes de chocolat aux secrétaires, parce que réellement elles m'ont protégé, j'ai travaillé normalement, j'ai travaillé beaucoup, j'ai travaillé vite, mais j'ai travaillé normalement, sinon ça aurait été infernal, c'est même pas la peine d'y penser, je serais même pas venu d'ailleurs, j crois que je serais même pas venu c'est vrai. Mais elles m'ont protégé aussi. Faut pas oublier aussi, il faut saluer leur travail de protection, c'est que c'est elle qui prennent les coups (*pause*) donc ça se paye, ça ça se paye, faut accepter de payer. Et puis faut pas comptabiliser les choses. Si on commence à comptabiliser bah faut tout compter, les feuilles que tu utilise, l'électricité qu'on brûle, le chauffage que tu mets à fond et pas moi, voilà (*mime un avion qui s'écrase*) c'est partis en vrille, donc toute la difficulté elle est là. C'est une question de mentalité. J'ai le recul suffisant pour dire que c'est pas facile. J'ai... 25 ans, 26... 27 ans (*rire*) hein ! J'ai 27 ans de travail collectif (*rire*) ! 27 ans c'est pas facile, et ça se remet en cause et même récemment c'est difficile, on a finis par péter les plombs, là ça commence à bien faire ! Les uns avaient oubliés les autres... et ça c'est comme ça. Donc ça c'est un travail tout le temps. Il est beaucoup plus facile d'être de mauvaise humeur que d'être gai tous les matins, ça c'est sûr aussi... facilités, difficultés... voilà... alors maintenant ça dépend beaucoup des gens, ça dépend beaucoup des opinions chacun, y a pas de recette, c'est le charisme de chacun, y en a qui seront autoritaires, y en a qui seront extrêmement permissifs, je sais pas ce qu'il faut, j'en sais rien, chacun trouvera ce qu'il faut hein, mais ça rejoint le même comportement qu'on peut avoir avec les gens, avec le patient : y a des gens qui seront autoritaires, y en a qui expliqueront, y en a qui attendront que les gens nous disent ce qu'ils attendent et ce qu'ils veulent, trois comportements différents, trois mentalités différentes aussi de la part du médecin. Après il faut que les uns trouvent ce qui leur correspond et ça fonctionne hein !

- On va rebondir sur les personnalités, est-ce que vous vous êtes déjà sentis en burnout ou du moins vulnérable, même à l'heure actuelle ?

- Oui. Ouai mais je suis vachement cyclique ! (*rires*) j'ai des cycles courts (*rires*) Alors, ouai, vraiment, quand j'ai décidé de prendre un associé il y a 27 ans... (*pause*)

- Oui vous m'avez dit, ça a été une période difficile qui s'étendait même sur votre environnement familial.

- Là oui, d'ailleurs oui j'ai tout fait péter. De toute façon j'ai tout fait péter. Pas tout de suite mais j'ai tout fait péter. Et puis on est arrivés avec un gyrophare sur la tête, j'avais le téléphone au ch..., j'avais le téléphone dans ma baignoire, j'avais le téléphone dans ma voiture, y avait pas de téléphone portable à cette époque-là, on avait des espèces de systèmes à la c., avec des CB, avec la CB ça marchait pas bien, après y a eu le Télécom, non, avant le Télécom 2000 y a eu les Orosignals qui étaient des trucs qui couinaient dans nos poches (*imite le bruit*), on savait pas pourquoi ça sonnait mais ça voulait dire qu'on nous avait appelé et qu'il fallait qu'on rappelle, c'était une horreur, le stress était permanent. Quand il avait couiné une fois il couinait pas les autres fois, donc tu disais « ça a couiné une fois, je dois avoir une visite », mais tu décrochais ton téléphone, alors un téléphone public ou chez les gens, et là on te disait que t'en avais douze ! Là tu mourais dans la voiture. Bon y

avait ça, y avait ce côté... y a quelques années ça m'est arrivé, j'avais 85 visites pendant une garde et j'avais passé 35 heures dans ma bagnole, sans m'arrêter, j'en ai un grand souvenir, ça marque... je pleurais dans ma bagnole... et en plus ma femme m'avait en... en me disant « tu ne me feras plus jamais ça ! », « oui. Si tu veux »... faut garder l'humour hein ! Voilà le burnout il est né de là. Après... mes associés m'ont appris que j'étais c..., et ils avaient bien raison, parce qu'en fait ça existait parce que c'est moi qui avait donné aux gens ce qu'ils attendaient... et bon, ils avaient parfaitement raison. Donc on a modifié notre attitude et puis le bouleversement de ma vie, y a de grandes époques comme ça dans la vie, dans l'espèce y a eu l'arrivée de la pilule et dans ma vie y a eu l'arrivée de la régulation. Avec F.G. on en dormait plus ! Pendant une semaine on en dormait pas, on se disait « oh tu te rends compte, on a mis un répondeur ce soir, ça va sur des mecs on sait pas c'est qui, les gens ils vont aller où ? » on en était malades, mais malades grave ! Vraiment, c'était contre nature. On avait fait 25 ans de nuit, les gens nous appelaient en pleine nuit, ils appelaient à dix heures le soir pour demander un rendez-vous pour le lendemain, faut pas s'inquiéter, tout était possible, on avait le droit à tout, « Docteur je ne dors plus ». Le soir de la tempête, la fameuse tempête de 99 je crois, le vent marchait à 170 km/h là où j'habitais et les gens m'avaient appelé parce qu'ils avaient peur « oui Docteur, venez vite, venez vite je crois que je vais mourir » bon d'accord, je prends ma bagnole, je suis partis, j'ai traversé les bois, tout ça, et puis quand je suis revenu bah je pouvais plus rentrer parce que les arbres ils étaient tombés sur la route (*rires*), bon ils auraient pu tomber sur la bagnole quand je suis passé mais non ils sont tombés sur la route, c'était à mon retour, heureusement que j'avais la voiture adaptée pour passer par d'autres endroits, mais voilà ça ça faisait partie de la co... on en a fait pleins, on en a fait pleins. Non le burnout ça faisait partie de la médecine de l'époque. Le coup de fourche dans le ventre, qui avait été arrêté heureusement par un blouson en cuir, ce qui n'avait fait que des égratignures, les bagarres dans les bals le samedi soir, c'était vachement bien, les coups de poings avec le malade aussi ... ah oui y avait quand même une période amusante...

- Et alors actuellement ?

- Maintenant ? Je suis ici, je suis tranquille, je vais au cabinet, au bureau, je sors de mon bureau, je reviens ici je suis tranquille. C'est une merveille. Pour moi c'est une merveille. Pendant le travail, on fait ce qu'on peut et puis... mais y a des bornes à mettre, on les a mises et c'est mieux.

- Et qu'est-ce que vous pensez protecteurs du burnout dans le fait d'exercer en maison de santé justement vis-à-vis de ce contraste que vous me présentez ?

- Son voisin peut être le pire et le meilleur. Donc je dirais pas que c'est forcément toujours le fait de travailler à plusieurs. Pas forcément, ça peut tourner très très mal aussi. Bah c'est soi-même, on est le propre artisan de nos vies. Ça peut être son voisin à condition qu'on aille vers son voisin, qu'on lui demande pas de supporter que ce qui est bon vu de chez nous.

- L'exercice en maison de santé est-il plus agréable en somme ?

- Oui, incontestablement, mais parce que j'ai des bons voisins. Mais quand même il y a des difficultés qui se sont mises là depuis quelques temps et qu'il faut résoudre, et faut pas les résoudre en disant « c'est comme ça, y en a marre, ça fait c... ! », il faut aller, ça se fait tout doucement, et ça se fait pas en une discussion de café de commerce un soir, faut se recréer des liens, faut pas oublier qu'on est des copains, on se recrée les choses comme ça. Ça se crée, ça se travaille. Et ça se traite pas en trois minutes et c'est pas parce que moi quand j'ai quelque chose à dire je le dis, non on joue pas à ça.

- Et du côté des patients, vous vous sentez plus proche d'eux, plus investis dans la gestion de leur santé en maison de santé ?

- C'est toi qui te sens différent. Ils se sentent différent parce que ils ont le regard du médecin qu'est pas le même. C'est eux qui sont en train de changer. Nous, on va avoir une approche comme une technique différente d'approche, mais eux ils se sentent transportés par autre chose, ça c'est vrai, maintenant ils ne savent pas très bien dire quoi. De toute façon ils ont le regret de ce qu'il y avait avant, le gars avec le gyrophare sur la tête c'était trop bien, comme ça on se dérangeait plus, il était toujours là, il disait ce qu'on voulait, ça c'était bien. Là, dire quelque chose qui n'est pas de leur avis, ça consiste pas à l'affirmer mais à leur expliquer donc ça nous prend plus de temps mais c'est plus intéressant. Pis faut peut-être plus maîtriser la chose aussi pour être plus convaincant, donc moi j'aime bien, moi ça me va mieux, ça me va mieux. Mais pour moi, vieux machin, ce qui m'a permis de finir, mais ça y en a plein qui l'ont dit, ce qui m'a permis de finir mon exercice content, c'est les internes, c'est vous ! C'est vous. Moi ça m'a transformé la vie, ça é été la révélation, je regrette même de l'avoir pas fait plus tôt. C'était très mal goupillé y a 15 ans, c'était très mal fait, c'était... ça ressemblait à je sais pas quoi, mais là c'est très bien fait, moi je trouve que c'est extraordinaire. Donc là c'est vous, c'est vous, et c'est vous qui nous permettrez d'entretenir ce travail collectif, parce que c'est vous qui l'avez, c'est nous qui le perdons, donc vous nous l'entretenez. Et puis on peut vous montrer que ce travail-là est possible. Tandis que si on vous laisse seuls, vous allez vous retrouver à faire des remplacements à aller récupérer du pognon directement de la poche du patient à votre poche, et cette relation elle va être de plus en plus étroite et vous allez travailler comme ça et c'est pas bien. Le pognon ? On va pas dire que le pognon gâche tout mais c'est quand même un des vecteurs, c'est quand même cette relation avec notre vie quoi merde, on est pas obligé de gagner plein de sous mais on est obligé quand même d'en vivre. »

- Et cela vous rend-il plus satisfait de votre travail d'être en maison de santé ?

- (*pause et soupir*) Oui... je sais pas... oui mais surement, oui-oui, surement. Enfin ma satisfaction va être plus dans la réflexion, par la réflexion, que par la médecine elle-même. Le rapport, la compréhension des gens, ça va peut-être pas être l'action thérapeutique fulgurante, magnifique, extraordinaire. Je vais pas me satisfaire du beau diagnostic mais plutôt du bon comportement. Le plaisir il viendra plutôt dans le bon comportement. Euh, le bon diagnostic, ouai... de toute façon un bon diagnostic... enfin, un spécialiste m'avait dit un jour, « arrêtez de faire des bons diagnostics, parce que vous nous faites c..., en plus en général vous vous trompez, et laissez-nous au moins la part de notre boulot ». Et je trouvais que c'est vrai. Il faut qu'on soit de bon aiguilleurs, on a pas à faire de bons diagnostics, on peut se faire notre petite idée pour notre satisfaction personnelle, mais notre satisfaction personnelle il faut la trouver ailleurs, plutôt dans la relation, dans l'engagement, dans la manière d'aider, etc... on peut le trouver là, le bon diagnostic, bon... oui si on voulait faire que des bons diagnostics on avait qu'à rester hospitalo-universitaires, on aurait eu que ça à faire toute la journée, c'est marrant hein.

- Pour conclure, concernant l'avenir, là il y a un agrandissement de la maison de santé en cours, il y a le pôle de santé qui se construit progressivement, est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez encore apporter dans le futur, ou des éléments qui restent à améliorer dans les maisons de santé en général ?

- Moi, c'est l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique, la nôtre, pas celle de l'hôpital. (*rires*) les vieilles rancœurs qui reviennent ! Non, la nôtre parce que l'éducation thérapeutique c'est l'intelligence des gens, ça veut dire qu'en fait on va les faire participer, on va les éduquer, on va leur éviter de s'éduquer par la télévision, des fois qu'ils comprendraient que les statines ça sert à rien, que l'hépatite B ça donne la sclérose en plaque, voilà faut éviter qu'ils apprennent mal et puis surtout il faut que ça vienne d'eux, qu'ils aient envie de comprendre, qu'ils aient envie... et puis c'est pas une éducation qu'on va donner sur une pathologie mais c'est comment adapter leur vie à une santé, ça c'est fondamental, c'est comme ça qu'on va rendre les gens plus, plus... ils vont se rendre compte d'abord qu'ils sont pas tout seuls parce que y en a d'autres qui sont dans le même cas qu'eux, ça va les rendre peut être un petit peu plus respectueux des autres... c'est une vision... mais enfin peut être c'est une chance. Déjà l'éducation thérapeutique on va la faire d'une manière collective, donc on est obligé de se respecter pour respecter le voisin, sinon on ferme la porte, voilà. Et puis je vous souhaite plein de courage parce que vous avez plein de trucs à faire, c'est vrai hein ! Vous allez vivre des choses très différentes. Je pense que la forfaitarisation en plus c'est un truc qui va se généraliser, la suppression de l'acte où on soigne que des angines... enfin l'angine c'est raisonnable, mais la rhinopharyngite et la gastro-entérite, quand est-ce qu'on tue ce b... ?! Ce sont nos revenus mais faut surtout pas que ce soit la base de nos revenus, c'est minable quoi, arrêtez les grosses clientèles à base de ça, ça suffit, ça suffit ! Il faut autre chose, on vaut mieux que ça, on vaut beaucoup mieux que ça, vous avez pas fait 10 ans d'études pour faire que ça, ça serait vraiment dommage, mais hélas moi c'est ce que j'ai fait toute ma vie (*rires*). Oh ça y est je suis désespéré, je regarde en arrière, c'est le b... !

Annexe 15 : treizième entretien semi-directif

- Quel est votre âge? Quelle est votre situation familiale (union, enfants) ?

- J'ai 63 ans. Je suis marié.

- Quelle est votre mode d'exercice actuel ?

- Je suis médecin généraliste libéral en secteur 1, dans un cabinet de groupe. J'exerce dans un pôle de santé en milieu urbain, même en zone urbaine sensible.

- Quel est le nombre d'heures de travail par semaine ?

- je travaille au cabinet médical environ 35 heures.

- Quel est le nombre de semaine de vacances par an ?

- Je prends 10 semaines par an.

- Participez-vous à d'autres activités professionnelles ou associatives ?

- Oui, je préside une association de santé communautaire, je préside la fédération régionale des maisons de santé, et je préside le syndicat de la médecine générale.

- Quel est votre cursus professionnel ?

- J'ai toujours travaillé en cabinet de groupe, en libéral, secteur 1. Et depuis 2011, je suis en pôle de santé.

- Quelles étaient les difficultés rencontrées avant de travailler en pôle de santé?

- Non, il n'y avait pas de difficulté. On travaillait déjà de cette manière-là mais on est passé d'un bénévolat à une rémunération pour faire ce travail là dans le cadre du pôle.

- Avant, sur mon territoire, je travaillais déjà avec les autres acteurs du territoire depuis de très nombreuses années. On a constitué un pôle car les acteurs qui ne faisaient pas partie du centre de santé communautaire se sont regroupés sur le territoire en pôle, et on a tous bénéficié d'une rémunération pour ce qu'on faisait déjà avant d'une manière bénévole.

- Quelles étaient les motivations pour exercer en pôle de santé ?

- C'était de donner une visibilité et une légitimité et d'accéder aux nouveaux modes de rémunération.

- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du pôle de santé ?

- Une meilleure coordination sur le territoire du parcours de soin des patients.

- Etes-vous l'un des promoteurs de ce projet ?

- Oui.

- Quels sont les professionnels médicaux et paramédicaux qui constituent le pôle de santé ?

- Il y a 8 médecins, 3 infirmiers, un pharmacien, une diététicienne à mi-temps, et une psychologue très peu participative.

- Quels sont selon vous les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé pluri-professionnelle ou pôle de santé?

- Pour les professionnels : c'est sortir de l'isolement et pouvoir partager, échanger avec les autres professionnels sur tous les cas complexes. Bénéficier des compétences des autres acteurs notamment du centre de santé qui a une activité sur le social : accès aux droits sociaux.

- Et pour les patients : une amélioration du parcours de santé pour qu'il soit le moins chaotique possible. Ceci se traduit par une amélioration des relations avec l'hôpital pour l'entrée et la sortie des patients.

- Ça a permis de créer une dynamique relationnelle notamment par l'arrivée de jeunes médecins sur le territoire qui ont initiés des protocoles et des nouvelles manières de correspondre avec les acteurs hospitaliers. Pour préciser, ils ont mis en place une structure de staff partagé ville-hôpital qui se réunit tous les 15 jours.

- D'autres avantages ?

- La rapidité de la réponse en situation de crise. Le fait que l'on se parle plus souvent, qu'on se connaît mieux, on est plus réactifs. C'est surtout les infirmières qui ont la possibilité de faire réagir les médecins plus rapidement qu'avant.

- Nous avons mis en place avec le pharmacien un travail d'amélioration de la visibilité de l'utilisation des médicaments pour une population ne maîtrisant pas le français. On est en train d'élaborer avec les habitants des pictogrammes que mettrons les pharmaciens sur les boîtes de médicaments pour un meilleur usage des médicaments. On travaille avec un comité d'usagers d'habitants de la cité. Cela a été favorisé par la dynamique de pôle de santé et centre de santé communautaire.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en travaillant dans cette maison ou pôle de santé ?

- Les difficultés, c'est de ne pas avoir pu regrouper d'autres acteurs de santé soit car ils sont proches de la retraite et ils ne veulent pas se lancer dans cette aventure. Soit parce qu'ils disent qu'ils n'ont pas le temps de se consacrer à ce travail de collaboration, de coordination. Ça, c'est dommage, car ça aurait donné plus de compétences et de dynamique au pôle de santé, mais on ne désespère pas de les convaincre.

- Pensez-vous que ce mode d'exercice puisse pallier à la désertification médicale ?

- Oui, non seulement je le pense, mais on l'a prouvé. Car c'est une dynamique qui a permis de faire venir sur une zone urbaine sensible 5 jeunes médecins.

- On va maintenant aborder une autre partie du questionnaire. Avez-vous déjà été victime du burnout et vous êtes-vous déjà senti vulnérable ?

- Jamais.

- Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en pôle de santé ?

- La convivialité, la solidarité entre soignants et la possibilité de partager ses doutes et ses angoisses avec les autres ; c'est ce qui, à mon avis, aide beaucoup à lutter contre le burnout. Et le fait que, grâce à ça, je ne fais que 35 heures de consultations et le reste du temps je monte des projets de santé publique sur mon quartier. Je ne fais pas que du soin, je ne suis pas pris dans la spirale du soin, toujours du soin, toujours du soin. Je diversifie mon activité et cette diversification est à mon avis un facteur d'équilibre psychologique.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous apporte(ra) un travail plus agréable ?

- Oui, c'est forcément oui.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé ou pôle vous amène(ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?

- Oui, parce qu'en ayant une meilleure connaissance de leur parcours de santé, je connais mieux les compétences des autres acteurs qui sont situés sur ce parcours de santé, et donc en connaissant mieux ces compétences, je peux les solliciter davantage, à meilleur propos, et je peux diminuer les ruptures de soins ou du moins je peux diminuer les situations chaotiques du parcours de santé des patients.

- Pensez-vous que l'exercice en maison de santé vous rend(ra) plus satisfait de votre travail ?

- Oui, bien sûr.

- Quelles sont vos perspectives futures ? Comment voyez-vous l'avenir, vos projets ?

- La grosse question, c'est effectivement d'obtenir des financements pérennes et à la hauteur nécessaire pour financer tout ce travail de coordination et de construction des actions de santé publique. Notre fragilité, elle est sur la faiblesse du financement et sur le manque de visibilité à long terme. Il faut un vrai forfait de coordination, un vrai forfait d'équipe, à la fois pour rémunérer le temps de travail, il faut quitter le bénévolat et stabiliser les équipes avec des vrais moyens pour faire cette coordination. C'est-à-dire pour faire ce travail de secrétariat et du personnel d'accueil.

- Avez-vous des éléments à rajouter de façon spontanée, des idées, des remarques à faire sur cet entretien ?

- Non, ça vous couvre bien le champ des enjeux de la construction des maisons de santé aujourd'hui.

- Très bien. Je vous remercie.

Annexe 16 : Mail de demande de validation de la retranscription de l'interview

Bonjour,

Suite à l'entretien mené pour les thèses de médecine générale abordant les thèmes maisons et pôles de santé pluridisciplinaires et burnout, nous vous adressons la retranscription écrite de l'intégralité de l'entretien dans le but de vous en faire confirmer la forme et le contenu.

Ceci s'inscrit dans un objectif de transparence et de qualité de notre méthodologie.

Nous vous invitons donc à lire cette retranscription et à nous faire parvenir dans un délai d'une semaine vos corrections ou remarques.

Comme évoqué au terme de l'entretien, nous vous invitons à remplir en ligne une auto-évaluation de votre niveau de burnout actuel afin de le mettre en relation avec vos propos recueillis.

Il s'agit d'un court questionnaire en ligne, personnel et anonyme, basé sur le MBI de Maslach (outil de mesure validé et reconnu pour l'évaluation du burnout) par le biais de réponses à choix multiples.

Si vous êtes d'accord pour y répondre, merci de suivre le lien suivant :

<http://goo.gl/EnOnr>

Merci encore une fois pour l'intérêt accordé à nos travaux.

Cordialement,

P.MIGNE et F.DIDIER

Annexe 17 : Les onze compétences du médecin généraliste

- 1- Résoudre un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires grâce à une démarche adaptée = prendre en charge successivement ou simultanément des situations de nature différente, synthétiser les données recueillies, recueillir et analyser les demandes du patient et de son entourage, élaborer et proposer une prise en charge globale, adaptée au patient et au contexte, en l'absence fréquente de diagnostic nosographique.
- 2- Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude = faire face à des situations aiguës et/ou vitales rencontrées en médecine générale, organiser sa trousse d'urgence...
- 3- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine ambulatoire
- 4- Entreprendre des actions de santé publique = identifier des comportements à risques et mettre en route des actions de prévention individuelle et collective, mettre en œuvre des actions de dépistage pertinentes, participer à des actions de recueil épidémiologique, gérer et exploiter les données du dossier médical, démarrer ou collaborer à une recherche...
- 5- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage = développer une écoute active et empathique, adapter la réponse aux caractéristiques du patient, expliquer clairement une décision, une prescription, annoncer une nouvelle grave, tenir compte de ses émotions et de celles du patient...
- 6- Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et de sa maladie = participer à des actions ou des réunions d'éducation sanitaire, établir un diagnostic éducatif, proposer un projet de soins, construire une alliance thérapeutique...
- 7- Travailler en équipe et/ou en réseau lors de situations complexes, aiguës et chroniques (drogue et autres addictions, soins palliatifs, douleur, sida, gériatrie,...). Coordonner les soins autour du patient = solliciter la coopération des soignants, des structures et des aides, organiser des réunions de coordination et de transmission de l'information.
- 8- Assurer le suivi et la continuité des soins lors des problèmes et pathologies les plus fréquentes chez les enfants et adolescents, les femmes, les hommes, les personnes âgées.
- 9- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques = pour ce qui concerne les dispositions médico-légales (certificats, protection,...), les dispositions médico-administratives (dispositif conventionnel, fiches

administratives, ...) et les dispositions déontologiques (secret professionnel, information et consentement,...)

- 10- Assurer la gestion de l'entreprise médicale = fiscalité, comptabilité, secrétariat, informatique, dossier médical, organisation du temps et du travail...
- 11- Réfléchir à ses actions professionnelles, évaluer sa pratique, organiser et maintenir sa formation professionnelle.

RESUME

Introduction : Le développement des maisons ou pôles de santé pluri-professionnels pourraient permettre de répondre à l'évolution de la société quant aux problèmes de santé et à la volonté des professionnels médicaux d'exercer leur métier autrement.

Objectifs : L'objectif est d'étudier les avantages à exercer dans ces structures pour les médecins généralistes.

Matériel et méthodes : Une recherche qualitative a été conduite par des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes en Poitou-Charentes et en France. L'analyse a été effectuée par deux chercheurs avec le logiciel NVIVO. La saturation des données a été atteinte après 13 entretiens.

Résultats : Ce mode d'exercice améliore les conditions de travail, la qualité des soins ainsi que la qualité de vie des professionnels de santé. Les actions de santé publique y sont facilitées. Le travail en équipe pluri-professionnelle enrichit la pratique des acteurs de soins. Les médecins y acquièrent plus de compétences. Les maisons de santé peuvent être un moyen de lutter contre la désertification médicale en offrant un outil pouvant séduire de jeunes professionnels de santé. Elles permettent aux médecins d'avoir un rôle d'enseignement universitaire. Il existe des inconvénients, notamment la gestion administrative lourde de ces structures, mais au regard des aspects positifs, cela peut paraître secondaire.

Conclusion : Les maîtres mots de l'exercice en maison ou pôle de santé sont : coordination, collaboration, travail en équipe, projet de santé. Les possibilités d'améliorer les soins primaires sont nombreuses. Les maisons et pôles de santé en sont un des éléments.

MOTS CLES :

Maison de santé - Pôle de santé - Soins primaires - Médecin généraliste - Coordination - Travail en équipe - Conditions de travail - Qualité de vie - Désertification médicale - Recherche qualitative.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

