

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 23 Juin 2014 à Poitiers
par Mlle Aurélie MOUTOUSSAMY

**Intérêt des jeunes médecins généralistes de la Vienne pour les maisons de
santé pluriprofessionnelles**

Enquête auprès de 15 jeunes médecins généralistes par entretiens semi directifs

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
Monsieur le Docteur François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gérard BRU



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, oncologie - 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. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Remy, 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, oncologie
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 Remy, 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, oncologie
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, oncologie 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

A Monsieur le Professeur ROBLOT,

Vous m'avez accueillie dans votre service au début de mon internat, et vous me faites aujourd'hui le grand honneur de présider mon jury. Veuillez croire en l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur SENON,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse. Veuillez croire en l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur PACCALIN,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma sincère considération.

A Monsieur le Docteur BIRAULT,

Je vous ai croisé tout au long de mes études et de mes remplacements. Je vous remercie sincèrement de participer à ce jury.

A Monsieur le Docteur BRU,

Je vous suis très reconnaissante de m'avoir accompagnée et conseillée tout d'abord en tant que stagiaire puis sur ce long travail de thèse. Merci pour votre disponibilité.

A tous les jeunes médecins qui ont m'ont aidée pour mon étude,

Merci à Vanessa et à Philippe en particulier pour votre disponibilité et vos conseils.

A tous les médecins que j'ai croisés pendant ma formation,

Merci de m'avoir aidé à devenir le médecin généraliste que je suis aujourd'hui.

A mes amis qui m'ont soutenue durant ce long périple : Sandra, Thomas, Romain, Antoine, Angélique, Nicolas,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble qui m'ont permis de relâcher un peu la pression.

A David,

« Et ta thèse ? » Je peux enfin te répondre : ça y est j'arrive au bout !

A Aymeric,

Merci pour ces bons moments passés ensemble avec toi et tes filles, j'espère qu'ils seront encore nombreux. Merci pour ton soutien et pour ta patience.

A mes parents,

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait et que vous faites encore pour moi aujourd'hui. C'est grâce à vous que je suis devenue médecin généraliste. Merci pour votre patience et de votre amour. Vous serez toujours mon « pitit papa » et ma « pitite maman » chéris.

A ma petite sœur,

Pas facile de me supporter, mais merci pour tes encouragements et tes bons conseils !

A Mamie Chouchou,

Merci d'avoir prié pour moi pendant toutes ces années. J'y suis arrivée, en partie grâce à toi. Merci Mamie chérie.

A ma famille « expatriée » en Métropole : Denis et la famille AARON, Tatie Nicole, Olivier et sa petite famille :

Merci d'avoir été là, pendant mes longues études ! Que de bons moments passés ensemble ! Merci de m'avoir remonté le moral pendant mes périodes de « blues » !

A Ma famille de la Réunion,

Loin des yeux mais toujours près du cœur ! Vous avez toujours été et serez toujours source de réconfort pour moi.

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ECN : Examen Classant National

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FREMAPOSE : Fédération régionale des Réseaux, Maisons et Pôles de santé en Poitou Charentes

HAS : Haute Autorité de Santé

ISNAR IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

PAPS : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé

PSP : Pôle de Santé Pluriprofessionnel

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| <i>Liste des enseignants de la faculté</i> | 2 |
| <i>Remerciements</i> | 4 |
| <i>Abréviations</i> | 6 |
| <i>Table des matières</i> | 7 |
| I. Introduction et problématique | 9 |
| II. Contexte actuel | 12 |
| II.1 <u>Démographie médicale inégale</u> | 12 |
| II.1.1 Nombre de médecins stable..... | 12 |
| II.1.2 Profil des médecins en activité change..... | 13 |
| II.1.3 Evolution des disparités régionales..... | 13 |
| II.2 <u>Activité libérale de la médecine générale moins attractive</u> | 14 |
| II.2.1 Polyvalence du médecin libéral..... | 14 |
| II.2.2 Profession en mutation..... | 14 |
| II.2.3 Installation du médecin généraliste..... | 16 |
| II.3 <u>Un nouveau mode exercice : la Maison de santé pluriprofessionnelle</u> | 17 |
| II.3.1 Définitions..... | 17 |
| II.3.2 MSP en Poitou Charentes..... | 19 |
| II.3.3 MSP : un exercice innovant..... | 21 |
| II.3.4 MSP et collectivités territoriales..... | 23 |
| II.3.5 MSP et médecins installés..... | 23 |
| II.3.6 MSP et patient..... | 24 |
| III. Matériels et méthode | 25 |
| III.1 <u>Choix d'une étude qualitative</u> | 25 |
| III.2 <u>Description de la méthode</u> | 26 |
| III.3 <u>Population étudiée</u> | 26 |
| III.4 <u>Réalisation de l'enquête</u> | 27 |
| III.5 <u>Verbatim/retranscription des données</u> | 28 |
| III.6 <u>Analyse des données</u> | 28 |
| IV. Résultats | 30 |
| IV.1 <u>Caractéristiques des médecins interrogés</u> | 30 |
| IV.2 <u>Principaux résultats de l'étude</u> | 32 |
| IV.2.1 Représentation MSP pour les jeunes médecins..... | 32 |
| IV.2.1.1 <i>Notion vague</i> | 32 |
| IV.2.1.2 <i>MSP versus cabinet pluriprofessionnel proche</i> | 33 |
| IV.2.1.3 <i>Evolution exercice libéral</i> | 35 |
| IV.2.1.4 <i>Expériences différentes en MSP</i> | 37 |

| | | |
|--------------|--|----|
| IV.2.1.5 | <i>Enjeux de santé publique</i> | 40 |
| IV.2.1.6 | <i>Récapitulatif de la représentation des MSP</i> | 43 |
| IV.2.2 | Exercice souhaité et exercice en MSP..... | 44 |
| IV.2.2.1 | <i>Rôle des remplacements</i> | 44 |
| IV.2.2.2 | <i>Image de l'exercice souhaité</i> | 45 |
| IV.2.2.3 | <i>Avantages exercice en MSP</i> | 47 |
| IV.2.2.4 | <i>Inconvénients exercice en MSP</i> | 54 |
| IV.2.2.5 | <i>Récapitulatif de l'exercice souhaité et l'exercice en MSP</i> | 63 |
| IV.2.3 | Installation en MSP pour les jeunes médecins..... | 64 |
| IV.2.3.1 | <i>Liberté d'installation</i> | 64 |
| IV.2.3.2 | <i>Intéressés pour la plupart</i> | 66 |
| IV.2.3.3 | <i>Conditions essentielles</i> | 66 |
| IV.2.3.4 | <i>Monter une MSP : partagé</i> | 68 |
| IV.2.3.5 | <i>Récapitulatif de l'installation des jeunes et des MSP</i> | 70 |
| V. | Discussion | 71 |
| V.1 | <u>Discussion de la méthode</u> | 71 |
| V.1.1 | Limites et difficultés..... | 71 |
| V.1.2 | Validité interne et externe..... | 72 |
| V.2 | <u>Discussion des résultats</u> | 72 |
| V.2.1 | Synthèse des résultats..... | 72 |
| V.2.1.1 | <i>Les jeunes sont intéressés par l'exercice en maison de santé</i> | 72 |
| V.2.1.2 | <i>Les jeunes ne connaissent pas bien les MSP</i> | 75 |
| V.2.1.3 | <i>Les jeunes ont envie de s'installer en MSP</i> | 76 |
| V.2.1.4 | <i>Comparaison des attentes des jeunes avec et sans expérience en MSP</i> | 77 |
| V.2.1.5 | <i>Comparaison des attentes des remplaçants et des internes</i> | 78 |
| V.2.2 | Avantages perçus par les jeunes médecins comparés à ceux perçus par les médecins installés en MSP..... | 79 |
| V.3 | <u>Perspectives</u> | 80 |
| V.3.1 | Former un médecin généraliste opérationnel à la fin des études..... | 80 |
| V.3.2 | Intervenir sur les freins de l'exercice en MSP..... | 81 |
| V.3.3 | MSP : une solution pour maintenir une offre de soin sur le territoire ?..... | 83 |
| VI. | Conclusion | 85 |
| VII. | Bibliographie | 87 |
| VIII. | Annexes | 92 |
| IX. | Résumé | 96 |
| X. | Serment d'Hippocrate | 97 |

I. Introduction et problématique

Le médecin généraliste joue un rôle pivot dans l'organisation de la médecine ambulatoire depuis le dispositif du médecin traitant en 2004.

L'Atlas de la démographie médicale de la région Poitou Charentes (2011) (1) montre que l'activité libérale est majoritaire dans la Vienne (66,4% contre 30,9% de salariés). Pourtant, l'activité libérale de la médecine générale connaît un véritable désintérêt au profit de l'activité salariée et du remplacement.

Les jeunes médecins ne font pas les mêmes choix que leurs aînés. En 2011, 71% des nouveaux inscrits à l'Ordre national des médecins dans la région Poitou Charentes ont choisi une activité salariée, tandis que 10% seulement ont opté pour une activité libérale (contre 9,4% à l'échelle nationale). 17,7% des nouveaux inscrits quant à eux ont préféré les remplacements (1). En 2017, les études du CNOM prévoient que seuls 58,5% des médecins généralistes exerceront en secteur libéral (2). Actuellement, 35 départements sont potentiellement en danger car ils cumulent une forte probabilité de départs massifs à la retraite d'ici à 2017 et une faible présence de jeunes générations en secteur libéral. La médecine générale libérale génère moins de vocations chez les jeunes médecins dans ce contexte de démographie médicale inégale (3). Pour éviter la constitution de déserts médicaux, les pouvoirs publics essaient d'inciter les jeunes médecins à s'installer dans les zones à risque.

Dans ce contexte, depuis quelques années, on voit se développer un nouveau mode d'exercice: les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ces maisons de santé ne sont pas seulement un regroupement de praticiens, mais une équipe avec un exercice coordonné pour assurer une prise en charge globale optimale du patient (4). Elles recueillent un vif intérêt des pouvoirs publics, des collectivités locales et de certaines assurances (MSA) (5), leur apparaissant comme une des solutions potentielles à la désertification de certains territoires. Elles pourraient maintenir voire améliorer la qualité des soins de proximité ainsi que le dynamisme du territoire.

Notre travail a pour but de d'étudier la perception et l'intérêt de ce nouvel exercice chez de jeunes médecins généralistes non encore installés.

Problématique

Dans sa thèse sur les avantages à exercer en maison de santé selon les médecins généralistes installés en maison de santé (6), P. MIGNE constate que la maison de santé a un avenir prometteur pour les médecins. Les professionnels à l'origine de ces projets sont souvent déjà installés avec une expérience de l'activité soit en groupe soit seul. Ils voient en ces projets de MSP un moyen de réorganiser leur temps de travail pour assurer une

continuité des soins des patients tout en s'assurant à eux-mêmes des conditions de travail meilleures (7).

Il peut être intéressant de recueillir le point de vue des jeunes médecins, en début d'activité libérale, concernant les maisons de santé afin de savoir s'ils sont, eux aussi, intéressés comme leurs aînés.

Question de recherche :

Quel est l'intérêt des jeunes médecins généralistes non installés pour l'activité au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne?

Objectif principal de l'étude:

Notre étude va essayer de définir ce qui peut plaire et attirer les jeunes médecins pour une première installation dans les maisons de santé dans la Vienne.

Objectifs secondaires de l'étude :

Les conditions de travail proposées par leurs confrères installés en maisons de santé correspondent-elles aux attentes de la nouvelle génération de médecins ?

L'installation dans une MSP peut-elle inciter les jeunes médecins à s'installer plus précocement ?

Quelles sont leurs attentes vis-à-vis des pouvoirs publics ?

Enfin, les maisons de santé peuvent-elles être une solution à une démographie médicale inégale sur le territoire en attirant la jeune génération de médecins généralistes ?

Hypothèse de recherche :

Les jeunes médecins non installés ont envie d'exercer une activité libérale mais de façon différente de celle de leurs aînés. Dans sa thèse, A. POPPELIER a défini et comparé les souhaits de différentes générations de médecins généralistes du Poitou-Charentes sur l'exercice de la médecine libérale (8). Les jeunes médecins semblent favorables à un regroupement pluridisciplinaire. Ils souhaitent aussi organiser leur temps de travail afin de se dégager plus de temps libre que leurs aînés. Quant aux difficultés les plus souvent ressenties, les médecins interrogés citent surtout la charge administrative lors des consultations, le manque de temps, l'importance des horaires, une rémunération trop faible et la mauvaise éducation des patients.

Les maisons de santé permettent d'exercer une activité libérale en groupe pluriprofessionnel avec une mutualisation des moyens. Une réorganisation du temps de travail peut assurer un nouvel équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Il semble donc bien que l'exercice souhaité par les jeunes médecins puisse correspondre à l'activité que proposent les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Dans un premier chapitre, nous ferons le point sur la démographie médicale inégale actuelle, sur les mutations de la médecine libérale et nous aborderons cette nouvelle façon d'exercer la médecine libérale : la maison de santé pluriprofessionnelle.

Dans un deuxième chapitre, nous verrons les matériels et la méthode de recherche, le mode de recueil des données pour lequel nous avons privilégié la méthode qualitative, et leur traitement.

Dans une troisième partie, nous verrons la façon dont les jeunes médecins appréhendent l'exercice en maison de santé et leur intérêt suite à l'analyse des entretiens.

Dans une quatrième partie, enfin, nous discuterons des différents résultats de l'étude.

II. Contexte actuel de l'offre de soins

II.1 Démographie médicale inégale

II.1.1 Nombre médecins stable

En 2012, selon le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), la densité des médecins en activité en France métropolitaine est de 306 pour 100 000 habitants en moyenne **(9)**. Au 1^{er} janvier 2013, on compte 199 419 médecins en activité régulière **(2)**, activité en légère baisse (-0.12% par rapport à 2012). Même si ce chiffre des médecins en activité « régulière » (excluant les remplaçants) semble stable. Il existe de grosses différences entre les régions (par exemple, 237/100 000 habitants en Picardie contre 368/100 000habitants en région PACA). Ainsi, le CNOM prévoit un« grave problème pour les spécialités en crise ».

Une des raisons de ce déclin tient au numerus clausus qui a chuté de 8 500 en 1971 à 3 500 au début des années 1990. Parallèlement, le vieillissement du corps médical (âge moyen de 51 ans) conduira à des départs massifs à la retraite ces prochaines années. L'atlas national de la démographie médical 2013 **(2)** met en évidence un très léger tassement de l'offre de soins libérale (57%). Selon les projections réalisées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques(DRESS) **(3)**, le nombre de médecins actifs devrait baisser de 10 % au cours des dix prochaines années.

Au 1^{er} janvier 2013 **(2)**, on constate un accroissement du nombre de nouveaux inscrits au tableau de l'ordre des médecins de +4,5% en un an conséquence de l'augmentation du numerus clausus. Si 12% des nouveaux inscrits ont choisi l'exercice libéral, l'analyse d'une cohorte montre que 5 ans plus tard, ils sont 35% à exercer sur le mode libéral.

Concernant la Médecine Générale, si 23% choisissent l'exercice libéral en 1^{ère} inscription, 5 ans plus tard ce chiffre atteint 45,5%. La répartition des médecins par mode d'exercice a peu évolué ces dix dernières années. En 2012, six médecins sur dix exercent en libéral, une proportion à peu près stable depuis 2000. **5 %** des médecins exercent dans le secteur libéral en tant que remplaçant, un taux identique à celui observé en 2000 **(9)**. Le mode d'exercice semble, par ailleurs, très lié à l'âge du médecin. L'exercice libéral augmente avec l'âge 63 % des plus de 50 ans exercent en libéral, contre 35 % environ avant 35 ans. Les jeunes médecins libéraux exercent souvent en tant que remplaçant (43 % avant 35 ans), contre 3 % des médecins âgés de 50 ans ou plus **(2)**. Le remplacement peut constituer en effet un exercice qui précède souvent une installation, au cours des premières années de carrière du médecin. Selon l'étude de A. HUSSON **(10)** auprès de médecins généralistes remplaçants de moins de 40 ans (niveau national), les jeunes médecins voient les remplacements comme une période transitoire dans leur parcours professionnel.

II.1.2 Le profil des médecins en activité change

Les retraités actifs (10 952) sont plus nombreux (+ 300% en 6 ans) **(2)**.

Des médecins diplômés en Europe et hors Europe (7,8% des inscrits) sont 17 835 à exercer de façon régulière. Ces médecins viennent principalement d'Algérie (22%), Roumanie (18%) et Belgique (9%).

La féminisation se poursuit (+1% par rapport à 2012) : 43% des médecins en activité sont des femmes.

Mais l'évolution de la démographie médicale dépendra largement des décisions publiques et de l'évolution des choix individuels des jeunes médecins. Si les choix individuels se maintiennent, même en relevant le numerus clausus à 8 000 en 2011, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030 **(11)**. De plus, la part des médecins salariés, généralistes ou spécialistes, continuerait d'augmenter au détriment des libéraux.

II.1.3 Les disparités régionales évoluent

Ces évolutions démographiques s'accompagnent d'importantes disparités territoriales. On ne peut pas compter sur l'augmentation du nombre de médecins pour résoudre le problème de leur inégale répartition sur le territoire. Les projections montrent que la France sera confrontée à une pénurie des professionnels de santé dans les années à venir **(3)**. En janvier 2012, la densité des médecins généralistes en Poitou Charentes est de 268 médecins pour 100 000 habitants (moyenne nationale : 306 pour 100 000 habitants) **(9)** mais il existe de grandes disparités entre les départements. 46% des médecins généralistes ont 55 ans et plus.

On assiste par ailleurs à une modification de l'attractivité des régions. En effet, de 2007 à 2013 **(2)**, trois régions se distinguent par une baisse significative des médecins inscrits en activité régulière : la région Ile-de-France (-4,8%), puis la région Champagne-Ardenne (-3,4%) et la région Centre au 3ème rang des régions qui dénombrent la plus forte diminution des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière (-2,9%). Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France, Midi Pyrénées, Aquitaine et Languedoc Roussillon, quant à elles, présentent la plus forte densité de médecins par habitant, mais attirent de moins en moins les médecins. Les régions les plus attractives actuellement sont : la région des Pays-de-la-Loire au 1er rang de classement des régions les plus attractives (+5,2%) puis la région Alsace (+4,5%) et la région Rhône-Alpes (+4,2%).

II.2 L'activité libérale de la médecine générale moins attractive

II.2.1 Polyvalence du médecin libéral

Le médecin généraliste exerce plusieurs tâches dans son exercice professionnel libéral : son activité de soins de premier recours auprès des patients, un temps consacré à la formation et les tâches de gestion. Souvent, le médecin cumule une autre activité professionnelle et son activité au cabinet.

Concernant le temps de travail, 78 % des médecins déclarent travailler au moins 50 heures/semaine (selon l'étude menée par la DRESS en 2012) (12). Outre le temps de soins, s'ajoute le temps de gestion du cabinet représentant environ 7% du temps hebdomadaire. Le médecin consacre environ 4h aux « tâches de gestion, au secrétariat, à la comptabilité en dehors des consultations et des visites de la semaine précédant l'enquête ». La présence d'aides à la gestion du cabinet dépend des modalités d'exercice (seul ou en groupe) et du volume d'activité. Même les médecins faisant appel à un secrétariat et à un comptable déclarent y consacrer 3,7 h/semaine contre 5h pour les généralistes qui ne délèguent pas.

En plus de l'exercice en cabinet, les généralistes ont souvent une autre activité. Ils ne sont que 28% à n'avoir qu'une activité de patientèle au cabinet. Les deux autres tiers exercent soit une activité dans la permanence des soins (gardes notamment), soit une activité de coordination dans des structures médico-sociales (établissements de santé, maisons de retraite, crèche...), soit une activité d'expertise, soit une activité dans des organisations professionnelles.

Au final, la plupart des médecins de cette étude ont le sentiment de parvenir plutôt bien à prendre en charge les tâches de gestion, de secrétariat et de comptabilité. 36% se considèrent comme « bien organisés » et déclarent que « les choses se passent comme ils le souhaitent ». 45% des médecins avouent « qu'ils pourraient être mieux organisés mais que dans l'ensemble ça va » mais 19% ont « le sentiment d'être débordés ». Les tâches de gestion qui semblent faire peur aux jeunes médecins ne semblent pas insurmontables à leurs aînés installés. Mais les jeunes n'ont pas forcément envie d'exercer la médecine comme leurs aînés.

II.2.2 Une profession en mutation

La médecine générale libérale apparaît comme « une profession en mutation » (la lettre de l'observatoire Alptis, 13).

Tout d'abord, l'activité libérale devient délicate au sein d'un secteur de santé régulé. Le médecin est indépendant au sein du processus de soins mais il est surveillé notamment par la sécurité sociale. Les conventions avec la sécurité sociale uniformisent les tarifs. Les

dépassements d'honoraire sont limités. Les mesures d'économie de la sécurité sociale font que les médecins se sentent contrôlés. Ils ont des comptes à rendre sur leurs prescriptions : antibiotiques, génériques, arrêts de travail notamment.

Par ailleurs, il existe une réelle désaffection de l'exercice libéral par les nouveaux médecins. D'après HUBERT (2010), l'installation est vécue comme « une période d'insécurité professionnelle ». Les jeunes ont peur d'investir dans un cabinet en raison d'incertitude financière et patrimoniales dans un contexte de crise. L'installation apparaît aussi comme un engagement définitif pouvant gêner toute mobilité professionnelle (notamment évolution professionnelle du conjoint). On assiste à une perte de l'esprit entrepreneurial nécessaire à la création d'une activité libérale. D'un autre côté, le salariat apparaît comme une alternative plus sûre et moins contraignante. Pour certains, selon CACHINERO (2010) (14), le salariat serait « un rêve de médecin ». Ces derniers ont souvent des opportunités salariales, que ce soit des postes de médecins coordonnateurs dans le secteur médico-social, dans les conseils généraux ou au sein de regroupement de structures.

Le système de formation des médecins est aussi peu propice à générer des vocations d'activité libérale chez les étudiants. Des efforts sont faits en ce sens : stages en médecine ambulatoire, stage hors CHU... Le futur médecin généraliste peut ressentir un manque de valorisation à cause d'une sélection par l'échec de l'étudiant aux examens classant. Il serait profitable de valoriser l'image de la médecine générale pendant les études afin de faire naître des vocations (16).

D'un autre côté, on note l'émergence d'un réel malaise du métier de médecin avec des « burn out ». 10% des médecins seraient en détresse psychologique (DEPRES et al, 2010, 17). Une accumulation de stress aboutirait à un sentiment d'échec et un déclin des compétences pouvant entraîner des dévissements de plaques. D'après DUMESNIL et al (2009, 18), 26% des médecins avouent un épuisement émotionnel, 33% une dépersonnalisation qui entraîne une attitude impersonnelle vis-à-vis du patient. 26% enfin considèrent avoir un accomplissement personnel réduit.

La médecine générale libérale est en crise : les vocations d'activité en libéral sont moins fréquentes chez les jeunes médecins. D'un autre côté, la régulation de l'offre en médecine ambulatoire veut garantir à tous les citoyens l'accès à des soins répondant à leurs besoins et une égalité dans cet accès. Cet objectif nécessite des médecins en nombre suffisant. Dans ce but, il convient de maintenir l'attractivité de la profession médicale pour les futurs étudiants, en particulier celle de la médecine générale en libéral.

Toutefois, d'après l'étude menée par la DREES sur l'exercice de la médecine libérale (2007) (19), globalement, $\frac{3}{4}$ des médecins déclarent aussi être satisfaits de leur activité professionnelle. La satisfaction décroît avec l'âge et la durée de travail, mais elle semble

augmenter avec le volume d'activité et l'exercice en secteur 2. 75,8% des médecins se déclarent satisfaits de leur exercice professionnel.

II.2.3 L'installation du médecin généraliste

En début d'activité, les médecins sont libres de choisir leur région d'exercice. La plupart semblent privilégier la région dans laquelle ils ont effectué leur internat. Ainsi, 78 % des médecins diplômés depuis moins de 4 ans exercent encore dans la région où ils ont obtenu leur diplôme.

Par ailleurs, le temps entre le diplôme et l'installation du jeune médecin augmente. L'âge d'installation est de 35 ans en 2001 contre 31 ans dans les années 80 (CREDES, avril 2004) **(20)**. En 2010, cet âge d'installation passe à 38 ans. Mais les jeunes médecins semblent rattraper vite le niveau d'activité des médecins installés plus tôt (environ 6000 actes/an atteint en fin de carrière auparavant, maintenant atteint en milieu de carrière).

Dans l'atlas de la démographie médicale de 2013 **(2)**, on se rend compte que 27% des jeunes médecins généralistes choisissent une activité libérale lors de leur première inscription au tableau de l'ordre, mais l'analyse d'une cohorte montre que 5 ans plus tard, ce chiffre atteint 45,5%. Les jeunes médecins s'installent en libéral à condition d'avoir un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. La qualité de vie et les conditions de travail priment sur les revenus.

Les principales motivations à l'installation sont : l'indépendance professionnelle, le contact privilégié avec le patient et la gestion du temps de travail. Plusieurs études **(21, 22, 23)** constatent que souvent l'installation est le « fruit du hasard » suite à une opportunité : proposition d'association à la suite de remplacements ou d'une collaboration. Ainsi l'environnement, tant professionnel (présence de structures sanitaires de proximité) qu'extra-professionnel (scolarisation des enfants, épicerie, travail du conjoint) est un des éléments essentiels à l'installation des médecins.

Ce désir de consacrer plus de temps à sa vie privée, se traduit également par une modification dans la manière de travailler. Le choix de l'exercice en groupe est fait par près de 80 % des jeunes médecins **(21)**, d'une part par rejet d'un isolement intellectuel, mais aussi afin de partager les tâches administratives, ressenties souvent comme trop lourdes. Le travail en groupe est aussi préféré dans un objectif de faciliter la continuité et la permanence des soins tout en permettant au professionnel de diminuer sa charge de travail, de prendre des congés voire de travailler à temps partiel. Dans son étude sur les profils et les perspectives des nouvelles générations de médecins généralistes **(21)**, G. SZWARC insiste sur le fait que l'exercice en groupe est de plus en plus plébiscité et encouragé par les institutions professionnelles. Il semble prédominant chez les femmes et les jeunes médecins. Lorsqu'on

interroge les internes de médecine générale dans différentes études, on constate qu'il est largement désiré par les futurs installés. Ce mode d'exercice semble en effet apporter une réponse aux problèmes financiers, administratifs et à la permanence des soins, qui peuvent souvent être perçus comme des freins à l'installation.

La médecine générale libérale se retrouve aussi en concurrence avec l'attractivité du salariat dans diverses structures (hospitalières, maisons de retraite, santé publique) avec sa sécurité et son confort de travail. Le médecin libéral peut être attiré au contraire par une liberté et une autonomie qu'on ne retrouve pas dans le salariat. La richesse et la diversité du métier se retrouvent aussi souvent dans l'exercice libéral de la médecine générale (22).

L'exercice libéral de la médecine générale est en pleine mutation, les attentes des jeunes générations diffèrent de celles de leurs aînés. On constate en parallèle des zones fragiles dans lesquelles il y a risque de pénurie d'offre de soins. Les politiques publiques dans les domaines de la santé et de l'aménagement du territoire sont indissociables pour répondre aux attentes et aux besoins des français. Il s'agit d'une finalité à part entière de la Loi HPST. L'enjeu est désormais de créer les conditions du changement et des initiatives partenariales dans les territoires. La condition du succès réside dans la capacité des acteurs de santé et des élus à se mobiliser et faire émerger une vision partagée, autour d'une « communauté de destins » permettant de renforcer l'accès à des soins de qualité pour tous dans les territoires. Les maisons de santé pourraient être une alternative afin d'éviter une pénurie de médecins dans les zones fragiles.

II.3 Un mode exercice en développement : la Maison de santé pluriprofessionnelle

II.3.1 Définitions

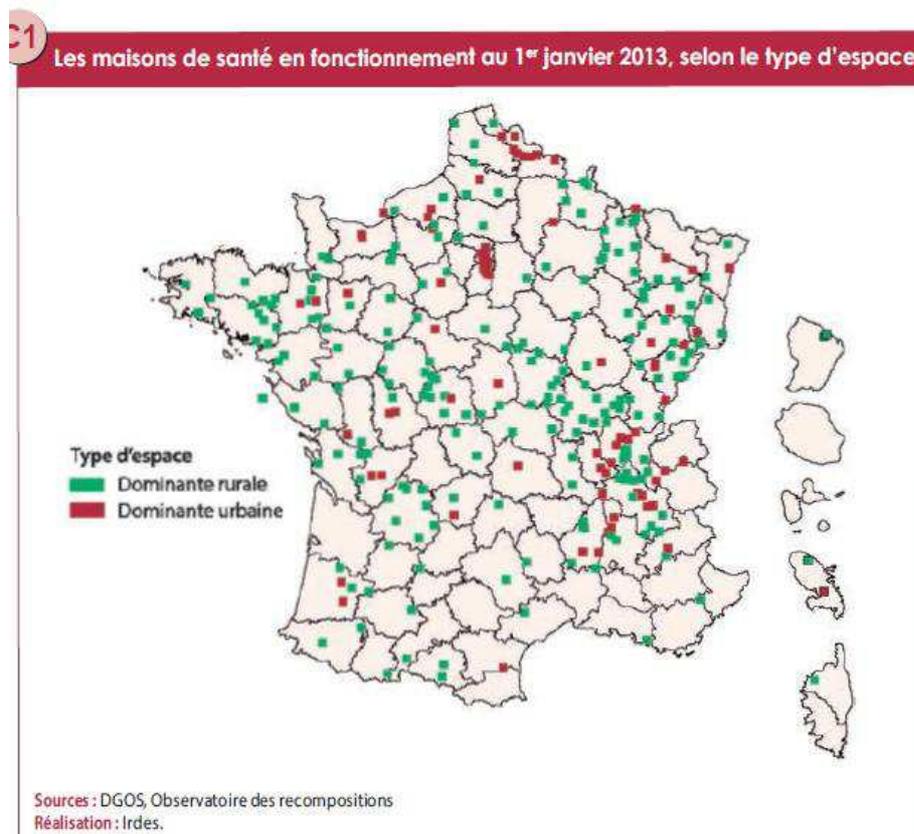
Le code de santé publique (loi du 10 août 2011 dite loi Fourcade) définit la maison de santé comme : (Article L. 6323-3) « une personne morale, constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. » Il s'agit d'une collaboration entre différents professionnels de santé mais aussi des professionnels médico-sociaux. « 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 . »

Il n'y a pas de « labellisation » au sens strict, donc toute structure peut s'appeler maison de santé, mais dès que des financements publics sont sollicités, le projet doit alors répondre

à un cahier des charges dressé par la DGOS : au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute,...) avec un projet de santé (24). Ce «projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé et 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.» Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte.

On peut définir la notion de pôle de santé (4) comme un rassemblement « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopérations sanitaires, et des groupements de coopérations sociale et médicosociale ».

Les maisons de santé se développent sur le territoire. Leur nombre a doublé entre 2012 et 2013. En mars 2014, on compte 436 maisons de santé en fonctionnement et 493 projets (contre 240 et 309 en mars 2013) sur le territoire (25).



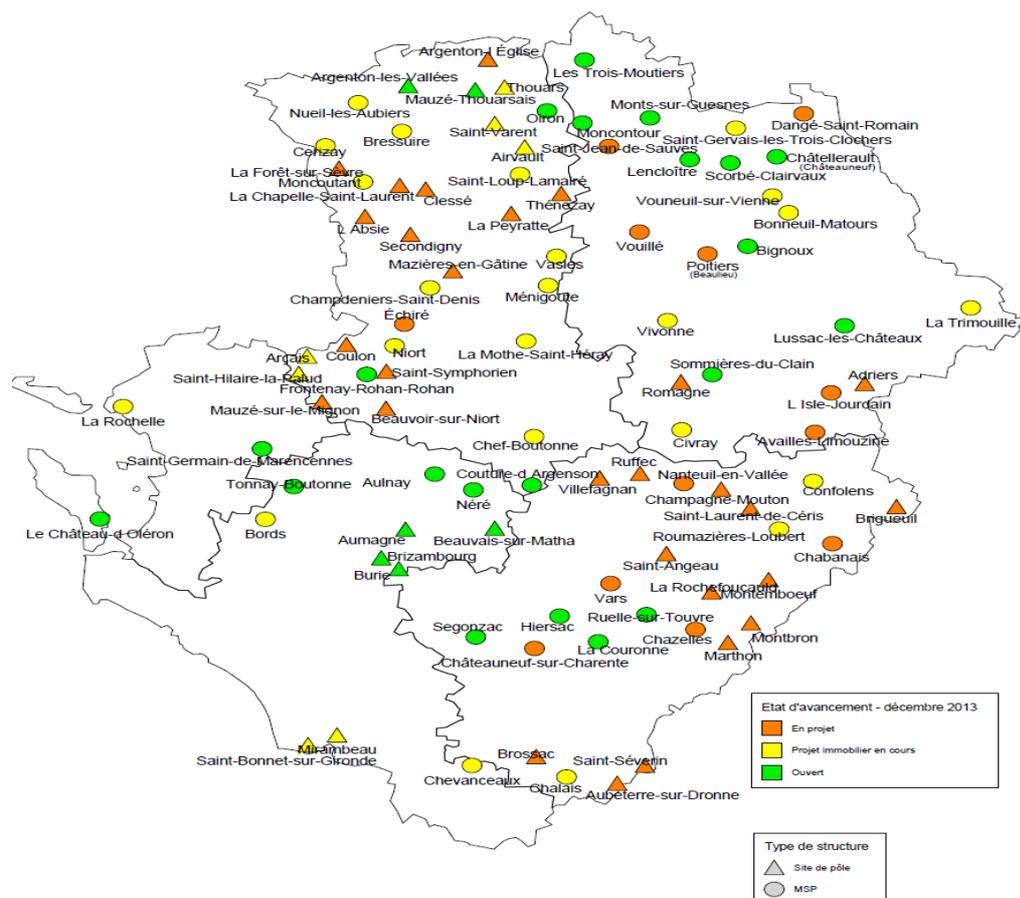
Selon l'étude de l'IRDES (2013) sur la répartition géographique des maisons et pôles de santé en France **(26)**, $\frac{3}{4}$ des maisons de santé sont situées dans des bassins de vie à dominante rurale qui regroupent 1/3 de la population métropolitaine. Dans ces espaces, la majorité des MSP sont situées dans des bassins de vie défavorisés en termes d'offre de soins. Il semblerait qu'il y ait une tendance au maintien de la densité médicale dans les espaces où sont situés les MSP entre 2004-2008 et 2008-2010 : la diminution de la densité médicale serait moindre dans les espaces à dominante rurale (les bassins de vie accueillant les MSP auraient gagné en moyenne 1,2 médecin entre ces 2 périodes, mais ces résultats ne sont pas significatifs).

II.3.2 MSP en Poitou Charentes

En 2010, la moitié de la population régionale a consulté un médecin généraliste dans sa commune ou dans une commune située à moins de quatre minutes de son domicile. Cependant, 1 patient sur 10 a consulté à plus de 20 minutes de son domicile. La densité de médecins généralistes libéraux dans la région est comparable à la moyenne nationale. Elle est même supérieure pour les généralistes de secteur 1 (72 équivalents temps plein contre 66 pour 100 000 habitants) **(27)**. Mais certaines zones rurales du Poitou-Charentes sont moins favorisées que d'autres, principalement en Deux-Sèvres, au sud de la Charente et dans l'est de la Vienne, d'autant plus que les généralistes y sont parfois amenés à pallier l'absence de certains spécialistes. Au 1er janvier 2013, l'âge moyen des 2 000 médecins généralistes libéraux du Poitou-Charentes est de 52 ans : 16 % ont moins de 40 ans et près de 25 % ont 60 ans et plus. La question du renouvellement des généralistes pourrait se poser plus précocement dans des zones considérées comme fragiles où il y a moins de 4 jeunes généralistes pour 100 000 habitants (un tiers de la population de la région) **(28)**. Il s'agit d'espaces ruraux isolés mais également de certaines villes comme Châtelleraut, Thouars ou Angoulême et sa périphérie. Dans certaines de ces zones à risque de pénurie de médecins, on voit se monter des maisons de santé dans le but d'essayer de maintenir une offre de soins de proximité.

La région Poitou Charentes fait partie des régions comptant le moins de maisons de santé. Mais, alors qu'en 2013, on comptait 12 maisons de santé en fonctionnement, elles sont, en 2014, 16 ouvertes et 34 en projet **(25)**. Ce mode d'exercice est en développement dans la région.

Pôles et maisons de santé pluridisciplinaires



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque
ARS Poitou-Charentes, réalisation COSA, décembre 2013

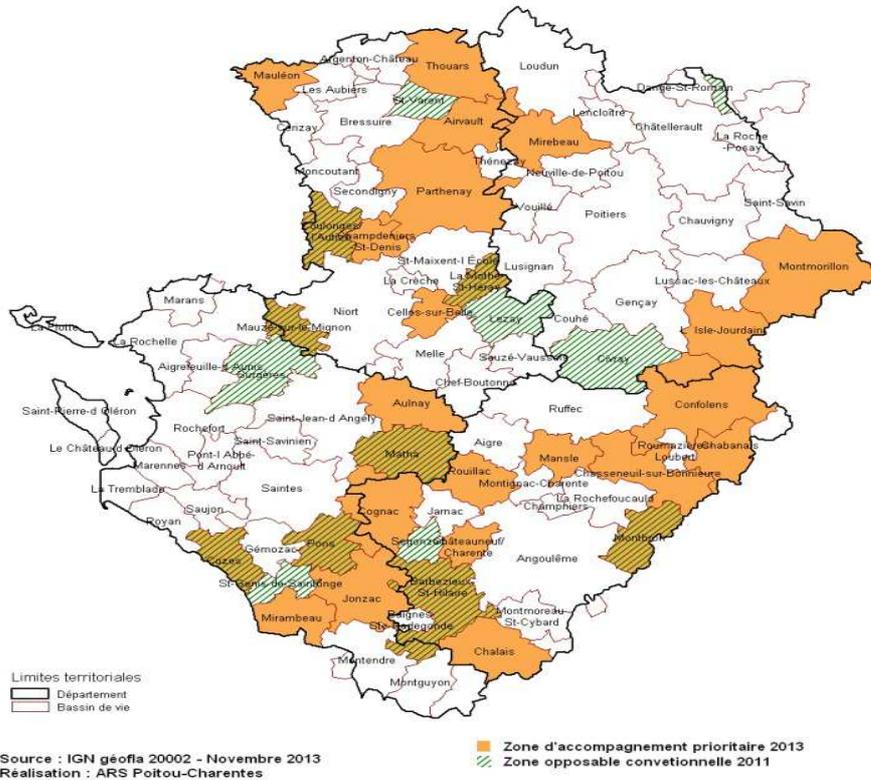
En Vienne

En 2008, le territoire de santé de la Vienne compte 424 354 habitants, ce qui en fait le territoire le plus peuplé de Poitou-Charentes. Ce territoire de santé est le plus jeune de la région avec 31 % de sa population âgés de moins de 25 ans et 18 % âgés de 65 ans et plus, soit 6 points de moins que le territoire de Charente-Maritime Sud et Est. Comparativement à la France métropolitaine, la part des personnes âgées est cependant plus importante dans la Vienne. De même, l'indice de vieillissement de la Vienne est le plus faible de la région. Ainsi, dans la Vienne, 78 personnes âgées de 65 ans et plus sont dénombrées pour 100 jeunes de moins de 20 ans contre 68 dans l'hexagone et 91 en moyenne en Poitou-Charentes (27). La population vieillissante a une demande de soins plus importante. La Vienne est une région rurale. Certaines zones ciblées par le SROS souffriront d'un manque de professionnels de santé, et de médecins dans les années à venir : les zones d'accompagnement prioritaires.

Zones d'accompagnement prioritaire

Actualisation 2013

28 zones - 20% de la population des bassins de vie du Poitou-Charentes



Le ZAP tient compte notamment de la démographie de 4 professions de santé dites de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute et chirurgien-dentiste. Ce zonage permet d'identifier les bassins les plus fragiles, cibles de mesures visant à maintenir une offre de soins de premier recours. On constate des projets de maisons de santé ou de pôles de santé dans ces territoires prioritaires.

II.3.3 La MSP: un exercice innovant

- Nouvelles pratiques professionnelles

Au sein de la MSP, les différents professionnels forment une équipe dans la prise en charge globale du patient. La coordination pluridisciplinaire s'opère autour de thèmes transversaux ou autour de dossiers de patients communs. Des protocoles de soins peuvent être définis par les équipes pluridisciplinaires de premier recours. Depuis 2010, la Haute Autorité de Santé travaille sur des recommandations transversales simplifiées utilisables par les équipes de soins de proximité comme l'exemple guide **élaboration protocole sur gestion quotidienne des AVK (29)**. Les démarches d'amélioration des pratiques et leur évaluation

peuvent être facilitées dans ces structures. Par ailleurs, la collaboration de différents professionnels permettent de diversifier les activités et de développer de nouvelles fonctions. La gamme d'offre de soins est plus étendue que dans un cabinet classique **(30)** : On peut proposer souvent des sutures, des pansements lourds, des plâtres, des dispositifs contraceptifs. La délégation de certaines tâches aux infirmières permet aux médecins de récupérer du temps médical. Les différents professionnels peuvent aussi proposer des actions de santé publique : éducation thérapeutique, prévention, information sur les facteurs de risques cardio-vasculaires.

- Nouveaux modes de rémunération (NMR)

La rémunération des professionnels de santé au paiement à l'acte seul semble connaître ses limites et le développement d'une rémunération forfaitaire pourrait se développer au sein de regroupement de professionnels. Une expérimentation de nouveaux modes de rémunération (NMR) est en cours depuis 2010 au sein de 149 sites. Une allocation proportionnelle au nombre de patients suivis et au niveau d'organisation de l'équipe est proposée. Cette expérimentation comprend plusieurs modules au choix :

- une indemnisation des temps de coordination dans la structure,
- un financement des « nouveaux services » (éducation thérapeutique par exemple),
- un financement de la coopération entre professionnels,
- des rémunérations forfaitaires de type capitation (rémunération en fonction du nombre de patients pris en charge) pour des pathologies chroniques.

- Développement technologique

Les MSP disposent plus souvent d'un système d'information performant avec des dossiers médicaux informatisés et partagés en réseaux entre les médecins. Les dossiers peuvent être partagés avec les autres professionnels de santé par l'intermédiaire du secrétariat (depuis la loi du 10 Août 2011, dite loi Fourcade. L'art. L 1110-4 du Code de santé publique) **(31)**. **Près 50%** des MSP ouvertes projettent de se doter d'un système d'information partagée mais seules 6% en disposent **(25)**. La télémédecine représente aussi une voie d'avenir qui pourrait être développée au sein des maisons de santé, bien qu'actuellement marginalement pratiquée (1 seule MSP sur l'ensemble des MSP renseignées) **(25)**.

II.3.4 La MSP et les collectivités territoriales

Les maisons de santé connaissent un développement fulgurant depuis 2008 suite aux implications des différents gouvernements. Le Pacte Territoire Santé porté par la ministre des affaires sociales et de la santé, M. TOURAINE, insiste sur la transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé (32). Il s'engage à développer le travail d'équipe avec pour objectifs : favoriser le regroupement de professionnels de santé afin de faciliter une prise en charge complète des patients et de créer des conditions d'installation attractives notamment dans les territoires manquant de professionnels.

Le maintien d'une offre de soins de qualité sur un territoire est un gage de dynamisme et d'attractivité, et pas seulement pour les patients âgés. Les collectivités rivalisent d'ingéniosité et de moyens pour attirer les professionnels de santé sur leurs communes rurales. Une couverture de soins de qualité favorise également le maintien de services et commerces de proximité mais aussi l'émergence d'initiatives de la part de la population, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi et surtout du point de vue de l'économie locale. Le but étant de maintenir la dynamique du territoire.

II.3.5 La MSP et les médecins installés

Les motivations des médecins pour mettre en place un projet de maison de santé sont nombreuses. Les praticiens en zone rurale y voient une alternative intéressante pour assurer la pérennité des soins et faire face à la surcharge de travail grâce à un outil performant. Les médecins de zone urbaine insistent sur le gain des MSP en termes d'amélioration des pratiques, d'échanges interprofessionnels et intergénérationnels (LEPRETTE, 7). Dans son étude sur les exigences des professionnels de santé dans le projet de la maison de santé de Vizille (Isère) (33), E. VADANT insiste aussi sur l'importance accordée par les professionnels de santé au travail pluridisciplinaire et en équipe.

Par ailleurs, il semble qu'un généraliste qui s'installe en maison de santé travaille autant d'heures que lorsqu'il exerçait seul, mais de façon plus organisée. À activité comparable, les médecins des MSP déclarent prendre plus de jours de congés (34). F. DIDIER constate dans sa thèse que l'exercice en maisons de santé réunirait plusieurs facteurs protecteurs contre le burn out (35). En MSP, les médecins travaillent en moyenne 40h/semaine, s'y ajoutent 6h de travail administratif, tandis que les médecins du groupe témoin travaillent entre 52 et 60h/semaine (34). Ils délèguent une part de travail et récupèrent du temps de soignant rémunéré. Leur chiffre d'affaire est plus important, mais ils ne gagnent pas plus car les charges sont majorées. En conclusion, l'organisation au sein des MSP étudiées permet un équilibre différent entre temps de travail et loisirs pour les médecins, tout en augmentant l'accessibilité horaire et annuelle aux patients à la MSP (24, 30, 31, 34).

II.3.6 La MSP et le patient

La maison de santé a pour vocation de proposer une prise en charge sanitaire à une population et d'assurer une offre de soins variés sur un territoire en réunissant plusieurs professions : médicales, paramédicales voire sociales au même endroit. Cette offre de soin se veut plus accessible en élargissant les plages horaires d'accueil au sein de locaux adaptés à tous. Enfin, elle vise à maintenir une qualité des soins, voire à l'améliorer grâce à une coopération et une prise en charge pluridisciplinaire du patient. Les professionnels et les politiques s'allient pour améliorer les soins du patient. Plusieurs études constatent une satisfaction globale des usagers de maisons de santé (**36, 37, 38**): plus de 95% des patients sont satisfaits des MSP ou des PSP. Les patients sont favorables à la pluridisciplinarité pour son côté **pratique et la qualité des soins**: une MSP garantit une prise en charge plénière et optimisée dans une unité de temps et de lieu (**39**). Cependant, les avis sont partagés. Les patients pensent qu'ils sont suivis de la même façon dans la MSP et ils estiment que la qualité des soins est la même dans la MSP ou le PSP que dans le cabinet précédent (**36, 37**). Seule une personne sur cinq se dit mieux suivie (**37**). L'évolution semble favorable pour les plus gros consommateurs de soins (ALD et chroniques). **Alors qu'une** étude exploratoire sur 9 MSP en Franche comté et Bourgogne en 2009 (**34**) constatait une amélioration de la qualité de vie des diabétiques de type 2 en MSP (malgré une hétérogénéité des résultats). Selon les études, la compétence du médecin passe avant ou après l'accessibilité. Alors que d'autres études (**37, 39**) constatent au contraire un bien meilleur accueil et un accès qui satisfait en premier le patient, pour L. BORNANT (**36**), 69 % des patients consultent en MSP car ils ont suivi leur médecin traitant. Ils sont plus attachés au professionnel qui les soigne et à la relation médecin/patient. Selon N. KRUCIEN, il semblerait que les usagers accordent plus d'importance à la relation médecin-patient et à la coordination des soins qu'à l'organisation des soins de premier recours en terme de structure d'exercice ou de caractéristiques du médecin (**40**). Les usagers semblent globalement satisfaits des maisons de santé, mais des améliorations peuvent être apportées.

D'une part, les maisons de santé permettent d'exercer une activité libérale en groupe pluriprofessionnelle avec une mutualisation des moyens et du personnel, d'autre part, la réorganisation du temps de travail peut assurer un nouvel équilibre entre vie professionnelle et vie privée aux médecins installés. Nous allons maintenant étudier l'intérêt des jeunes médecins de la Vienne pour cet exercice en utilisant une méthode qualitative.

III. Matériels et méthodes

III.1 Choix d'une étude qualitative

Nous avons choisi une étude qualitative plus adaptée à l'exploration des attentes et de l'intérêt des jeunes médecins pour les maisons de santé pluriprofessionnelles. Une étude qualitative est une « démarche de recherche de sens » (PAILLE et MUCCHIELLI, 2003). A l'aide de différents outils (qu'ils soient informatisés ou non), et de divers processus, l'analyste tente de dégager le sens d'un texte, d'une entrevue, d'un corpus. Nous souhaitons comprendre la position de la jeune génération de médecins vis à vis de ce modèle récent d'exercice libéral à une époque où l'activité libérale de la médecine est en perte de vitesse. Les données d'une analyse qualitative sont plus riches mais aussi plus complètes que celles d'une analyse quantitative. « Une donnée qualitative est par essence une donnée complexe et ouverte. Ses contours sont flous, sa signification est sujette à interprétation et est inextricablement liée à son contexte de production, à sa valeur d'usage ainsi qu'à son contexte d'appropriation » (41). Le matériau riche permet une compréhension fine et profonde d'un phénomène. Cette approche qualitative permet ainsi d'avoir une vision plus globale à même de prendre en compte des interactions multiples et leur articulation avec un environnement particulier.

Notre étude va essayer de définir les attentes des jeunes médecins non encore installés : en fin d'internat ou effectuant des remplacements. Il existe quelques études sur les attentes des professionnels de santé. La thèse de M. PELAT s'intéresse à l'attractivité des maisons de santé pour les internes de médecine générale en Ile de France (2012) (42) au travers d'une étude quantitative. Mais ce sont surtout des internes en début de cursus qui ont participé et qui connaissent très peu la pratique libérale. Plus récemment H. TEXIER (2013, 43) a aussi fait une étude quantitative sur l'attractivité des MSP en milieu rural pour les internes et jeunes diplômés en Aquitaine. Mais l'étude compte encore beaucoup de jeunes internes et remplaçants dont l'expérience n'est pas connue. Une étude qualitative donnera aussi plus de liberté de réponse aux interviewés. Une autre étude intéressante de H. TCHA essaie de définir les attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé de Lannion par la méthode de focus group (44). Elle s'adresse aux professionnels installés (médicaux et paramédicaux) avec une branche pour les internes à partir du 5^e semestre mais peu d'internes en SASPAS y participent.

Nous allons analyser les différentes attentes des jeunes médecins non installés dans un premier temps au cours d'entretiens semi directifs suivant un guide d'entretien pré établi, puis nous verrons si ces attentes sont compatibles avec ce que proposent les maisons de santé pluriprofessionnelles actuellement.

III.2 Description de la méthode

L'entretien permet de créer une certaine relation de confiance : dans les meilleures conditions possible l'interviewé livre plus facilement son ressenti. Les questions sont en général ouvertes afin de laisser la liberté à l'interviewé de s'exprimer. Nous suivons quand même un guide d'entretien, trame de sujets à aborder. L'interviewé s'exprime librement et l'enquêteur a pour rôle de recentrer la conversation sur le sujet si nécessaire et de relancer un sujet ou un propos.

III.3 Population étudiée

La pérennité des soins sur l'ensemble du territoire dépend en partie du choix d'installation des jeunes médecins. Les attentes de la future génération de médecins généralistes dans la Vienne sur ce modèle d'exercice libéral, qui se veut attrayant pour motiver les installations, semblent intéressantes à cerner. Le but étant de savoir si la maison de santé peut donner plus envie aux jeunes de s'installer voire de s'installer plus tôt. Les maisons de santé sont en plein développement sur l'ensemble du Poitou-Charentes. Nous décidons de limiter notre étude à la Vienne en recueillant le témoignage d'internes et de jeunes remplaçants exerçant dans le département.

Le recrutement des jeunes médecins s'est fait selon ces critères d'inclusion :

- Désir d'exercice libéral.
- Internes en fin de cursus ayant fait un SASPAS (ayant davantage d'expérience de l'exercice libéral)
- Médecins remplaçant depuis moins de cinq ans.

Nous excluons les médecins ayant déjà été installés ou remplaçant depuis plus de 5 ans, notre but étant de recueillir le point de vue de médecins en fin de formation initiale ou en début d'activité libérale. Il est intéressant de noter que tous les jeunes médecins contactés la première fois souhaitent tous exercer en secteur libéral.

Nous prenons contact avec un milieu que nous connaissons bien (le chercheur étant aussi remplaçant) ce qui est un avantage à la fois pour le chercheur et l'interviewé. C'est un milieu rassurant pour le chercheur et le contact est plus facile. De plus, l'interviewé se sent en confiance et peut se livrer et discuter plus librement. La plupart des jeunes médecins sont en cours de préparation de thèse ou l'ont soutenue récemment, ce qui fait qu'ils acceptent très naturellement de participer à l'étude. Tous les médecins contactés acceptent de participer, nous n'essuyons aucun refus. Ils sont volontaires et nous parvenons à programmer un rendez-vous pour un entretien assez rapidement (dans les 10 jours). Par ailleurs, nous avons essayé de recruter une population de jeunes médecins diversifiée, un large panel de jeunes

médecins afin d'obtenir des informations riches sur ce phénomène : hommes et femmes, expériences de MSP différentes, durée de remplacement variée.

III.4 Réalisation de l'enquête

- Prise de contact :

Les internes sont contactés par téléphone sur leur lieu de SASPAS. Nous utilisons les pages jaunes pour contacter les cabinets, lieux de stage, figurant sur la liste de choix de stage des internes de la Vienne. Les remplaçants sont joints par le biais d'une association de remplaçants de la Vienne : par contact direct lors de formation ou par mail. Lors de la prise de contact, nous proposons de participer à une étude qualitative par entretiens sur l'intérêt des jeunes pour les MSP dans la Vienne, sans développer davantage. Nous insistons sur l'importance d'avoir l'avis du participant et qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Nous précisons bien que l'entretien sera enregistré et que les personnes et les lieux seront anonymes. Les jeunes médecins contactés acceptent tous de participer. Nous convenons alors d'un lieu et d'une date de rendez-vous selon les convenances de l'interviewé. Les entretiens se sont étalés de janvier à mars 2014.

- L'entretien :

La date et le lieu de l'entretien sont choisis par l'interviewé, mais nous insistons sur le fait que l'entretien dure une quinzaine de minutes mais qu'il peut durer un peu plus longtemps selon ce que l'on a à dire sur le sujet. Pour ce fait, en cas d'entretien au cabinet médical lors d'un stage ou en remplacement, nous insistons pour réserver deux plages horaires de consultations ou un créneau en fin de matinée afin de ne pas être pressé par le temps. L'entretien doit avoir lieu aussi dans un endroit calme afin de ne pas être dérangé.

Nous ré-insistons sur l'importance de l'anonymat : les noms et les lieux ne seront pas nommés explicitement, nous garantirons tout anonymat. Pendant l'entretien, les médecins sont nommés : « dr (docteur) », suivi d'une lettre de l'alphabet selon l'ordre des interviews : de A à P (sauf E pour limiter la confusion avec E, l'enquêteur). Nous menons l'entretien en suivant un guide d'entretien pré établi et affiné d'entretien en entretien. Ce guide sert de trame au déroulement de la discussion, afin de guider la discussion mais en permettant à l'interviewée de parler le plus librement possible sur notre sujet. Ce guide est adapté tout au long des entretiens. Nous n'obtenons plus d'informations nouvelles dès l'entretien 12. Mais devant le peu d'expérience de stage ou de remplacement en MSP, nous choisissons de faire quelques entretiens auprès de remplaçants en maisons de santé afin de vérifier que nous sommes bien arrivés à saturation des données. Nous contactons directement des maisons de santé qui acceptent de nous communiquer les coordonnées de leurs remplaçants. Nous

sommes mis directement en contact auprès du remplaçant qui travaille au même moment au cabinet ou nous contactons le remplaçant par téléphone et convenons d'un rendez-vous.

III.5 Verbatim/retranscription des données

Nous enregistrons chaque entretien sur un double support numérique (magnétophone de téléphone portable et sur ordinateur), afin de pallier à tout incident technique. Le médecin est prévenu de la nécessité d'enregistrer ses propos afin de favoriser l'analyse ultérieure dès la prise de contact. Tous les médecins acceptent les conditions de l'entretien. Ce dernier est retranscrit au plus tôt après l'interview afin d'avoir encore les différents propos en mémoire : d'une part pour l'enquêteur mais aussi pour l'interviewé à qui nous renvoyons un copie de l'entretien par mail afin qu'il valide les propos transcrits (apporter quelques modifications à son discours parfois, surtout préciser sa pensée). Nous envoyons une relance par mail pour accord de la transcription à quinze jours d'intervalle. En l'absence de réponse, nous décidons alors de commencer à exploiter les données.

III.6 Analyse des données

L'enquêteur qui conduit l'entretien, recueille les données, les retranscrit, puis les analyse est le même chercheur. Il effectue lui-même chaque étape de l'étude, il a ainsi un maximum de connaissance et de maîtrise des différentes données traitées. Il connaît son sujet au maximum.

Nous décidons de retranscrire puis d'analyser au fur et à mesure les entretiens en parallèle à la période de recueil des données comme PAILLE et MUCHIELLI (Analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris, Armand Colin, 2003, p27) qui préconisent de « faire alterner les séances de collecte et les séances d'analyse des données de manière à orienter les séjours sur le terrain en fonction de l'analyse en émergence, et en retour, de procéder à l'analyse progressivement, en prise continue avec le terrain». Nous effectuons une analyse thématique de chaque entretien : nous regroupons les extraits d'entretien sous des thèmes que nous classons. Le cœur de l'analyse qualitative selon WEBER (Basic content analysis, Newbury Park, Sage Publication, 1990, p 12) : « une idée centrale dans l'analyse de contenu est que les nombreux mots du texte sont classés dans un nombre beaucoup plus petit de catégories » (41). Puis nous poursuivons par une analyse transversale des différents thèmes trouvés sur plusieurs entretiens en les classant. Nous regroupons par la suite chaque sous thèmes en thèmes en y associant des extraits d'entretien ayant la même unité de signification. Nous utilisons le logiciel NVIVO 10, outil très utile et accessible aux novices. Ce logiciel nous permet par un système de codage de définir puis de regrouper différents thèmes (ou nœuds) et de les classer en leur associant des extraits de verbatim les plus

pertinents. Au fur et à mesure du codage des différents entretiens, nous poursuivons les regroupements thématiques. A l'issue de l'analyse de l'ensemble des entretiens, nous aboutissons à un arbre thématique organisant les thèmes principaux en sous thèmes illustrés par des extraits de verbatim.

Nous avons atteint la saturation des données à l'entretien numéro 12 (docteur M), nous avons alors décidé de faire trois autres entretiens en nous adressant à des jeunes médecins remplaçants en MSP, population que nous n'avions pas interviewée jusqu'à présent. Ces derniers entretiens n'ont pas mis en évidence de nouveaux thèmes, confirmant la saturation des données, mais ils ont apportés quelques précisions.

Quand l'arbre thématique est constitué, nous proposons une analyse d'entretiens par deux autres chercheurs afin de procéder à une triangulation des données. Cette triangulation d'information apporte plus d'objectivité aux résultats mais aussi peut faire émerger des thèmes passés inaperçus. L'analyse des autres chercheurs a retrouvé dans l'ensemble les mêmes thèmes, nous avons juste affiné quelques sous thèmes.

IV. Résultats

IV.1 Caractéristiques de la population étudiée

IV.1.1 Profil des jeunes médecins interviewés

| Médecin | Age | sexe | Semestre/statut | situation familiale | remplacements |
|---------|-----|------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| dr A | 31 | M | remplaçant, thésé | pacsé, 1 enfant, propriétaire | depuis 3 ans |
| dr B | 28 | F | 5 ^e semestre, non thésé | Couple, locataire | non |
| dr C | 28 | M | 6 ^e semestre, non thésé | couple, compagne sur Paris, locataire | non |
| dr D | 29 | F | 6 ^e semestre, non thésé | pacsée, 1 enfant, locataire | oui, récemment |
| dr F | 27 | F | 6 ^e semestre, non thésé | mariée, 1 enfant, propriétaire | depuis 7 mois |
| dr G | 30 | M | remplaçant, non thésé | couple, propriétaire | depuis 2 ans |
| dr H | 29 | M | 6 ^e semestre, non thésé | pacsé, 1 enfant, propriétaire | depuis 1,5an |
| dr I | 31 | F | remplaçante, thésée | divorcée | depuis 4 ans |
| dr J | 29 | M | remplaçant non thésé | marié, locataire | depuis 1 an |
| dr K | 30 | F | remplaçante, non thésée | couple | depuis 1 an |
| dr L | 33 | M | remplaçant thésé | pacsé | depuis 4 ans |
| dr M | 31 | F | remplaçante thésée | pacsée, propriétaire | depuis 4 ans |
| dr N | 28 | F | remplaçante thésée | mariée, 1 enfant, locataire | depuis 7 mois |
| dr O | 33 | F | remplaçante non thésée | couple, 2 enfants, propriétaire | depuis 2 ans |
| dr P | 27 | F | remplaçante non thésée | couple, locataire | depuis 1 an |

Les médecins ont entre 27 et 33 ans soit une moyenne d'âge de : 29 ans.

Le corpus compte 9 femmes et 6 hommes soit : 60% de femmes et 40% d'hommes.

Sur le plan familial, tous sont en couple sauf un médecin divorcé. 6 médecins (soit 40%) ont une famille avec enfants en bas âge, sauf un médecin ayant un enfant scolarisé.

Nous comptons 5 internes : 1 en 5^{ème} semestre et les 4 autres en 6^{ème} semestre. Tous sont en 4^e mois de SASPAS. 3 d'entre eux ont commencé les remplacements : de très récemment à 1 an et demi de remplacement. 2 internes n'ont aucune expérience des remplacements. 10 jeunes médecins ont quant à eux fini leur internat et exercent une activité de remplacement à temps plein. Les médecins remplacent depuis 7 mois à 4 ans. La majorité des jeunes médecins (86%) ont déjà fait des remplacements sachant que les internes remplacent beaucoup moins, jonglant avec leurs stages.

Les internes ne sont pas thésés, et n'auront pas soutenu leur thèse pendant leur internat. Concernant les remplaçants, seul 5 sur 10 sont thésés, les autres n'ont pas de date précise de soutenance pour le moment.

IV.1.2 Entretiens

| Médecin | durée (min) | lieu entretien |
|---------|-------------|----------------|
| dr A | 22 | domicile |
| dr B | 10 | cabinet |
| dr C | 13 | bibliothèque |
| dr D | 16 | cabinet |
| dr F | 22 | cabinet |
| dr G | 13 | université |
| dr H | 24 | domicile |
| dr I | 11 | cabinet |
| dr J | 35 | domicile |
| dr K | 12 | cabinet |
| dr L | 15 | cabinet |
| dr M | 20 | domicile |
| dr N | 22 | domicile |
| dr O | 20 | cabinet |
| dr P | 18 | cabinet |

Les entretiens durent de 10 min à 35 min (moyenne : 18 min).

Ils se tiennent selon les préférences de l'interviewé concernant le lieu : cabinet médical (8), domicile (5), université (1), bibliothèque (1). Nous ne sommes pas dérangés pendant l'entretien sauf avec le docteur A qui doit coucher son fils et avec le docteur P qui reçoit un appel téléphonique.

IV.2 Principaux résultats de l'étude

IV.2.1 Représentation des MSP pour les jeunes médecins

IV.2.1.1 Notion vague

a) Définition partielle :

Pour tous les jeunes médecins, une maison de santé est un lieu où travaillent plusieurs professionnels : médicaux, paramédicaux voire sociaux.

Dr J : « Une maison médicale pluridisciplinaire est un lieu commun d'accès aux soins pour les patients, où sont regroupées différentes spécialités médicales et paramédicales voire même des choses comme le SSIAD, psychologue »/ dr K : « tout sur le même lieu, au même endroit ».

Pour seulement certains d'entre eux (A, H, I, J, K, L, N, O, P), une MSP est plus qu'une centralisation de soins mais bien une **équipe** qui travaille ensemble pour optimiser les soins aux patients. Les autres médecins ne sont pas conscients de cette coopération entre professionnels, pourtant caractéristique essentielle de la MSP.

Dr N : « Une maison de santé est un lieu où travaillent différents professionnels de santé (...) avec un désir plus que simplement cohabiter dans un même lieu : associer les moyens pour une prise en charge vraiment coordonnée pour certains patients ».

b) Image floue chez majorité

La définition de la MSP est partiellement connue. Ils en entendent parler mais n'ont pas une image claire de la maison de santé pour la plupart (B, C, D, F, M, P). Un des médecins pose même de nombreuses questions sur les MSP pour obtenir des précisions (M).

Dr D : « on en parle beaucoup, mais j'avoue qu'en pratique, je ne sais pas exactement comment ça se passe »/ dr F : « Je pense que tous les internes en ont entendu parler, mais ça reste quelque chose de très vague... »

Plusieurs médecins avouent ne pas connaître de MSP dans la région.

Dr F : "je ne sais même pas où il y en a sur le secteur."/ dr M : « je n'ai pas trop d'exemples de maisons de santé : est-ce qu'il y a un exemple de maison de santé dans la Vienne ? »

Certains parlent d'un **manque d'information**.

Dr F : « c'est vrai que je n'ai pas eu la formation pour...On n'a pas forcément toutes les informations ».

c) Source de confusion

L'image des MSP étant floue pour certains, il en résulte des erreurs. Certains confondent les maisons de santé avec des **centres de santé**.

Dr D : "Moi, ce que j'ai compris, c'est que c'est quelque chose, un local, qui est financé par la commune, qui embauche les médecins. J'ai compris qu'ils sont salariés, mais je n'en suis pas sûre"/ dr M : « Moi, je pensais que l'avantage de la maison de santé c'était le salariat. »

Un médecin a du mal à voir la différence entre maison de santé et **pôle de santé** alors qu'elle remplace depuis peu en MSP.

Dr P : « Je pense que ce n'est pas la même définition que le pôle de santé. Je pense que le pôle de santé est un endroit où il y a plusieurs personnes : médicaux et paramédicaux mais cela peut aussi être uniquement des médicaux alors que la maison de santé est pluridisciplinaire. »

Pour certains médecins (D, F, P), la différence entre une maison de santé et un **cabinet pluridisciplinaire** n'est pas évidente. Aucun des jeunes médecins n'aborderont les projets de santé qui sont pourtant caractéristiques des maisons de santé. L'image floue de la maison de santé leur paraît très proche d'un exercice pluridisciplinaire regroupé.

Dr D : « on en discute mais au final, on ne sait pas exactement ce que ça change par rapport à un cabinet, par exemple comme ici, où il y a plusieurs professionnels qui travaillent." / dr P : « J'ai déjà remplacé dans des cabinets pluridisciplinaires, mais je ne sais pas s'ils avaient l'appellation maison de santé (...) je ne fais pas la différence».

IV.2.1.2 MSP versus exercice pluriprofessionnel proche

Les avis sont partagés, mais l'exercice pluriprofessionnel est bien perçu par l'ensemble des jeunes médecins.

Une partie des jeunes médecins (C, D, F, G) pensent que l'exercice pluriprofessionnel proche est efficace et suffisant. Une MSP ne leur semble pas indispensable.

Le docteur C souhaite un exercice urbain : *« est-ce que c'est utile en banlieue parisienne par exemple... de travailler en groupe avec plusieurs professionnels comme*

ça ? Si on dispose de professionnel paramédical à proximité je ne pense pas que ça soit utile de travailler en MSP ».

D'autres (D, F, G) ont déjà un réel travail d'équipe avec des professionnels proches notamment les infirmières.

Dr D : « il y en a beaucoup qui travaillent en coordination avec une infirmière ou d'autres professionnels sur la même zone géographique. Au final, qu'est-ce que ça nous apporterait de plus...C'est plus cela que j'aimerais savoir. Est-ce que c'est vraiment mieux pour l'exercice ?"/ dr F : « Après, on travaille en équipe, en réseau, mais je le fais déjà sans avoir besoin d'une MSP. »

Le docteur G, alors qu'il a déjà fait un stage en MSP, constate pour sa part un réel travail d'équipe avec des professionnels proches, voire plus de collaboration que dans une MSP.

Dr G : « l'infirmière a son cabinet dans le même bâtiment et on échange beaucoup... plus que dans les maisons de santé. »

Il n'y a pas d'avantage à changer un exercice qui marche bien.

Dr F : « j'ai pensé à la maison de santé, mais en créer une à partir de quelque chose qui existe déjà et qui marche plutôt bien (...) Ça tourne bien comme ça, les patients sont satisfaits"/ Dr K : "j'ai fait un stage et des remplacements dans un cabinet...presqu'une maison médicale (...) pas dans le même bâtiment, mais des échanges assez rapides quand même. Je ne sais pas si c'est vraiment une maison pluridisciplinaire, mais ça y ressemble un peu. »

Seuls quelques médecins se rendent compte que la MSP permet plus de travail d'équipe que l'exercice pluriprofessionnel proche car il y a un réel partage au sein du même bâtiment.

Dr A : "On travaille déjà en collaboration, mais on sera « plus ensemble » / dr L : "j'ai travaillé dans un cabinet pluridisciplinaire, mais pas forcément une maison de santé (...) C'est une structure où tout est sur le même lieu, mais qui ne communique pas ensemble, où on ne se croise pas".

IV.2.1.3 Evolution exercice libéral

a) Nouveau mode d'exercice libéral

Dr H : " c'est un mode d'exercice sur lequel on est en train d'évoluer...partout"/ dr J : "La notion de maison médicale commençait à s'intégrer dès le début de l'internat et on voyait d'autres façons de faire."

Ce mode d'exercice semble adapté à la **féménisation** de la profession.

Dr H : "C'est vrai que la profession se féminise. Les maisons médicales sont la bienvenue pour cela aussi ».

Il permet un exercice en équipe **meilleur**.

Dr I : "Je pense que c'est bien de travailler en pluridisciplinaire »/ dr H : « Cela permet d'évoluer vers un mode d'exercice agréable »/ dr N : « la pratique d'un autre type de médecine (...) s'asseoir autour d'une table et de discuter d'un patient un peu à fond et de ne pas faire chacun son « petit truc » de son côté ».

b) Proche de la prise en charge hospitalière

o Compromis exercice libéral et exercice hospitalier salarié

Dr H : "Pendant l'externat (à l'hôpital), on a du mal à visualiser l'activité libérale. Quand on devient interne, on se confronte à l'exercice libéral".

Les jeunes médecins opposent le travail d'équipe hospitalier pendant leurs études au passage à une certaine **solitude** qui leur fait peur dans l'exercice libéral traditionnel.

Dr K : « Quand on est à l'internat, on a des co-internes tout le temps, mais quand on se retrouve en libéral, à travailler vraiment seul (...) Je trouve que c'est ce qui manque quand on passe de l'internat avec les staffs où on échange à la pratique tout seul en libéral. »

La maison de santé peut apparaitre comme une solution à cette solitude en libéral.

Dr H : " cela permet aussi de faire un parallèle avec l'exercice hospitalier où tu as l'habitude de travailler en équipe. Là, ça permet finalement, quand même, en équipe pour certaines situations. C'est intéressant d'avoir des relations avec les autres...de ne pas être isolé."

- *Exercice intéressant et rassurant*

Les jeunes médecins ont tous une image positive de la maison de santé et ils évoquent tous un mode d'exercice rassurant et intéressant du fait de professionnels divers sur le même site travaillant ensemble.

Dr G : "C'est plutôt positif : plusieurs professionnels disponibles...plusieurs ressources disponibles (...) Donc, la maison de santé est quelque chose de globalement positif, assez intéressant »/dr I : "Moi, le principe de la maison médicale, je le trouve très intéressant (...) C'est une façon rassurante de travailler"/ dr J : « C'est un exercice plutôt rassurant car lors de doute pendant nos consultations, on peut avoir un recours immédiat pour des urgences ressenties, pour des urgences vraies. »

On y retrouve aussi un confort d'exercice.

Dr C : "Ce sont de très bonnes conditions de travail."/ dr M : « C'est même intéressant (...) Apriori l'exercice y est confortable.»

Ces avantages rappellent l'exercice en équipe hospitalier.

- *Un « hôpital en libéral »*

Dr K : "Je me dis que ça peut être une façon intéressante de travailler pour retrouver comme un mini hôpital ".

On assiste à une **prise en charge globale** rappelant les expériences hospitalières.

Dr I : "c'est une structure qui ressemble, si j'ose dire à un « mini hôpital (...) J'ai retrouvé cela dans un stage de rééducation en Ch. Je trouvais cela très bien" avec des "réunion lors de laquelle ils parlaient de patients un peu compliqués : et il y avait tout le monde" pour voir le "patient sous tous les angles différents, et pas seulement une vue médical. On avait vraiment une prise en charge globale"/ dr N : « On se rapproche de certaines prises en charge de l'hôpital mais en restant en libéral. »

IV.2.1.4 Expériences différentes en MSP

| Médecin | expérience MSP |
|---------|----------------------------------|
| dr A | installation prévue en MSP |
| dr B | En cours SASPAS MSP |
| dr C | visite MSP |
| dr D | aucune |
| dr F | aucune |
| dr G | SASPAS MSP |
| dr H | compagne en MSP |
| dr I | aucune |
| dr J | projet MSP avec épouse |
| dr K | aucune |
| dr L | aucune |
| dr M | aucune |
| dr N | remplacement fixe en MSP |
| dr O | stage puis remplacement fixe MSP |
| dr P | Stage, débute remplacement MSP |

a) Des expériences peu nombreuses

- 10 jeunes médecins (66%) n'ont jamais exercé en MSP. 6 jeunes médecins n'ont jamais vu de maison de santé.

Le docteur **D**, interne, le docteur **K** jeune remplaçante et le docteur **M**, remplaçante depuis 4 ans ont une vision très vague de ces structures. Le docteur D avoue que c'est « flou » pour elle. Le docteur K dit manquer d'expérience : « *Après, comme ça, je ne sais pas. Je n'ai pas travaillé dans une maison de santé...* ». Quant au dr M, elle pose beaucoup de questions pour avoir des précisions sur les MSP.

Le docteur **F**, en fin de 6^e semestre, a un projet d'installation en cabinet de groupe. Elle en a entendu parler en cours mais n'en a jamais vu : "*En cours, sur des GEAPI...Le GEAPI sur la gestion d'entreprise...je n'en ai jamais visité*". Elle a quand même entendu parler d'un projet de MSP sur son lieu de SASPAS.

Les docteurs **I** et **L** n'ont aucune expérience en MSP, mais ont fait de nombreux remplacements (ils remplacent depuis 4 ans) dans des cabinets pluridisciplinaires. Ils ont des idées assez claires et le docteur I ne voit pas son installation autrement que dans une MSP.

- 4 médecins ont quelques contacts avec les MSP.

Le docteur **C**, lui, a visité une MSP lors de sa formation: « *j'ai eu un GEAPI. On nous a fait visiter la MSP* ». Le docteur **H** a suivi le montage d'une MSP en suivant l'installation de son épouse dans la structure. Les docteurs **A** et **J** ont un projet concret d'installation en MSP : le docteur **A**, au sein d'une MSP à fonds privés déjà faite tandis que le docteur **J** a un projet de montage de maison de santé.

➤ 5 médecins seulement ont déjà exercé en maison de santé.

2 médecins, les docteurs **B** et **G** ont effectué un SASPAS en MSP. Mais, tous deux insistent sur leur vision partielle de l'activité en MSP (1 journée par semaine) notamment concernant les modalités de gestion dans ces structures.

3 médecins remplacent en MSP : le docteur **P** commence des remplacements à la semaine, tandis que les docteurs **N** et **O** effectuent des remplacements fixes dans ces maisons de santé. A noter que les docteurs **O** et **P** ont été stagiaires auprès de médecins qui se sont par la suite monté et développé une MSP. Le docteur **O** dit même « *J'ai tout vu (...) j'ai commencé à travailler en octobre 2012. L'extension s'est terminée en avril 2013* ». Le docteur **N** a été amenée à remplacer en MSP par hasard, elle ne voulait pas absolument travailler en MSP : « *Au départ, ce n'était pas forcément l'aspect « maison de santé » qui m'intéressait, mais plus l'association de médecins (...) Dans mes recherches de remplacements, je n'ai pas choisi spécifiquement une maison de santé* »

Ces trois derniers médecins ont été interrogés pour vérifier la saturation des données en choisissant des médecins ayant une activité de remplacement dans ces structures, catégorie qui manquait auparavant.

b) Des expériences plutôt positives

L'exercice en MSP apparaît **attractif** globalement. Même les médecins sans expérience le pensent.

Dr A : « On sait qu'on travaille déjà très bien ensemble comme ça, actuellement et qu'il n'y aura pas de soucis pour s'organiser par la suite (...) elle m'a parlé de ce projet de MSP. Moi, je lui ai dit justement que c'était vers ça que je m'orientai »/ dr I : "Je trouve que c'est une façon d'exercer qui est extrêmement intéressante"/ dr L : "ça dépend de ce qu'on en fait....ça me donne envie".

Le docteur **H** voit même l'exemple d'installation de son épouse dans une MSP comme une « référence » pour lui : *"Je vois mon amie faire (...) Là je vois mon amie qui s'est installée, j'ai vu d'autres maisons médicales."*

c) Mais décalage avec la réalité

Les maisons de santé existantes sont parfois bien différentes des MSP théoriques où tout se passe pour le mieux. Seuls les jeunes médecins ayant exercé en maison de santé évoquent ce décalage (B, G, N, O, P).

Dr O : «Après mon expérience d'internat, en SASPAS, j'avais compris un peu leur fonctionnement au niveau de la maison de santé (...) ça paraît être une belle image, mais parfois c'est un peu plus compliqué »

Les étudiants en SASPAS évoquent le manque de travail d'équipe et paradoxalement le manque de communication qu'ils ont observé.

Dr B : « Mais il n'y a pas d'échange. On ne va pas d'un cabinet à l'autre." / dr G : "Je n'ai pas ressenti non plus que c'était « la » maison médicale où tout le monde bosse ensemble".

Il met même la mise en commun des moyens avant la coopération.

Dr G : "Chacun bosse un peu de son côté, c'est plus une mise en commun de moyens foncières qu'une « vraie » grosse collaboration." Le dr N constate la même chose : « En fait, chacun bosse un peu dans son coin. Ils se retrouvent pour discuter de la SCM quand il y en a besoin (...) Au niveau de l'exercice, je ne sais pas s'il diffère tellement de l'exercice ailleurs ».

De plus, les réunions de concertation manquent parfois.

Dr N : « Cela fait partie normalement du projet de maison de santé : d'avoir des réunions de concertation pluridisciplinaires, ce qui en fait ne se fait pas ». Elle en vient même à remettre en cause le statut de MSP : « Pour moi, ce n'est pas une vraie maison de santé : il y a une mise en commun des moyens mais il n'y a pas un vrai travail en commun pour les patients, il me semble ».

Le docteur P remarque des problèmes d'entente qui ne lui donnent pas envie de s'y installer.

Dr P : «Une maison de santé comme ici, c'est agréable de remplacer, mais m'y installer : non parce que je trouve qu'ils ne s'entendent pas (...) Ils discutent ensembles mais le projet n'a pas été simple, il y a eu pas mal de discorde et je trouve qu'ils n'ont pas un fonctionnement équitable pour chacun.»

Mais, les jeunes médecins veulent faire évoluer les choses et ont à cœur de jouer un rôle sur « l'amélioration » des maisons de santé.

Dr N : « ce n'est pas forcément les moyens matériels qui font la maison de santé, il y a aussi tout un travail de communication à faire, ce qui n'est pas simple (...) j'aurais envie d'améliorer pleins de choses (...) Je pense qu'on pourrait faire plus ».

IV.2.1.5 Enjeux de santé publique

a) Intérêt dans la démographie médicale

Les jeunes médecins ont bien conscience des inégalités de répartition des médecins généralistes sur le territoire.

Dr H : "C'est vrai qu'on en parle depuis notre internat, ce sont des notions qui sont arrivées avant 2010 : les problèmes de démographie médicale »/ dr I : "Plus on va être dans du rural profond, plus c'est compliqué d'avoir des professionnels de santé, c'est sûr".

Les MSP sont les bienvenues pour favoriser la répartition des médecins sur le territoire.

Dr C : "C'est intéressant dans la campagne, où il y a des déserts médicaux...De travailler ensemble."/dr N : « Pendant mon stage, ce médecin a monté une maison de santé. Il avait réussi à obtenir des subventions de l'ARS pour un projet immobilier dans un quartier défavorisé, un quartier où il n'y a pas beaucoup de médecins. »

Mais, les médecins choisissent selon leurs convictions et leurs désirs personnels.

D'un côté, le docteur A : « c'est vrai que ma conscience me disait qu'il y avait besoin peut être de médecins dans le milieu rural mais d'un autre côté je me dis que si je ne suis pas bien, ça ne sert à rien », tandis que le docteur J a signé un CESP avec la région : "Il fallait trouver un endroit où on a besoin de médecins, pas trop loin (...) je me suis engagé à exercer pendant 7 ans dans un canton déficitaire en Vienne".

b) Exercice attrayant pour les jeunes

Les jeunes médecins généralistes sont persuadés que les bonnes conditions de travail des maisons de santé attirent leurs collègues jeunes.

Dr A : « si ce n'était pas moi, ça aurait intéressé beaucoup de monde »/ dr H : "C'est vrai que ça attire les jeunes médecins. C'est clair"/ dr I : " pouvoir faire venir des jeunes médecins, des jeunes professionnels qui vont avoir peur d'être dans un cabinet seul."

Les maisons de santé semblent aussi être des lieux appropriés pour former les futurs médecins généralistes à un exercice libéral différent au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

*Dr J : "on aimerait en plus s'inscrire dans le côté pédagogique : avoir des stagiaires"/
dr L : « la formation universitaire : pouvoir avoir des étudiants en stage. »*

Les médecins installés essaient de créer un exercice attrayant qui leur permet de trouver plus facilement des remplaçants, voire un successeur.

Dr H : "il y a beaucoup d'avantages, notamment concernant les remplacements (...) pour trouver des remplaçants, c'est évident"/ dr J : "C'est une des raisons pour s'installer en MSP : ils savent que cela intéresse les jeunes médecins, ils auront peut-être plus de facilité à vendre leur patientèle".

Mais les avis sont partagés sur l'installation de nouveaux médecins parmi un groupe de médecins déjà installé au sein de la maison de santé.

Dr J : « Pour l'instant, ils veulent des jeunes pour faire des remplacements, mais pas pour s'installer avec eux. » Contrairement au docteur N : « Son remplaçant est devenu son associé et une troisième s'est aussi associée, mais sans patientèle au début. »

c) Implication des politiques

o Rôle important des professionnels

Les professionnels et plus particulièrement les « leaders » font partie intégrante du projet auprès des politiques : ils sont souvent à l'initiation du projet, mais ils restent des interlocuteurs privilégiés lors du fonctionnement de la maison de santé.

Dr N : « Le docteur B est hyper investi » qui a « plein de projets » et participe à la « négociation pour des subventions » / dr O : « les 2 médecins à l'origine de cette maison de santé sont leurs interlocuteurs privilégiés, très impliqués (...) Ils se sont aperçu qu'il fallait investir. »

o Rôle des collectivités

Certains jeunes médecins se rendent compte que les collectivités et les différentes instances s'impliquent dans le montage et le fonctionnement des maisons de santé. D'une part, les communes sont très favorables et n'hésitent pas à s'investir pour maintenir une offre de soins sur son territoire. Selon leur politique, ces communes favorisent la construction de structures de soins différentes.

Dr J : "Mais je ne pense pas que cela freine le maire de C : il a vraiment la volonté d'avoir des médecins et infirmières et vraiment monter un pôle (...) Il est « super » souple » / dr N : « En région P, ils ont des centres de santé où il y a du salariat, ce sont les communes qui payent. Je ne crois pas qu'il y en ait ici (...) c'est que cela coûte. C'est un choix politique. »

Par ailleurs, les promoteurs de maisons de santé essaient toujours d'obtenir des subventions de l'ARS qui aident au développement et au maintien des soins dans les zones à risque de désertification. Les jeunes médecins (A, F, G, I, J, M, N, O, P) ont pour la plupart conscience du rôle de l'ARS.

Ces différents acteurs interviennent :

-Soit financièrement : par des subventions, notamment de l'ARS.

Le docteur N est la seule à évoquer les NMR (nouveaux moyens de rémunération) : « *je suis plutôt demandeuse de temps de staff pas forcément rémunéré, encore qu'on puisse avoir des subventions*».

-Soit en accompagnant les professionnels de santé dans leurs démarches :

Dr J : "c'est la personne qui travaille pour la communauté de communes de M qui coordonne tout cela : le maire, nous deux et l'infirmière (...) Ce n'est pas nous qui allons nous occuper de cela (construction bâtiment). C'est le travail de la mairie (...) on pourrait négocier d'avoir une secrétaire, peut-être pas au début, mais une secrétaire qui soit employée par la mairie."

-Soit en leur assurant des tarifs avantageux :

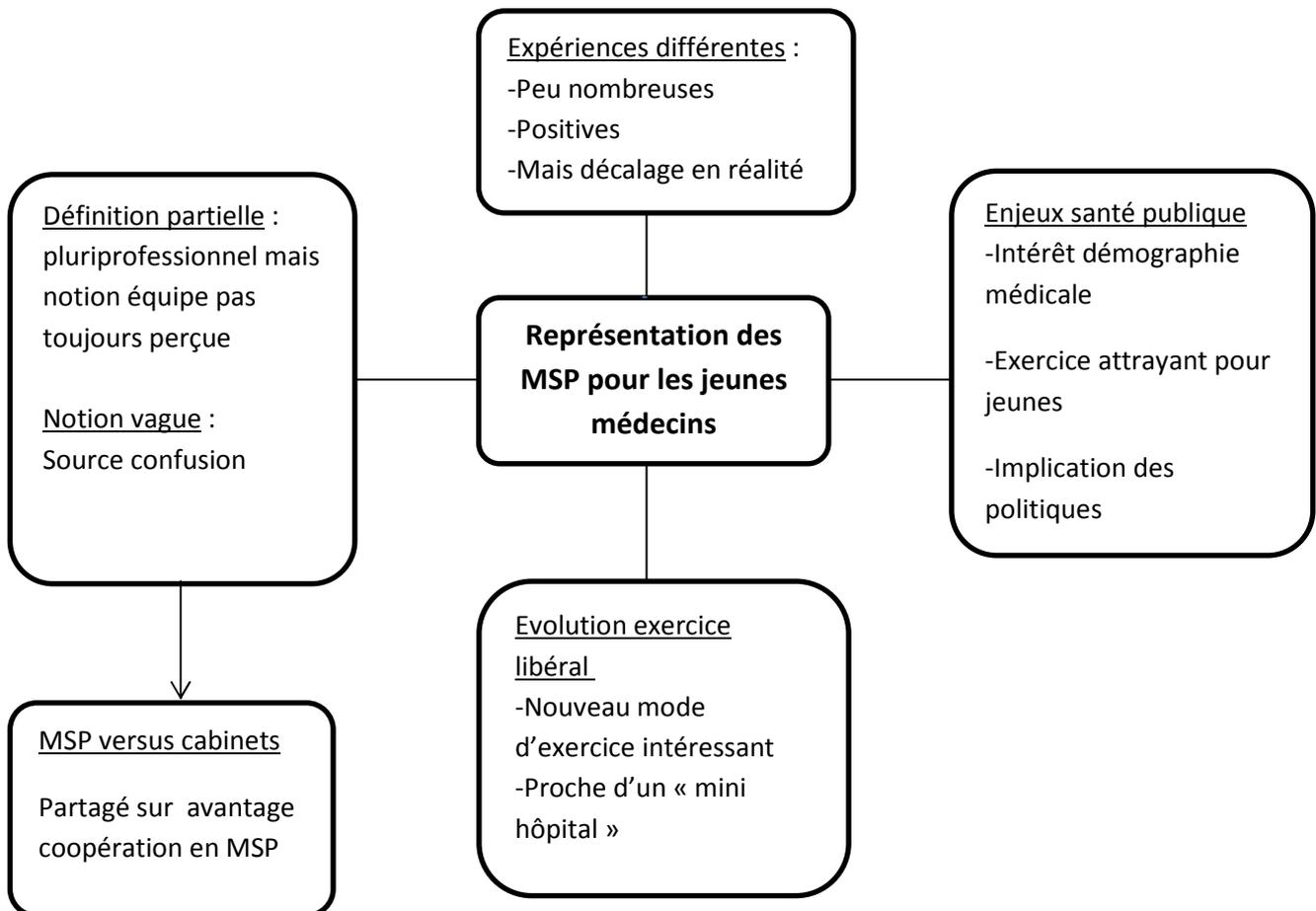
Dr A : "Les locaux seront construits sur un terrain qu'on a acheté à un particulier. Mais la commune nous a réservé le terrain et fixé son prix."/ dr J : "Le maire de C proposait, comme il sait que tu dois te faire une patientèle, de potentiellement de ne pas payer de loyer initialement et de commencer à rattraper à partir du moment où on aurait notre patientèle."

Mais, ces aides fournies par les politiques attendent des contreparties. Les avis sont partagés : certains voient les subventions comme une simplicité de fonctionnement : comme le docteur M : « *si la maison de santé est financée par l'ARS complètement, alors là, je vois beaucoup moins d'inconvénient* », alors que d'autres ont l'impression de contraintes en plus :

Dr F : "Il y a plus d'obligations vis-à-vis de l'ARS je crois pour bénéficier de subventions" / dr O : "le côté pôle de santé avec une organisation encore différente

avec les réunions mensuelles et les relations avec toutes les administrations type ARS à qui on a beaucoup de comptes à rendre ».

IV.2.1.6 Récapitulatif de la représentation de MSP



IV.2.2 Exercice souhaité et exercice en MSP

IV.2.2.1 Rôle des remplacements

a) Test médecine libérale et expériences

A la fin de l'internat, la majorité des jeunes médecins (sauf F et J) ne savent pas précisément comment ils envisagent d'exercer la médecine générale. Ils en ont un aperçu au travers de stages.

Dr H dit avoir choisi volontairement un « panel assez complet » de spécialités lors des stages où « on voyait d'autres façons de faire ». Les internes ont exercé sur différents lieux : rural « complet » comme le dit le docteur B, urbain et semi urbain. Le docteur J : «on se rend compte, au cours de notre vie d'interne lors de stages chez les médecins libéraux qu'il est préférable d'avoir un spécialiste à côté ».

Le docteur K avoue même ce manque d'expérience en MSP : « *il faut que j'aie des expériences dans ce genre de structure* ».

Les remplacements apparaissent comme une suite logique, une continuité des stages pour appréhender la médecine générale libérale.

Dr H : "Dans un premier temps, à la fin de l'internat, on a envie de faire des remplacements comme tout le monde. » / dr D : "J'envisage dans un premier temps des remplacements comme beaucoup."

A l'issue de leur formation, les jeunes médecins ne sont pas sûrs de ce qu'ils souhaitent, ils veulent se connaître d'avantage et définir ce qu'ils veulent en essayant différents modes d'exercice.

Dr K : « Je ferai des remplacements pour voir les différentes choses qui existent (...) pour me rendre compte de ce que je veux faire, de ce qui m'attire le plus (...) Je manque d'expérience, ce qui fait que je n'ai pas encore vraiment choisi ».

b) Préciser puis confirmer l'exercice souhaité

Par leurs différentes expériences, ils voient peu à peu ce qui leur plait. Les jeunes médecins se forgent petit à petit une image de ce qu'ils souhaitent ou ne souhaitent pas.

Dr F : « C'est le cabinet où ça se passe le mieux et qui correspond à ma manière de travailler »/ dr I : « Avant je ne voyais pas forcément mon installation dans un cabinet médical seule, surtout pas, mais qu'avec des médecins...mais depuis ce stage-là et mon stage en libéral à C, je ne vois vraiment pas mon installation autrement que comme ça. »

Par la suite, les remplacements permettent de confirmer ce que l'on souhaite avant de s'installer.

Dr A : « Je ne savais pas trop comment ça allait se passer avec les patients...ça fait 1 an que je travaille là-bas, j'ai bien vu que je pourrai y être bien. Ça se passait bien avec les patients »/ dr F : « remplacement depuis 7 mois (...) C'est comme cela que j'envisage la médecine générale (...) leur manière d'exercer correspond à la mienne. »

IV.2.2.2 Image de l'exercice souhaité

a) Pas exercice seul

La majorité des jeunes médecins veut un exercice de groupe sauf deux internes (C, D) qui évoquent la possibilité d'un exercice seul.

Le docteur C souhaite faire de l'acupuncture "Si je fais un DU de ce genre, j'imagine plus une activité seul" et le docteur D a l'impression que, seule en ville, elle peut exercer confortablement avec un "réseau de soins dans la ville (...) ce qui a l'air de ne pas être si mal que ça non plus. Du coup avec des charges qui vont être moins importantes. Donc, je me dis pourquoi pas".

Tous les autres rejettent l'exercice seul à cause de la vision d'un **exercice pénible** qu'ils ont expérimenté en stage ou en remplacement. Après avoir connu l'exercice de groupe, l'exercice seul ne fait pas le poids.

Dr O : « Dans l'idéal, par mon expérience personnelle, je ne me vois pas exercer seule (...) J'ai goûté à l'exercice à plusieurs et en plus à plusieurs, autres que des médecins, donc je ne me vois pas être isolée ».

b) Petite hésitation pour le salariat

Une minorité de médecins hésite toujours avec le salariat (D, K, N). Le docteur M se demande si le salariat est vraiment le souhait des jeunes : « *je ne sais pas. Je ne pense pas. Je ne sais pas si c'est une demande de notre génération : des jeunes médecins d'être salariés....Je ne sais pas.* »:

Dr D : « Le salariat, je ne connais pas, mais c'est vrai que ça peut être tentant d'avoir des horaires fixes. »/ dr N : « Je suis en période de questionnement (...) J'hésite avec le salariat ».

c) *Activité de groupe avec des médecins*

L'exercice de groupe pour éviter l'isolement fait l'unanimité.

Dr L : "Je veux m'installer dans un cabinet de groupe...comme beaucoup je pense (...) c'est que tout avoir, c'est difficile, donc ce qui compte c'est plus de ne pas s'installer seul, cela va de soi mais s'installer à plusieurs".

Les jeunes médecins veulent tous travailler avec d'autres collègues de même discipline : d'autres médecins généralistes, afin de pouvoir échanger et discuter sur des cas difficiles. Pour un certain nombre, travailler avec d'autres médecins est indispensable (B, F, J, L, M, N, P).

Dr M : « cela peut être avec d'autres médecins, l'idéal c'est de bien s'entendre et de pouvoir échanger sur les cas un peu difficiles. » / dr N : « Plutôt un groupe de médecins » pour faire «très régulièrement des petites réunions pour partager les dossiers des patients ou pour faire de l'évaluation de pratique, c'est-à-dire un peu l'équivalent des groupes de pairs. »

Quelques médecins (B, C, D, F, G) n'envisagent qu'un exercice de groupe monoprofessionnel dans le même bâtiment mais avec un réseau de professionnels proches. Ils pensent qu'on peut bien travailler avec des professionnels paramédicaux, en réseau, pas forcément dans le même bâtiment.

Dr B : « Dans l'idéal avec à proximité la possibilité d'avoir une infirmière, un cabinet de radiologie pas loin » / dr F : « Après, sans que cela soit une MSP, à côté, il y a une infirmière, un kiné, deux dentistes et un podologue ».

Pour deux médecins (J, O), l'exercice en groupe de médecins seulement n'est qu'une alternative à l'exercice pluriprofessionnel.

Dr J : "Si on n'avait pas eu d'infirmière, on aurait fait un cabinet à 2 médecins." / dr O : « l'alternative serait plus un cabinet en association avec d'autres médecins simplement ».

d) *Partagé sur MSP: idéal ou possibilité*

La majorité des jeunes médecins est favorable à un exercice pluriprofessionnel soit en réseau sur des lieux différents soit au sein d'une maison de santé. Quelques médecins (G, M, N) envisagent l'exercice en maison de santé comme une **possibilité**.

Dr G : "Si l'endroit où je veux m'installer est une maison de santé, tant mieux, mais si ce n'est pas une maison de santé, ce ne sera pas un gros handicap (...) à mon niveau, exercer dans une maison de santé n'est pas quelque chose de déterminant."

D'autres (J, K, L, O, P) y voient un exercice qu'ils souhaitent « dans l'**idéal**. »

Dr L : "Donc : travail de groupe de base entre médecins et dans l'idéal pluridisciplinaire mais au moins ne pas être tout seul."/ dr P : « si un jour je m'installe, je préférerais m'installer dans une maison de santé ».

Mais certains jeunes médecins ne voient pas leur activité en libéral autrement qu'en maison de santé (A, H, I) sans pour autant avoir d'expérience de l'exercice en maison de santé.

Dr I : "Clairement, je n'aurai pas envie de m'installer dans un cabinet qu'avec des médecins (...) Avant je ne voyais pas forcément mon installation dans un cabinet médical seule, surtout pas, mais qu'avec des médecins...mais depuis ce stage-là et mon stage en libéral à C, je ne vois vraiment pas mon installation autrement que comme ça."

La majorité des jeunes médecins est intéressée par l'exercice en maison de santé. Nous allons essayer de déterminer ce qui leur plait ou non dans cet exercice. Etant donné que de nombreux jeunes médecins n'ont jamais exercé en maison de santé, nous sommes conscients que leurs propos n'ont pas tous été expérimentés directement, mais que ce sont des impressions et ce qu'ils imaginent.

IV.2.2.3 Avantages de l'exercice en MSP

Les avantages à exercer dans une maison de santé sont indéniables pour tous les jeunes médecins : ils sont évidents et nombreux. Lors des entretiens, certains reviennent sur les avantages alors que la discussion se poursuit (H, I, P).

Dr H : "C'est vrai qu'il y a pas mal d'avantages"/ dr J : "Il y en a pleins (d'avantages), sans rentrer dans les détails ».

a) Activité de groupe : non spécifique aux MSP

L'activité de groupe de médecins est plébiscitée par tous les jeunes médecins : la maison de santé est en partie un cabinet de groupe de médecins.

○ *Groupe de médecins*

Au sein des maisons de santé, les jeunes médecins ne sont pas seuls, mais font partie d'un groupe de médecins : ils trouvent une **équipe** dans laquelle on s'entraide.

Dr B : « Déjà, moi, je ne veux pas être isolée, ça c'est hyper important, pour pouvoir passer un coup de fil à un collègue. Ça, c'est hyper bien entre médecins" / dr I : «on se sent épaulé. »

Par ailleurs, la majorité évoque les **échanges** entre collègues avec « un travail en symbiose »(L).

Dr L : "Le principal, c'est vraiment le travail de groupe, travailler ensemble (...) Il faut s'entendre et un vrai travail de groupe et non que chacun travaille dans son coin et que ce soit uniquement un regroupement d'ordre pécunier pour les charges." / dr M : « Partager avec d'autres médecins des informations sur les cas difficiles pour pouvoir progresser sur le dossier et ne pas rester seul, ne pas être isolé ».

Dans un cabinet de groupe de médecins, les différentes générations de médecins se rencontrent, se côtoient et apprennent les unes des autres. Chacun a un rôle dans l'équipe.

Dr A : « on a fait des réunions, tous ensemble. J'ai aidé un peu à la réalisation des choses, par des connaissances, mais c'est vraiment ma collègue qui a géré le projet» / dr O : « contact avec des médecins plus expérimentés que nous (...) On sort de la faculté, on est des médecins tout beaux, tout frais ».

○ *Meilleure organisation du travail*

- Partage du temps de travail en maintenant permanence soins

D'une part, comme dans un cabinet de plusieurs médecins, les jeunes médecins trouvent intéressant d'organiser une permanence de soins et de partager le temps de travail entre chacun. En groupe, les médecins s'organisent pour les congés, les samedis matins mais aussi pour avoir des journées de travail « *pas à rallonge* » (B). Les jeunes médecins ne veulent pas travailler comme leurs aînés, ils préfèrent partager leur temps de travail et avoir une « *activité modérée* » (J).

Dr M : « tu peux partager ton temps de travail avec d'autres médecins et vraiment couvrir une permanence de soins (...) et ne pas se retrouver à faire 70 heures par semaine pour assurer la permanence des soins.»

Ils ne voient pas d'inconvénients à voir les patients des autres.

Dr P : « échanges de soins, c'est-à-dire que les patients sont habitués à voir un autre médecin quand leur médecin n'est pas disponible, en restant dans la même structure. »

Le nombre de médecins dans le groupe joue sur cette facilité.

Dr B : "Je pense que ce serait plus facilement aménageable, la permanence des soins, quand on est 6 ou 7 que quand on est deux."/ dr K : « Aussi, quand on est plusieurs médecins, pour des raisons pratiques : prendre des vacances, se relayer. Il y a toujours quelqu'un sur place.»

Mais, ils veulent aussi pouvoir gérer les imprévus et les urgences.

Dr H : "Ce qui est intéressant en cas d'urgence, et que le médecin référent n'est pas disponible, il y a toujours quelqu'un" / dr O : « Cela permet aussi d'adapter ses emplois du temps plus facilement (...) C'est aussi très personnel : je suis une maman, j'ai besoin parfois de temps pour mes enfants et parfois des imprévus.»

- Meilleures conditions de travail

Ainsi, cette organisation du travail entre plusieurs médecins permet de travailler dans de meilleures conditions. Les jeunes médecins veulent se sentir bien au travail, avec leurs collègues.

Dr A : « plus sympa, plus convivial (...) vider son sac avec des collègues de temps en temps (...) d'être tout seul dans son cabinet toute la journée, je trouve ça un peu déprimant. Je ne me vois pas faire ça toute ma vie »/ dr O : « L'avantage de la maison de santé, en tout cas de la mienne : les conditions hyper agréables, c'est très très sympathique. C'est un peu comme si j'étais posée chez moi : j'ai mes repères. »

On peut choisir de prendre du temps pour sa vie personnelle ou familiale plus aisément.

Dr H : "Si à l'avenir elle veut travailler un peu moins pour s'occuper des enfants, des choses sont possibles dans une maison médicale."

- Mutualisation

Cette mise en commun se retrouve dans toute activité de groupe. On partage les moyens et les frais communs. On peut investir dans du matériel et dans des locaux spacieux et aux normes.

Dr J : « On peut également avoir un regroupement de matériels. Par exemple avoir un électrocardiogramme à 2 ou 3, ça fait une économie de dépenses"/ dr P : « pareil au niveau des équipements, c'est plus intéressant (...) Mais c'est surtout partager les frais fixes et avoir des locaux adaptés, aux normes. ».

D'autre part, on met en commun les ressources humaines pour bénéficier notamment d'une secrétaire.

Dr J : "je te parlais de la mise en commun de matériels, mais ça peut aussi être la mise en commun de ressources humaines comme une secrétaire."

b) Activité pluriprofessionnelle

o Proximité plusieurs professionnels

Ce regroupement de professionnels peut profiter d'une part aux patients qui auront une offre de soins variée sur le même lieu, mais d'autre part aux professionnels eux-mêmes en favorisant un vrai travail d'équipe.

- Du point de vue du patient

Un avantage certain de la maison de santé est une accessibilité des différents professionnels facilitée. Le côté pratique est unanime.

Dr I : « pour le patient, c'est très important : il peut enchaîner le rendez-vous avec le médecin, puis la séance de kiné par la suite » / dr L : "Pour le patient, cela leur permet d'avoir tout au même endroit et d'éviter d'avoir à chercher dans des endroits qu'ils ne connaissent pas parfois : c'est un centre où il y a tout."

Les soins sont centralisés, ce qui évite des déplacements surtout dans les zones rurales.

Dr G : "Je trouve aussi que cela peut être très intéressant d'avoir une psychologue en maison de santé : dans certains endroits, il est difficile de trouver une psychologue à proximité (...) un avantage pour les patients, surtout dans le milieu rural."

- Du point de vue des professionnels eux-mêmes

Tous les jeunes médecins trouvent cette **proximité** de différents professionnels : médicaux, paramédicaux ou sociaux pratique et intéressante.

Dr I : "C'est extrêmement pratique, ça va vite, on est efficace. C'est intéressant (...) d'avoir différents professionnels « sous la main » : des avis qu'on peut donner ou qu'on peut prendre sur des patients compliqués."

Le docteur C évoque même l'intérêt de la présence d'autres spécialistes : *" Ce qui serait aussi intéressant, c'est d'avoir des spécialistes : cardiologue."*

Cette proximité favorise les échanges entre les différents partenaires.

Dr M : « Tu peux avoir des échanges même avec les autres professionnels de santé qui voient les patients d'un autre angle.»

Cette proximité de différents professionnels favorise d'une part des échanges formels, notamment lors de réunions.

Dr J : « Avant, j'envisageais déjà d'avoir idéalement un maximum recours directement. C'est toujours mieux que d'avoir des gens par téléphone" / dr N : « Quand je suis arrivée, ce qui m'intéressait c'est d'avoir un exercice de groupe : d'avoir des réunions où on peut discuter des dossiers.»

Mais surtout des **échanges informels** facilitent la collaboration.

Dr I : « d'avoir le kiné sous la main et de pouvoir en discuter avec lui, rien qu'à la pause-café, tout bêtement, de tel ou tel patient : je trouve cela intéressant"/ dr O : « Combien de fois, le soir, en croisant les infirmiers, je leur demande : « bon alors le pansement de madame un tel, la blessure au pied de monsieur (...) Je pense que parler, un échange direct autre que par l'intermédiaire du téléphone ou de lettres, c'est beaucoup plus agréable »

Par ailleurs, le pôle de santé va plus loin que la maison de santé et abolit la notion de « murs » : il permet une coopération qui, cette fois, rapproche différents professionnels de structures différentes sur une zone géographique.

Dr O : « Nous, en plus de la maison de santé, on a le pôle de santé (...) C'est encore différent car on est en contact avec l'autre maison de santé à une dizaine de kilomètres d'ici (à L) : (...) un échange complet » avec « réunions mensuelles de pôle de santé » pour « discuter des différents projets, de différentes choses pour la continuité des soins. C'est très intéressant. »

- *Enrichissement personnel*

La majorité des jeunes médecins insistent aussi sur l'intérêt d'apprendre au contact des autres professionnels : d'avoir une vision concrète des activités des autres professionnels et

d'autre part d'acquérir de nouvelles compétences. C'est un réel partage des connaissances de tous les jours.

Dr H : "il y a un partage des connaissances avec des kinés, des infirmières, des orthophonistes...tous types de corps de métiers (...) Mais c'est aussi partager des expériences de différents corps de santé". »

Le médecin peut se **former en continu** et compléter sa formation de médecin au quotidien.

Dr H : "Quand on fait nos études de médecine, dans telle ou telle pathologie, on ne nous dit pas ce que peut faire le kiné sur une pathologie. C'est une façon de continuer à se former dans la vie de tous les jours, une « formation continue. "

○ *Coopération dans la prise en charge du patient*

- Niveau de coopération différent entre professionnels

Les jeunes médecins pensent tous qu'une activité pluriprofessionnelle est un réel avantage dans la prise en charge des patients. Mais il n'y a un réel travail d'équipe qu'entre certains partenaires et certaines professions se côtoient sans vraiment de coopération sur le suivi du patient. Pour la majorité, les **infirmières** (B, G, I, J, K, L, O, P) sont des partenaires privilégiées avec qui on travaille beaucoup : elles semblent même indispensables dans la maison de santé.

Dr G : " Les 3 médecins et l'infirmière travaillaient ensembles » / dr K : "J'ai l'impression que c'est surtout avec les kinésithérapeutes et les infirmières que l'on travaille lorsque l'on est médecin généraliste (...) un partenariat plus proche. »

Concernant les kinésithérapeutes, les avis sont partagés : leur proximité peut être un plus, mais non déterminante dans la prise en charge du patient.

Dr B : "Un kiné disponible aussi. Ce qui permettrait en plus un échange direct, qu'on n'a pas forcément quand on les envoie ou quand on fait la prescription » / dr N : «avec les kinés, le fait qu'ils soient à côté, on peut avoir quelques échanges mais c'est plus la convivialité que du partage médical autour du patient.»

Les assistantes sociales peuvent devenir de réelles partenaires.

Dr B : « Ça pourrait être un plus...même une assistante sociale ...on fait beaucoup de social. »

Mais avec les autres professions la coopération dans la prise en charge du patient est limitée.

Dr B : "Après, pour le reste, hormis la proximité, de les avoir à côté, le kiné, tout ça... C'est chacun son job. On ne peut pas trop déléguer" / dr G : « Il y avait aussi un kinésithérapeute, un ostéopathe et un dentiste. Ils étaient extrêmement indépendants entre eux."

- Activités plus variées

L'activité pluriprofessionnelle en maison de santé favorise le développement de nouvelles activités. *Dr H : "Mais une maison de santé n'est pas qu'un regroupement de professionnels (...) Elle permet aussi de faire d'autres actions ».*

- ✓ Une délégitation de tâches auprès des infirmières :

Dr B : " je pense que les infirmières ça permettrait pas mal de déléguer : des consultations que nous faisons : des consultations pansement, ou certains suivis." / dr G : "Tous les matins, il y avait une permanence d'infirmière au cabinet : pour faire les prises de sang, les électrocardiogrammes..."

- ✓ Des actions de prévention :

Dr P : « une infirmière ASALEE qui est arrivée en début de semaine et je pense qu'elle peut aider au niveau de l'information, de l'aide pour les patients sur la prévention cardiovasculaire. »

- ✓ Développement de l'éducation thérapeutique :

Dr H : « faire de l'éducation thérapeutique pour les patients, ce qui est un plus, qui n'est pas toujours évident lors d'une consultation de 15 minutes» / dr O : « L'autre chose hyper intéressante est que l'on a, au sein de la maison de santé de S, un projet d'éducation thérapeutique (...) des «ateliers d'éducation thérapeutique.»

- Meilleure prise en charge du patient

Dans les maisons de santé, la prise en charge du patient se veut pluridisciplinaire : plusieurs professionnels discutent et échangent pour une **prise en charge globale** du patient. Les informations circulent entre professionnels (B, D, F, G, H, I, K, L, N, O).

Dr I : "C'est vraiment une prise en charge multiple" / dr L : "L'avantage pour nous, professionnellement est de pouvoir échanger pour une prise en charge pluridisciplinaire du patient"/ dr P : « Tout est en réseau.»

Le patient est au centre de la prise en charge.

Dr N : «s'asseoir autour d'une table et de discuter d'un patient un peu à fond et de ne pas faire chacun son « petit truc » de son côté. »

Il en résulte une prise en charge et un suivi meilleur pour le patient (B, F, G, K, O, P).

Dr K : "une meilleure prise en charge des patients (...) L'avantage est tout simplement pour le suivi des patients. Par exemple, une personne âgée qui a une plaie. L'infirmière passe régulièrement, on parle directement avec l'infirmière de l'évolution (...) Cela permet un suivi plus adapté".

IV.2.2.4 Inconvénients

a) Peu nombreux

De premier abord, tous les jeunes médecins ont des difficultés à trouver des inconvénients à l'exercice en maison de santé. Pour la majorité des jeunes médecins (B, D, H, I, J, K, M, N, O, P), ces inconvénients semblent **peu nombreux**.

Dr H : "les inconvénients...On en trouve toujours...là, je me suis pas creusé la tête pour en trouver (...) Pour l'instant, je n'en vois pas trop" / dr I : "Des inconvénients, oui, il peut y en avoir, mais pas beaucoup."

Certains ne voient pas d'inconvénients à l'exercice en maison de santé.

Dr J : « Je ne vois même pas qu'est ce qui fait que d'autres vieux médecins peuvent trouver des inconvénients en s'installant dans des maisons médicales de santé..." et "L'inconvénient quand tu es jeune médecin, que tu veux tout juste t'installer, non, je n'en vois pas."

b) Exercice pluriprofessionnel

Le seul inconvénient de l'exercice médical entre plusieurs professionnels peut être un manque de collaboration, qui peut jouer de façon négative sur la qualité de la prise en charge du patient (H, L, M, N, P).

Dr L : "Mais, y travailler ne signifie pas forcément collaboration. C'est assez cloisonné (...) Ce sont des gens avec qui on est amené à travailler tout le temps, et si on n'est pas synchro, on n'aura pas une bonne prise en charge du patient" / dr M : « Si tu es avec des paramédicaux à qui tu n'adresses pas la parole parce que tu ne t'entends pas... C'est l'avantage du cabinet de groupe qui s'annule. »

Un médecin (H) évoque un problème d'accès pour certains patients à cause de la centralisation des soins et la disparition de cabinets répartis sur une région.

Dr H : "Les inconvénients sont peut-être plus pour le patient. Dans une maison médicale, il y a regroupement de médecins et moins de médecins seuls dispersés. »

En effet, la plupart des médecins ne voient pas d'inconvénients pour les patients comme le dit bien le docteur P : *« Je n'en trouve pas pour les patients ».*

c) Exercice de groupe

Le docteur O qui remplace régulièrement en maison de santé avoue : *« l'aspect négatif que je peux ressentir, en vivant au quotidien avec ces professionnels de santé : c'est le principe de l'association ».*

o Personnalités différentes

Les différents membres ont chacun leur personnalité et leur caractère, ce qui peut parfois poser problème au sein le groupe (A, J, N, O).

Dr A : « Au début, il était dans le projet, puis il s'est retiré : il avait des exigences qui ne convenaient pas à l'ensemble des acteurs (...) Au niveau personnalité, ça ne collait pas tout à fait avec l'ensemble du groupe » / dr J : « ce n'est pas propre à telle ou telle spécialité, c'est plus une question de personnalité. Il y a des gens qui s'entendent facilement avec d'autres et il y en a d'autres qui ne s'entendent pas".

Mais, ce n'est pas réellement un inconvénient pour ceux qui s'adaptent et savent se montrer conciliants.

Dr A : « Moi, je les connais aussi, je travaille déjà avec eux. Je ne suis pas d'un caractère trop difficile, ni dirigiste. Moi, je pense que ça va aller. »

o Les relations au sein du groupe.

L'entente au sein du groupe est primordiale pour la majorité des jeunes médecins (A, B, D, G, H, I, J, L, M, N, O, P).

Dr A : « Le côté relationnel avec les collègues. C'est la principale limitation (...) on s'engage un peu comme dans un mariage » / dr B : « c'est l'inconvénient de travailler en groupe. Si l'entente est bonne, c'est bien. »

Plus on est nombreux et plus il est difficile de tous se mettre d'accord. Il peut ainsi devenir difficile de travailler en équipe, ensemble.

Dr L : "il peut y avoir un cabinet où chacun travaille pour soi, et on ne partage que les charges du cabinet (...) L'inconvénient...Il faut pouvoir travailler en accord tous ensemble, être sur la même longueur d'onde".

Ces problèmes relationnels dans le groupe semblent pourtant surmontables pour la plupart des jeunes médecins (A, D, I, J, O).

Dr O : « J'ai l'impression que c'est ce côté association qui n'est parfois pas simple, qui peut tendre un peu les relations certains jours, mais au final cela se passe bien (...) On sent bien qu'il y a parfois des moments tendus...Mais l'ambiance est quand même très agréable ici."

Pour éviter ces désagréments, il faut :

- de la communication au sein du groupe.

Dr A : « C'est de la communication, comme dans un couple (...) les gens se respectent (...) il ne faut pas qu'il y ait de critiques par derrière, faut pas qu'il y ait des choses non dites.»

- bien choisir l'équipe avec laquelle on va travailler.

Dr D : « il faut tomber sur une bonne équipe pour que ça tourne bien, j'imagine (...) il faut bien choisir les personnes avec qui on travaille" / dr O : « Je pense que c'est important de travailler avec des gens avec qui on s'entend bien, qui s'y connaissent aussi. »

- s'arranger et accepter des concessions pour le groupe.

Dr I : "A partir du moment où on travaille avec plusieurs personnes, il faut s'adapter aux autres (...) Il faut rester sur un cadre professionnel : on n'est pas là que pour du personnel, il faut que ça passe bien" /dr O : « Cela demande beaucoup, parfois de se mettre un peu en arrière ou en avant pour que tout le monde s'entende et que le fonctionnement se passe bien.»

d) Gestion administrative et financière lourde

Tous les jeunes médecins voient les maisons de santé comme de grosses structures difficiles à monter puis à gérer : les tâches administratives leur font peur.

○ Des lacunes

La plupart des jeunes médecins, n'ayant aucune expérience des maisons de santé, avouent un manque de connaissance concernant leur gestion. Ils ont quelques notions, mais cela reste vague.

Dr A : « je me mélange un peu là-dedans » (statut société) / dr D : "En rapport aux locaux, ça je ne sais pas... les charges professionnelles...Les condition législatives, je ne sais pas du tout. Pour moi, c'est flou."

Le docteur A pense que c'est parce qu'il n'est « pas encore vraiment impliqué là-dedans » mais « Il va bien falloir que je m'y mette » quand il aura rejoint la MSP.

○ Montage : « grande bataille »

• Un leader

Un professionnel endosse souvent le rôle de leader du groupe : il est très impliqué dans différentes démarches pour monter le projet. Ce rôle paraît difficile à porter pour les jeunes médecins (A, O, P).

Dr P : « Cela a été une grande bataille (...) énormément de temps, beaucoup d'énergie (...) Il a été seul à proposer le projet, car finalement il n'y a qu'une personne qui gère (...) Ils étaient tous d'accord pour la maison de santé mais, pour toutes les démarches, il a été seul ».

• Parcours semé d'embûches

Le montage d'une maison de santé apparaît long et difficile avec souvent des contretemps. Cela apparaît comme un réel frein pour certains médecins (A, F, I, J, N).

Dr A : « Le projet aurait dû se faire plus rapidement, sans les différentes embûches sur le parcours... » / dr F : "Celle de B est en cours depuis longtemps (...) La lourdeur administrative pour la création d'une maison de santé est un frein important. Cette lourdeur rebute" / dr I : "l'inconvénient, c'est que c'est compliqué à mettre en œuvre (...) Je sais qu'il y a beaucoup de démarches à faire, par rapport à l'ARS etc. On ne monte pas comme cela une maison de santé. »

- Mais faisable

Le montage d'une maison de santé n'est pas simple, mais tout à fait faisable pour la plupart des médecins : on y arrive en s'y mettant (A, H, I, J, N, O, P).

Dr I : « Mais je pense que sur la mise en place, sur l'organisation, sur le fonctionnement, le secrétariat, c'est peut-être un peu plus compliqué (...) Je pense que c'est tout à fait faisable, pour moi, ce n'est pas tellement un inconvénient. »

Une fois la maison de santé faite, l'installation est plus aisée (A, N, O, P).

Dr A : « Mais, quand j'arrive tout sera déjà fait, tout sera déjà en route, c'est quasiment déjà fait. Pour moi, ça ne m'angoisse pas ».

- *Fonctionnement : « faire tourner une entreprise »*

La maison de santé apparaît comme une grande entreprise qu'il faut savoir gérer, face à laquelle les jeunes médecins se sentent souvent démunis.

- Comparable à tout cabinet de groupe

Pour certains médecins (A, D, K), gérer une maison de santé n'est pas simple : comme dans tout cabinet libéral.

Dr K : « peut-être un inconvénient mais qui est un inconvénient quand on est en libéral : tout le côté administratif. »

- Plus complexe

La plupart des jeunes médecins ont l'impression que les MSP sont plus difficiles à gérer, mais ils n'ont aucune certitude. Même deux médecins qui ont une expérience de l'exercice de MSP (G et N) le pensent.

Dr G : « La gestion est plus complexe à plusieurs que quand tu es tout seul (...) Cela me paraît aussi compliqué sur le plan administratif... » mais "Je n'ai pas ressenti ces difficultés administratives en stage" / dr I : « cela demande un fonctionnement, j'imagine, comme une SCM par exemple, peut-être plus compliqué » / dr N : « On pourrait se dire que vu qu'il y a plus de gens, il peut y avoir une lourdeur du système ».

Les charges (D, G, L, N) sont majorées.

Dr G : « Il y a peut-être un investissement un peu plus important pour la gestion du cabinet médical »/ dr N : « Les inconvénients, par rapport à une association banale

qui ne s'appellerait pas maison de santé...cela peut être des questions de coût parce que les locaux sont plus grands (...) Cela se discute au cas par cas : c'est une question de charges. »

D'autres semblent persuadés que les maisons de santé sont plus compliquées à gérer : à cause des comptes à rendre à l'ARS, et de la taille de la structure.

Dr F : "Le cadre me semble rigide" / dr O : « C'est plus l'organisation pour faire tourner cette entreprise qui me paraît un peu plus compliqué (...) côté organisation, ce n'est pas tous les jours simple.»

Mais la plupart des médecins pensent que c'est faisable (A, G, H, I, N, O). Il faut être bien organisé et déléguer des tâches administratives.

Dr O : « Et si on n'est pas bien entouré, c'est-à-dire : ici on a un comptable, une secrétaire dédiée à l'organisation et à la comptabilité en plus des autres secrétaires qu'on a ici (...) il faut être bien organisé pour que les médecins et les autres professionnels de santé aient à s'impliquer le moins possible et qu'il y ait le moins possible de tensions ».

○ *Financements à trouver*

Les jeunes médecins ont une vision très limitée du financement des MSP. Ils ne sont pas sûrs.

Dr M : « Mais je ne sais pas comment ils ont financé leur structure, mais ce n'est pas une maison de santé je pense (...) Je ne sais pas comment le médecin a fait ».

Ce sont surtout ceux qui sont impliqués dans des MSP (A et J) et ceux qui ont exercé en MSP qui ont une idée des différents financements (N, O), et qui sont surtout conscients de l'importance d'y réfléchir. Seul le docteur M qui n'a pas d'expérience en MSP s'en rend aussi compte que le côté financier n'est pas simple. Les autres n'abordent pas le sujet.

Dr A : "Si jamais ça clache pour une raison ou une autre : souvent c'est des problèmes d'argent.» / dr M : « Moi, je pense que le frein principal est plutôt financier " / dr O : «Le côté financier reste important dans une période où même si on gagne bien notre vie, cela reste un problème : une entreprise à faire tourner, une maison de santé comme celle-là avec des fonds d'investissements financiers.»

- Financements publics

Pour financer les MSP, les médecins peuvent s'adresser à plusieurs partenaires : les communes et les instances régionales comme l'ARS par le biais de nombreuses démarches et négociations.

Dr A : "Il y a eu des démarches, mais pas de possibilités de ce côté-là (ARS)" / dr J : "Ce dossier sera présenté à la prochaine session à l'ARS pour des subventions ».

Mais ces subventions ne sont accordées que si un cahier des charges est respecté en ce qui concerne l'ARS : cela peut apparaître comme une contrainte à cause des comptes à rendre pour certains.

Dr F : "Il y a plus d'obligations vis-à-vis de l'ARS je crois pour bénéficier de subventions. Pour moi, cela me paraît compliqué (...) J'ai cru comprendre qu'il y avait des objectifs à atteindre pour avoir des subventions, et là, c'est pareil, je n'arrive pas à m'imaginer un exercice où je dois faire attention (...) je soigne au mieux, mais j'ai du mal à chiffrer. Je ne suis pas dans cette dynamique-là. A l'heure actuelle je ne vois pas ma place."

Certains médecins voient au contraire une simplification du montage et du fonctionnement de la structure par rapport à des apports privés.

Dr L : "Il paraît que parfois les charges sont élevées dans ces types de structures si ce n'est pas financé par l'Etat ou par la ville" / dr J : "A partir du moment que c'est une MSP financée ou budgétée en partie par l'ARS, les médecins ne sont jamais propriétaires...Ils sont locataires à très bas loyer...mais ça reste locataire."

- Financements privés

Peu de jeunes médecins (A, J, M) abordent les fonds privés pour financer la MSP. Mais pour tous, les démarches apparaissent difficiles, mais faisables.

Dr A : "Après, on a revu avec la banque, parce qu'il y avait des petits soucis (...) Il y a eu un couac là-dessus. Ça a été un peu compliqué, il a fallu revoir les banques." / dr M : « J'imagine qu'il faut avancer l'argent et qu'en plus s'il y a plusieurs professionnels de santé qui doivent avancer pareil un capital. »

- Des sécurités

Le docteur J a pris soin de prendre plusieurs précautions sur le plan financier en vue de son projet de création de MSP pour faire face aux imprévus financiers de début d'activité.

Dr J : "C'est une sécurité, une manière de s'assurer d'avoir un minimum de revenus (...) On a comme autre sécurité le prêt immobilier qu'on a fait: la banque nous assure qu'on pourrait geler les apports pendant un an".

e) Motivations des professionnels

Il est nécessaire que les professionnels soient motivés pour former une équipe dynamique. D'une part les jeunes médecins mais aussi leurs aînés doivent avoir envie de s'impliquer tout comme les professionnels d'autres spécialités.

o Jeunes médecins

Les jeunes médecins (N, O, P) apprécient de remplacer dans des maisons de santé mais ne veulent pas s'y installer car elles ne répondent pas tout à fait à leurs attentes personnelles : le manque d'activité pour N, des problèmes de déplacements pour O, l'entente pour P. Il semble qu'on fasse des concessions sur les attentes en remplacement, concessions qu'on ne veut plus faire une fois installé.

Dr F : "Les médecins, ici, sont partants, après on peut trouver des remplaçants mais pour la suite (succession) c'est plus compliqué...je vois qu'ils ont proposé à un remplaçant de s'associer, il n'a pas voulu. Je ne connais pas beaucoup d'internes qui voudraient s'installer sur le quartier" / dr J : "mon épouse avait le projet de s'installer avec une amie (...) elle a pris peur et a lâché le projet de mon épouse".

o Anciens médecins

Les médecins déjà installés peuvent être difficiles à motiver selon le docteur J : *"C'est vrai : l'inconvénient est de motiver les vieux médecins"*. Ces derniers peuvent hésiter à s'investir dans un nouveau projet mais certains passent le cap.

Dr J : "Une question d'habitude : les logiciels... Souvent les vieux médecins, l'informatique n'est pas trop leur truc. Mais, il y des vieux médecins qui l'ont fait, par exemple le docteur F à SG : avant il était tout seul, maintenant ils sont trois médecins".

o *Autres professionnels*

Pour créer une MSP il faut réunir plusieurs professionnels sur un même lieu, ce qui paraît laborieux pour le docteur J qui peine à trouver des professionnels pour son projet de MSP.

Dr J : "C'est épuisant, c'est de la perte de temps (...) Si, on aimerait bien, mais on a du mal à trouver d'autres professionnels (...) impossible de trouver un dentiste".

f) *Localisation*

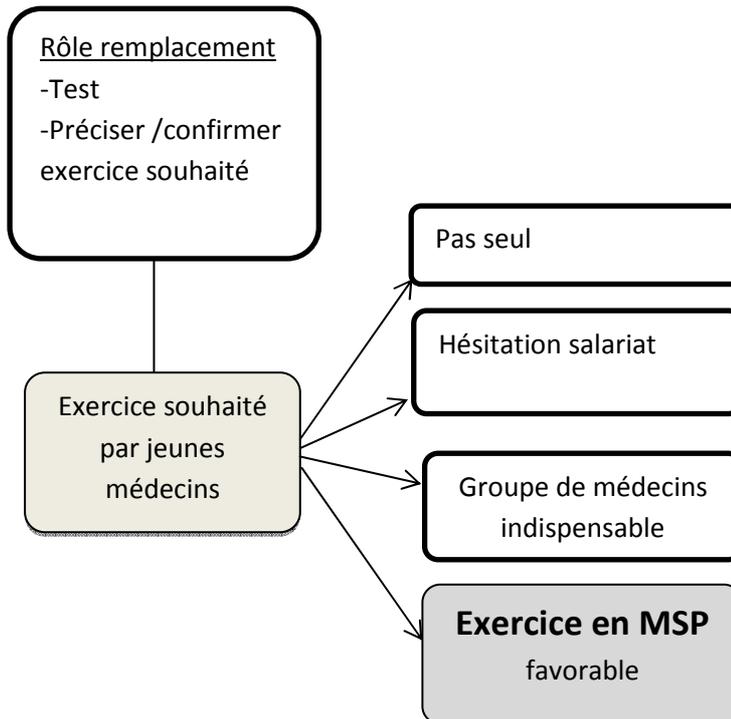
La localisation des maisons de santé apparaît pour plusieurs médecins comme un frein : notamment à la campagne (B, C, J, K, L, M, O) ou dans certains quartiers dits sensibles (F).

Dr F : "Je ne connais pas beaucoup d'internes qui voudraient s'installer sur le quartier"/ dr L : "C'est souvent à la campagne, les maisons de santé".

Seuls deux médecins (G, J) veulent exercer en milieu rural.

Dr J : "On a envie de vivre à la campagne. J'aime bien la vie à la campagne (...) On va s'installer à CV très proche de C. On ne compte pas s'installer pour partir".

IV.2.2.5 Récapitulatif de l'exercice souhaité et l'exercice en MSP



Avantages

Nombreux, évidents

Groupe de médecins :

- Echanges
- Equipe
- Organisation travail
 - Partage travail
 - Continuité soins
 - Meilleures conditions
- Mutualisation

Pluriprofessionnel

- Proximité
 - Accessibilité patient
 - Echanges
- Enrichissement personnel
- Coopération autour patient

Inconvénients

Peu nombreux, peu connus

Revers exercice de groupe

- Personnalités différentes
- Problème entente

Pluriprofessionnel

Manque collaboration

Gestion lourde

- Lacunes
- Montage : « grande bataille »
 - Leader hyperinvesti
 - Embûches parcours
- Fonctionnement plus complexe
- Financements
 - Publics : contreparties
 - Privés : peu abordés

Difficulté à motiver professionnels

Localisation campagne

IV.2.3 Installation en MSP des jeunes médecins

Les jeunes médecins envisagent tous de s'installer « à un moment » mais seulement une minorité dans l'immédiat (A, F, J). La majorité des jeunes médecins (B, C, D, H, I, K, O, P) n'envisagent pas leur installation avant 5 ans : ils comptent profiter de la période de remplacement pour se consacrer à leur vie personnelle (B, C, G, H, I, L, O) et familiale (A, H, O) ou pour terminer leur formation initiale (notamment soutenir sa thèse, la majorité des jeunes médecins n'étant pas encore thésée). C'est aussi une période comme on l'a déjà vu qui donne du temps pour tester l'exercice libéral et préciser l'exercice souhaité.

IV.2.3.1 Liberté d'installation

L'installation des jeunes médecins en France n'est pas soumise à des mesures coercitives par les pouvoirs publics. Ils sont libres de choisir leur installation : le moment, le lieu, les conditions. La majorité des jeunes médecins prennent leur temps et ne sont pas pressés de s'installer (sauf F, J).

a) Pas pressé

Le docteur C envisage son installation "à long terme" / dr H : « je ne mets pas du tout la pression pour m'installer rapidement (...) Pour moi, l'installation c'est quelque chose qui doit se faire sans stresser mais réfléchi. »

Les jeunes médecins se rendent bien compte qu'ils choisissent comment ils souhaitent s'installer : sans contrainte de lieu ni de date.

Dr H : « On a la chance d'avoir le choix (...) Je ne compte pas m'installer tout de suite. Je ne sais pas où en sont les réformes pour l'incitation à l'installation des remplaçants" / dr O : "Mais pour l'instant, il n'y a pas d'obligation comme je le disais : il y a ici une qualité de travail très appréciable".

b) Mais étape importante et réfléchie

L'installation est une étape décisive: il faut faire un choix déterminant après réflexion. Il y a même une sorte de gravité pour certains.

Dr N : « je mets une certaine gravité à l'installation parce que je trouve que ce n'est pas quelque chose d'anodin : on ne s'installe pas pour se « désinstaller » trois mois plus tard. » / dr O : « C'est une décision importante : j'ai une fille scolarisée, on a fait

agrandir la maison, des projets de vie qui sont déjà avancés. S'installer ici, ce serait des modifications à envisager ».

Un médecin craint de ne pas trouver d'installation qui lui convienne.

Dr N : « est-ce que j'arriverai avec toutes mes exigences à trouver quelque chose qui me convient...qui respectera aussi ma vie de famille. Je ne sais pas. »

c) Localisation souhaitée

Les avis sont partagés, mais la majorité des jeunes médecins souhaitent s'installer en milieu semi urbain (A, B, F, H, I, N, P). Seuls les médecins G et J souhaitent exercer en milieu rural. Le docteur D souhaite soit un exercice semi urbain ou rural pas trop éloigné de son domicile. Les médecins C et M souhaitent exclusivement un exercice urbain en accord avec leur désir de vie. Le docteur L envisage un exercice urbain, ou semi urbain, proche de son domicile.

d) Opportunité au bon moment

Le docteur N doute : *« Si jamais un jour je m'installe »* car *« cela fait beaucoup de conditions »*.

Pour tous les médecins, plusieurs conditions jouent sur leur future installation. Les jeunes médecins rencontrent beaucoup d'opportunités d'installation, mais réfléchissent avant de choisir.

Dr H : « Je vais faire des remplacements, voir ça (l'activité de mon amie en MSP), puis en fonction des opportunités, je m'installerai " / dr M : « Je les remplace actuellement, à Ch et ils m'ont proposé de m'installer avec eux, mais c'est trop loin (...) En ville, ça aurait pu être possible, mais beaucoup de médecins qui partent travaillent seuls. (...) C'est le hasard : tu commences par remplacer, on te propose et après t'acceptes ou pas »

Par ailleurs, l'opportunité doit arriver à un moment propice à l'installation dans la vie du jeune médecin. Alors que pour le docteur A, la bonne opportunité se présente au « bon » moment de sa vie, pour les autres médecins, l'installation n'est pas encore à l'ordre du jour.

Dr I : « L'opportunité ne suffit pas : J'ai l'opportunité, mais ce n'est pas pour autant que je m'installe » / dr O : « Une installation définitive n'est pas à l'ordre du jour pour l'instant mais à discuter quand le moment sera venu (...) Dans les 5 ans à venir, l'installation sera un projet plus présent.

IV.2.3.2 Intéressés pour la plupart

Les jeunes médecins sont, pour la majorité, intéressés par l'exercice en MSP : ils y voient plus qu'un cabinet de groupe simple. Ils peuvent faire un travail efficace dans des conditions agréables. Seuls les docteurs C et F refusent catégoriquement car ils ont d'autres projets concrets: « *M'installer dans une maison de santé, je dirais non.* »

a) Attentifs aux opportunités

Les jeunes médecins sont intéressés par l'exercice pluriprofessionnel, et avouent être à l'écoute des opportunités d'exercice en MSP même si elles ne sont pas fréquentes.

Dr A : " Si ce n'était pas moi, ça aurait intéressé beaucoup de monde" / dr L : "Il n'y a pas forcément beaucoup d'occasions, sachant que je ne serai pas amené à travailler loin de P à cause du travail de ma compagne (...) Je sais que ça ne court pas les rues (...) Il y en a d'autres qui vont se créer probablement. »

b) Période test

Plusieurs médecins (D, K, M, N, P) souhaitent tester l'exercice dans la maison de santé avant une installation lors de remplacements ou d'une collaboration. Ils veulent voir les conditions d'exercice concrètes proposées par la maison de santé et faire la balance avantages/inconvénients afin de voir si cet exercice leur convient.

Dr D : "Si on me proposait, je demanderais d'abord à faire un essai, alors peut-être une période de remplacement pour me faire une idée" /dr N : « je pense que je ne me lancerai pas forcément tout de suite dans un contrat d'association. Je demanderais d'abord à être collaboratrice dans la structure pour voir si ça colle : il faut que ça colle. »

IV.2.3.3 Conditions essentielles

Ces conditions d'installation en MSP sont déterminantes pour le choix des jeunes médecins.

a) Localisation

La localisation de la maison de santé est importante pour une installation en maison de santé selon la plupart des jeunes médecins (A, B, D, F, G, H, L, M, N, P). Elle est même prioritaire pour certains : la distance de la structure par rapport au domicile.

Dr D : "je serai plus en semi rural...Rural à pas plus d'une demi-heure de la maison, ce serait bien. Ça ne me dérange pas de travailler en zone rurale, mais c'est vrai que ...pas trop loin quand même, pas trop de route." / dr L : "le lieu : c'est quasiment la priorité."

b) Conditions de travail/horaires

Les jeunes médecins (B, D, F, M, N, O) veulent exercer dans de bonnes conditions de travail au sein de la MSP.

Dr B : " Si ça respecte mes conditions de travail à savoir : ne pas travailler tout le temps, ni les horaires à rallonge » / dr F : "Je ne connais pas beaucoup d'internes qui voudraient s'installer sur le quartier (...) Dans un contexte, à la limite de la violence » / dr M : «C'est surtout cela : les contions de travail : pouvoir partager son temps de travail, moi, ça me parait essentiel de ne pas se retrouver tout seul à tout faire. »

c) Vie personnelle

Ils (B, D, J, L, M, O) veulent choisir selon leurs désirs de vie.

Dr B : « Après il faut que ça soit en semi rural, c'est mon désir de vie...pas en rural ».

La profession du conjoint est parfois déterminante (B, D, G, H, L).

Dr B : « Mais ça dépendra de mon conjoint, ça dépendra de ma vie privée » / dr H : "une zone géographique pas trop m'éloignée du lieu d'exercice de mon amie".

d) Equipe

Le travail d'équipe est un réel atout des MSP pour les jeunes médecins (A, F, I, G, L, P) à condition de bien s'entendre entre professionnels pour travailler en coopération dans une bonne ambiance.

Dr G : "Une maison de santé où on sent qu'il y a des tensions, par exemple, j'irai à reculons, voire même je n'irai pas" / dr P : « j'aimerais bien voir comment les professionnels fonctionnent car j'aimerais garder tous les avantages que je t'ai dits (...) Il faut pouvoir profiter de tout cela et qu'il y ait une bonne organisation et une bonne entente. »

e) Autres

-La taille de la structure et le nombre de professionnels (F, K) :

Dr F : "Si je le faisais, ce serait dans une structure « à taille familiale » pas comme ici avec le projet d'une maison de santé avec de nombreux professionnels...Mais je trouve que c'est trop grand" / dr K : « Ça dépend du nombre de médecins (...) je préférerais qu'il y ait trois ou quatre médecins je pense (...) Je ne me vois pas, même dans une maison pluridisciplinaire être le seul médecin, pour moi, c'est important qu'il y ait plusieurs médecins."

-Une maison de santé déjà en fonctionnement (A, O, P) :

Dr A : "Moi, je lui ai dit justement que c'était vers ça que je m'orientais. A la base, c'est ce que je recherchais, et encore plus dans le coin, c'était génial ! »

IV.2.3.4 Monter une MSP : avis partagé

Les jeunes médecins sont favorables à l'exercice en maison de santé, mais les avis sont partagés concernant la création d'une maison de santé.

a) Possibilité

Certains (B, I, J) sont partants pour monter une maison de santé. Ce sont surtout des médecins sans expérience en maison de santé sauf le docteur J ayant lui-même son projet de création de MSP.

Dr I : "Je me verrais bien lancer le projet et essayer de le monter avec quelqu'un et ne pas forcément attendre qu'on vienne me le proposer (...) Si j'ai envie de m'installer, si j'ai envie de monter cela, j'essaierai de tâter le terrain à droite et à gauche et d'être l'initiatrice d'un tel projet. »

b) Refus

Les médecins (N, O, P), remplaçant en maison de santé, ne veulent pas être à l'origine d'un projet. Certains (O, P) ont assisté à la création d'une maison de santé et se sont rendu compte du rôle « hyper investi » du leader. Pour être à l'origine d'une maison de santé, il faut être motivé, prendre du temps et s'engager dans « la grande bataille ». Ils ne sont pas prêts à s'investir davantage.

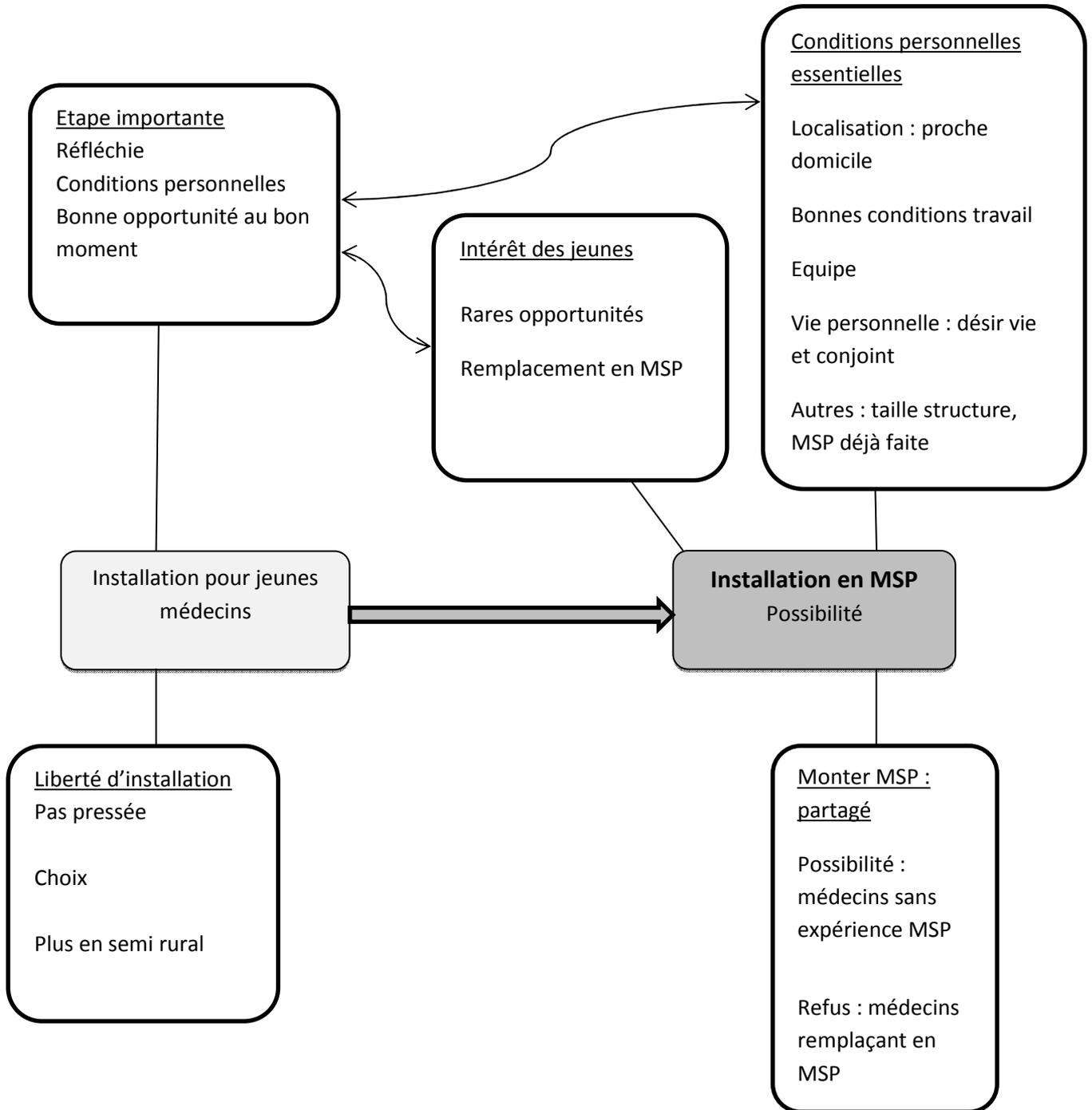
Dr N : «je ne suis pas sûre d'en avoir l'énergie (...) il faut accepter de travailler chez soi le soir, d'aller à des réunions pour défendre son « bout de gras » / dr O : « j'ai tout vu

(...) je vois l'implication que c'est...J'ai assisté à tout cela, même à l'organisation de tout ça (...) Je ne me sens pas capable professionnellement, ni au niveau de l'administratif, au niveau de ma vie personnelle.»

Ces médecins ne souhaitent pas être à l'origine du projet, mais sont volontaires pour faire part de leur expérience en MSP.

Dr O : « Mais apporter mes connaissances et mon point de vue pour faire évoluer quelque chose d'existant, pourquoi pas. Mais être à l'origine, non".

IV.2.3.5 Récapitulatif de l'installation des jeunes et des MSP



V. Discussion

V.1 Discussion de la méthode

V.1.1 Limites et difficultés

V.1.1.1 Population étudiée

Tout d'abord, nous avons limité notre étude au département de la Vienne pour une raison pratique : nous tenions à rencontrer les jeunes médecins en entretiens face à face et non par téléphone. De plus, ceux-ci sont mobiles sur des lieux de travail différents, et il a fallu s'organiser pour les rencontrer. Ainsi, nous avons un aperçu du point de vue des jeunes médecins de la Vienne, difficilement généralisable sur l'ensemble du territoire.

D'autre part, au fur et à mesure de nos entretiens, nous nous sommes rendu compte qu'ils avaient peu d'expérience concrète en maison de santé. Leur point de vue apparaît parfois comme des suppositions ou des impressions. Mais le but de l'étude est bien l'intérêt des jeunes pour les maisons de santé telles qu'ils les perçoivent. Nous avons élargi par la suite notre population en interrogeant trois autres médecins (N, O, P), remplaçant en maison de santé pour compléter éventuellement les informations puis vérifier la saturation des données.

V.1.1.2 Entretiens

Nous avons rencontré des imprévus lors de certains entretiens. Même si les interviewés avaient choisi le lieu et la date, certains entretiens ont été perturbés : le bébé du docteur A n'a pas voulu faire sa sieste, et nous avons dû faire une pause pendant l'entretien. Le docteur I a eu une visite qui s'est ajoutée juste après notre entretien. Le docteur P a dû répondre à un appel téléphonique durant notre entretien.

Face à nous qui maîtrisons le sujet, nous avons des jeunes médecins ayant au contraire peu d'expérience des MSP. Nous avons insisté sur le fait qu'il n'y avait ni bonne ni mauvaise réponse ni jugement et que seul leur point de vue comptait : propos que nous précisions en début d'entretien pour que l'interviewé parle franchement. Nous avons aussi essayé de ne pas être trop interventionniste lors des entretiens, ce qui n'a pas été simple quand nous étions face à des médecins qui ne se livraient pas beaucoup (docteur B et C notamment).

Enfin, malgré l'anonymisation des données, nous avons bien senti que certains médecins ne nous disaient pas tout. Dès que l'enregistrement était coupé et qu'ils s'en étaient assurés, ils livraient d'autres informations, que nous n'avons pas pu exploiter (par exemple les docteurs F et L). Même l'enquêteur a eu du mal à arrêter l'enregistrement au bon moment.

Souvent, les jeunes médecins abordaient de nouveau le sujet des maisons de santé et prolongeaient la discussion sur le pas de la porte (A, I, L, M).

V.1.2 Validité interne et externe

La validité interne de notre étude consiste à vérifier la crédibilité des observations : c'est-à-dire déterminer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer, fidèle à la réalité. Nous avons essayé de limiter différents biais : de sélection, liés à l'interviewé ou au chercheur et de préciser la démarche que nous avons adoptée. De plus, la triangulation des données et des chercheurs contribuent à la crédibilité de la recherche.

La validité externe consiste, elle, en une transférabilité ou généralisation de résultats. La recherche qualitative essaie d'atteindre une représentativité sociologique des résultats, plus qu'une représentation statistique. Nous avons essayé de recueillir des informations auprès d'un échantillon représentatif des jeunes médecins généralistes de la Vienne. Nous avons aussi réussi à atteindre une saturation des données synonyme d'un recueil maximal d'informations sur le sujet. La triangulation des informations entre chercheurs contribue aussi à améliorer la validité externe en apportant un peu de représentativité statistique. La validité externe s'appuie enfin sur la littérature pour tenter de généraliser nos résultats.

V.2 Discussion des résultats de l'étude

V.2.1 Synthèse et discussion

V.2.1.1 Les jeunes sont intéressés par la maison de santé

a) Intérêt d'être en groupe

La majorité des médecins interrogés sont favorables à un exercice pluriprofessionnel en maison de santé. Ils veulent, comme la littérature le constate aussi, un exercice de groupe **(26)** : on assiste actuellement à une réelle dynamique de regroupement des médecins généralistes qui sont 53% à exercer en groupe en 2009 (contre 43% en 1998). Dans notre étude, ils envisagent avant tout d'exercer avec d'autres médecins généralistes pour échanger : le nombre de médecins est important pour eux dans la structure. Plusieurs études constatent aussi que les jeunes médecins sont en majorité attirés par l'exercice pluriprofessionnel proche **(8,10)**. Cependant certaines **(15,23)** placent l'exercice de groupe monoprofessionnel avant l'exercice pluriprofessionnel concernant leurs préférences. Mlle Texier aussi arrive à ce constat dans sa thèse sur l'attractivité de l'installation en milieu rural des MSP auprès des internes et des jeunes diplômés en Aquitaine : les conditions de travail proposées au sein des MSP sont globalement incitatives pour les jeunes médecins **(43)**. L'exercice coordonné, la permanence des soins et la qualité de vie sont les aspects les plus attrayants pour les jeunes médecins. Ce n'est pas la structure qui attire les jeunes médecins

mais la dynamique humaine du groupe et la motivation des professionnels, ce qu'on constate aussi dans la thèse collective sur les facteurs favorisant et freinant le montage d'une maison de santé en Franche Comté (45).

b) Des inconvénients non rédhibitoires

Les jeunes médecins voient aussi des inconvénients, certes moins nombreux et le plus souvent surmontables. Ils craignent les revers de l'exercice de groupe : les problèmes d'entente et de collaboration dans la prise en charge des patients. Certains ont peur que les maisons de santé deviennent un lieu où « *chacun bosse un peu de son côté, (...) plus une mise en commun de moyens fonciers qu'une « vraie » grosse collaboration* » (docteur G). Mais ils n'envisagent pour la plupart qu'un exercice de groupe, dont les avantages surpassent de loin les inconvénients.

Ils craignent par contre une gestion administrative compliquée, avec surtout un montage difficile. L'étude de E. MORANA sur les premiers développements d'un projet de maison de santé à Coulommiers (2011) (46) assimile le projet de maison de santé à un « parcours du combattant » tout comme V. LEPRETTE en Ile de France (7). Plusieurs professionnels ne veulent pas participer au vu du temps pris entre le lancement du projet et la date prévue d'ouverture. Il existe un délai d'environ 4 ans entre l'idée et l'ouverture de la maison de santé. Par exemple dans l'ouvrage de P. De HAAS, les maisons de santé de Pont D'Ain, de Steevoorde et d'Aulnay ont mis 4 ans à se mettre en place (24). La charge de travail de chacun ne permet pas toujours d'initier et de pérenniser des projets surtout lors des débuts de la MSP (30).

Par ailleurs, il semble que les charges soient majorées dans une structure généralement spacieuse, neuve, aux normes avec du matériel de pointe. Une étude de la FFMPs a montré, sur un échantillon de 16 maisons de santé fin 2009, qu'exercer en maison de santé entraînait un surcoût de 4400 euros/an (31). Ce surcoût serait variable selon la masse salariale, mais aussi en partie compensée par une délégation de tâches avec récupération de temps de soignant. Le chiffre d'affaire est plus important sans gagner plus car les charges sont majorées.

Comparés aux nombreux avantages de la maison de santé en matière de qualité d'exercice et de qualité de vie, les inconvénients paraissent surmontables pour les jeunes médecins. C'est leur localisation, souvent en milieu rural, qui apparaît comme un réel frein.

c) Localisation MSP en milieu rural : frein important

Les jeunes médecins ont conscience de l'intérêt de la MSP pour le maintien d'une offre de soin sur le territoire. Cependant, leur localisation, le plus fréquemment en milieu rural notamment dans la Vienne, est un frein majeur pour la majorité d'entre eux : ils préfèrent une activité en milieu semi urbain. Ils sont pour la plupart en couple avec enfants ou propriétaires, et il ne leur semble pas simple de déménager dans un lieu qui peut ne pas correspondre à leur désir de vie. Selon H. TEXIER aussi, les maisons de santé proposent de nombreux avantages qui donnent envie aux jeunes de s'y installer, mais ceux-ci ne compenseraient pas la réticence à vivre en milieu rural. Dans son étude, seuls 40% des répondants avouent que les conditions de travail sont suffisamment attractives pour motiver une installation en zone rurale (43). H. TCHA constate aussi que seule une minorité choisit cette zone alors qu'une majorité préfère le milieu semi rural (44). Dans notre étude, seuls deux médecins (G et J) envisagent un exercice en milieu rural : le premier car c'est son désir de vie, le second car il a signé un CESP et évoque aussi un désir de vie.

Un seul remplaçant interrogé s'est engagé à exercer en zone déficitaire en offre de soins après avoir signé un CESP avec la région Poitou-Charentes. Il monte même un projet de maison de santé. Cependant, il est le seul médecin ayant signé un CESP de notre étude. Depuis sa création en 2009, le contrat d'engagement de service public s'est développé en Poitou-Charentes, 12 CESP sur 15 ont été alloués sur l'année 2013-2014 (contre 5 alloués en 2010-2011) (47). Les contrats sont proposés par l'ARS pour aider au financement des études de médecine, mais aussi dans le but de développer l'attractivité des certaines régions à densité médicale faible. Ce dispositif se développe, mais tous les contrats proposés ne sont pas attribués. Il ne suffit pas à lui seul pour rendre attractif l'exercice en milieu rural. Même si 70% des étudiants disent connaître le dispositif, des freins limitent l'adhésion : notamment le libre choix du lieu d'exercice, le libre choix de la spécialité et la crainte de l'engagement (48).

d) Financement peu abordés

Les pouvoirs publics veulent rendre l'exercice dans des territoires à risque, souvent ruraux, attrayant pour les jeunes en utilisant plusieurs manœuvres incitatives. Mais leur implication dans le montage et le fonctionnement des MSP n'est abordée que par certains jeunes. Ces aides de l'Etat et des collectivités semblent mal connues, comme le constate aussi H. TEXIER qui précise qu'elles ne sont pas des critères déterminants à l'installation dans une maison de santé (43). Les NMR (Nouveaux Modes de Rémunération), évoqués par un seul médecin dans notre étude (docteur N) tout comme les rémunérations spécifiques pour la prévention et l'éducation ne sont pas des critères incitatifs non plus.

Les collectivités territoriales aident les professionnels de santé par des subventions ou par un accompagnement dans différentes démarches (exemple coordinateur de la communauté de commune pour le docteur J). Les avis sont partagés. Ils facilitent le fonctionnement des maisons de santé mais au prix de négociations et de contraintes pouvant entraîner un cadre « rigide » (docteur F). Dans leur thèse collective sur les facteurs favorisant ou freinant le montage de MSP en Franche Comté, C. CAIREY-REMONNAY et S. BRUCHON constatent cependant que ces financements peuvent être facilitateurs pour les jeunes professionnels qui n'ont pas de capacité d'investissement sur un territoire qu'ils ne connaissent pas forcément (45) : c'est une sécurité (comme on le retrouve chez le docteur J). Cependant, les professionnels peuvent se sentir moins impliqués et peuvent se retirer du projet. Dans cette étude, personne n'évoque les négociations de financement comme un frein.

Les fonds d'investissement de maisons de santé peuvent être privés aussi. Cet aspect des financements est très peu abordé par les jeunes médecins (seulement par A) de notre étude. Ils impliquent un investissement financier de professionnels, mais souvent plus motivés à réussir : les projets sont plus réfléchis en vue de raccourcir les délais et de calculer au plus juste les dépenses. On investit certes pour rester mais on a aussi l'impression d'« être chez soi » (comme pour le docteur A). Les chercheurs (45) constatent la préférence des financements privés : synonyme d'investissement des professionnels et d'une pérennisation de l'offre de soins. Mais les financements publics peuvent aussi être une aide à l'investissement. Un partenariat public/privé semble être une bonne combinaison.

V.2.1.2 Les jeunes ne connaissent pas bien les MSP

a) Ils ont une image floue

Certains parlent de lacunes dans leur formation, d'autant que la majorité d'entre eux n'a jamais eu d'expérience en maison de santé. D'autres avouent ne pas connaître la localisation des MSP dans la région, ce que confirme aussi M. PELAT (42) en étudiant l'attractivité des internes d'Ile de France : cette dernière constate que 90% des internes ne connaissent pas les projets de MSP de leur région. Ce manque d'information se retrouve aussi chez les médecins installés consultés par V. LEPRETTE (7) : ils demandent des informations sur les expériences menées en parallèle par d'autres collègues et les moyens mis en œuvre par les autorités politiques. Il semble que les médecins, en général, aient une image partielle des maisons de santé.

b) Aucune référence au projet de santé

Aucun médecin n'aborde le projet de santé, pourtant pierre angulaire de la maison de santé, probablement par manque de connaissance. Le projet de santé fait partie du cahier des charges concernant les maisons de santé élaboré par la DGOS, indispensable notamment pour prétendre à des subventions. Les articles L. 6323-1 et L. 6323-31 du code de la santé publique imposent aux centres de santé et aux MSP de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités. C'est au travers des objectifs et de l'organisation décrits dans ce projet de santé que sera effectuée la distinction entre la structure et un simple regroupement de professionnels de santé en un même lieu (49). Il s'articule autour d'un projet professionnel et d'un projet d'organisation de la prise en charge et formalise ainsi une ligne de conduite commune. Il est souvent issu d'une réflexion longue pour arriver à un consensus sur les priorités de santé et les principes éthiques partagés entre praticiens. Il se crée une réelle dynamique d'équipe. Mais, V. LEPRETTE (7) constate plusieurs cas de figure dans les MSP: des structures où ce projet est réfléchi ensemble et écrit. D'autres où il n'y a pas de projet écrit mais pourtant des protocoles informels de prise en charge partagés par l'ensemble des professionnels. Il existe aussi des structures ayant un projet écrit, mais contraint en vue de subvention, ne représentant qu'« un bout de papier » sans dynamique d'équipe. Ce projet doit être souple, évolutif et partagé par l'ensemble des professionnels pour être « un moteur de la maison de santé »(45).

V.2.1.3 Les jeunes ont envie de s'installer en MSP

a) Pas plus tôt

Tous les jeunes médecins envisagent de s'installer comme on le constate dans plusieurs études : une majorité (75 à plus de 80% des jeunes) envisagent l'installation en libéral (10, 23, 44, 50). Mais, nous notons qu'ils n'envisagent pas de s'installer avant 5 ans contrairement à certains travaux où ceux-ci l'envisagent dans les 3 ans (10, 44) (sachant que la population étudiée concernait des remplaçants de tous âges). Les médecins ont tendance à s'installer plus tard : en moyenne vers 37-38 ans selon les études (CNOM) (2). Nos jeunes ont en moyenne 29 ans, et n'envisagent pas de s'installer avant 35-36 ans. Même si l'exercice en MSP est intéressant, ils n'ont pas envie de s'installer plus tôt. Ils ne sont pas pressés et choisissent de remplacer. Le remplacement apparaît comme une période provisoire ayant tendance à se prolonger : « Plus je remplace, et moins j'ai envie de m'installer » avoue le docteur I.

b) Sous conditions

Les jeunes remplacent en attendant des conditions favorables à une installation (**10, 44**), moment clé de la vie d'un médecin. L'exercice en maison de santé est attrayant, mais ils n'accepteront de s'y installer que si certaines conditions sont respectées. Le « bon » projet doit survenir au « bon » moment mais aussi répondre à des conditions personnelles et des conditions d'exercice essentielles. L'opportunité est un facteur d'installation (DECORDE, Déterminants à l'installation en médecine générale : **23**) : elles sont fréquentes en libéral, 75% des remplaçants ont déjà eu des propositions, mais celles-ci sont plus rares en maisons de santé. Comme le constate G. BLOY, les jeunes médecins s'installent en vue d'accorder vie professionnelle et familiale et de consacrer plus de temps à la famille (**16**). Il faut en premier lieu : une MSP proche du domicile (ils sont souvent propriétaires) ou une localisation compatible avec la profession du conjoint et leurs désirs de vie. D'autre part, ils souhaitent exercer dans une maison de santé répondant à certaines conditions de travail : un partage du temps de travail, au sein d'une équipe qui s'entend bien, dans une MSP déjà construite. L'exercice de groupe apparaît comme le moteur principal à l'installation selon les travaux de C. CHANDEZ et F. CHIRON (**51**). Mais, A. DECORDE (**23**) constate que les facteurs professionnels priment sur les facteurs personnels dans son étude sur les motivations à l'installation. Par ailleurs, même s'ils appréhendent les tâches de gestion et d'administration, les jeunes médecins ne les citent pas comme obstacle à une installation en MSP, contrairement à d'autres travaux non spécifiques aux maisons de santé (**23, 51**).

V.2.1.4 Comparaison des points de vue des jeunes avec et sans expérience en MSP

- Spécificité de l'expérience en maison de santé : auprès de médecins installés

Les jeunes médecins, ayant une expérience en maison de santé, connaissent bien mieux les modalités de cet exercice. Toutefois, les deux médecins y ayant fait un SASPAS avouent n'avoir qu'une vision partielle. Ils ont plus conscience de la coopération entre professionnels. Ils ont une vision plus fine d'avantages spécifiques comme le rôle différent de chaque professionnel dans la prise en charge du patient et l'importance des échanges informels au sein de la structure. Ils veulent proposer des activités variées grâce à la délégation de tâches. D'autre part, la gestion de la maison de santé n'est pas simple mais les difficultés sont tout à fait surmontables d'après leurs expériences.

Ils ont tous une expérience positive mais des réserves : manque de collaboration au sein de l'équipe, ou encore un manque de réunion de concertation. Ils y apprécient les remplacements ou les stages mais n'ont pas forcément envie de s'y installer. Aucun des médecins interrogés n'envisage de s'installer dans la structure qu'ils connaissent, car pour une activité au long cours, ils veulent un exercice correspondant le plus possible à leurs

conditions personnelles (distance par rapport au domicile pour le docteur O) et à leurs conditions d'exercice (une bonne entente avec des échanges pour les docteurs B, G, N et P). Par ailleurs, personne n'envisage de participer au montage d'une maison de santé. La plupart a assisté à une création de MSP laborieuse, « une grande bataille » avec un « hyper investissement » de certains médecins : ils ne se sentent pas capables et ne veulent pas s'investir davantage dans des démarches administratives, contrairement à certains médecins sans expérience qui pourraient envisager de monter un projet. Ils ont envie de s'installer dans une structure déjà en fonctionnement.

- Spécificité des médecins sans expérience

Les médecins sans expérience ne connaissent pas bien les maisons de santé et en ont une image partielle qui peut entraîner des idées fausses. Une interne confond par exemple les maisons de santé avec des centres de santé. La coopération entre professionnels proches sans MSP est efficace et la MSP n'apporte pas forcément plus selon eux. Cette collaboration fonctionne bien voire mieux qu'en MSP selon les docteurs D et F, même selon le docteur G qui y a fait un SASPAS.

Contrairement à leur collègues ayant exercé en maison de santé, ils ne voient pas d'inconvénient à monter une MSP, constat se rapprochant de l'étude de M. PELAT (42) dans laquelle 57% des internes se disaient prêts à initier un projet. Ils n'ont pas été témoins d'un montage de projet et ne se rendent pas toujours compte des différentes étapes du projet, des différentes démarches et des différents acteurs en présence. Par ailleurs, ils ne connaissent pas bien la gestion administrative de la maison de santé et abordent peu le sujet. Ils n'y ont pas encore été confrontés.

V.2.1.5 Comparaison du point de vue des remplaçants à celui des internes

Les internes ont moins d'expérience de l'exercice libéral que les remplaçants. Ils avouent ne pas bien « se connaître » au terme de leur internat. Les jeunes médecins ont encore besoin de voir la réalité de l'exercice libéral qu'ils ont peu vue lors de leur formation. Ils ne s'estiment pas prêts à choisir tant qu'ils n'auront pas tester d'avantage l'activité libérale lors de remplacements (50). En 2010, 70% des étudiants de médecine générale ne faisaient que 6 mois de stage en libérale (Rapport HUBERT, 2010). Le nombre de SASPAS se développe comme les stages de pédiatrie et de gynécologie ambulatoire en vue d'adapter au mieux les études à l'activité libérale, constat que l'on fait aussi en Poitou-Charentes. A. DECORDE (23) constate que la réalisation d'un SASPAS influence de façon significative les remplaçants vers l'installation comme le confirment des enquêtes récentes. Les internes que nous avons interrogés effectuaient un SASPAS, et avaient au moins fait deux stages ambulatoires durant leur internat : pourtant, ils ne s'estimaient pas prêts à s'installer et avaient besoin de plus d'expérience.

La majorité d'entre eux (B, C, D, F) envisagent plutôt un exercice monoprofessionnel même s'ils hésitent encore (sauf le docteur F). Ils ne voient pas l'intérêt d'une maison de santé par rapport à un cabinet de groupe avec d'autres professionnels proches. Les professionnels et les patients sont satisfaits dans le cabinet du docteur F : «J'ai pensé à la maison de santé...mais en créer une à partir de quelque chose qui existe déjà et qui marche plutôt bien». Leur vision des maisons de santé est plutôt positive mais ils n'ont pas forcément envie de s'y installer. Ils préfèrent « voir tout ce qui existe » avant de choisir. Ils connaissent moins bien les maisons de santé et sont les seuls à ne pas vouloir s'y installer. Seul le docteur H, témoin de l'installation de son épouse en maison de santé, souhaite s'y installer. On peut supposer que l'interne qui a très peu d'expérience ne va pas choisir un exercice qu'il connaît mal sans avoir essayé d'autres exercices en libéral. Il n'est pas convaincu des avantages de la maison de santé qu'il perçoit vaguement, sûrement par manque de d'expérience, notamment en cabinet de regroupement de professionnels.

V.2.2 Avantages perçus par les jeunes médecins comparés à ceux perçus par les médecins installés en MSP (annexe 3)

Les jeunes médecins (moyenne d'âge de 29 ans dans notre étude) et les médecins installés en MSP (moyenne d'âge de 56 ans dans l'étude de P. MIGNE (6)) partagent globalement les mêmes points de vue sur l'exercice en maison de santé malgré les différences de générations : les avantages sont plus nombreux que les inconvénients.

Exercer en maison de santé présente de nombreux avantages : de bonnes conditions de travail et une meilleure qualité de vie tout en assurant une qualité de soins. Les médecins installés comparent l'activité en maison de santé à leur ancienne activité, seul ou en groupe de médecins. Ils n'ont pas les mêmes références que les jeunes qui ont une expérience plus récente de l'exercice libéral.

On note que les jeunes médecins sont surtout attirés par l'équipe de médecin avant le caractère pluriprofessionnel. Ils veulent avant tout échanger avec d'autres confrères, et ne pas être isolés. Pour eux, le nombre de médecins est primordial dans une maison de santé. La coopération avec les autres professions s'exerce selon des degrés différents : elle est forte avec les infirmières et les kinés mais limitée à de la convivialité pour d'autres professions.

Quant aux médecins installés, ayant déjà connu un exercice en cabinet, souvent en groupe, ils voient surtout l'avantage de compter d'autres professionnels dans l'équipe. Ils ne hiérarchisent pas leurs interactions. Ils peuvent bénéficier d'un secrétariat plus performant alors que les jeunes veulent au moins un secrétariat physique. Les médecins installés sont plus exigeants vis-à-vis de l'exercice en maison de santé : ils ont changé d'activité en vue d'améliorer leurs conditions antérieures.

Certaines spécificités des maisons de santé sont moins bien perçues par les jeunes, que ce soit le projet de santé ou les réunions de coordination de la structure. Ils ne connaissent pas bien les caractéristiques des maisons de santé. A noter qu'aucun d'entre eux n'évoque l'intérêt de la télémédecine, probablement par manque de connaissance.

Autre différence, les jeunes insistent sur une amélioration de l'accessibilité et de la satisfaction du patient grâce au côté pratique pluridisciplinaire, aspects retrouvés dans plusieurs études (36, 37, 38, 39). Mais, les médecins installés insistent davantage sur une incompréhension avec parfois une certaine agressivité des patients consécutif à un changement de leurs habitudes par rapport à l'ancien cabinet : surtout en ce qui concerne l'accueil et la disponibilité du médecin. Cela est difficile à expliquer, est-ce le versant négatif qui marque d'avantage les médecins installés ?

Concernant les inconvénients, tous les médecins insistent sur la lourdeur administrative, plus importante que dans un cabinet de groupe. La création de la MSP, notamment, est périlleuse comme le suggèrent les jeunes ayant une expérience en MSP. Mais ces derniers citent les revers de l'exercice de groupe en tête de liste des inconvénients. De plus, ces derniers voient d'avantage les financements publics comme des freins nécessitant négociations et contreparties. La motivation des professionnels, jeunes ou anciens, freinent parfois les créations de maisons de santé, ce qui n'est pas du tout confirmé par les médecins déjà installés. D'autre part, alors que pour les jeunes médecins, la localisation des maisons de santé, notamment en milieu rural est un frein majeur, il n'en est pas du tout de même pour les médecins installés. Ils ont choisi de s'y installer et n'évoquent pas de frein concernant la localisation. Les anciens lieux d'exercice ne sont pas précisés : on peut supposer qu'ils travaillaient et vivaient déjà dans la région.

V.3 Perspectives

V.3.1 Former un médecin généraliste « opérationnel » à l'exercice ambulatoire dès la fin des études

Le Pacte territoire santé présenté par M. TOURAINE (32) s'engage à changer la formation et à faciliter l'installation des jeunes. Ce plan veut valoriser la médecine générale en assurant un stage en médecine générale à 100% des étudiants pour découvrir la médecine générale au plus tôt. La formation des internes essaie de les préparer au mieux à l'exercice libéral. Les stages en cabinets sont indispensables à la familiarisation avec la médecine ambulatoire. Certains internes font seulement 6 mois de stage en cabinet sur 3 ans d'internat. La généralisation d'un SASPAS pour tous les internes serait bénéfique, encore faut-il recruter suffisamment de maîtres de stage pour les accueillir. Des stages de pédiatrie et de

gynécologie ambulatoires se développent mais ne sont pas accessibles à tous. L'interne se plaint de manquer d'expérience en médecine ambulatoire en fin d'internat : il faudrait lui donner accès à un maximum de stages hors de l'hôpital. La formation à l'exercice libéral passe aussi par l'acquisition de bases de gestion d'un cabinet. A la faculté de Poitiers, les internes ont 6 h de cours sur la gestion de l'entreprise médicale durant leur internat sans compter les temps de formation informels. Une formation en continu, débutée dès le début de l'internat dédramatiserait les tâches administratives. Différentes voies sont explorées : notamment la réforme des enseignements avant les ECN, ou encore une période de « séniorisation » post internat. Il en est de même concernant les aides à l'installation souvent mal connues. Les différentes démarches et aides à l'installation pourraient être clarifiées non seulement lors de la formation universitaire de façon théorique mais aussi par des exemples concrets et des retours d'expérience d'anciens notamment. L'ARS a aussi un rôle important à jouer : le guichet unique à l'installation par la PAPS ainsi que le référent à l'installation sont une avancée qu'il faudrait généraliser à l'ensemble du territoire, mais les informations gagneraient à être plus lisibles et accessibles selon l'ISNAR IMG (52).

V.3.2 Intervenir sur les freins des MSP perçus par les jeunes médecins

La maison de santé intéresse les jeunes : ils ont envie de s'y installer mais ils perçoivent des inconvénients à cet exercice. Intervenir sur les freins de cet exercice pourrait avoir un effet positif sur l'installation dans ces structures.

- Développer l'information sur les MSP :

Les regroupements de professionnels, notamment dans les maisons de santé sont en plein essor et représentent un nouveau mode d'exercice libéral de la médecine générale.

Les jeunes médecins connaissent peu cet exercice, et en ont parfois une vision erronée. Ils sont demandeurs d'informations non seulement théoriques mais concrètes : notamment connaître les différents projets dans leur région. J-O. DAUBERTON insiste dans son étude de 2012 (53) sur la nécessité d'un enseignement aux internes à la faculté afin de former les futurs professionnels à ce type d'exercice en MSP. Actuellement, cet enseignement est difficile à mettre en place à cause d'un manque de moyens humains avec un ratio enseignants /enseignés très insuffisant. Se pose ainsi le problème d'effectif que ce soit les enseignants ou les maitres de stage.

La formation passe aussi par l'expérience et la pratique sur des lieux de stage en maison de santé. A ce jour, plus de la moitié des MSP ouvertes accueillent des étudiants en médecine et des internes (25). Certains départements de médecine générale ont déjà compris l'enjeu et prônent la constitution de « maisons universitaires de soins et de santé

primaire » **(24)**. La maison de santé serait non seulement un lieu de formation mais aussi de recherche, comme l'hôpital.

L'ARS a encore un rôle important d'information et de communication non seulement des jeunes médecins mais aussi des médecins installés.

- Rendre attractif le milieu rural

Le Pacte territoire santé essaie d'encourager l'exercice en milieu rural en prévoyant 1500 CESP d'ici 2017 et en développant les postes de Praticien Territorial en Médecine Générale (PTMG) **(32)**. Ces mesures incitatives à elles seules sont peu efficaces. Les jeunes médecins savent que des régions sont à risque de désertification médicale. Il faut leur permettre au plus tôt dans leur formation (dès le 2nd cycle) de découvrir et de se familiariser à l'exercice dans ces zones afin de leur donner une image plus valorisante de la médecine rurale notamment. Il faut continuer à leur y proposer des lieux variés de stage. Les collectivités territoriales ont aussi un rôle à jouer afin de dynamiser le territoire et de le rendre attractif pour des jeunes souvent en couple et parents.

- Gestion administrative et financière

La MSP est « une entreprise à faire tourner » avec une organisation souvent informelle **(30)**. Les jeunes médecins appréhendent de gérer un cabinet et encore plus une MSP comme leurs aînés. Là encore, la faculté a un rôle à jouer dans la formation théorique mais aussi pratique. L'université forme d'excellents médecins pour le soin mais ne leur enseigne pas la gestion et le management de grosses structures **(24)**. Cette absence crée une inquiétude chez les professionnels face aux enjeux d'un regroupement. Mais compte tenu de la demande, des offres de formation se développent comme l'ADESA (Association pour le développement de l'évaluation en soin ambulatoire) qui a créé des modules de formation des médecins au management de groupe. Malgré les formations, le médecin ne peut pas faire son travail de soignant et ajouter les nombreuses tâches de gestion d'une telle structure sans épuisement. Il est indispensable de savoir déléguer certaines tâches: au secrétariat, à un coordinateur administratif, à une infirmière coordinatrice.

- Montage difficile

Monter une maison de santé fait peur aux jeunes médecins qui y ont assisté. Tous veulent s'installer dans une MSP déjà en fonctionnement. Les médecins à l'initiation de projet doivent utiliser toutes les ressources disponibles pour faciliter les démarches. L'ARS doit

vraiment jouer son rôle d'information non seulement pour rendre les aides mais aussi les partenaires disponibles plus clairs pour les professionnels installés mais aussi non installés. Les témoignages d'expérience de collègues en MSP ainsi que les fédérations régionales de maisons de santé peuvent être de bon conseil. Les collectivités territoriales qui maîtrisent le terrain peuvent aussi être d'une aide précieuse. La méthode de montage a une même base mais qu'il faut adapter à chaque contexte.

Le projet doit venir des professionnels. Tous doivent se mettre d'accord notamment sur le projet professionnel et le projet de santé. La création d'une cohésion au sein de l'équipe de professionnels est indispensable dès le début du projet. D'autre part, il est nécessaire de « préserver » le leader : ce dernier a un rôle de moteur du projet, mais il ne gère pas tout et surtout n'est pas seul. Il représente une équipe au sein de laquelle chacun a rôle à jouer.

V.3.3 MSP : une solution pour maintenir une offre de soin sur le territoire ?

Les maisons de santé assurent des soins variés de qualité au plus près des usagers, en permettent aux professionnels d'exercer dans de bonnes conditions. Elles créent un mode d'exercice libéral attractif pour les jeunes professionnels : un exercice de groupe assurant une prise en charge du patient de qualité, dans de bonnes conditions de travail avec du temps pour sa vie personnelle.

Mais ce sont des structures hétérogènes. Chaque projet dépend de besoins en soins particuliers au territoire. La composition des professionnels et le niveau d'équipement sont très variés (30). Certaines ont des fonds privés. Les professionnels sont propriétaires dans un environnement concurrentiel souvent dans des zones où la densité médicale n'est pas problématique. Les jeunes médecins doivent investir, ce qui n'est pas toujours facile en début d'activité. D'autres MSP, au contraire bénéficient de fonds publics. Ces maisons de santé se situent dans des zones fragiles où il manque de médecins. Les professionnels de santé sont plutôt dans un environnement non concurrentiel, souvent en milieu rural. Cependant, les jeunes médecins ont beaucoup de réticence à s'installer en milieu rural, et préfèrent le milieu semi urbain. L'organisation de la maison de santé dépend des différents acteurs : professionnels médicaux et paramédicaux, élus, assurance maladie, investisseurs privés, associations...et surtout de leur partenariat. Les projets de maisons de santé sont similaires mais dans des contextes différents.

La tendance actuelle est au regroupement interprofessionnel, mais le choix de la structure dépend de plusieurs facteurs : des souhaits des professionnels, des collectivités locales et de plus en plus des besoins des usagers sur un territoire donné. Dans l'étude de V. LEPRETTE (7) en Ile de France, les professionnels étaient plus favorables à la création d'une maison de santé tandis que dans l'étude de H. TCHA à Lannion (44), ils émettaient des réserves et préféraient le regroupement en pôle de santé. Il n'est pas possible de construire

des MSP partout : on ne va pas « déshabiller une commune pour rhabiller une autre » **(45)**. Le choix de la structure pluriprofessionnelle doit être unanime entre les différents acteurs et adaptée au territoire.

VI. Conclusion

Nous assistons actuellement à un certain enthousiasme pour les maisons de santé pluriprofessionnelles de la part des professionnels installés mais aussi des pouvoirs publics qui y voient un moyen de maintenir une offre de soins sur le territoire. Nous avons étudié l'intérêt et les attentes des jeunes médecins généralistes de la Vienne pour ce mode d'exercice afin de voir si les choix de la nouvelle génération de médecins vont dans le même sens que leurs aînés.

L'analyse de 15 entretiens semi dirigés a mis en évidence que la majorité des jeunes médecins est intéressée par l'exercice en MSP malgré un manque d'information flagrant sur ce mode d'exercice. Leur représentation floue est à l'origine d'a priori et de confusions surtout chez les internes. Ils connaissent vaguement les aides publiques et ont un avis partagé. Le rôle des pouvoirs publics ne leur semble pas primordial dans le choix de cet exercice.

Cet exercice de groupe avec une organisation du temps de travail permettant de concilier dans de bonnes conditions, vie professionnelle et vie personnelle, plait aux jeunes. Il rappelle l'exercice rassurant de l'hôpital où une équipe assure une prise en charge coordonnée et optimale du patient. Ils craignent une gestion complexe mais le réel frein demeure la localisation des MSP, souvent en milieu rural dans la Vienne.

Ainsi, une majorité de médecins souhaiterait s'installer dans une MSP si une opportunité se présente, sinon ils opteront pour un cabinet de groupe monoprofessionnel. Les jeunes médecins ne veulent pas s'installer plus précocement dans une MSP. Au contraire, après l'internat, ils veulent prendre du temps en remplaçant et testant ces structures comme pour toute autre installation. Malgré des expériences positives, aucun médecin ne veut s'installer dans la MSP où il remplace. Dans l'idéal, les jeunes médecins généralistes de la Vienne veulent s'installer dans une MSP déjà en fonctionnement, située en milieu semi rural (localisation compatible avec leur vie de famille et leur désir de vie), au sein de laquelle les professionnels s'entendent bien et partagent leur temps de travail.

En conclusion, la médecine générale en maison de santé est un exercice attractif répondant aux attentes d'exercice de la jeune génération de médecins généralistes dans la Vienne. La MSP apparait comme un choix intéressant, mais parmi d'autres modes d'installation car les jeunes en ont une appréhension.

Cet exercice gagnerait à être davantage connu notamment au cours de la formation initiale des médecins non seulement sur le plan théorique mais surtout pratique par des stages puis des remplacements. Une large promotion de ce nouveau mode d'exercice s'avère indispensable si l'on veut espérer le voir apporter une contribution aux problèmes démographiques de la population médicale actuelle, tant en milieu rural qu'en zone urbaine. Le manque d'information sur ce sujet des jeunes médecins soit ne leur permet pas de

concevoir les bénéfices qu'ils pourraient tirer à intégrer de telles structures, soit leur rend inquiétante la lourdeur ou le coût du fonctionnement.

Même si l'exercice n'y est pas parfait et les structures hétérogènes, on sent que les jeunes sont prêts à améliorer certains aspects pour renforcer le travail d'équipe.

De plus, la Vienne est un territoire à prédominance rural : la promotion de la médecine libérale en milieu rural par des stages et des retours d'expérience pourrait lever un peu plus les réticences à s'y installer.

VII. Bibliographie

1. ROMESTAING P. et LE BRETON LEROUVILLOIS G. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie de Poitou-Charentes : situation au 1^{er} juin 2011. CNOM. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>
2. ROMESTAING P. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013. Disponible sur : <http://www.conseilnational.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>
3. FAUVET L. DREES. Les médecins au 1^{er} janvier 2012. Etudes et résultats numéro 796, mars 2012. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2012,10840.html>
4. FFMPs (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé). Qu'est-ce qu'une maison de santé et un pôle de santé ? Définitions. Disponible sur le site : www.ffmps.fr. Octobre 2013.
5. MSA de l'Ain. Les aides incitatives à l'installation et au maintien des professionnels de santé. Offre de soin, p179, novembre 2007. Disponible sur : http://www.ain.fr/upload/docs/application/pdf/12_3eme_partie_aides_incitatives_et_conclusion.pdf
6. MIGNE P. Avantages à exercer la médecine générale en maison ou pôle de santé. Thèse : Médecine. Poitiers : Université de Poitiers. Décembre 2013.
7. LEPRETTE V. Mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Ile de France : motivation des porteurs de projets et difficultés rencontrées. Thèse : Médecine. Université René Descartes, Paris 5. 2011.
8. POPPELIER A. Exercice de la médecine générale : approche intergénérationnelle des souhaits des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Thèse : Médecine. Poitiers : Université de Poitiers. 2010.
9. LEGMANN M. et ROMESTAING P. La démographie médicale en France. Conférence de presse du jeudi 18 octobre 2012. CNOM. Disponible sur : <http://fr.scribd.com/doc/115306943/Synthese-de-La-Conference-de-Presse-Du-18oct2012-0>

10. HUSSON A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France : éternel nomade ? Enquête nationale descriptive réalisée en novembre 2011 par questionnaire en ligne. Thèse : Médecine. Université Paris Diderot-Paris 7, 2012.
11. Rapport de la DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Février 2009. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf>.
12. JAKOUBOVITCH S, BOURNOT MC, CERCIER E, TUFFREAU F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats de la DREES n°797, mars 2012.
13. Observatoire ALPTIS de la protection sociale. Médecine générale libérale : une profession en mutation. La lettre de l'observatoire ALPTIS n°32, 20 décembre 2010.
14. CACHINERO S. Mon médecin rêve de devenir salarié. Liaisons sociales magazine n°116, 2010, pp 34-36.
15. LEGMANN M. Mission LEGMANN (président du CNOM). Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Avril 2010. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000184/0000.pdf>
16. BLOY G., DREES. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). Série études et recherches numéro 104, février 2011.
17. DEPRES et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats DREES n°731, 2010, 8p.
18. DUMESNIL et al. Epuisement professionnel des médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé publique, 2009, volume 2009/4, n°21, pp 355-364.
19. AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A, SALIBA-SERRE B, VENTELOU B, VERGER P, GUILLAUMAT-TAILLIET F. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel de cinq régions françaises. Etudes et résultats de la DRESS n°610, novembre 2007.
20. LUCAS-GABRIELLI V. et SOURTY- LE GUELLEC MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé). Bulletin d'information en économie de la santé numéro 81. Avril 2004. Disponible sur : www.credes.fr
21. SZWARC G. Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives, de l'expérience d'URBAN, première association de remplaçants. Thèse : Médecine. Université de Caen. 2007.

22. Observatoire Régional de Santé (ORS) Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux : synthèse de la littérature. Décembre 2011. Disponible sur : <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications>
23. DECORDE A. Déterminants à l'installation en médecine générale : Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Thèse : Médecine. Grenoble: Université de Grenoble. 2011.
24. De HAAS P. Monter et faire vivre une maison de santé. Edition le Coudrier. 2010 Actualisation 2012.
25. Direction Générale de l'offre de soins (DGOS). Observatoire des MSP. Présentation lors des 3èmes journées de FFMPs le 21 mars 2014. Disponible sur le site FFMPs.
26. CHEVILLARD G et al. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la santé. Numéro 190, septembre 2013. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-franceetimpact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>
27. GIRAUD J, PUBERT M., TEXIER N. Observatoire Régional de Santé (ORS) de Poitou-Charentes. Indicateurs de suivi sanitaire des territoires de santé de Poitou-Charentes. Juin 2012. Disponible sur le site : http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/Territoires_de_sante/201206_86_IndicateursSuiviSanitaire_ORS.pdf
28. INSEE/ARS. Communiqué de presse du Décimal 338 (en Poitou Charentes, une pénurie de spécialistes en dehors des agglomérations) et du Décimal 339. L'accès aux soins en Poitou Charentes. Avril 2014. Disponible sur : http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Presse_Communication/2014/20140408_CP_ARS_Insee_Decimal_AccesAuxSoins.pdf
29. HAS. Exemple de protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours (PPSPR) : Gestion quotidienne des AVK. Novembre 2011. Disponible sur le site de L'HAS : www.has-sante.fr
30. Equipe du pôle de santé d'Aulnay de Saintonge (17). Maisons de santé pluriprofessionnelles. De la réflexion à la réalisation. Carnets pratiques, 2013.
31. FFMPs. Disponible sur le site : www.ffmps.fr. Octobre 2013.

32. TOURAINE Marisol. Pacte territoire santé. Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. Dossier de presse, 10 Février 2014. Disponible sur site FFMPs.
33. VADANT Elise. Exigences des professionnels de santé dans le projet de maison médicale à Vizille. Thèse : Médecine. Grenoble : Université Joseph Fournier. 2011.
34. BOURGUEIL Y, CLEMENT M-C et al. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaire de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la santé numéro 147, octobre 2009.
35. DIDIER F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle. Enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs. Thèse : Médecine. Poitiers : Université de Poitiers. 2013.
36. BORNANT Loïc. Etude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maison médicales. Thèse : Médecine. Grenoble : Université de Grenoble. 2012.
37. WIART Stanislas. Evaluation de la satisfaction des usagers du pôle de santé de Renazé deux ans après son ouverture. Thèse : Médecine. Angers : Université Angers. Octobre 2013.
38. COLLIOUD-MARICHALLOT P. Evaluation du niveau de satisfaction des consultants du cabinet de médecine générale de la maison de santé de Pont-D'ain après 3 ans d'activité. Thèse : Médecine. Lyon : Université de Lyon. 2008.
39. HADROUF B. Projet de construction d'une maison de santé à Vizille (Isère, 38) : étude qualitative par la technique des focus group des attentes des patients vizillois. Thèse : Médecine. Grenoble: Université Grenoble. 2007.
40. KRUCIEN Nicolas. Le point de vue de l'utilisateur sur les attributs de qualité organisationnelle de l'offre de soins en médecine générale. Thèse : Médecine. Université Paris Sud 11. Février 2012.
41. GAVARD-PERRET M.L. et HELME-GUIZON A. Méthodologie de la recherche. Chapitre 7 : Choisir parmi les techniques spécifiques de la recherche qualitative. Edition Pearson. 2008. p247 à 274.
42. PELAT Marion. Attractivité des maisons de santé pluriprofessionnelles pour les internes de médecine générale de la région Ile de France. Thèse : Médecine. Créteil : Université Paris Est Créteil. 2012.

43. TEXIER Hélène. Etude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Thèse : Médecine. Bordeaux : Université Bordeaux 2. 2013.
44. TCHA Hli. Attentes des professionnels de santé concernant une maison pluridisciplinaire à Lannion. Thèse : Médecine. Brest: Université de Bretagne Occidentale. 2012.
45. CAIREY-REMONNAY Cécile, BRUCHON S. Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de santé pluriprofessionnelles en Franche-Comté. Thèse : Médecine. Besançon: Université de Franche-Comté. 2012.
46. MORANA E. Etude des premiers développements d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire dans une ville de Seine et Marne. Thèse : Médecine. Créteil: Université Paris Val de Marne. 2011.
47. CESP en Poitou-Charentes. Disponible sur le site de l'ARS : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/CESP.161410.0.html>
48. REGNARD Corinne. Le contrat d'engagement de service public : bilan d'une première année. Synthèse juillet 2011. DGOS. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_Bilan_v3.pdf
49. Cahier des charges pour appel à projets 2013 relatifs aux maisons et pôles de santé. Disponible sur le site de l'ARS : http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Acteurs_en_sante/MSP/20130905_CDC-AAP_2013MSP_PSP_PCh.pdf
50. GALAND E. Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? Méthode focus group et entretiens semi directifs. Thèse : Médecine. Nantes: Université Nantes. 2012.
51. CHANDEZ C et CHIRON F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône - Alpes: étude qualitative par focus groups et entretiens semi dirigés. Thèse : Médecine. Grenoble : Université Grenoble. Mai 2013.
52. ISNAR IMG. PAPS/Référents installation/ Formation médicale initiale à l'installation. Propositions de l'ISNAR IMG. Grenoble, mars 2014. Disponible sur : <http://www.isnar-img.com/content/promotion-et-formation-%C3%A0-l'installation-des-jeunes-m%C3%A9decins-en-panne>
53. DAUBERTON J-O. Maison de santé pluridisciplinaire : enseignement aux internes de médecine générale. Thèse : Médecine. Reims: Université de Reims. 2012.

VIII. Annexes

- **Annexe 1** : Guide d'entretien

Je réalise une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins concernant les maisons de santé dans la Vienne dans le cadre de mon travail de thèse. Je souhaiterais avoir votre avis sur un sujet qui concerne votre future activité libérale.

Depuis quelques années, on assiste à l'émergence d'un nouveau modèle d'activité libérale de la médecine générale : les maisons de santé. Ces structures sont souvent à l'initiative de médecins déjà installés voire des collectivités pour éviter les déserts médicaux, mais correspondent-elles aux attentes des jeunes médecins généralistes non installés ?

Le but de mon étude est de savoir si les jeunes sont attirés par ce type d'activité et de réfléchir sur les éventuelles adaptations qui pèseraient dans le choix de cette activité en maison de santé.

Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Même si vous n'avez pas encore réfléchi à ce type d'installation, la discussion peut s'avérer positive. Le but est de discuter et de recueillir votre avis sur le sujet.

L'entretien dure environ 15 à 20 min. Il sera enregistré et anonyme.

Informations personnelles

Age

Niveau d'étude, date thèse

Situation familiale

Activité professionnelle actuelle

Quelle est votre activité actuelle ? En êtes-vous satisfait ?

Comment envisagez-vous les 5 années à venir ?

(Projet professionnel ? (installation seul / en groupe, remplacement, salariat, activité mixte, pas défini)

Dans quelles conditions voudriez-vous exercer la médecine une fois installé ? (*Vie privée : vie de famille, loisirs, congés/Vie professionnelle : qualité soins, temps de travail*)

Maison de santé pluriprofessionnelle

Qu'est qu'une maison de santé pluriprofessionnelle selon vous ? Comment voyez-vous l'exercice de la médecine dans une MSP? *(Niveau info sur sujet)*

Avez-vous une expérience personnelle d'exercice en MSP? Laquelle ? Vos impressions ?

Quels sont pour vous des avantages à exercer dans une maison de santé ? *(exercice groupe, organisation temps travail, mutualisation frais, délégation tâches, conditions de vie privée /professionnelle, exercice coordonné, Amélioration des pratiques, rencontre « plurigénérationnelles », nouveau mode rémunération, système d'information, activités diversifiées et nouvelles fonctions, patient central // Vie privée :vie de famille, loisirs, congés/Vie professionnelle : qualité soins, temps de travail)*

Les inconvénients ? *(manque formation MSP, temps montage MSP long, surcout, charge de travail, investissement, crainte projet de groupe, protocoles de soins à définir, MSP hétérogènes, partage données, professionnels non remboursés)*

Que pensez-vous de l'exercice en MSP par rapport à tes attentes concernant ton exercice futur ? *(un exercice de groupe dans un cabinet médical ? par rapport à l'exercice isolé ? par rapport aux remplacements ? différence entre MSP et autres exercices)*

Aujourd'hui, si on vous proposait de vous installer dans une maison de santé, que feriez-vous ? Accepteriez-vous ou pas ? Pour quelles raisons ? S'installer plus tôt ?

Seriez-vous intéressé pour monter une MSP ou préféreriez-vous vous installer dans une MSP déjà en fonctionnement ?

- **Annexe 2** : Entretiens complets

Les retranscriptions des entretiens de l'étude sont jointes sur CR-ROM en 3^{ème} de couverture de cette thèse.

- **Annexe 3** : Résumés extraits de la thèse de Mr P. MIGNE sur les avantages à exercer la médecine générale en maison ou pôle de santé (6)

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

2.1.2.5 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

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

IX. RESUME

Introduction: Assurer une offre de soins équivalente sur l'ensemble du territoire est un problème central de santé publique. La démographie médicale est inégale avec un déficit dans certaines régions surtout rurales en Poitou-Charentes alors que la demande en soins d'une population vieillissante se majore et que la nouvelle génération de médecins généralistes veulent exercer différemment. Dans ce contexte, les pouvoirs publics encouragent l'exercice coordonné en MSP afin d'essayer de pérenniser l'offre de soins. Cet exercice semble satisfaire les médecins installés qui se regroupent en MSP et il semble aussi convenir aux usagers.

Objectif: Nous nous sommes demandé si la jeune génération de médecins généralistes était aussi intéressée par cet exercice. Notre étude a essayé de définir les caractéristiques des maisons de santé qui peuvent plaire et attirer les jeunes médecins de la Vienne pour une première installation.

Méthode: Nous avons mené une enquête de janvier à mars 2013 sur un échantillon diversifié de jeunes médecins non installés de la Vienne (internes et remplaçants de moins de 5 ans). Nous nous sommes intéressés à leur intérêt et à leurs attentes des maisons de santé au cours d'entretiens semi dirigés. L'analyse des données triangulée avec deux autres chercheurs nous a permis d'atteindre une saturation des données à l'issue du 15^{ème} entretien.

Résultats: Les jeunes médecins généralistes de la Vienne sont intéressés par cet exercice de groupe pluriprofessionnel mais ils n'en connaissent pas bien les caractéristiques notamment le projet de soins et la gestion de cette structure. Ils se plaignent surtout d'un manque d'expérience. Ils sont pour la plupart favorables à une installation selon plusieurs conditions : ils s'installeront dans une MSP déjà en fonctionnement en milieu semi rural au sein d'une équipe qui s'entend bien et qui partage son temps de travail. Mais tous les médecins ayant une expérience des maisons de santé refusent de participer à un montage qui paraît trop complexe.

Conclusion: La MSP constitue un exercice incitatif pour les jeunes médecins de la Vienne. Un complément d'informations lors de la formation initiale et surtout des expériences lors de stages pourrait diminuer les craintes. Malgré un exercice attrayant, les jeunes sont réticents à exercer en milieu rural: une promotion de l'exercice à la campagne pourrait être plus importante tout au long des études au travers de stages. Les MSP constituent un nouveau choix intéressant parmi un panel d'exercices en libéral mais elles ne peuvent pas être construites partout. La MSP ne réglera pas tous les problèmes de démographie médicale, mais elle peut aider à les améliorer à condition que les jeunes médecins les connaissent davantage.

Mots clés: Médecine générale ; Maison de santé pluriprofessionnelle ; Jeunes médecins ; Installation.

X. 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 !



ENTRETIENS

1^{er} entretien : Dr A

Mon sujet de thèse se porte sur les attentes des jeunes médecins concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans la Vienne. J'interrogerai d'une part des médecins remplaçants et d'autre part des internes en 5^e ou 6^e semestre.

E : Tout d'abord, quelques informations personnelles. Ne t'inquiète pas, tout sera anonymisé. Quel âge as-tu et quelle est ta situation familiale ?

DR A : 31 ans, pacsé.

E : Et un petit bébé de 6 mois donc.. Vous êtes propriétaires ?

DR A : Oui.

E : Quand as-tu passé ta thèse ?

DR A : En juin 2013.

E : Actuellement, comment s'organise ton activité professionnelle ?

DR A : Actuellement je suis en collaboration libérale dans un cabinet à X 2 jours par semaine et en contrat de remplacement fixe à Y 1 jour et demi par semaine et les vacances scolaires.

E : Tu fais des samedis ?

DR A : Oui, à Y ,1 samedi toutes les 3 semaines.

E : Donc, tu es à moitié en collaboration et remplaçant fixe ?

DR A : J'ai commencé en octobre avec l'arrivée de mon fils. Je faisais que des remplacements cet été.

E : Cette situation professionnelle actuelle te satisfait-elle ?

DR A : Pour l'instant avec le petit bout de chou, oui. Cette situation me permet de dégager du temps pour lui. Je profite de lui. J'ai un projet de msp avec ma collègue qui sera probablement finalisé début 2015.

E : Comment sera organisé cette MSP ?

DR A : Je projette de m'installer avec ma collègue, 2 kiné, 1 podologue, 1 cabinet infirmier. Il y aura 3 bureaux de médecins.

E : Comment sera financé ce projet ?

DR A : Financement privés. C'est ma collègue qui est à l'origine du projet et qui gère pas mal de choses. Les locaux seront construits sur un terrain qu'on a acheté à un particulier. Mais la commune nous a réservé le terrain et fixé son prix.

E : Depuis quand ta collègue avait ce projet de msp ?

DR A : Depuis au moins 2 ans. Dès qu'elle s'est installée à Y, elle avait déjà un projet de msp. Son installation seule en cabinet n'était que provisoire, dans un logement pas vraiment adapté à la pratique médicale... Le projet aurait dû se faire plus rapidement, sans les différentes embûches sur le parcours...

E : Des demandes de subvention ont-elles été demandées à l'ARS, ou aux collectivités ?

DR A : Il y a eu des démarches, mais pas de possibilités de ce côté-là...

E : As-tu une idée de la façon dont tu travailleras dans la msp ?

DR A : Au début, je vais y être le plus possible, en fonction de l'activité que j'aurai, vu que je ne vais pas racheter de patientèle. Je commencerai avec les patients qui avait l'habitude de me voir, par exemple le mercredi car je travaille seul à Y. Je travaillerai tous les jours, même si c'est par demi-journées au début, le temps que ma patientèle se fasse puis en fonction de la demande des patients.

E : Il y aura 3 bureaux de médecins ?

DR A : On va re-proposer à l'autre médecin de Y de s'installer avec nous. Au début, il était dans le projet, puis il s'est retiré : il avait des exigences qui ne convenaient pas à l'ensemble des acteurs, et puis au niveau personnalité aussi, c'est hyper important ! Au niveau personnalité, ça ne collait pas tout à fait avec l'ensemble du groupe. Il s'est écarté ou il a été écarté, je ne sais pas trop... On en a discuté avec ma collègue, on va quand même lui redemander.

E : As-tu déjà rencontré les autres professionnels ?

DR A : Tout à fait, on a fait des réunions, tous ensembles. J'ai aidé un peu à la réalisation des choses, par des connaissances, mais c'est vraiment ma collègue qui a géré le projet. Moi, je m'occupe du changement de logiciel, des postes, si on passe sur pc ou mac. On a actuellement un logiciel un peu ancien. On est en train de calculer les coûts pour tout changer, voir ce qui est le plus rentable.

E : Est-ce que les conditions de travail en msp correspondent à l'exercice de la médecine que tu souhaites ?

DR A : Complètement ! A la base, ce qui m'intéressait était de travailler le moins isolé possible. C'est déjà un peu ce qu'on fait : si j'ai besoin, j'appelle le kiné : tiens, je t'envoie un footballeur, je pense qu'il a un problème sur le ménisque, qu'est-ce que t'en penses ? On travaille déjà en collaboration, mais on sera « plus ensemble ». Il y a un côté plus sympa, plus convivial, plus pratique aussi pour le patient. C'est bien d'échanger aussi autour d'un café, sur des dossiers difficiles. C'est très agréable aussi de pouvoir « vider son sac » avec des collègues de temps en temps. Echanger avec ses collègues, je trouve ça très important, au lieu d'être tout seul dans son cabinet toute la journée, je trouve ça un peu déprimant. Je ne me vois pas faire ça toute ma vie.

E : Que penses-tu de tes futurs horaires ?

DR A : Ce sera plus facile de m'adapter du coup avec mon fils.

E : Vous en avez discuté avec ta collègue ?

DR A : On a un peu abordé la question, mais ce qui est clair c'est qu'on fonctionnera pour qu'elle et moi trouvions notre compte. Elle, elle a 3 enfants, moi, j'en ai un et j'en aurai peut-être d'autres par la suite. Je suis de cette génération de médecins qui ne veut pas avoir que le travail dans la vie et quand même garder du temps, à la maison, pour voir les enfants grandir. Du coup, on se répartira le travail pour que chacun puisse avoir ses temps de repos, du temps dans la semaine pour le petit bout de chou... On sait qu'on travaille déjà très bien ensemble comme ça, actuellement et qu'il n'y aura pas de soucis pour s'organiser par la suite.

E : Vois-tu des inconvénients à travailler dans une msp ?

DR A : Le principal inconvénient, c'est qu'on peut penser qu'au niveau relationnel avec mes collègues... Vu qu'on s'engage un peu comme dans un mariage dans ce genre de projet. Si jamais ça clache pour une raison ou une autre : souvent c'est des problèmes d'argent... C'est ce côté-là qui est le plus incertain dans ce genre de projet. Le côté relationnel avec les collègues. C'est la principale limitation. La plupart des patients qu'on a, quand ça se passe mal au travail, c'est la principale cause où les patients veulent changer de travail. C'est la seule chose qui me fait un peu peur là-dedans. Forcément, quand on est tout seul, on n'a pas ce souci. Quand on travaille avec les autres, il faut savoir faire des concessions, prendre sur soi. Quand les gens sont mal lunés, il faut arriver à laisser passer la crise, et puis je pense que ça se passe bien. Moi, je suis quelqu'un d'assez conciliant là-dessus. Je pense que ça ne me causera pas de soucis. Après, à voir entre les différentes autres personnes. Il ne faut pas qu'il y ait 2 autres personnes du cabinet qui ont du mal à se supporter à un moment ou un autre, pour une raison ou une autre.

E : Tu connais déjà ta collègue, les kiné se connaissent ?

DR A : Les kiné travaillent déjà ensembles. Moi, je les connais aussi, je travaille déjà avec eux. Je ne suis pas d'un caractère trop difficile, ni dirigeant. Moi, je pense que ça va aller. Après, il ne faut pas qu'il y ait de critiques par derrière, faut pas qu'il y ait des choses non dites. C'est de la communication, comme dans un couple. Ça fonctionne pareil. Au niveau professionnel, tant qu'il y a de la communication et que les gens se respectent, il n'y a pas de soucis. Après, on verra comment ça évolue.

E : Quand ta collègue t'a-t-elle parlé de son projet de msp ?

DR A : Très rapidement en fait. On a de très bons rapports avec ma collègue. On a très vite vu que ça se passait bien, sur les premiers remplacements. Elle m'a parlé de ce projet de msp. Moi, je lui ai dit justement que c'était vers ça que je m'orientais. A la base, c'est ce que je recherchais, et encore plus dans le coin, c'était génial ! Ma maison à 10 min de mon travail ! J'étais très motivé pour prendre cette place là en fait. Et puis je savais très bien que si ce n'était pas moi, ça aurait intéressé beaucoup de monde. Après je ne savais pas trop comment ça allait se passer avec les patients... Ça fait un an que je travaille là-bas, j'ai bien vu je pourrai y être bien. Ça se passait bien avec les patients. Depuis le début, moi, c'était mon idée aussi.

E : Avez-vous une idée de la gestion de cette société ?

DR A : La constitution est déjà faite. Il me semble que c'est une SCI... J'avoue que comme je ne suis pas encore rentré dans la société vu que je vais me rajouter dans la collaboration. Je ne me suis pas encore vraiment impliqué là-dedans. Je m'y intéresserai plus quand je devrais acheter des parts etc. Mais c'est vrai qu'ils ont fait toute la répartition. Ils ont déjà choisi le statut de la société mais je vais avoir du mal à te le dire...En plus je me mélange un peu là-dedans vu que je ne m'y suis pas trop plongé. Je ne peux pas te détailler cela.

E : On n'a pas été trop formé pour gérer ce genre de société à la fac, cela t'inquiète ?

DR A : Oui, oui. Il va bien falloir que je m'y mette. Cela dit, la société est déjà constituée, tout a déjà été fait dans les démarches avant. C'est vrai que pour moi, c'est un peu le côté facile. Je m'y intéresserai pour voir tout ce qui est côté gestion. J'aime bien tout ce qui est informatique, donc, je pense que c'est moi qui m'occuperai de cette partie-là, moi qui serai en relation avec les sociétés qu'on va prendre pour l'entretien et tout ça. Mais, après, c'est vrai que pour tout ce qui est juridique, les statuts, les choses comme ça, faudra que je m'y intéresse d'un peu plus près forcément. Ce n'est pas la formation que j'ai reçu à la fac. Mais, quand j'arrive tout sera déjà fait, tout sera déjà en route, c'est quasiment déjà fait. Pour moi, ça ne m'angoisse pas. Si je m'y intéresse, c'est quand je voudrai racheter les parts. Dans 2-3 ans, j'ai le temps de voir comment ça fonctionne là-bas avant. Au final, on aura tous des parts dans la société.

E : Vos locaux seraient livrés quand ?

DR A : Le permis de construire a été déposé je crois, ou on vient juste de l'avoir. Après, on a revu avec la banque, parce qu'il y avait des petits soucis. Le budget qui était prévu au début n'était pas celui qui comprenait le terrain en même temps. Il y a eu un couac là-dessus. ça a été un peu compliqué, il a fallu revoir les banques.

(pause bébé qui pleure)

E : Au début, t'avais déjà une idée d'exercer en milieu semi rural ?

DR A : A la suite de mes stages, j'avais travaillé en milieu rural, en ville. J'avais vraiment tous les types d'activité. Après, durant mes remplacements, j'avais été à C, en pleine campagne avec beaucoup de visite. Après, j'avais fait vraiment la ville, le campus. Je n'ai pas fait vraiment le centre-ville. J'ai fait aussi beaucoup de semi rural : V, S. Pendant mes 2-3 ans de rempla, j'avais fait exprès de voir un maximum de mode d'exercices pour savoir vraiment ce que j'avais envie de faire. Et du coup, je me suis dit que ce qui me plait, c'est vraiment ça : un petit peu de tout, du semi rural. Ne pas être trop loin des villes non plus. Après, c'est vrai que ma conscience me disait qu'il y avait besoin peut être de médecins dans le milieu rural mais d'un autre côté je me dis que si je me sens pas bien dans ce que je veux faire, ça ne sert à rien non plus. Ce n'est pas ce qui me plait à fond non plus de faire que des bornes en voiture. Il y en a qui aiment ça, moi, c'est moins mon trip. Je préfère faire un petit peu de tout : un petit peu de visites, mais une majorité d'activité au cabinet. Moi, je voulais vraiment travailler en semi rural. C'est une patientèle que je recherchais en fait. J'avais aussi fait de l'activité en ville dans les quartiers défavorisés. Et Là où je suis, j'ai un peu de tout finalement en 5 min, parce qu'on n'est pas très loin. Je fais vraiment une activité très diversifiée, très variée. Je vois beaucoup

d'enfants (vu que je travaille les mercredis). Moi, j'ai une orientation plus pédiatrique à la base. Je trouve ça génial !

Ma collègue non seulement, elle est adorable, en plus c'est moi qui ait insisté pour lui reversé une partie de ce que je gagne. Au début, voulait me reversé 100%de ce que je gagnais. J'ai insisté parce que je prends son secrétariat, son matériel, etc. Moi, ça me gêne. C'est vraiment quelqu'un d'adorable. J'étais malade vendredi dernier, je lui ai envoyé un sms, elle m'a dit : bon, ben je m'organise, prends ton après-midi. C'est super agréable de travailler comme ça. Et puis moi, à l'inverse, quand elle me demande quelque chose, je me plie en 4, si elle a besoin d'une journée. C'est clair : on fonctionne comme ça en se faisant confiance.

Entretien 2 : Dr B

E : Je réalise une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne dans le cadre de mon travail de thèse. Je vais te demander ton avis sur le sujet et ce qui concerne ta future activité en libérale.

L'entretien dure environ 15 à 20 min. Tout sera enregistré et anonymisé et j'utiliserai les données sur ton accord. Il y aura 3 parties.

La première partie sera sur des données personnelles, pour situer le contexte.

Quel est ton âge et ta situation familiale ?

DR B : 28 ans. En concubinage. Pas d'enfant.

E : Propriétaire ?

DR B : Non.

E : Tu as commencé ta thèse, et tu sais quand tu veux la présenter ?

DR B : Pas encore.

E : Tu es en quel semestre ?

DR B : 5^e semestre. En stage saspas depuis 3 mois.

E : Quels sont tes terrains de stage actuellement ?

DR B : Je suis à Y, chez 2 médecins (*cabinet de groupe de 6 médecins*) et à Z. En ville de Z. A Y, c'est plus, une cité et une population immigrée et un peu défavorisée. A Z, il y a un peu plus de tout. C'est un cabinet où il y a plusieurs médecins, juste à côté il y a un cabinet d'infirmières, et un kiné qui va arriver. C'est un nouveau cabinet.

E : Est-ce que c'est la maison de santé ?

DR B : Oui, c'est la maison de santé. Elle a ouvert depuis moins d'un an (*regroupement de 2 anciens cabinets médicaux dans nouveaux locaux avec cabinet infirmière accolé, même parking mais entrée différentes, Un bureau en plus dans cabinet qui sert stagiaire et éventuellement nouvel associé*)

E : Après ton internat, quelle activité envisages-tu ?

DR B : Des remplacements.

E : Que feras-tu dans ces 5 prochaines années ?

DR B : Je pense que je ferai 3-4 ans de remplacement. Ça dépendra de l'opportunité que j'aurai.

E : Comment veux-tu exercer la médecine quand tu seras installée ?

DR B : Cabinet de groupe. C'est sûr cabinet de groupe. Pas Seule. Semi rural, pas trop isolé. Dans l'idéal avec à proximité la possibilité d'avoir une infirmière, un cabinet de radiologie pas loin. Enfin, tout le confort qu'on peut avoir...

E : Combien de confrères ?

DR B : Là, à Z ils sont 5 ou 6. Comme ici. Du coup, pour le samedi, ça tourne bien, pour la permanence des soins, ça tourne bien sans qu'on soit obligé de s'épuiser pour être tout le temps au boulot.

E : On va maintenant aborder les maisons de santé, en plus, tu y es en stage. Pour toi, qu'est-ce que c'est un msp ?

DR B : Alors, moi, (à Z), il n'y a que des médecins, avec des infirmières à côté. C'est le même parking, mais ce n'est pas la même entrée, C'est quand même deux...séparé...

E : Même secrétariat ?

DR B : Non. Pas le même secrétariat. Je ne sais pas trop s'il y a échange, mais au final, ce n'est pas loin, c'est pratique. Mais il n'y a pas d'échange. On ne va pas d'un cabinet à l'autre.

E : Vous n'allez pas d'un cabinet à l'autre ?

DR B : Non. Mais j'imagine... parce que je n'ai jamais vu : c'est avec les infirmières qui peuvent être là et avec qui on peut échanger directement sur un patient qui est à suivre pour un pansement, ou des choses comme ça... Un kiné disponible aussi. Ce qui permettrait en plus un échange direct, qu'on n'a pas forcément quand on les envoie ou quand on fait la prescription.

E : Donc, les informations que t'as sur les msp, c'est ce que tu vois sur ton lieu de stage. As-tu d'autres sources : des internes... ?

DR B : Non. Pas trop. On a dû en parlé vaguement à la fac, en théorie, mais sans plus.

E : Quels sont pour toi, les avantages à exercer dans un msp ?

DR B : Déjà, moi, je ne veux pas être isolée, ça c'est hyper important, pour pouvoir passer un coup de fil à un collègue. Ça, c'est hyper bien entre médecins. Après tous les professionnels, je pense que les

infirmières ça permettrait pas mal de déléguer : des consultations que nous faisons : des consultations pansement, ou certains suivis. Je pense que ça pourrait être très très bien. Après, pour le reste, hormis la proximité, de les avoir à côté, le kiné, tout ça... C'est chacun son job. On ne peut pas trop déléguer.

E : C'est surtout les infirmières alors ?

DR B : Je pense qu'à elles, on peut déléguer des consultations qu'on fait parfois juste pour un pansement. Du suivi, de la prévention en diabétologie, des choses comme ça...qu'on a à faire, mais qu'on n'a pas forcément le temps de faire sur une consultation d'un quart d'heure où les gens viennent pour trois trucs, plus le renouvellement. Je pense que ce serait pas mal...

E : Donc, c'est surtout le côté pratique avec les infirmières ?

DR B : Oui.

E : Quels sont les inconvénients des msp pour toi ?

DR B : Moi, je n'en vois pas. Je pense que, du moment que dès le début, on impose notre volonté d'exercice et qu'on ne soit pas être contraint par les autres à quoi que ce soit. Je pense que si on s'entend bien...c'est l'inconvénient de travailler en groupe. Si l'entente est bonne, c'est bien. Par contre... j'en ai vu des médecins pour qui ça ne passait pas ...

E : Que penses-tu de l'exercice en msp par rapport à l'exercice de groupe que tu souhaites faire ?

DR B : Avec plusieurs professionnels ? Finalement, je pense que c'est l'infirmière qu'on aurait. Ça pourrait être un plus...même une assistante sociale ...on fait beaucoup de social. Je pense que ce serait, par exemple un professionnel, qui ne serait même plus du paramédical qu'il serait intéressant d'avoir.

E : Si on te proposait de t'installer dans une msp, que ferais-tu ?

DR B : Si ça respecte mes conditions de travail à savoir : ne pas travailler tout le temps, ni les horaires à rallonge...Après il faut que ça soit en semi rural, c'est mon désir de vie...pas en rural... Aussi une région où mon conjoint a du travail, ce serait plus facile de m'installer là-dedans que juste avec un confrère.Pourquoi pas. A priori,

E : D'accord, ce serait plus confortable, surtout pour les horaires de travail...

DR B : Je pense que ce serait plus facilement aménageable, la permanence des soins, quand on est 6 ou 7 que quand on est deux.

E : Donc, la maison de santé doit être en milieu semi rural, mais que dans la Vienne ?

DR B : Non, ça peut être n'importe où. . Mais ça dépendra de mon conjoint, ça dépendra de ma vie privée. Ce sera plus à moi de m'adapter à lui que l'inverse.

E : Ok, pour l'instant vous n'êtes pas fixés ?

DR B : Non, du tout.

E : Tu me disais : pourquoi pas une msp, mais dans quelles conditions voudrais-tu t'installer : une msp déjà constituée ou au contraire participer au projet dès le début ?

Dr B : Les deux. Je pense que les deux sont envisageables...

E : ça dépendra des opportunités ?

DR B : Oui. A un moment ou à un autre, dans ma tête, je m'installe. Le remplacement est provisoire.

E : As-tu fais des stages en milieu rural ?

DR B : Oui. En rural complet, on est quand même tout seul. J'étais toute seule, c'était la campagne profonde. L'hôpital n'est pas à côté. On travaille avec une ou deux infirmières par téléphone. C'est un peu fastidieux. C'est beaucoup de visites longues. C'est le seul médecin, donc ce sont des consultations qui durent jusqu'à 21h...La vie, ce n'est pas que cela.

Entretien 3 : Dr C

E : Je réalise une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne pour mon travail de thèse. Pour avoir ton avis sur la question...Ce qui m'intéresse c'est ce que tu en penses.

L'entretien dure environ 15 min. Il sera enregistré et anonyme.

Tout d'abord, on va commencer par des données personnelles pour situer le contexte.

Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

Dr C : 28 ans. Célibataire.

E : T'es propriétaire ?

Dr C : Locataire à titre gratuit...c'est mon père qui est propriétaire.

E : En quel semestre es-tu ?

Dr C : 6^e semestre. J'ai fait un stage hors filière en santé publique pour voir.

E : Peux-tu me parler de ton lieu de stage ?

Dr C : Je suis dans un premier cabinet avec les docteurs X et Y, avec de très bonnes conditions de travail : on a un bureau qui nous est réservé, propre, donc bonnes conditions d'autonomie. En ville. Je suis aussi dans un deuxième cabinet sur Z : j'y suis le mercredi toute la journée, seul. C'est une autre ambiance de travail dans des locaux vétustes et un logiciel ancien là-bas. Le médecin est en association avec un autre médecin qui n'est pas là le mercredi. Je préfère le cabinet en ville.

E : Quels sont tes projets à la fin de ton internat ?

Dr C : Faire des remplacements dans la Vienne et pourquoi pas aussi en banlieue parisienne.

E : Tu viens de là-bas ?

Dr C : Non, je suis de la Réunion Ma copine est sur Paris en ce moment, et ça lui plait. Elle n'aime pas trop Poitiers.

E : Tu t'y installerais ?

DR C : Euh... A long terme, peut-être, oui. Pour l'instant des remplacements en attendant... Le temps de finir mon DES, faire ma thèse...

E : Quand tu seras installé, dans quelles conditions voudras-tu exercé la médecine ?

Dr C : A voir, je vais peut-être faire un DU d'acupuncture ou des choses comme ça. Si je fais un DU de ce genre, j'imagine plus une activité seul. Sinon, ça va être la médecine générale pure avec dans ce cas un travail en groupe.

E : Acupuncture n'est peut-être pas incompatible avec l'activité de groupe ?

DR C : Pourquoi pas...,

E : Et ton exercice en groupe, donc plutôt en banlieue, avec des collègues que tu connais ?

Dr C : ... ça dépend de l'entente... S'il y a une bonne entente, c'est très important... Après, ça permet aussi de tourner des fois...De se donner des journées libres.

E : On va aborder les msp maintenant. Qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelle pour toi ? Comment on y exerce la médecine selon toi ?

Dr C : Je connais un peu J'ai été à R, dans une maison de santé. C'est un lieu où on travaille à plusieurs, ensemble, médecin et professionnels paramédical. Pour les patients, c'est plus pratique. Les professionnels sont tous au même endroit. C'est intéressant dans la campagne, où il y a des déserts médicaux...De travailler ensemble.

E : Dans quelles circonstances as-tu visité cette msp ?

Dr C : J'avais des cours là-bas :j'ai eu un GEAPI. On nous a fait visiter la msp. Ce sont de très bonnes conditions de travail.

E : Avec ces bonnes conditions, cela peut te donner envie de t'y installer si on te donnait l'occasion?

Dr C : Je m'oriente plus vers l'exercice de ville.

E : Il peut y avoir des msp en ville, dans des zones un peu défavorisées, que penses-tu de cet exercice en msp ?

Dr C : Pourquoi pas, pendant un certain temps, mais pas au long cours.

E : Quels sont pour toi, les avantages à travailler dans une msp ?

Dr C : Travailler avec d'autres médecins...Avoir du personnel paramédical à proximité. Ce qui serait aussi intéressant, c'est d'avoir des spécialistes : cardiologue... Ce serait bien...

E : Ils seraient plus accessibles ?

Dr C : Oui, c'est ça. Le cardiologue qui travaillerait sur place...

E : D'autres avantages ?

Dr C : La mise en commun des frais...des charges...Et aussi pour apprendre, c'est plus riche... Avoir des avis facilement...Savoir ce que font concrètement les kiné, les infirmiers, le podologue.

E : Donc, c'est plus enrichissant de travailler avec d'autres professionnels. Quels sont les inconvénients dans ces msp ?

Dr C : Des inconvénients... Le fait que ce soit surtout à la campagne. Et puis du fait de mes origines, venant de la Réunion, j'envisage soit de travailler en région parisienne soit la Réunion...

E : La médecine que tu souhaites exercer plus tard, ce n'est pas forcément en msp ? (*interrogatoire peut influencer réponse interviewé, trop directif...*)

Dr C : Pas forcément. Plutôt en groupe de même discipline...

E : Pourquoi ?

Dr C : A voir : est-ce que c'est utile en banlieue parisienne par exemple... de travailler en groupe avec plusieurs professionnels comme ça ? Si on dispose de professionnel paramédical à proximité je ne pense pas que ça soit utile de travailler en msp

E : Ok. Après ton internat, si on te proposait de t'installer dans une msp, que ferais-tu ?

Dr C : Non, c'est trop tôt...

E : Et plus tard ?

Dr C : M'installer dans une maison de santé, je dirais non. Y faire des remplacements certainement!.. ...S'installer demande des frais..... J'attends de savoir vraiment où je veux m'installer avant de m'engager.

Entretien 4 : Dr D

E : Je fais une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne pour mon travail de thèse. Je te demanderai ton avis sur le sujet. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. C'est vraiment ton avis qui compte, afin de voir l'intérêt des jeunes pour les msp. Tu en as entendu parler ?

Dr D : On en parle beaucoup, mais j'avoue qu'en pratique, je ne sais pas exactement comment ça se passe.

E : On va voir au fur et à mesure de l'entretien. L'entretien dure environ 15 min. Il est enregistré et anonyme. On va commencer par des informations un peu personnelles pour situer le contexte. Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

Dr D : J'ai 29 ans. Je suis pacsée. J'ai un enfant de 13 mois. Je suis en 6^e semestre. J'ai fait un stage non validant (*avant accouchement fils*). Je passe mon mémoire en mars.

E : Peux-tu me parler de tes terrains de stage ?

Dr D : Je suis à X avec le docteur Q le mercredi et le dr F le vendredi, et le jeudi, je suis à Y avec le docteur V. Ce sont tous les deux des regroupements de médecins généralistes qui fonctionnent en SCM, si je ne me trompe pas. Je n'ai pas de préférence. A X, ils sont 3 médecins au cabinet et à N, quatre médecins. Au niveau du fonctionnement, ça reste quasiment la même chose, il n'y a pas de grosse différence. Dans la population rencontrée au cours des consultations, il n'y a pas de grande différence : on voit tous les âges. En secteur semi rural.

E : Après ton internat, quel exercice envisages-tu ?

Dr D : J'avoue que pour le moment je n'arrive pas à me fixer exactement sur ce que je voudrais faire après. J'envisage dans un premier temps des remplacements comme beaucoup, le temps de me connaître moi-même dans le travail, de savoir un peu...de toucher à différentes façons de travailler, différents lieux de travail, d'organisation, tout ça, pour m'y retrouver sur ce qui me correspond le plus...

E : A un moment ou un autre, tu t'installeras ?

Dr D : C'est le temps qui me le dira.

E : Comment, dans l'idéal, aimerais-tu exercer la médecine ?

Dr D : Moi, le libéral, je ne suis pas totalement contre. Le salariat, je ne connais pas, mais c'est vrai que ça peut être tentant d'avoir des horaires fixes sachant que j'ai un enfant, et j'en aurai sûrement d'autres. Donc ça peut être avantageux aussi. Moi, ça me plaît le libéral. Après, c'est vrai que le fait de courir à gauche, à droite, ce n'est pas toujours très agréable, de ne jamais savoir comment la journée va s'enchaîner et de ne pas savoir à quelle heure on va finir...On va dire la densité de la journée fait que ce n'est pas forcément évident. En libéral avec un emploi du temps que je peux aménager de manière correcte, pas trop chargé, ce serait pas mal.

E : Plutôt en groupe ou plutôt seul ?

Dr D : Le groupe, pourquoi pas mais il y a la question de l'organisation du groupe, du local, des frais communs, tout ça... C'est vrai qu'on ne travaille pas seul, pourquoi pas, mais au final toutes les journées on est chacun dans son cabinet à voir ses patients... Seule ? Je vais être amenée à remplacer un médecin sur B qui est seul dans son cabinet, qui a un secrétariat téléphonique comme ici et il tourne. Ils ont leur réseau de soins dans la ville où ils tournent pour faire les permanences...Ce qui a l'air de ne pas être si mal que ça non plus. Du coup avec des charges qui vont être moins importantes. Donc, je me dis pourquoi pas. Au final, je ne suis pas du tout fixée sur l'organisation...

E : As-tu commencé les remplacements ?

Dr D : Oui. J'en ai fait à L. Alors là, c'est un exercice très très dense (*pires*) qui ne me convient pas du tout... A 30min de chez moi, ça reste raisonnable. J'ai fait un remplacement à M, à une demi-heure de route aussi: en zone rurale, semi rurale aussi...Plutôt bien...Je commence tout juste... je n'ai pas encore fait beaucoup de remplacement...

E : Tu préférerais plus travailler en ville, rural semi rural ?

Dr D : Je pense que je serai plus en semi rural...Rural à pas plus d'une demi-heure de la maison, ce serait bien. Ça ne me dérange pas de travailler en zone rurale, mais c'est vrai que ...pas trop loin quand même, pas trop de route.

E : On va aborder maintenant les maisons de santé pluriprofessionnelles. Qu'est-ce qu'une maison de santé selon toi ?

Dr D : Initialement, j'avais pensé qu'une msp était un peu comme un cabinet de groupe, sauf qu'en fait...Non, en fait on m'a dit qu'une maison de santé, ce n'est pas du tout cela. Une maison de santé, j'avoue que la définition n'est pas bien claire pour moi. Moi, ce que j'ai compris, c'est que c'est quelque chose, un local, qui est financé par la commune, qui embauche les médecins. J'ai compris qu'ils sont salariés, mais je n'en suis pas sûr. J'avoue que les caractéristiques... je ne les connais pas bien...Je pensais au final que la commune mettait à disposition un local qui regrouperait plusieurs médecins où les gens vont pouvoir venir. En plus, cela faciliterait la permanence

E : Qui t'en as parlé ?

Dr D : C'est en discutant avec les gens...En quoi consiste une maison de santé, pour moi, c'est très flou.

E : Une maison de santé est un groupe de plusieurs professionnels dans les mêmes locaux, mais qui ont un même projet de soins. Ils s'associent pour travailler ensemble. Par exemple, le médecin peut déléguer des soins à l'infirmières, pareil, l'infirmière peut demander un avis. Les financements peuvent être publics ou privés. Pour être financé par les collectivités ou l'ARS, une msp doit présenter des caractéristiques particulières, par exemple se situer dans des zones de désert médical. Mais les fonds peuvent aussi être privés. Les professionnels ne sont pas salariés.

Dr D : C'est comme un regroupement de professionnels...

E : Oui, mais en général dans le même bâtiment.

Dr D : Ok, donc ici, ce n'est pas forcément regroupé, mais ça n'empêche pas d'avoir des contacts avec l'infirmière à côté avec le kiné. Au final, je ne suis pas dans une msp, mais ça ne m'empêche pas d'avoir un contact avec les autres et d'échanger des informations qui peuvent être utiles au patient. Au final, une msp n'apporte rien de plus.

E : Ok, pour toi, une msp n'apporte pas beaucoup plus qu'un cabinet avec des professionnels proches... Quels sont pour toi les avantages de la maison de santé ?

Dr D : Après tout ce qu'on vient de dire, au final, le seul avantage, c'est pour faciliter l'accès au patient. Peut-être même faciliter l'échange du dossier du patient et la communication entre professionnels centrée sur le patient. En rapport aux locaux, ça je ne sais pas... les charges professionnelles... Les conditions législatives, je ne sais pas du tout. Pour moi, c'est flou.

E : Pour toi, quels sont les inconvénients ?

Dr D : Il y a les charges communes, il faut voir vraiment ce que ça donne comparé à ce qui existe déjà. Après, quand il y a un regroupement de plusieurs professionnels, cela veut dire qu'il faut aussi réussir à se mettre tous d'accord. Il faut tomber sur une bonne équipe pour que ça tourne bien, j'imagine. Je pense que là aussi, il faut bien choisir les personnes avec qui on travaille. Les autres inconvénients ?... Dans l'immédiat, je ne sais pas trop ou je n'en vois pas.

E : Que penses-tu de l'exercice en msp par rapport à l'exercice que tu aimerais avoir ?

Dr D : Pourquoi pas ?...

E : Si on te proposait de t'installer dans une msp, que ferais-tu ? A quelles conditions ?

Dr D : Si on me proposait, je demanderais d'abord à faire un essai, alors peut-être une période de remplacement pour me faire une idée. J'ai besoin de savoir sur quel mode de fonctionnement : si c'est un regroupement de moyens... Au niveau juridique comment ça fonctionne. Ce qui m'intéresse le plus ce sont les conditions de travail.

E : Au final tu ne te trouves pas très informée sur les msp ?

Dr D : On en parle beaucoup, on en discute mais au final, on ne sait pas exactement ce que ça change par rapport à un cabinet, par exemple comme ici, où il y a plusieurs professionnels qui travaillent. Sachant que des cabinets avec des regroupements de professionnels, il y en a quand même pas mal maintenant. De plus en plus, il y en a beaucoup qui travaillent en coordination avec une infirmière ou d'autres professionnels sur la même zone géographique. Au final, qu'est-ce que ça nous apporterait de plus... C'est plus cela que j'aimerais savoir. Est-ce que c'est vraiment mieux pour l'exercice...

E : C'est vrai qu'ici, il y a plusieurs professionnels. Mais dans des zones en pénurie de médecins, on essaie d'attirer de nouveaux professionnels en leur créant un cadre de travail qui se veut meilleur....

Ah oui, as-tu une idée de la durée pendant laquelle tu feras des remplacements ?

Dr D : Moi, je suis conditionnée aussi par la situation de mon conjoint qui reprend ses études actuellement, qui en principe aura fini mi 2015. Ce qui fait que je ne signerai pas d'ici là. Tout dépendra de son travail. Ça dépendra de lui...

Entretien 5 : Dr F

E : Je réalise une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne pour mon travail de thèse. C'est une discussion où tu

donnes ton avis. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, ni jugement. L'entretien dure une quinzaine de minutes. Il sera enregistré et anonyme.

Tout d'abord quelques informations personnelles pour situer le contexte. Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

Dr F : 27 ans. Je suis mariée. J'ai un enfant de 13 mois. Nous sommes propriétaires.

E : En quel semestre es-tu ?

Dr F : 6^è semestre.

E : Où en es-tu pour ta thèse ?

Dr F : Je suis en cours de thèse. Je n'ai pas exactement de date mais normalement je suis censée la soutenir en automne, si tout se passe bien.

E : Tu es en 6^è semestre, tu as pris une disponibilité ?

Dr F : J'ai eu un bébé, du coup, j'ai fait un stage non validant.

E : Peux-tu me parler de tes terrains de stage ? Et ce que tu penses de ces exercices ?

Dr F : En Saspas je suis sur trois cabinets : C, D et G. Ici, à C je vois une patientèle que je ne connaissais pas du tout, qui a des exigences et une manière de fonctionner qui leur est propre. Je ne serai pas sereine d'exercer ici. En saspas, ça se passe très bien, mais sur le long terme il est certain que je ne m'installerai pas dans ces conditions. Après, sur D, ça se passe bien. Il n'y a pas de souci. Cela correspond à une population semi rurale. A G, sachant que c'est un nouveau quartier, ils sont en groupe aussi mais ils ont une manière de fonctionner en groupe sans l'aide du groupe. Chacun a ses patients, c'est assez cloisonné entre chaque médecin. La patientèle s'attend à un médecin assez paternaliste qui prend des décisions sans forcément être acteur dans son parcours de soins. C'est ce qui me convient moins...vraiment du rural... Pour moi c'est trop compliqué parce que cela ne me correspond pas dans ma manière de faire : les patients qui ont besoin d'être encadrés et qui sont vraiment passifs. Si on ne leur donne pas de directives, rien ne se passe. Même les jeunes : ils sont nés ici et ils fonctionnent aussi comme cela. Leurs parents fonctionnent comme ça et c'est super dur pour les

E : Le médecin a une collègue plus jeune ?

Dr F : Le Dr M ? Je ne la vois pas car j'y suis le mercredi et elle ne travaille pas le mercredi. Quand je vois des patients à elle, je sais que ce sont ses patients avant même qu'ils le disent. Ils n'ont pas du tout la même manière de....Mais la plupart des patients du médecin avec lequel je suis, même jeunes, ne sont pas dans cette attente, par contre, ils s'attendent parfois à ce qu'on résolve des problèmes qu'on ne peut pas résoudre. Du style, « je n'ai pas d'ophtalmo, comment je fais ? » « Allez chercher un peu plus loin », mais non, il faut vraiment leur donner des trucs précis. C'est un médecin qui ne fait pas du tout de gynéco. Quand des femmes viennent avec des problèmes gynécologiques, c'est assez long à sortir, mais une fois c'est sorti, elles n'en reviennent pas qu'un médecin généraliste

fasse de la gynécologie. Une femme ne savait pas comment se faire faire un frottis, je lui ai dit que je pouvais le faire, elle a ouvert les yeux grands comme ça, mais il n'y avait pas ce qu'il faut au cabinet...

E : Même chez la consoeur ?

Dr F : Je ne vais pas dans son bureau. Leur matériel n'est pas en commun...Après jusque-là, je n'ai pas eu besoin de faire d'examen gynéco.

E : Quel exercice aimerais tu avoir ?

Dr F : Le cabinet qui me convient le mieux est celui à D. Il y a une communication entre les deux médecins, mais il y a des choses qui ne me plaisent pas notamment des logiciels différents...

E : Comment envisages-tu d'exercer plus tard ?

Dr F : J'ai un projet d'installation à S dans un cabinet de groupe où il y a quatre médecins, un même logiciel, 2 secrétaires. Si un médecin est absent, il n'y a pas de problème pour qu'un collègue voie son patient. Je remplace là-bas depuis juillet (7 mois). Et puis je fais des « suivis » de gens que je revois. Moi ça me convient. C'est comme cela que j'envisage la médecine générale. Les patients acceptent la discussion, ils sont très acteurs dans leur parcours de soins, parce que les quatre médecins fonctionnent comme ça. Leur manière d'exercer correspond à la mienne. Pour moi, c'est beaucoup plus facile de m'intégrer dans ce cadre-là. Après, sans que cela soit une msp, à côté, il y a une infirmière, un kiné, deux dentistes et un podologue. Cette structure a un peu moins de 10 ans. C'est à 3 km de chez moi : ça joue aussi. Sur le secteur il y a d'autres cabinets qui m'intéressaient mais qui n'ont pas forcément... Là, je prends la suite d'un médecin qui part à la retraite. Dans l'autre cabinet, ce sera une création : il y a besoin de médecin supplémentaire, mais pour l'instant il n'y a pas de travail (*patientèle*), c'est un petit peu juste. Je m'installerai début 2015, donc il faut que je fasse ma thèse.

E : As-tu remplacé ailleurs ?

Dr F : J'ai remplacé sur plusieurs cabinets : N, V, E... en semi rural, jamais sur Poitiers intramuros, parce que ça ne m'intéresse pas. Je ne veux pas m'installer dans ce contexte-là. A S, c'est le cabinet où ça se passe le mieux et qui correspond à ma manière de travailler. Je n'ai pas de raison de chercher ailleurs.

E : Donc, tu prévois de t'installer dans un cabinet de groupe de médecins avec d'autres professionnels proches. Qu'est-ce qu'une msp selon toi ?

Dr F : Pour moi, c'est un peu sur ce principe-là, mais un peu différent, dans le sens où, là, ils n'ont qu'une SCI en commun alors que normalement...je ne connais pas forcément le terme...SISA...ou quelque chose comme cela. Le contexte administratif est différent. Il y a plus d'obligations vis-à-vis de l'ARS je crois pour bénéficier de subventions. Pour moi, cela me paraît compliqué... J'ai pensé à la maison de santé, mais en créer une à partir de quelque chose qui existe déjà et qui marche plutôt bien. Pour les médecins, je vois plus de contrainte qu'un réel bénéfice. Après, on travaille en équipe, en réseau, mais je le fais déjà sans avoir besoin d'une msp. Il n'y a pas de secrétariat en commun et les bâtiments sont séparés malgré un parking en commun. Il n'y a pas de passage entre les différents

cabinets. Par exemple, il m'est arrivé d'envoyer facilement une jeune pour un problème de scoliose chez la kiné. Au niveau dentaire, en cas d'urgence, on peut voir avec le dentiste pour avancer un rendez-vous ou le dentiste nous envoie un patient. Il y a de la communication. Ils ne sont pas chacun dans leur coin, il n'y a pas beaucoup de communication mais quand il y a besoin, ils font ça. Ça tourne bien comme ça, les patients sont satisfaits. Par les patients, j'ai un bon retour des professionnels. Dans les alentours, il y a d'autres cabinets médicaux qui fonctionnent avec des cabinets infirmiers accolés, où je ne me serai pas installée compte tenu de l'équipe infirmière : au niveau qualité de travail...On peut tout améliorer...mais c'est une bonne base à S.

E : Où as-tu entendu parler des msp ?

Dr F : En cours, sur des GEAPI...Le geapi sur la gestion d'entreprise...je n'en ai jamais visité. J'ai été dans un cabinet à P, ce n'est pas une msp : il y a 5 généralistes, une psychiatre et une infirmière asalee...mais ce n'est pas une msp. D'ailleurs je ne sais même pas où il y en a sur le secteur.

E : Il y en a plusieurs : Scorbé, Chatellerauld, Lencloître... et d'autres en cours : Bignoux, Beaulieu...

Dr F : Celle de Beaulieu est en cours depuis longtemps...

E : Ce sont des projets qui font intervenir plusieurs professionnels, cela prend du temps, environ 4 à 5 ans...

Dr F : Ici, ils ont un projet de msp. Le dr B essaie de faire avancer les choses, mais les professionnels ne sont pas du tout réactifs...Ils sont un peu frileux...Les médecins, ici, sont partants, après on peut trouver des remplaçants mais pour la suite (*succession*) c'est plus compliqué...je vois qu'ils ont proposé à un remplaçant de s'associer, il n'a pas voulu. Je ne connais pas beaucoup d'internes qui voudraient s'installer sur le quartier. Il faut trouver un compromis entre sa vie professionnelle et sa vie privée... Moi, je ne peux pas...Dans un contexte, à la limite de la violence (verbale et parfois physique). Parfois, la situation est tendue...Moi, je ne veux pas travailler dans un contexte comme ça. J'ai refusé des arrêts de travail, des prescriptions médicamenteuses, bizarrement, ma voiture a été rayée, je ne sais pas s'il y a un lien ou pas...Et il y a tout le côté social que je ne connais pas. J'estime que ce n'est pas forcément au médecin d'aller aussi loin dans le social.

E : C'est vrai que tu as une opportunité d'installation à S, tu n'as peut-être pas trop réfléchi à une msp....

Dr F : Je ne m'y pencherai pas forcément davantage, mais c'est vrai que je n'ai pas eu la formation pour...On n'a pas forcément toutes les informations. Je pense que tous les internes en ont entendu parler, mais ça reste quelque chose de très vague...

E : Pour toi, quels sont les avantages d'une msp ?

Dr F : Le travail entre différents médecins et paramédicaux (dentistes...) pour optimiser la prise en charge du patient...En terme d'efficacité et de confort. Mais je ne vois pas forcément la différence entre la msp et un exercice rapproché...

E : Et les inconvénients ?

Dr F : La lourdeur administrative pour la création d'une maison de santé est un frein important. Cette lourdeur rebute. J'ai cru comprendre qu'il y avait des objectifs à atteindre pour avoir des subventions, et là, c'est pareil, je n'arrive pas à m'imaginer un exercice où je dois faire attention... Je soigne au mieux, mais j'ai du mal à chiffrer. Je ne suis pas dans cette dynamique-là. A l'heure actuelle je ne vois pas ma place.

E : Si tu n'avais pas cette proposition de santé, si on te proposait de t'installer dans une maison de santé, que ferais-tu ?

Dr F : Je ne serais pas contre. Tout dépend des professionnels déjà dans le projet, les conditions d'admission d'un autre professionnel, les statuts, les obligations horaires. Dans le cabinet où j'étais, tous les médecins avaient des horaires très définies. Ils étaient en SCP, ils étaient payés au prorata du temps de travail, et cela posait des problèmes si je voulais terminer tel jour à telle heure selon mes impératifs avec mon fils. Ce n'est pas possible... Cela manque de souplesse. Si c'est le même problème dans une maison de santé... Mais si on garde l'autonomie d'un médecin en SCM classique, oui.

E : Au sein de la MSP, les professionnels décident du statut qu'ils veulent avoir...

Dr F : Le cadre me semble rigide...

E : Tu me disais que pour bénéficier de subvention, il y avait des objectifs à tenir, c'est le cas dans des msp avec des fonds « publics »... Mais il existe aussi des MSP avec des fonds privés... Les maisons de santé sont des structures hétérogènes notamment selon le nombre de professionnels, etc

Dr F : Si je le faisais, ce serait dans une structure « à taille familiale », pas comme ici avec le projet d'une maison de santé avec de nombreux professionnels. Ici, ils sont médecins, ils envisagent de faire une msp avec des kiné (3 ou 4), des infirmiers, une psychologue : Ils veulent faire une grosse maison de santé sur 3 étages d'immeuble (300m carré de bureaux). Mais je trouve que c'est trop grand...

Entretien 6 : Dr G

E : Je fais une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins concernant les maisons de santé en Poitou Charentes pour mon travail de thèse. L'entretien sera enregistré et anonyme.

Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

Dr G : 30 ans. En couple. Pas d'enfant. Nous sommes propriétaires. (*en Charentes Maritimes*)

E : Tu es en cours de thèse ?

Dr G : Oui, je prévois de la soutenir en juin 2014, si tout va bien.

E : Depuis quand fais-tu des remplacements ?

Dr G : Depuis 2 ans. J'avais pris une disponibilité pendant mon internat. J'ai terminé en avril 2012. Je fais des remplacements depuis l'été 2011.

E : Peux-tu me décrire ton activité actuelle ?

Dr G : Je remplace sur plusieurs terrains : urbain, péri urbain et pas mal de rural. Je n'ai jamais remplacé en maison médicale mais j'y ai fait mon stage de saspas. A P, en Charentes Maritimes. Je remplace 3 médecins qui exercent seuls et 4 ou 5 qui sont en groupe (à 2 sinon plus).

E : Quelle activité t'intéresse le plus ?

Dr G : En groupe. Au moins 2 médecins. On se rend compte que tout seul, c'est parfois un peu compliqué. Je remplace un médecin qui est seul, dans la Vienne, c'est vrai que, c'est assez galère dès qu'il veut prendre une demi-journée, il faut que je sois dispo car en plus je suis son seul remplaçant. Donc, au moins 2 médecins.

E : Actuellement, tu fais des remplacements, que prévois-tu dans les années à venir ?

Dr G : Une installation. Une fois thésé, je compte profiter un peu de la vie de remplaçant pendant 6 mois, puis je m'installerai.

E : Une fois installé, comment envisages-tu d'exercer ?

Dr G : En milieu rural, c'est sûr. En groupe d'au moins 2 médecins, pas forcément plus. Je pense que 2 médecins, c'est souvent pas mal. L'expérience que j'ai des cabinets où j'ai été, je trouve qu'à plus de 2 médecins, c'est plus compliqué à gérer...

E : Ok, Tu me disais que tu avais fait un saspas en msp ? Peux-tu me décrire l'activité dans cette structure ?

Dr G : Dans cette maison de santé, ils sont 3 médecins, avec une infirmière libérale en partie salariée de la structure. C'est un peu spécial...un genre de mi-temps salarié...Tous les matins, il y avait une permanence d'infirmière au cabinet : pour faire les prises de sang, les électrocardiogrammes... Il y avait aussi un kinésithérapeute, un ostéopathe et un dentiste. Ils étaient extrêmement indépendants entre eux. Les 3 médecins et l'infirmière travaillaient ensemble, avec les kiné, ostéo et dentiste, c'était vraiment indépendant...

E : C'est-à-dire ?

Dr G : En 6 mois, je ne les ai vus qu'une fois...On avait très peu de rapport avec eux, même si on était dans le même bâtiment.

E : Y avait-il des réunions d'équipe ?

Dr G : Non.

E : Etait-elle récente cette msp ?

Dr G : Pas forcément...2 ans je pense.

E : Donc, cela se passait bien entre les médecins et l'infirmière, Qu'en est-il par rapport à cette relation dans un cabinet de ville ?

Dr G : L'expérience qui prédomine, c'est l'activité de remplacement dans la Vienne : Ce n'est pas une maison de santé, mais l'infirmière a son cabinet dans le même bâtiment et on échange beaucoup... plus que dans les maisons de santé. On est assez proche des infirmières : « allô, tiens, j'ai un pansement à faire, il faudra que tu passes.. ». Je les côtoie plus. Au quotidien, on s'appelle pour les inr, elle m'appelle pour aller voir un patient. Et pourtant, ce n'est pas une maison de santé.

E : Tu as eu une expérience concrète en msp, comment vois-tu l'exercice en maison de santé ?

Dr G : C'est plutôt positif : plusieurs professionnels disponibles...plusieurs ressources disponibles...Avoir le kiné à côté, c'est bien. Moi, j'en n'ai pas profité quand j'étais en saspas (juste une journée par semaine)...Mais c'est vrai que pour certaines prises en charge cela peut être intéressant de discuter avec le kiné et l'ostéo. Le contact avec l'infirmière, on ne l'a pas forcément qu'en maison de santé. On l'a toujours, mais d'aller discuter d'une plaie... Je trouve aussi que cela peut être très intéressant d'avoir une psychologue en maison de santé : dans certains endroits, il est difficile de trouver une psychologue à proximité...Donc, la maison de santé est quelque chose de globalement positif, assez intéressant mais j'ai l'impression que c'est difficile à gérer sur le plan structurel...Au niveau de l'équipe, il faut que tout le monde s'entende : plus il y a de monde, plus c'est compliqué de s'entendre.

Cela me paraît aussi compliqué sur le plan administratif...

E : Tu l'as ressenti sur ton lieu de stage ?

Dr G : Je n'ai pas ressenti ces difficultés administratives en stage...Je n'ai pas ressenti non plus que c'était « la » maison médicale où tout le monde bosse ensemble : où le kiné vient voir le médecin « il faudrait que tu le prolonges un peu...il y a cela qui ne va pas chez le patient.. » Chacun bosse un peu de son côté, c'est plus une mise en commun de moyens fonciers qu'une « vraie » grosse collaboration.

E : Après, les maisons de santé sont hétérogènes et ne fonctionnent pas toutes de la même manière. Je pense qu'on en a un peu parlé déjà : les avantages à exercer en msp sont : avoir tous les professionnels à disposition, de mettre en commun les ressources, vois-tu d'autres avantages ?

Dr G : Il y a aussi un avantage pour les patients, surtout dans le milieu rural. Dans certains petits villages, les patients sont parfois obligés de faire 30 km pour voir le kiné... Là où je travaille souvent, les patients sont obligés de venir sur Poitiers pour voir le psychiatre... Même le CMP est parfois à 30 ou 40 km. C'est intéressant d'avoir plusieurs professionnels sur place...d'avantage pour les patients.

E : Concernant les inconvénients, tu me parlais des problèmes au niveau de l'équipe, en vois-tu d'autres ?...Tu disais que c'était un peu compliqué au niveau administratif ?

Dr G : Je l'imagine...Je ne vois pas d'autres inconvénients.

E : Tu me disais que tu souhaitais exercer en groupe à 2 médecins en milieu rural. Quelle différence vois-tu entre l'exercice que tu souhaites et l'exercice en maison de santé ?

Dr G : Si l'endroit où je veux l'installer est une maison de santé, tant mieux, mais si ce n'est pas une maison de santé, ce ne sera pas un gros handicap. Je ne pense pas que cela changera beaucoup au niveau de ma pratique, mais cela change beaucoup de choses pour le patient. C'est important. Mais, à mon niveau, exercer dans une maison de santé n'est pas quelque chose de déterminant.

E : Si on te proposait de t'installer dans une maison de santé, que ferais-tu ?

Dr G : Il n'y aurait pas de problème... Si c'est en milieu rural... Dans un milieu où on a l'impression que cela se passe bien au niveau de l'équipe. Une maison de santé où on sent qu'il y a des tensions, par exemple, j'irai à reculons, voire même je n'irai pas.

E : Si l'équipe est bien, Pourrais-tu être freiné par autre chose, notamment le côté administratif ?

Dr G : Pas forcément. Cela peut poser une contrainte supplémentaire, mais ce n'est pas rédhibitoire.

E : Tu veux exercer qu'en milieu rural, c'est cela ?

Dr G : J'en suis sûr à 95 %. Oui. En rural...quelque part... Nous ne sommes pas dans une maison qu'on gardera tout le temps. Ma compagne n'est pas médecin, c'est elle qui trouvera du boulot, et on s'installera à la campagne, à côté. On a envie de vivre à la campagne. J'aime bien la vie à la campagne. Nous en tant que généraliste, c'est facile de trouver du boulot en milieu rural. Ce n'est pas moi qui serais déterminant pour le lieu.

Entretien 7 : Dr H

E : Je réalise une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles dans le Poitou-Charentes dans le cadre de mon travail de thèse. Je te demanderai ton avis. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. L'entretien dure environ 15 min et sera enregistré et anonyme. Une copie de la retranscription de l'entretien te sera envoyée pour vérification des données.

On va aborder dans un premier temps des informations personnelles pour situer le contexte.

Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

Dr H : J'ai 29 ans. Je suis pacsé et j'ai une petite fille d'un an et demie. Nous sommes propriétaires.

E : Tu es en 6^e semestre. Peux-tu me parler de tes différents terrains de stages ?

Dr H : Concernant mes choix de stage, je suis passé en gastrologie à C (stage de médecine polyvalente), puis en stage de niveau 1 à P, ensuite j'ai fait les urgences à N. Puis j'ai pris 6 mois de disponibilité pendant lesquels j'ai effectué des remplacements. Grâce à des contacts, j'ai pu avoir des remplacements « permanents », tous les mercredis, puis pendant l'été. J'ai fait par la suite un stage de pédiatrie au CHU Poitiers, puis de la gériatrie au chu, et maintenant je suis en saspas. J'ai choisi ces différents stages pour avoir un panel assez complet : de la gériatrie, car c'est une patientèle

qu'on voit régulièrement en médecine générale. La pédiatrie me paraissait essentielle en tant qu'homme, la gynéco, on en fait quand même moins, c'est indéniable. Quand j'ai pris ma disponibilité, j'ai senti des lacunes en pédiatrie. Je suis satisfait de la maquette que j'ai faite en médecine générale, elle m'a beaucoup apporté. Le saspas est l'aboutissement de tout ce parcours : de pouvoir discuter avec les maîtres de stage de ce qu'on a fait...

E : Tu as fait des stages dans des lieux variés, pour quelles raisons ?

Dr H : Pour C, c'était mon premier stage, je n'avais pas trop le choix. Pour N, c'était volontaire : j'avais des amis urgentistes là-bas et je savais qu'il y avait une bonne ambiance. Puis j'ai été sur P, près de chez moi.

E : En ce qui concerne tes 6 mois de disponibilité, pourquoi as-tu fais ce choix ?

Dr H : C'était pour la venue de ma petite fille, afin d'être présent plus facilement auprès d'elle pendant 6 mois. Pour profiter, pour aider mon amie...J'ai fait pas mal de remplacements...

E : Moi aussi j'avais pris une dispo...Par rapport à tes différentes expériences (stages et remplacements) comment envisages-tu d'exercer la médecine en libéral ?

Dr H : Dans un premier temps, à la fin de l'internat, on a envie de faire des remplacements comme tout le monde pour voir comment cela se passe dans différents cabinets pour voir différents modes d'exercice... Lors de mon stage de niveau 1, lors de mes remplacements en concomitance de mon saspas...

Comme je te disais, mon amie est aussi médecin généraliste. Elle a fini et est thésée. Elle s'est installée dans une maison médicale au mois de décembre (*depuis 2 mois*) à V. Elle est ouverte mais sera inaugurée à la fin du mois. Elle est en partie en travaux. Je vois mon amie faire, c'est un mode d'exercice sur lequel on est en train d'évoluer...partout. C'est vrai que ça attire les jeunes médecins. C'est clair. Etre à plusieurs dans une maison médicale avec d'autres professionnels de santé : il y a un partage des connaissances avec des kiné, des infirmières, des orthophonistes...tous types de corps de métiers. Il y a aussi un partage des moyens et des frais... Quand on voit des jeunes médecins qui s'installent seuls ou à deux, on n'a pas la même façon d'exercer, avec le secrétariat à distance, ce n'est pas toujours simple. Cela permet d'évoluer vers un mode d'exercice agréable.

E : Et toi, quel exercice envisages-tu ?

Dr H : Je vais faire des remplacements, voir ça (l'activité de ton amie en msp), puis en fonction des opportunités, je m'installerai avec d'autres médecins dans une maison médicale, bien sûr à plusieurs avec un partage des frais.

E : Ok, Tu es attiré par la maison médicale ?

Dr H : Tout-à fait. Après, il y a forcément une zone géographique pas trop m'éloignée du lieu d'exercice de mon amie...Après les patientèles sont différentes en zone urbaine ou en zone rurale...Une zone semi rurale autour de P pourrait m'intéresser...

E : Peux-tu me préciser un peu cette zone géographique,

Dr H : Je ne sais pas, cela peut être 20 à 40 km autour de P...On verra...C'est vrai qu'on a la chance aussi d'avoir le choix dans ces circonstances en particulier, contrairement à auparavant...

E : Ok, pour toi, qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelles ?

Dr H : Pour moi, une maison de santé est un regroupement de professionnels de santé. Une maison de santé peut être composée uniquement de médecins, mais aussi de médecins et d'autres professionnels de santé : kiné, dentistes, infirmières... Pour un partage des frais afin d'employer d'autres personnes (secrétaires). Mais une maison de santé n'est pas qu'un regroupement de professionnels. Elle permet aussi de faire d'autres actions comme de la prévention : on peut faire intervenir par exemple l'infirmière ASALE, faire de l'éducation thérapeutique pour les patients, ce qui est un plus, qui n'est pas toujours évident lors d'une consultation de 15 minutes. Mais c'est aussi partager des expériences de différents corps de santé. Quand on fait nos études de médecine, dans telle ou telle pathologie, on ne nous dit pas ce que peut faire le kiné sur une pathologie. C'est une façon de continuer à se former dans la vie de tous les jours, une « formation continue »...C'est comme cela que je vois une maison de santé.

E : Et quels inconvénients vois-tu à travailler dans ces structures ?

Dr H : C'est vrai qu'il y a pas mal d'avantages, après, les inconvénients... On ne peut pas toujours s'entendre avec tout le monde, ça peut arriver...Ah oui, il y a beaucoup d'avantages, notamment concernant les remplacements... Quand on devient médecin, la permanence des soins s'exerce plus facilement dans un cabinet à plusieurs que quand on est seul dans un cabinet, notamment pour assurer les samedis matins et puis pour trouver des remplaçants, c'est évident. Donc, les inconvénients...On en trouve toujours...là, je me suis pas creusé la tête pour en trouver... Les inconvénients sont peut-être plus pour le patient. Dans une maison médicale, il y a regroupement de médecins et moins de médecins seuls dispersés.

E : Tu veux dire qu'on peut être amené à faire plus de distance pour aller consulter un médecin ?

Dr H : C'est ce qu'on peut penser peut être...les inconvénients...

E : Ton amie t'as peut être parlé d'inconvénients ?

Dr H : Pour l'instant, je n'en vois pas trop...Il y a peut-être un investissement un peu plus important pour la gestion du cabinet médical...La gestion est plus complexe à plusieurs que quand tu es tout seul. Mais c'est faisable...

E : L'exercice que tu souhaites semble correspondre à l'exercice en maison de santé ?

Dr H : Tout à fait. C'est vrai qu'on en parle depuis notre internat, ce sont des notions qui sont arrivées avant 2010 : les problèmes de démographie médicale. Pendant l'externat (à l'hôpital), on a du mal à visualiser l'activité libérale. Quand on devient interne, on se confronte à l'exercice libéral. ..J'avais fait mon stage en libéral de niveau 1 à L, à la campagne. Les médecins avaient un fonctionnement particulier en SCI : ils regroupent toutes les recettes et ils reversent un salaire à chaque médecin. C'est un fonctionnement devenu assez rare quand même. C'était aussi une maison médicale, mais avec ce type de fonctionnement, je ne me vois pas exercer de cette manière. Ce fonctionnement se

fait de moins en moins, ils ont d'ailleurs du mal à trouver des remplaçants. Il faut vraiment bien s'entendre... La notion de maison médicale commençait à s'intégrer dès le début de l'internat et on voyait d'autres façons de faire. Là je vois mon amie qui s'est installée, j'ai vu d'autres maisons médicales... J'avais remplacé à J où ils sont cinq médecins dont un angiologue : c'est assez pratique, quand on a une suspicion de phlébite... Quand tu as besoin d'un avis en urgence, tu peux t'adresser au collègue juste à côté.

E : C'est plus un cabinet avec plusieurs médecins qui t'intéresse ? Plutôt qu'un cabinet pluriprofessionnel ?

Dr H : C'est l'impression que je te donne ? Moi, j'aimerais travailler avec d'autres personnels de santé, pas seulement des médecins. En, plus cela permet aussi de faire un parallèle avec l'exercice hospitalier où tu as l'habitude de travailler en équipe. Là, ça permet finalement, quand même, en équipe pour certaines situations. C'est intéressant d'avoir des relations autres... de ne pas être isolé.

E : Peux-tu me parler de la msp dans laquelle exerce ton amie ?

Dr H : C'est une référence pour moi. J'y suis allé de nombreuses fois, j'ai aidé au déménagement. A V, il y avait quatre médecins : Deux médecins sont partis à la retraite. Il restait deux médecins qui ont eu l'opportunité d'avoir trois jeunes médecins pour remplacer ces deux départs. Ils étaient propriétaires du cabinet. La mairie l'a racheté pour faire construire la maison médicale au même endroit en l'agrandissant. Les médecins exercent dans la partie neuve, pendant que la partie ancienne est rénovée. Pour le moment, deux infirmières s'installeront avec eux. Un médecin ostéopathe est installé à côté.

E : Comment se passe l'activité en maison de santé de ton amie ?

Dr H : Tout se passe bien. C'est « hors » maison médicale. Elle passe du statut de remplaçant au statut de médecin traitant installé où tu n'as pas du tout le même suivi avec les patients : tu vois de la pathologie chronique. Tu es le médecin référent du patient. Elle est confrontée à des problèmes de médecine générale face auxquels elle pouvait « jouer la montre » ou déléguer au médecin qu'elle remplaçait. Ça, c'est une première chose... qui n'a pas vraiment de rapport avec la maison médicale. Ce qui est intéressant en cas d'urgence, et que le médecin référent n'est pas disponible, il y a toujours quelqu'un... Elle peut aussi discuter ses horaires. Là, elle ne travaille pas le mercredi et travaille un samedi sur trois. Si à l'avenir elle veut travailler un peu moins pour s'occuper des enfants, des choses sont possibles dans une maison médicale. C'est vrai que la profession se féminise. Les maisons médicales sont la bienvenue pour cela aussi.

E : Donc, tu attends une opportunité d'exercice en maison de santé ?

Dr H : ça m'intéresse... Je ne compte pas m'installer tout de suite. Je ne sais pas où en sont les réformes pour l'incitation à l'installation des remplaçants... Par ailleurs, j'ai des amis qui font des remplacements depuis très longtemps, c'est un rythme de vie qui est quand même appréciable mais on a l'impression que l'installation aussi coïncide pas mal avec l'arrivée des enfants. Quand tu es remplaçant, tu travailles surtout pendant les vacances scolaires ; mais quand tu as des enfants, tu as besoin des vacances scolaires. Je pense que pour pas mal de médecins qui se sont installés, ça s'est joué comme cela. Peut-être que sera comme ça pour moi...

E : Combien de temps comptes-tu remplacer ?

Dr H : Je ne sais pas du tout...Et je ne mets pas du tout la pression pour m'installer rapidement. C'est sûr que je m'installerai avec des confrères avec qui je m'entends bien...Pour moi, l'installation c'est quelque chose qui doit se faire sans stresser mais réfléchi...Sachant que je suis assez ouvert sur le plan géographique que cela soit sur P ou en périphérie.

Entretien 8 : Dr I

E : Je réalise une étude qualitative sur l'intérêt des jeunes médecins pour les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne pour mon travail de thèse. Je te demanderai ton avis sur le sujet. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. L'entretien dure environ une quinzaine de minutes. Il sera enregistré et anonyme.

On va commencer par quelques questions un peu personnelles pour situer le contexte.

Quel âge as-tu ?

Dr I : 31 ans.

E : Es-tu mariée ? As-tu des enfants ?

Dr I : Divorcée. Pas d'enfant.

E : Quand as-tu soutenu ta thèse ?

Dr I : Depuis septembre 2013.

E : Quelle est-ton activité actuelle ?

Dr I : Je suis médecin généraliste remplaçante, donc pas installée. Je ne fais que des remplacements en cabinet autour de P. Je tourne sur 6 à 8 cabinets, ça dépend.

E : Tu fais des remplacements fixes ?

Dr I : Non, je n'ai pas de remplacements fixes. Je remplace la semaine, voire deux semaines ou des jours par ci par là, surtout les vacances scolaires...

E : Tu fais des remplacements sur P, jusqu'où vas-tu ?

Dr I : Je vais sur C, C', N, P...Plutôt en semi rural, pas beaucoup de « gros » rural et pas tellement d'urbain à part les C''.

E : Comment envisages-tu les 5 années à venir ?

Dr I : (*rires*) Bonne question...Moi, le principe de la maison médicale, je le trouve très intéressant...Parce que si je m'installe...Je m'installerai un jour, pas forcément dans les 5 années à venir. Je vais rester remplaçante encore quelques temps... Plus je remplace, moins j'ai envie de m'installer. Dans tous les cas, l'installation que j'imagine, peut-être pas dans les 5 ans à venir mais

dans les 10 ans à venir, ce sera « clairement » dans un cabinet de plusieurs médecins, avec d'autres professionnels de santé (paramédicaux)...

E : Plus tu remplaces et moins tu as envie de t'installer... Tu vas quand même t'installer ?

Dr I : Oui, je vais m'installer parce qu'il y a des points positifs et des points négatifs dans les remplacements. Là, j'ai une certaine liberté en tant que remplaçante, je veux garder ça...Ce qui est papperasse administrative, contrainte professionnelle à travailler tous les jours, tout le temps, toutes les semaines, ça , aujourd'hui, en fonction de ma vie personnelle, ce n'est ce qui m'intéresse. Mais je ne me vois pas être remplaçante toute ma vie non plus. J'aurai envie à un moment de me poser, d'avoir un cabinet, ma patientèle à moi et de faire de l'éducation aussi...C'est un gros problème dans les remplacements : on ne peut pas éduquer les patients. Pour beaucoup de patients c'est : « docteur un tel, il me donne ça, il me fait ci ou ça...un antibiotique parce que j'ai un rhume ». Au bout d'un moment, c'est un peu embêtant. L'éducation, c'est quelque chose qui va me tenir à cœur au bout d'un moment. Pour l'instant, ça me va, je fais sans ...

E : Tu t'installeras en fonction de ta vie personnelle ?

Dr I : Oui, mais aussi en fonction des opportunités. J'ai déjà eu des opportunités...Je fais des remplacements depuis 4 ans...J'ai eu des opportunités dans les 4 dernières années, j'en ai encore actuellement...L'opportunité ne suffit pas : J'ai l'opportunité, mais ce n'est pas pour autant que je m'installe. Dans les prochaines années, quand ça commencera...dans peut-être 5 -10 ans, j'aurai envie de m'installer en fonction de l'opportunité...ça déclenchera, je pense, la chose...

E : Dans l'idéal, comment envisages-tu de t'installer ?

Dr I : Dans l'idéal, c'est plusieurs médecins, au minimum 3, ce serait pas mal...C'est ce qu'on appelle des maisons médicales. J'aimerais bien des infirmières, éventuellement un dentiste, un kiné. Je trouve que l'infirmier et le kiné sont des professions qui sont très intéressantes pour nous, en médecine générale. On en a beaucoup besoin. Je pense que c'est bien de travailler en pluridisciplinaire. Après une sage-femme, ce serait pas mal aussi. Clairement, je n'aurai pas envie de m'installer dans un cabinet qu'avec des médecins. C'est mon souhait. Je pense que j'essaierai de faire ce qu'il faut pour, parce que je n'ai pas d'impératif d'installation...Donc j'attendrai la bonne opportunité et le bon projet.

E : On va maintenant aborder les maisons de santé. Pour toi, qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelle et surtout comment vois-tu l'exercice dans ces structures ?

Dr I : Pour moi, c'est une structure qui ressemble, si j'ose dire à un « mini hôpital », c'est-à-dire avec plusieurs professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), comme on a dit kiné, infirmières, sage-femme etc, et qui fonctionne un peu en autonomie. C'est comme cela que j'imagine la chose, après précisément, je ne sais pas particulièrement...

E : Quelle expérience as-tu des msp ?

Dr I : La seule expérience que j'ai, est un cabinet à Ch où il y a des kinés, un cabinet d'infirmiers et quatre médecins. J'ai été stagiaire et j'y remplace aujourd'hui. De tous les autres cabinets où il n'y a

que des médecins, que je remplace...J'imagine vraiment mon installation comme au cabinet de Ch : avec infirmiers et kinés. C'est très pratique. Les kinés viennent nous voir : » tu pourrais revoir tel patient car il m'inquiète ». On a besoin d'un bilan en urgence, on appelle les infirmiers qui prennent entre 2 patients et le font. C'est extrêmement pratique, ça va vite, on est efficace. C'est intéressant.

E : Donc, quels sont les avantages à exercer dans ces structures ?

Dr I : C'est d'avoir différents professionnels « sous la main » : des avis qu'on peut donner ou qu'on peut prendre sur des patients compliqués. En plus, pour le patient, c'est très important : il peut enchaîner le rendez-vous avec le médecin, puis la séance de kiné par la suite. A Ch, c'est le seul cabinet que je connais comme ça : c'est exactement ce qu'il faut. Je vois souvent des patients qui viennent du kiné juste avant et ils enchaînent les deux rendez-vous : c'est très pratique pour les patients.

Pour nous, c'est une façon de ne pas sentir un peu trop solitaire : on se sent épaulé. Si on est embêté pour un patient pour un problème de kiné, d'avoir le kiné sous la main et de pouvoir en discuter avec lui, rien qu'à la pause-café, tout bêtement, de tel ou tel patient : je trouve cela intéressant. On apprend des choses. C'est vraiment une prise en charge multiple... J'ai retrouvé cela dans un stage de rééducation en Ch. Je trouvais cela très bien. On était des médecins mais aussi des kiné, des éducateurs physiques...il y a beaucoup de spécialités différentes. Une fois par semaine, ils faisaient une réunion lors de laquelle ils parlaient de patients un peu compliqués : et il y avait tout le monde, même l'assistante sociale...les aides-soignantes, les infirmières, vraiment l'équipe entière...on était 20 à table. C'était hyper intéressant car on pouvait vraiment voir un patient sous tous les angles différents, et pas seulement une vue médical. On avait vraiment une prise en charge globale. J'ai beaucoup apprécié cela. Avant je ne voyais pas forcément mon installation dans un cabinet médical seule, surtout pas, mais qu'avec des médecins...mais depuis ce stage-là et mon stage en libéral à C, je ne vois vraiment pas mon installation autrement que comme ça.

E : Quels inconvénients vois-tu à cet exercice ?

Dr I : Des inconvénients, oui, il peut y en avoir, mais pas beaucoup. A partir du moment où on travaille avec plusieurs personnes, il faut s'adapter aux autres. On n'est pas obligés de s'entendre avec tout le monde. Il faut rester sur un cadre professionnel : on n'est pas là que pour du personnel, il faut que ça passe bien. Plus on est nombreux, plus il peut y avoir des petits soucis...Après, l'inconvénient, c'est que c'est compliqué à mettre en œuvre. Cela demande un fonctionnement, j'imagine, comme une SCM par exemple, peut-être plus compliqué bien que, dans le cabinet que je connais, c'est une SCM de médecins, les infirmières gèrent entre elles etc. Mais je pense que sur la mise en place, sur l'organisation, sur le fonctionnement, le secrétariat, c'est peut-être un peu plus compliqué. Mais je pense que c'est faisable. A priori, j'ai la notion que c'est assez scindé : les médecins ont leur secrétaire, ont leur fonctionnement propre. Je pense que c'est tout à fait faisable, pour moi, ce n'est pas tellement un inconvénient.

E : Que penses-tu de la localisation des msp ?

Dr I : Plus on va être dans du rural profond, plus c'est compliqué d'avoir des professionnels de santé, c'est sûr. Je ne me vois pas du tout exercer en centre-ville, ce n'est pas du tout ce que j'aime. Plus le

semi rural. C'est pour cela, je tends vraiment vers l'installation, comme mes remplacements, sur le semi rural, un cabinet à plusieurs...

E : Aujourd'hui, si on te proposait de t'installer dans une maison de santé, que ferais-tu ?

Dr I : Aujourd'hui, ça ne correspond pas à mes projets (*pires*). Mais oui, j'aimerais bien même être l'initiatrice d'une msp, cela ne me dérangerait pas... Je me verrais bien lancer le projet et essayer de le monter avec quelqu'un et ne pas forcément attendre qu'on vienne me le proposer. Je trouve que c'est une façon d'exercer qui est extrêmement intéressante, et à mon avis de regrouper les professionnels de santé comme cela, ça permet de sur des villages ou des petites villes d'éviter que cela soit trop dispersé et de pouvoir faire venir des jeunes médecins, des jeunes professionnels qui vont avoir peur d'être dans un cabinet seul. Aujourd'hui, je vois bien, en tant que remplaçante, quand on me propose un remplacement dans un cabinet où il n'y a qu'un médecin, sans rien, sans personne, cela ne me donne pas du tout envie d'y aller. Je n'irai pas. Pourquoi ? Parce qu'on n'a pas envie d'être tout seul. C'est une façon rassurante de travailler. Ce projet-là est intéressant et je n'attendrai pas forcément qu'on me le propose. Si j'ai envie de m'installer, si j'ai envie de monter cela, j'essaierai de tâter le terrain à droite et à gauche et d'être l'initiatrice d'un tel projet. Pourquoi pas.

E : Sais-tu un peu comment cela se passe ?

Dr I : Pas particulièrement. Je m'y intéresserai. Je sais qu'il y a beaucoup de démarches à faire, par rapport à 'ARS etc. On ne monte pas comme cela une maison de santé. Je m'intéresserai précisément pour voir si ça peut être jouable.

Entretien 9 : Dr J

E : Je réalise une étude qualitative sur l'intérêt des jeunes médecins pour les maisons de santé pluriprofessionnelles dans le Poitou Charentes. J'aimerais avoir ton avis sur le sujet, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'entretien dure une quinzaine de minutes. Il sera enregistré et anonyme.

On va commencer par des informations un peu personnelles. Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

Dr J : 29 ans. Je suis marié. Pas d'enfant.

E : Et depuis combien de temps fais-tu des remplacements ?

Dr J : Depuis 1 ans à compter de février. J'ai remplacé pendant la fin de mon internat (pendant un SASPAS) mais très peu.

E : Tu as fini ton internat en novembre (*il y a 4 mois*). Ta thèse est prévue pour la fin de l'année. En ce moment, quelle activité as-tu ?

Dr J : J'ai une activité de médecin généraliste remplaçant exclusif. Je fais aussi des gardes. Je remplace un peu partout sauf à P (*en ville*) même. Plus en semi rural et en rural : St Germain, Fontaine, Quinçay, Chasseneuil, Neuville...

E : Comment choisis-tu tes remplacements ?

Dr J : Les premiers remplacements : c'étaient mes anciens maîtres de stage, je les connaissais. Puis c'est du bouche à oreilles ou j'ai été contacté sur la liste des remplaçants du conseil de l'ordre. Je choisis ou non : si c'est informatisé, s'il y a une secrétaire, si je peux adapter mes horaires,. Si ce n'est pas informatisé, on met du temps à lire les dossiers. J'aime quand c'est informatisé et je préfère qu'il y ait une secrétaire même à temps partiel. Je ne suis pas fan des secrétariats téléphoniques : ceux que j'ai testé on avait une grosse différence de compétences entre les secrétaires qui prenaient l'appel et laissaient un message...Je préfère que ce soit une secrétaire en personne.

E : Travailler avec des collègues a une influence sur ton choix ?

Dr J : Si, je préfère aussi. Jusqu'ici je n'ai jamais eu à me poser la question car tous les cabinets où j'ai été étaient des cabinets de groupe.

E : Concernant la localisation de tes remplacements : Pas à P, mais en semi rural et en rural, mais jusqu'où vas-tu ?

Dr J : ça dépend. Si c'est un remplacement d'un jour, je n'irai pas à plus de 30 min de route. Si c'est pour la semaine, je peux aller jusqu'à 1 heure de route et je me débrouille pour me loger dans le coin s'il faut, pour éviter de faire des allers-retours matin et soir.

E : Comment envisages-tu les 5 prochaines années ?

Dr J : C'est déjà un peu préétabli car j'ai signé le contrat avec le conseil général de Vienne, dans lequel on s'engage à s'installer pendant 7 ans dans des zones déficitaires en médecine générale. Donc à ce titre, j'ai un projet d'installation à C : une création de msp avec mon épouse. Il n'y a pas de médecins à C. Il y en a 4 à L, 1 à SMR et 2 V, puis 10 ou 11 à Ch...A Ch et L, il y a 2 gros centres de soins mais à L, les patients attendent deux à trois jours avant d'avoir un rendez-vous. A L, ils construisent également une MSP ou je crois qu'elle est construite déjà...Mon épouse les a contacté pour savoir s'ils étaient intéressés pour que deux autres médecins s'installent avec eux, mais « hors de question ». je connais un remplaçant là-bas qui m'a expliqué la mentalité de deux des médecins qui partent à la retraite dans les 5 ans qui veulent réussir à revendre leur patientèle. C'est une des raisons pour s'installer en MSP : ils savent que cela intéresse les jeunes médecins, ils auront peut-être plus de facilité à vendre leur patientèle. Pour l'instant, ils veulent des jeunes pour faire des remplacements, mais pas pour s'installer avec eux.

E : Mais étais-tu obligé de t'installer à C ?

Dr J : En fait, on a l'obligation en l'échange d'une bourse d'aller dans des cantons déficitaires ou ceux qui vont le devenir. C en fera partie d'ici 5 ans. Ils m'ont donné une bourse par mensualités...Je l'ai

eue sur 4 ans depuis l'externat et cela m'a permis de rembourser mon prêt étudiant. Pourquoi à C ?
A la base, mon épouse avait le projet de s'installer avec une amie qui connaissait un médecin coordinateur de la répartition des médecins à l'ARS. Ce dernier lui a dit grosso modo que si elle s'installait à C, elle n'arriverait pas à se faire de patientèle. Du coup, elle a pris peur et a lâché le projet de mon épouse alors que les démarches auprès de la mairie de C. avaient débuté. Mon épouse se retrouvant seule alors qu'on parlait pour une MSP qui nécessite au moins 2 médecins et un paramédical, donc, je me suis rattaché à son projet même si à la base on ne voulait pas s'installer ensemble.

E : Mais de qui vient le projet de msp à C ?

DR J : C'est mon épouse qui a pris contact avec le maire de C pour son projet. Pourquoi C ? Par ce que l'amie de mon épouse n'habite pas loin de C : Il fallait trouver un endroit où on a besoin de médecins, pas trop loin. Ils ont pris le parti avec le maire de créer une msp à C mais son amie s'est retirée du projet. Comme ce projet était en cours, moi, comme une roue de secours, je me m'y suis rattaché pour qu'il y ait au moins 2 médecins.

E : Ce projet est-il soutenu par l'ARS ?

Dr J : On est en train de monter le projet. On est 2 médecins, on a une infirmière libérale qui veut s'installer avec nous. On monte le dossier avec une chargée de coordination de M. Ce dossier sera présenté à la prochaine session à l'ARS pour des subventions. Mais, un éventuel refus ne nous limitera pas, car C est une ville assez aisée, financièrement. Si on n'avait pas eu d'infirmière, on aurait fait un cabinet à 2 médecins.

E : Vous êtes 3 professionnels dans votre projet de msp, prévoyez-vous de regrouper d'autres professionnels ?

Dr J : Le problème, c'est qu'on ne trouve pas...A C, il y a une pharmacie, qui va s'installer à proximité de la msp (d'un point de vue légal, elle n'a pas le droit d'être dans le même bâtiment). Pour l'instant on a un grand terrain vierge à C pour ce projet... On attend de voir avec l'ars, je pense que ce sera pour mars....On doit encore rencontrer l'infirmière, car c'est la personne qui travaille pour la communauté de communes de M qui coordonne tout cela : le maire, nous deux et l'infirmière.

E : Vous faites des remplacements en attendant de monter votre projet ?

Dr J : Oui. Déjà, voir si notre projet est soutenu ou non par l'ARS, puis attendre que les murs soient montés.

E : Tu t'es rajouté au projet en cours, mais quelle activité voulais-tu ?

DR J : Exercer en msp, mais pas dans le même cabinet que mon épouse. C'est compliqué : ça veut dire être soumis à des patients qui vont se plaindre de l'autre médecin, un problème quand tu pars en vacances...Je pense que si on arrive à avoir une activité comme on aimerait tous les deux, c'est-à-dire une activité modérée : on vise tous les deux de prendre un jour dans la semaine en plus du dimanche, et un samedi matin sur deux. Ce n'est pas une grosse semaine. Si on peut travailler

comme cela, je pense qu'on pourra ne prendre qu'un seul remplaçant pour les vacances. Après, il faudra qu'on se fasse notre patientèle, donc la première année, on n'ira pas en vacances.

E : Pendant 7 ans tu es obligé d'exercer en zone déficitaire ?

Dr J : Oui, je me suis engagé à exercer pendant 7 ans dans un canton déficitaire en Vienne. Après ils ont été honnêtes au conseil général de Vienne : pourquoi 7 ans, au bout de 7 ans, c'est clair qu'on reste. On va s'installer à CV très proche de C. On ne compte pas s'installer pour partir. Ma femme aussi a signé un contrat avec le conseil général, mais elle n'a pas fini son internat et a pris 6 mois de disponibilité. Pour l'instant elle remplace, et parfois on va à des réunions pour le projet avec le maire et la coordinatrice. On attend la date butoir de présentation à l'Ars. Mais je ne pense pas que cela freine le maire de C : il a vraiment la volonté d'avoir des médecins et infirmières et veut vraiment monter un pôle. D'un point de vue politique, C se fera englobé par la communauté de communes de L, donc des compétences de gestion seront réattribuées de C à L mais la compétence santé, c'est-à-dire le budget d'organisation de la santé dans la commune n'a pas encore été redistribué. Pour l'instant C reste maîtresse de sa compétence santé. C'est pour cela qu'une msp à L ne freine pas le maire de C pour monter une msp.

E : Avant cette opportunité, comment voulais-tu exercer la médecine ?

Dr J : Idéalement avec d'autres collègues d'autres spécialités médicales ou paramédicales. On découvre au cours de notre vie d'interne lors de stages chez les médecins libéraux qu'il est préférable d'avoir un spécialiste à côté. Par exemple, à N, ils sont 4 médecins et un podologue à mi-temps. Quand il est là, c'est extra : quand on a un doute pour un problème de podologie, tu l'appelles, il t'explique des trucs. Il m'a expliqué comment désinsérer un ongle incarné plutôt que de l'envoyer au chirurgien... Sur des trucs qu'on n'apprend pas du tout pendant notre internat, pendant nos études. Avant, j'envisageais déjà d'avoir idéalement un maximum recours directement. C'est toujours mieux que d'avoir des gens par téléphone. En tant que remplaçant, tu ne les as jamais par téléphone : pour des avis, j'appelle au CHU. J'ai un réseau assez limité pour l'instant.

E : Ok, on va aborder un peu plus les msp maintenant. Pour toi, qu'est-ce qu'une maison de santé ? Comment exerce-t-on la médecine en msp ?

Dr J : Une maison médicale pluridisciplinaire est un lieu commun d'accès aux soins pour les patients, où sont regroupées différentes spécialités médicales et paramédicales voire même des choses comme le SSIAD, psychologue... C'est un exercice plutôt rassurant car lors de doute pendant nos consultations, on peut avoir un recours immédiat pour des urgences ressenties, pour des urgences vraies. On peut également avoir un regroupement de matériels. Par exemple avoir un électrocardiogramme à 2 ou 3, ça fait une économie de dépenses. En plus, un avis si besoin et si disponibilité d'un autre spécialiste, par exemple un avis du kiné. Ça, c'est du point de vue du médecin. Pour le patient, cela leur permet d'avoir tout au même endroit et d'éviter d'avoir à chercher dans des endroits qu'ils ne connaissent pas parfois : c'est un centre où il y a tous les médecins, les kinés, les infirmiers etc...

E : Quels autres avantages vois-tu ?

Dr J : Il y en a pleins, sans rentrer dans les détails...D'avoir une infirmière pour les prises de sang. Je sais faire des prises de sang mais je ne suis pas non plus « au taquet » : pour une prise de sang en urgence, l'infirmière d'à côté la fera. C'est toujours plus appréciable pour le patient... Le côté pédagogique aussi : par exemple, les kinés sont beaucoup plus compétents que nous pour faire des strapping, pour la rééducation, pour certaines manœuvres comme les manœuvres de dix et hallpike pour les vertiges...ce sont des choses que j'ai appris à faire « comme ça », après, eux peuvent te le confirmer, te montrer certaines manœuvres à proposer aux patients pour qu'ils fassent leur rééducation...C'est le côté pédagogique : apprendre auprès des différentes spécialités du corps médical ou paramédical...

E : Vu comme tu m'en parles, vous n'avez pas envie de faire une structure plus grande ?

Dr J : Si, on aimerait bien, mais on a du mal à trouver d'autres professionnels. Un kiné voulait s'installer avec l'infirmière qui va s'installer avec nous, mais le projet n'aboutit pas, ça traîne. Je ne sais pas pourquoi. La coordinatrice de M essaie de contacter le kiné en ce moment. Ce n'est pas qu'on ne veuille pas ...Je pense qu'ils vont construire les locaux de manière à ce qu'on puisse accueillir d'autres professionnels. Mais pour l'instant on est que 2 médecins et une infirmière (qu'on ne connaît que depuis 1 mois). On cherche, on cherche des professionnels. Moi, je suis allé déposer des demandes dans les écoles de kiné, d'infirmières, sages-femmes et au 11^e étage du chu...Je pense qu'ils n'ont jamais été affichés, je ne sais pas pourquoi. Je suis aussi allé à la faculté de médecine pour qu'on l'affiche, il n'y a jamais eu d'affichage... je pense que la feuille a été perdueje pense que c'est plus un problème de compétence : je pense qu'elle a perdu la feuille...C'est épuisant, c'est de la perte de temps...Un dentiste, impossible de trouver un dentiste : déjà, il n'y a pas d'école à P (soit B soit N). Sur les personnes du coin qui sont allés faire leurs études, peu reviennent. Je ne sais pas ce que font les kiné : l'école produit une trentaine de diplômés chaque année : je pense que beaucoup font des remplacements et je pense que beaucoup ne s'installent pas en ville. Pour les infirmières, le mot à l'école ne sert pas à grand-chose maintenant car ils ont de nouveau l'obligation d'exercer en milieu hospitalier pendant 1 ou 2 ans... Et puis sages-femmes et podologues...Le SSIAD a déjà des locaux à L. On n'a pas cherché encore de psychologue...

E : Ils pourraient faire des vacations ?

Dr J : Au départ, on l'avait proposé aux infirmières de L, mais cela ne les intéressait pas, étant déjà locataires à L. ça se comprend. Je pense qu'ils font les plans en calculant la possibilité soit de rajouter des constructions à côté soit en intégrant directement des locaux. En plus, on aimerait s'inscrire dans le côté pédagogique : avoir des stagiaires. Dans l'idéal, il faudrait un bureau supplémentaire. On aimerait bien avoir 2 cabinets et une petite salle pour gérer les urgences. Celle-ci pourra éventuellement accueillir un étudiant ou bien on gardera la salle d'urgence et on le reçoit dans une autre salle.

E : Quels sont pour toi les inconvénients de l'exercice en MSP ?

Dr J : Les inconvénients en msp...euh..., il peut y avoir des inconvénients humains d'une part, à savoir l'entente. Après, ce n'est pas propre à telle ou telle spécialité, c'est plus une question de personnalité. Il y a des gens qui s'entendent facilement avec d'autres et il y en a d'autres qui ne s'entendent pas. Il y a le côté relationnel, mais cela ne me fait pas trop peur parce que je suis assez

souple...D'autres inconvénients...en fait, je ne vois pas trop ce qu'il peut y avoir comme inconvénient... Je ne vois même pas qu'est ce qui fait que d'autres vieux médecins peuvent trouver des inconvénients en s'installant dans des maisons médicales de santé...

E : Peut-être le fait de réinvestir dans un nouveau cabinet, dans de nouveaux locaux...

Dr J : Quand ils sont propriétaires de leur cabinets, oui. Mais locataires...

E : Ils ont leurs habitudes, il faudrait revoir les logiciels...

Dr J : C'est peut-être surtout cela. Une question d'habitude : les logiciels...Souvent les vieux médecins, l'informatique n'est pas trop leur truc. Mais, il y a des vieux médecins qui l'ont fait, par exemple le docteur F à SG : avant il était tout seul, maintenant ils sont trois médecins. C'est vrai : l'inconvénient est de motiver les vieux médecins. L'inconvénient quand tu es jeune médecin, que tu veux tout juste t'installer, non, je n'en vois pas.

Dans les autres avantages, je te parlais de la mise en commun de matériels, mais ça peut aussi être la mise en commun de ressources humaines comme une secrétaire. Par exemple à C, j'ai essayé de négocier auprès des élus lors de notre projet de faire un cabinet avec 2 médecins pour avoir une secrétaire qui serait employée par la mairie. Mais ce n'est pas possible. Même si la mairie fait construire le cabinet, ça reste un cabinet privé alors que si c'est une maison médicale pluridisciplinaire : les locaux communs appartiennent à la mairie et deviennent publics. N'est privé que notre bureau de consultation...A ce moment-là, on pourrait négocier d'avoir une secrétaire, peut-être pas au début, mais une secrétaire qui soit employée par la mairie.

E : Vous ne serez pas propriétaires des locaux ?

Dr J : On ne sera pas propriétaires. A partir du moment que c'est une MSP financée ou budgétée en partie par l'ARS, les médecins ne sont jamais propriétaires...Ils sont locataires à très bas loyer...mais ça reste locataire.

E : Je pensais qu'ils pouvaient racheter par la suite...

Dr J : Non. En fait, tu as deux types de msp : celles qui sont financées de manière privée (comme à L, le maire de L a participé, mais ils n'ont pas fait appel à l'ARS) et celles qui sont financées par l'ARS : les locaux appartiennent alors à la commune, donc les parties communes sont des lieux publics. Je pense qu'on pourra le négocier avec le maire, j'aimerais bien parce que je n'ai pas envie d'avoir un employé... Autre avantage, tout ce qui est paperasse : tu es locataire et non propriétaire. Il faut quand même monter une société civile de moyen pour financer tout ce qui est matériel, mais tu n'as pas besoin de faire de société civile immobilière puisque chaque médecin sera locataire de son cabinet. Donc, beaucoup plus simple question paperasse. Dans les inconvénients, certains médecins diront que c'est un bien immobilier en moins : en pratique, avoir ton cabinet, ça a une valeur immobilière, quelque chose que tu peux revendre ensuite. Après, c'est deux manières de voir les choses.

E : Si vous recevez l'aval de l'ARS, vous pourrez lancer les travaux, voir avec les banques etc ?

Dr J : Ce n'est pas nous qui allons nous occuper de cela. C'est le travail de la mairie. Nous, on va juste jouer sur l'organisation des locaux avec l'architecte pour organiser le cabinet afin de répondre aux différentes normes en vigueur. Notre boulot sera de lui dire ce qu'on aimerait avoir au minimum...On sera locataire. Le maire de C proposait, comme il sait que tu dois te faire une patientèle, de potentiellement de ne pas payer de loyer initialement et de commencer à rattraper à partir du moment où on aurait notre patientèle. Il est « super » souple.

E : N'avez-vous pas peur de devoir vous faire une patientèle ?

Dr J : Non. Je pense qu'elle se fera assez vite. Dans les 5 ans qui viennent, 2 médecins de L iront à la retraite, 3 ou 4 médecins de CH...Il y aura des médecins en moins...A M, il y a un médecin en moins qui n'a pas de successeur...Cela fait peur aux médecins qui restent...Ce qui est rassurant, on s'est renseigné : on a l'autorisation, même si on est installé, de continuer d'être remplaçant. A deux médecins, si on voit que les journées sont très légères au début, l'un de nous reste sur place, l'autre remplace. C'est une sécurité, une manière de s'assurer d'avoir un minimum de revenus. On a un projet immobilier à CV, on vu un projet immobilier adapté aux 4-5 ans qui viennent, c'est-à-dire avec des possibles revenus qui ne seraient pas très hauts. On va acheter une maison habitable de suite. Il n'y a aucuns travaux urgents à faire. Franchement, on s'en tire plutôt bien et ça devrait bien se passer on a plusieurs sécurités. On a comme autre sécurité le prêt immobilier qu'on a fait: la banque nous assure qu'on pourrait geler les apports pendant 1 an.

Entretien 10 : Dr K

E : Je réalise une étude qualitative sur l'intérêt des jeunes médecins généralistes pour les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne pour mon travail de thèse. Ton avis m'intéresse, il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, ni jugement. L'entretien est anonyme et enregistré. Il durera une quinzaine de minutes.

Tout d'abord quelques questions un peu personnelles pour situer le contexte.

Quel âge as-tu ? Quel est ton statut marital ?

Dr K : J'ai 30 ans. Je suis en couple. Pas d'enfant.

E : Tu es en train de travailler sur ta thèse, Quand dois-tu la soutenir ?

Dr K : Mon objectif est novembre 2014.

E : Quelle est ton activité actuelle ?

Dr K : Actuellement, je suis remplaçante en PMI sur un congé maternité. Je fais principalement des consultations de gynécologie. Je fais en parallèle quelques remplacements pendant mes vacances dans des cabinets de médecine générale.

E : As-tu déjà fait d'autres remplacements pendant ta formation ?

Dr K : Oui, j'ai commencé les remplacements depuis janvier 2013.

E : Dans l'idéal, comment voudrais-tu exercer la médecine générale ?

DR K : Moi, dans l'idéal, j'aimerais exercer soit en tant que salariée comme ici, soit en libéral mais pas seule, vraiment dans une structure un peu comme ce qu'on appelle les maisons de santé : une structure avec plusieurs généralistes, avec, pourquoi pas du paramédical (kiné, dentiste)...dans une petite structure, pas un cabinet isolé.

E : Comment envisages-tu les 5 années à venir ?

Dr K : Je ne sais pas. Je ferais des remplacements pour voir les différentes choses qui existent...je n'envisage pas de m'installer tout de suite. Peut-être dans 5 ans, mais pas dans les deux ans à venir. Je vais essayer plusieurs différentes expériences comme là, une expérience en PMI et de remplacement en libéral, pour me rendre compte de ce que je veux faire, de ce qui m'attire le plus.

E : Pour l'instant, tu es partagée et tu profites d'une expérience en PMI...

Dr K : Oui, voir un peu le côté salarié et puis en plus cela me fait une expérience en gynécologie intéressante.

E : Tu fais des remplacements pour choisir entre un exercice salarié et un exercice pluriprofessionnel. Qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelle selon toi ? Comment vois-tu l'exercice dans une telle structure ?

Dr K : Pour moi, c'est déjà : tout sur le même lieu, au même endroit avec un secrétariat (c'est quand même important, on s'en rend compte), des médecins, des professionnels paramédicaux, mais je ne saurais pas dire quelles professions exactement...Mais pourquoi pas des kinés,, des infirmières...J'ai l'impression que c'est surtout avec les kiné et les infirmières que l'on travaille lorsque l'on est médecin généraliste, mais il peut aussi y avoir peut-être des dentistes....

E : Quels avantages vois-tu à exercer dans ces structures ?

Dr K : L'avantage est tout simplement pour le suivi des patients. Par exemple, une personne âgée qui a une plaie. L'infirmière passe régulièrement, on parle directement avec l'infirmière de l'évolution. Cela permet un suivi plus adapté. Connaître les personnes avec qui on travaille, ça permet d'échanger plus facilement. Même chose pour les kinés, vu qu'on leur adresse souvent des patients, de savoir comment ils travaillent, ça faciliterait la prise en charge des patients et la communication avec les partenaires.

E : Quels autres avantages vois-tu ?

Dr K : Oui, je vois l'avantage d'avoir des collègues, ne pas être isolé. Quand on est à l'internat, on a des cointernes tout le temps, mais quand on se retrouve en libéral, à travailler vraiment seul...c'est ce que j'apprécie notamment ici en tant que salariée : on peut échanger, on a des collègues, on peut parler des situations difficiles. C'est un des avantages. Aussi, quand on est plusieurs médecins, pour des raisons pratiques : prendre des vacances, se relayer. Il y a toujours quelqu'un sur place.

E : D'autres avantages ?

Dr K : Peut-être qu'il y en a d'autres...en y réfléchissant peut-être plus longtemps, j'en trouverai peut-être d'autres. Mais ce qui me vient en premier, c'est le travail d'équipe, pouvoir échanger sur des situations, une meilleure prise en charge des patients, un partenariat plus proche... Et ne pas être seul au cabinet : avoir des collègues au moins pour avoir des avis. Ce sont des situations qui sont assez rares, mais quand elles arrivent, c'est bien d'être plusieurs au cabinet pour s'entraider.

E : Il y a pas mal d'avantages, mais quels inconvénients vois-tu à travailler dans ces structures?

Dr K : Euh...l'inconvénient...Là, comme ça, il n'y a pas d'inconvénient énorme qui me vienne...peut-être un inconvénient mais qui est un inconvénient quand on est en libéral : tout le côté administratif. Je pense que l'on soit seul dans un cabinet de deux médecins ou dans une maison de santé pluridisciplinaire, je n'ai pas l'impression, mais je n'ai pas assez de connaissance qu'il y ait plus de tâches administratives à faire. Donc ce n'est pas vraiment un inconvénient de la maison pluridisciplinaire...Honnêtement, là, comme ça, je n'en vois pas....Si on me dit, toute seule en cabinet, je n'hésite pas une seconde : je dis non !...

E : As-tu déjà fait des stages ou des remplacements dans des maisons de santé ?

Dr K : Pas vraiment dans des maisons médicales. Mes stages et mes remplacements, je les ai faits dans des cabinets de trois médecins. J'ai fait un stage et des remplacements dans un cabinet...presqu'une maison médicale : il y avait trois médecins, une infirmière ASALE présente deux jours par semaine, c'était intéressant de pouvoir échanger avec elle. Il y avait un cabinet dentaire juste en face et des infirmières aussi étaient en face : j'ai été une ou deux fois échanger avec les infirmières. Mais pas dans le même bâtiment, mais des échanges assez rapides quand même. Je ne sais pas si c'est vraiment une maison pluridisciplinaire, mais ça y ressemble un peu. Je trouvais que c'était pas mal comme expérience. Après, le fait d'avoir les lieux vraiment en commun avec tout simplement une salle de pause en commun qui permet des échanges informels qui sont pour moi importants, c'est quand même un plus. Là, même si c'était au même endroit, ce n'était pas le même bâtiment : on ne les croisait pas spontanément. C'est bien, mais je me dis que c'est encore plus intéressant quand tout est en un même lieu.

E : Si on te proposait, peut-être pas aujourd'hui même, d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle, que ferais-tu ?

Dr K : Ben, ça dépend où elle est placée...J'envisage plus un exercice périurbain ou rural, et pas forcément urbain....Il y a pleins de paramètres qui rentrent en compte, et j'y réfléchirai quand même. Ça dépend du nombre de médecins. Si c'est pluridisciplinaire, mais avec deux médecins, je ne suis pas sûre, je préférerais qu'il y ait trois ou quatre médecins je pense. C'est surtout pour qu'il y ait un roulement mais aussi avoir des collègues médecins avec qui échanger. Je ne me vois pas, même dans une maison pluridisciplinaire être le seul médecin, pour moi, c'est important qu'il y ait plusieurs médecins.

E : Les maisons de santé t'intéressent mais tu hésites avec le salariat...

Dr K : Oui, il faut que j'aie des expériences dans ce genre de structure. Je manque d'expérience, ce qui fait que je n'ai pas encore vraiment choisi. Après, c'est une sorte d'idéal. Quand j'imagine ma pratique future, c'est dans l'idéal, mais peut-être qu'en pratique je me rendrai compte que ça ne va

pas. Je ne sais pas. Je me dis que ça peut être une façon intéressante de travailler pour retrouver comme un mini hôpital : une structure avec des collègues, où il y a des échanges, pourquoi pas des réunions de temps en temps sur les cas difficiles...vraiment pouvoir échanger. Je trouve que c'est ce qui manque quand on passe de l'internat avec les staffs où on échange à la pratique tout seul en libéral. Après, est-ce réalisable, au final, je ne sais pas trop.

E : Donc, tu essaieras, et tu verras...

Dr K Oui.

Entretien 11 : Dr L

E : Je réalise une étude qualitative sur l'intérêt des jeunes médecins généralistes pour les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne. Ton avis m'intéresse, il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. L'entretien est anonyme et dure environ 15 min. Une copie de l'entretien te sera envoyée par mail pour vérifier que j'ai bien transcrit tes propos.

Pour situer un peu le contexte, je vais te poser quelques questions personnelles. Quel âge as-tu ? Quel est ton statut marital ?

Dr L : J'ai 33 ans et je suis pacsé.

E : Es-tu thésé ?

Dr L : Oui. J'ai soutenu ma thèse en décembre 2009.

E : Depuis combien de temps fais-tu des remplacements ?

DR L : Je remplace depuis décembre 2009.

E : Tu remplaces actuellement. Peux-tu me parler un peu plus de tes remplacements ? Par exemple : des remplacements réguliers ?

Dr L : Je fais plutôt des remplacements à la semaine. Je n'ai pas de remplacements fixes. Je tourne sur grosso modo 3-4 cabinets sur toute l'année, et je fais des remplacements ponctuels par-ci par-là. Ces remplacements me permettent de travailler sur P et les environs. Donc, pas de remplacements fixes, mais des remplacements réguliers avec 3-4 cabinets et quelques remplacements ponctuels.

E : Quel type d'activité rencontres-tu ?

DR L : J'ai un peu de tout : de la médecine urbaine (3 cabinets à P) et semi rural ou semi urbain comme ici et un cabinet plutôt rural.

E : Quel exercice préfères-tu ?

DR L : Moi, je préfère le semi rural. Après, ce sont les conditions d'installation qui jouent...

E : Quel exercice envisages-tu dans les 5 années à venir ?

Dr L : Dans les 5 années à venir...Continuer les remplacements pour l'instant. Une fois qu'on sera fixé sur l'avenir d'un point de vue privé (*stabilisation situation professionnelle compagne*). Après m'installer dans les 2-3 ans à venir.

E : Comment veux-tu t'installer ?

Dr L : Je veux m'installer dans un cabinet de groupe...comme beaucoup je pense. Dans un cabinet où il y ait une bonne structure, où il y ait des collègues qui s'entendent bien et où la pratique est agréable. Après, c'est que tout avoir, c'est difficile, donc ce qui compte c'est plus de ne pas s'installer seul, cela va de soi mais s'installer à plusieurs. Plutôt du semi urbain ou du semi rural aux alentours de P.

E : Quelle expérience as-tu de l'exercice pluriprofessionnel ? Pas forcément en msp mais cela peut être dans un cabinet avec plusieurs professionnels proches. Est-ce que ça te donne envie d'exercer comme cela ?

Dr L : ça dépend de ce qu'on en fait....ça me donne envie, oui. Mais, y travailler ne signifie pas forcément collaboration. C'est assez cloisonné. Le but est de pouvoir échanger justement. Même dans un cabinet de groupe purement médical : il peut y avoir un cabinet où chacun travaille pour soi, et on ne partage que les charges du cabinet. En fait, non, le but est de pouvoir échanger sur les patients, sa pratique quitte à avoir des réunions de temps en temps.

E : Donc, tu envisages plus un exercice de groupe, mais qu'avec des médecins ?

Dr L : Pas forcément. Un cabinet de groupe : cabinet de médecins ou un cabinet pluridisciplinaire dans l'idéal. Il n'y a pas forcément beaucoup d'occasions, sachant que je ne serai pas amené à travailler loin de P à cause du travail de ma compagne. Je sais que ça ne court pas les rues...C'est souvent à la campagne, les maisons de santé. Il y en a d'autres qui vont se créer probablement. Donc : travail de groupe de base entre médecins et dans l'idéal pluridisciplinaire mais au moins ne pas être tout seul.

E : On va aborder un peu plus les maisons de santé. Qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelle pour toi ? Comment vois-tu l'exercice dans ces structures ?

Dr L : Concrètement, c'est un travail d'équipe : avec de la collaboration, de l'entraide, du suivi de patients communs, de l'échange par rapport aux patients, de la facilité d'accès pour aller voir un collègue (proximité) et plus ou moins la formation universitaire.

E : Quels avantages vois-tu dans cet exercice ?

Dr L : Pour le patient, d'avoir tout au même endroit : facilité d'accès aux soins pour le patient. L'avantage pour nous, professionnellement est de pouvoir échanger pour une prise en charge pluridisciplinaire du patient. Puis, la formation universitaire : pouvoir avoir des étudiants en stage. Aussi, le partage d'un peu tout : une secrétaire en commun, pour les charges comme dans tout cabinet de groupe. A la base, c'est surtout d'un point de vue médical : pouvoir échanger tout simplement.

E : Et quels inconvénients vois-tu à l'exercice en msp?

Dr L : L'inconvénient...Il faut pouvoir travailler en accord tous ensemble, être sur la même longueur d'onde. Si il y a des tensions, des professionnels qui ne sont pas sur le même tempo par rapport à une prise en charge, par rapport à des patients, c'est un peu compliqué car cela crée des différends. Je ne suis pas forcément expert mais au niveau des charges : elles peuvent être élevées avec un partage des charges, du secrétariat, des murs, propriétaire ou pas etc... ça aussi c'est quelque chose qui rentre en jeu même si c'est un peu « terra incognita » pour moi. On s'y penchera le jour où ce sera le cas, mais cela peut être un inconvénient. Il paraît que parfois les charges sont élevées dans ces types de structures si ce n'est pas financé par l'Etat ou par la ville....Quoi d'autre comme inconvénient...Ben, je ne sais pas, je n'en vois pas trop. Après, c'est le travail de groupe : soit ça se passe bien, si ça ne se passe pas très bien, cela peut être embêtant. Ce sont des gens avec qui on est amené à travailler tout le temps, et si on n'est pas synchro, on n'aura pas une bonne prise en charge du patient. Au final, chacun travaille de son côté.

E : Si on te proposait de t'installer dans une maison de santé, que ferais-tu ? Et à quelles conditions ?

Dr L : ça dépend déjà où...Honnêtement ça joue beaucoup. Je dois être proche de P, même d'un point de vue professionnel pour ma compagne qui a besoin d'être proche de P pour son travail. On ne peut pas être trop loin à cause de gardes. Donc, le lieu : c'est quasiment la priorité. Si on me propose de travailler dans une maison pluridisciplinaire pas trop loin de P, oui, ça me motiverait c'est sûr mais ça dépend avec qui, idéalement ce serait de travailler avec des jeunes médecins comme moi : qui ont la même philosophie, la même mentalité, avec qui on peut travailler ensemble, avec qui on peut échanger au point de vue médical, avec qui on peut aussi s'arranger pour ne pas travailler un jour dans la semaine par exemple, pour tourner ensemble, à qui ça ne dérange pas que les patients tournent au sein de la structure, et qu'ils voient différents médecins. On puisse prendre des vacances... Quand on travaille tout seul, on n'a pas le choix, on travaille tout le temps. Mais quand on est plusieurs, on peut s'arranger, d'où l'intérêt d'être avec des collègues avec qui on est sur la même longueur d'onde...Oui, c'est un truc qui m'intéresse. C'est un projet que j'ai en tête s'il y a une opportunité.

E : On parle souvent de projets à la campagne, mais il y a aussi des projets en ville, par exemple aux C....

Dr L : Je suis au courant. Ils m'ont proposé...

E : J'ai interviewé des internes à qui on avait proposé de se joindre au projet. En ville de Ch aussi il y a une maison de santé à Chât. Les maisons de santé ne sont pas forcément loin de la ville, mais dans des quartiers dits « sensibles »...

Dr L : Je connais, je travaille aux C, j'y remplace 3 à 4 semaines par an.

E : Si on te proposait de t'installer dans la future msp de C, que ferais-tu ?

Dr L : Comme je le disais, c'est un projet qui peut être intéressant si on est sur la même longueur d'onde sur un projet médical. C'est sûr que c'est quelque chose qui pourrait être intéressant s'il y a un travail en symbiose, s'il y a des arrangements ensembles, s'il y a d'autres médecins jeunes (ils ne sont pas tout jeunes là-bas). Si des jeunes s'y installent, ça pourrait être intéressant même si le type de pratique est difficile. C'est une patientèle urbaine avec pas mal de social aussi à faire, ce sont des

choses qui m'intéressent. Le principal, c'est vraiment le travail de groupe, travailler ensemble. Et bien évidemment, le lieu...C'est quelque chose qui m'intéresse et sur lequel je reste à l'écoute sur l'évolution de la structure et sur les professionnels qui sont motivés pour y aller...Il faut s'entendre et un vrai travail de groupe et non que chacun travaille dans son coin et que ce soit uniquement un regroupement d'ordre pécunier pour les charges.

E : As-tu déjà eu des stages ou des remplacements en msp ?

Dr L : Pas dans une maison de santé pluridisciplinaire.

E : As-tu une expérience en cabinet de groupe avec par exemple une vacation d'une infirmière ASALE ?

Dr L : Si, j'ai travaillé dans un cabinet pluridisciplinaire, mais pas forcément une maison de santé. Il y avait des médecins, des infirmiers et des dentistes. Mais les cabinets avaient des entrées différentes dans des bâtiments joints. Donc, chacun a son entrée et on ne se croise pas forcément. C'est une structure où tout est sur le même lieu, mais qui ne communique pas ensemble, où on ne se croise pas. Chacun avait son secrétariat. J'ai été amené à échanger un petit peu avec les infirmiers sur certains patients.

Entretien 12 : Dr M

E : Je réalise une étude qualitative sur l'intérêt des jeunes médecins pour les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne pour mon travail de thèse. Je vais te demander ton avis sur le sujet, il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. L'entretien dure environ 15 min. Il sera enregistré et anonyme.

Tout d'abord quelques questions personnelles pour situer le contexte. Quel âge as-tu ? Quel est ton statut marital ?

Dr M : J'ai 31 ans. Pacsée.

E : Depuis quand es-tu thésée ?

Dr M : 2012.

E Depuis quand fais-tu des remplacements ?

Dr M : En 2010.

E : Quelle activité de remplacement as-tu actuellement ?

Dr M : J'ai fait plusieurs types de remplacement. Actuellement, je fais des remplacements à la semaine, je remplace à peu près les mêmes médecins. J'avais essayé les remplacements où je faisais 2 ou 3 jours par semaine, des jours fixes. C'était pas mal mais au départ je devais faire trois jours et demi : une journée et demi chez un médecin et deux jours chez un autre. En fait, un médecin a changé d'avis par la suite et je me suis trouvée à travailler 2 jours par semaine, et...on va dire que ce

n'est pas très stimulant. En plus je n'ai pas d'enfant, donc je n'avais pas d'intérêt à continuer comme cela. En plus souvent, quand tu ne remplaces qu'une journée un médecin et une journée l'autre, les gens attendent le retour du médecin : on se retrouve à ne voir que des rhinopharyngites, ou des choses pas très intéressantes, en aigu et on n'en voit pas beaucoup. Je suis revenue aux remplacements à la semaine, je me suis dit que c'était plus intéressant : les gens viennent plus facilement et l'activité est plus variée.

E : Tu remplaces surtout dans quel secteur ?

Dr M : En centre-ville : P...grosso modo je remplace quatre mois en ville et quatre mois à la campagne :A,ChJe les remplace actuellement, à Ch et ils m'ont proposé de m'installer avec eux, mais c'est trop loin, du coup, ils vont essayer de trouver quelqu'un qui peut les remplacer régulièrement des journées fixes et je ne voulais pas recommencer. Leur associé est parti, et ils ont voulu prendre un médecin en collaboration une journée par semaine, mais cela ne m'intéresse pas. C'est toujours pareil quand tu fais des remplacements : tu as des cycles de rotation, on te propose un endroit, puis tu ne peux pas forcément collaborer car tu es soit trop loin, soit tu n'en a pas très envie pour d'autres raisons, du coup, tu te retrouves avec c'autres remplacements, ça tourne.

E : Tu remplaces actuellement, mais comment vois-tu les cinq années à venir ?

Dr M : J'aimerais bien faire une collaboration, mais pas loin de chez moi : c'est-à-dire un quart d'heure de chez moi en voiture : soit en semi rural, aux alentours de P ou à P dans l'idéal.

E : Et pourquoi une collaboration ?

Dr M : Je veux commencer par une collaboration avant de m'associer. En ville, ça aurait pu être possible, mais beaucoup de médecins qui partent travaillent seuls. Tu n'as pas forcément envie de te retrouver seule et c'est toujours pareil : pour les vacances, la permanence de soins...Et en ville, je remplace très régulièrement dans un cabinet, mais il n'y a pas de place pour un nouveau médecin, il n'y a pas de départ en retraite. Ceci dit, je te dis que j'envisage une collaboration, mais je ne cherche pas forcément pour l'instant. C'est le hasard : tu commences par remplacer, on te propose et après t'acceptes ou pas. Mais, l'idée, je pense, serait de faire à terme une collaboration puis m'installer et pas forcément remplacer tout le temps.

E : Quand tu seras installée, comment aimerais-tu exercer la médecine ?

Dr M : C'est-à-dire ?

E : Dans quelles conditions ?

Dr M : Dans un cabinet de groupe, pas très loin de mon domicile. Moi ça ne me dérange pas, cela peut être avec d'autres médecins, l'idéal c'est de bien s'entendre et de pouvoir échanger sur les cas un peu difficiles. Et pourquoi pas avec d'autres professionnels de santé : les infirmiers, les psychologues, les orthoptistes, les orthophonistes...pourquoi pas. C'est même intéressant. J'ai remplacé dans un cabinet comme ça où c'est super intéressant parce qu'il y avait deux infirmiers, deux orthophonistes, une psychologue et un médecin. Certains patients allaient voir le psychologue et l'infirmier, et on avait des retours, et pas les mêmes avis, mais des avis de points de vue différents.

Je trouvais cela intéressant. Il n'y a qu'un médecin dans le cabinet qui cherche une collaboration, mais ce n'est pas évident car il n'y a pas assez de place dans le bâtiment...

E : On va maintenant aborder les MSP. Tu disais que c'était intéressant. Qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelle selon toi ? Comment vois-tu l'exercice dans ces structures ?

Dr M : Apriori l'exercice y est confortable : tu peux partager ton temps de travail avec d'autres médecins et vraiment couvrir une permanence de soins. Quand tu es tout seul, c'est plus difficile. Un exercice avec d'autres professionnels comme des kinés ou infirmier... Avec une secrétaire sur place qui prend des rendez-vous, qui fait l'accueil... Ce qui n'est pas toujours évident sur P, parce que beaucoup de médecins prennent des secrétariats à distance. C'est le problème des petits cabinets quand on est seul.

E : Quels seraient pour toi les avantages à travailler dans une telle structure ?

Dr M : L'avantage c'est d'avoir des échanges avec d'autres professionnels, de partager le temps de travail et ne pas se retrouver à faire 70 heures par semaine pour assurer la permanence des soins... Partager avec d'autres médecins des informations sur les cas difficiles pour pouvoir progresser sur le dossier et ne pas rester seul, ne pas être isolé... Cela permet dans un même lieu d'avoir un panel de soins pour le patient et le médecin. Tu peux avoir des échanges même avec les autres professionnels de santé qui voient les patients d'un autre angle.

E : Quels sont les inconvénients ou les freins dans ce genre de structure ?

Dr M : Comment toi, tu entends la maison de santé ? Qui la construit ? Qui la finance ? Ce serait financé par l'Etat ? C'est la question que je me pose.

E : Il existe plusieurs types de MSP. Certaines ont des financements publics, par l'ARS et par les collectivités mais certaines peuvent avoir des financements privés. Si tu fais appel à des financements publics, il y a des contre parties : localisation dans une zone où il y a pénurie de médecins par exemple.

Dr M : Les inconvénients... Je ne sais pas trop, mais j'imagine qu'ils peuvent être financiers : s'il faut apporter des fonds. J'imagine qu'il faut avancer l'argent et qu'en plus s'il y a plusieurs professionnels de santé qui doivent avancer pareil un capital... Je pense que c'est plutôt cela le frein. Après, si la maison de santé est financée par l'ARS complètement, alors là, je vois beaucoup moins d'inconvénient... Après, comme ça, je ne sais pas. Je n'ai pas travaillé dans une maison de santé...

E : As-tu eu une expérience d'une activité pluriprofessionnelle ?

Dr M : Mais je ne sais pas comment ils ont financé leur structure, mais ce n'est pas une maison de santé je pense. Je ne sais pas comment le médecin a fait. Tous les professionnels sont dans le même bâtiment. Ils avaient prévu une secrétaire sur place, et finalement elle a un secrétariat à distance. Ils partagent les locaux et ils échangent sur les patients. Là aussi, il faut bien s'entendre j'imagine parce que s'il y en a un qui ne paye pas... Là, en l'occurrence, ils s'entendent très bien. Moi, je pense que le frein principal est plutôt financier et bien sûr l'entente. L'autre question que l'on peut se poser : si un des médecins tombe malade, comment ça se passe ? Comment on le remplace ?

E : C'est un peu comme dans tout cabinet de groupe : il doit y avoir des clauses dans le contrat. Ils doivent s'arranger pour un remplaçant, pour les charges...

DR M : C'est bien que tu fasses ta thèse là-dessus...mais je n'ai pas trop d'exemples de maisons de santé : est-ce qu'il y a un exemple de maison de santé dans la Vienne ?

E : Il y en a pas mal : ils en construisent une à B. Déjà en fonctionnement : à S, Ch, L, S, vers C, Lu. C'est en cours, les msp poussent comme des champignons. Il y a pas mal de projets. Une interne que j'ai interrogée faisait son SASPAS dans la msp de Ch.

Dr M : Je ne connais pas très bien les règles du jeu : comment cela se passe quand un médecin n'est pas là...

E : Je pense que c'est pareil dans n'importe quel cabinet de groupe, ce n'est pas propre à la msp. L'aspect administratif et financier, tant que tu n'es pas dedans, c'est plutôt flou. Quand tu remplaces, tu ne vois pas forcément ces aspects....Si on te proposait de t'installer dans une maison de santé, que ferais-tu ? A quelles conditions ?

Dr M : Les conditions de travail bien sûr : comment tu partages ton travail : j'imagine avoir au moins une journée libre par semaine mais je pense comme tous les cabinets, les conditions de travail, une secrétaire sur place... Je ne sais pas comment se passe la rémunération : comme une entreprise en libéral ?

E : Pour, l'instant, c'est comme un cabinet libéral : souvent une SCM. Ce n'est pas un centre de santé avec du salariat.

DR M : J'ai entendu dire à un moment qu'il y avait certaines maisons de santé où les médecins sont salariés...

E : Peut-être un centre de santé...Les msp sont libérales. Après, on essaie d'instaurer un genre de forfait un peu comme les patients en ALD. Je ne connais pas de maison de santé avec des salariés. C'est souvent des médecins libéraux qui se regroupent avec d'autres professionnels du coin pour faire une msp et ils tiennent à leur activité libérale. Donc, tu disais que ce qui t'intéressait étaient les conditions de travail...

Dr M : Et la proximité de mon domicile. C'est surtout cela : les conditions de travail : pouvoir partager son temps de travail, moi, ça me paraît essentiel de ne pas se retrouver tout seul à tout faire. Mais pour moi ça revient un peu au même qu'un cabinet de groupe. C'est juste qu'on rajoute des paramédicaux à côté.

E : Tu parlais de proximité et d'échange sur des cas difficiles...

Dr M : ça peut apporter, mais encore une fois, il faut bien s'entendre. Si tu es avec des paramédicaux à qui tu n'adresses pas la parole parce que tu ne t'entends pas... C'est l'avantage du cabinet de groupe qui s'annule. Après, ce n'est pas si évident que cela.

E : C'est comme dans toute équipe. Il faut se mettre d'accord dès le début. Pour le montage de la structure, tous les professionnels se rencontrent : si tu sens qu'il y a des tensions dès le début, tu ne vas pas y aller...

Dr M : Moi, je pensais que l'avantage de la maison de santé c'était le salariat.

E : Pas forcément du salariat...Après le salariat est-il un avantage pour un médecin qui a l'habitude d'être en libéral ?

Dr M: je ne sais pas. Je ne pense pas. Je ne sais pas si c'est une demande de notre génération : des jeunes médecins d'être salariés....Je ne sais pas.

Entretien 13 : Dr N

E : Je réalise une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins généralistes pour les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne pour mon travail de thèse. Je cherche à recueillir ton avis sur le sujet. L'entretien est anonyme et dure environ 15 minutes.

Tout d'abord quelques questions personnelles pour situer le contexte. Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

Dr N : J'ai 28 ans. Je suis mariée et j'ai un enfant.

E : Es-tu thésée ?

Dr N : Oui depuis juin 2013.

E : Quand as-tu commencé à remplacer ?

Dr N : J'ai commencé les remplacements en août 2013. J'ai fini mon internat en novembre 2012. J'étais enceinte et j'ai fait ma thèse, puis je l'ai soutenue. J'ai profité de mon bébé puis j'ai commencé les remplacements.

E : Où as-tu fait tes remplacements ?

Dr N : J'ai remplacé un samedi mon directeur de thèse, puis j'ai fait une semaine sur le P. (en ville) et ensuite j'ai commencé mi-septembre mes remplacements à B (semi rural).

E : Peux-tu me parler de l'exercice dans cette maison de santé ? Qu'en penses-tu ? Et les conditions de travail ?

Dr N : Pourquoi j'ai choisi B ? Je souhaitais des remplacements fixes, plusieurs fois par semaine, dans le même cabinet pour ne pas avoir à changer tout le temps et pouvoir suivre la même patientèle. Donc j'ai cherché là où il y avait plusieurs médecins : en appelant à B, ils avaient des besoins. Au départ, ce n'était pas forcément l'aspect « maison de santé » qui m'intéressait, mais plus l'association de médecins. C'est une maison de santé où il y a 2 médecins généralistes, trois

kinésithérapeutes, une diététicienne qui fait des permanences, une psychologue et il y avait un ostéopathe qui est parti. Il y a une secrétaire sur place tous les matins et un secrétariat à distance le reste du temps. Dans mes recherches de remplacements, je n'ai pas choisi spécifiquement une maison de santé...

Au niveau de l'exercice, je ne sais pas s'il diffère tellement de l'exercice ailleurs. Quand je suis arrivée, ce qui m'intéressait c'est d'avoir un exercice de groupe : d'avoir des réunions où on peut discuter des dossiers. « J'ai tel patient, avec telle pathologie, qu'est-ce que vous feriez ? » Avoir l'avis des autres. Cela me tenait à cœur. Je leur en ai parlé. Cela fait partie normalement du projet de maison de santé : d'avoir des réunions de concertation pluridisciplinaires, ce qui en fait ne se fait pas...J'en ai parlé et on a mis en place tous les 15 jours une réunion : on se retrouve une demi-heure, tous les médecins, et on parle des patients qui peuvent nous poser problème. C'est largement améliorable. Je suis contente que cela se fasse quand même, mais j'aurais de plus hautes aspirations. C'est moi qui porte ce souci : je programme la réunion avec la secrétaire sur l'agenda.

C'est vrai qu'avec les kinés, le fait qu'ils soient à côté, on peut avoir quelques échanges mais c'est plus la convivialité que du partage médical autour du patient. Cela m'est arrivé de proposer aux patients de voir la psychologue et du coup, de lui en parler avant. C'est au même endroit, c'est pratique. Après, j'aurais envie d'améliorer pleins de choses. Pour moi, ce n'est pas une vraie maison de santé : il y a une mise en commun des moyens mais il n'y a pas un vrai travail en commun pour les patients, il me semble...Je pense qu'on pourrait faire plus. En fait, chacun bosse un peu dans son coin. Ils se retrouvent pour discuter de la SCM quand il y en a besoin.

Il y a un projet d'agrandissement du cabinet de B. Le docteur B est hyper investi là-dedans : il fait plein de réunions auprès de l'ARS etc. pour obtenir des fonds. Il veut agrandir le cabinet pour accueillir un cabinet d'infirmières libérales, il veut faire une grande salle d'exercice pour les personnes âgées pour favoriser l'autonomie...Il y a plein de projets. Mais ce n'est pas forcément les moyens matériels qui font la maison de santé, il y a aussi tout un travail de communication à faire, ce qui n'est pas simple.

E : Le projet accueillera d'autres médecins ?

Dr N : Ils accueilleraient volontiers un troisième médecin, mais, clairement, quand je vois l'activité que j'ai, pour l'instant, à mon sens, il n'y a pas la patientèle pour un troisième médecin, étant donné qu'il n'y a pas toujours la patientèle pour un troisième médecin à temps partiel. Là, ils sont en phase de négociation pour des subventions. Cela avance, mais il faut qu'ils s'entendent tous dans le cabinet sur ce qu'ils veulent.

E : Comment aimerais-tu exercer la médecine quand tu seras installée ?

Dr N : Si jamais un jour je m'installe, l'idéal c'est un exercice de groupe, pour moi-même, à temps partiel et pouvoir avoir très régulièrement des petites réunions pour partager les dossiers des patients ou pour faire de l'évaluation de pratique, c'est-à-dire un peu l'équivalent des groupes de pairs : on prend des cas sur lesquels on discute de façon à harmoniser les pratiques dans le cabinet. Plutôt un groupe de médecins...Après, c'est vrai que cela peut être hyper intéressant d'avoir d'autres professions : kinés, pourquoi pas assistante sociale justement par rapport à toute la problématique

du sujet âgé où il y a forcément besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire avec les infirmières qui passent au domicile. Oui, pourquoi pas là, avoir des staffs pour anticiper les pertes d'autonomie des patients. Je crois que cela me plairait. On se rapproche de certaines prises en charge de l'hôpital mais en restant en libéral.

E : Tu me disais « si je m'installe » en insistant bien sur le « si », que sous-entends-tu ?

Dr N : Je suis en période de questionnement...J'hésite avec le salariat. En même temps, l'exercice de la médecine générale libérale me plaît mais je ne me sens pas prête à l'exercer 5 jours par semaine voire plus...La solitude me fait peur aussi. Du coup, c'est compliqué de s'installer : il faut trouver quelqu'un qui veuille bien partager son travail, qui bosse à peu près de la même façon, avec qui on s'entend.

E : Tu as peur de ne pas trouver la bonne opportunité ?

Dr N : Oui, c'est cela. Et peut-être que je mets une certaine gravité à l'installation parce que je trouve que ce n'est pas quelque chose d'anodin : on ne s'installe pas pour se « désinstaller » trois mois plus tard. Du coup, est-ce que j'arriverai avec toutes mes exigences à trouver quelque chose qui me convient...qui respectera aussi ma vie de famille. Je ne sais pas. Cela fait moins d'un an que j'ai commencé les remplacements, il faut voir. Je le vis ainsi car initialement, quand j'ai commencé à B, ils m'avaient dit qu'il y aurait peut-être de la place pour un troisième médecin : je m'étais dit « ça peut être chouette » B pour m'installer et faire quelques jours, il y a déjà 2 médecins donc je pourrais compléter leur emploi du temps mais en fait, je pense que ce n'est pas une très bonne idée, ce n'est pas viable. Donc, ça a mis un coup dans mon projet. Comme je n'ai pas vraiment remplacé ailleurs, je ne sais pas quelles sont les opportunités. Je n'ai pas non plus envie de faire trop de route (*oui c'est ça, je ne suis pas prête à avoir de trop longs déplacements en voiture pour me rendre au travail*) pour aller quelque part. Donc, cela fait beaucoup de conditions. Se pose alors la question du salariat, qui a un certain confort mais où on perd sans doute un peu de diversité. En région P, ils ont des centres de santé où il y a du salariat, ce sont les communes qui payent. Je ne crois pas qu'il y en ait ici... Les communes qui ont des médecins essaient d'attirer en mettant des locaux à disposition mais pas en salariat : c'est que cela coûte. C'est un choix politique : je ne crois pas que les maisons de santé soient rentables en région P...

E : Tu es de la région P ?

Dr N : Non, mais j'y ai fait mon internat. Je suis de P à l'origine. Je suis revenue l'année dernière. J'avais envie de revenir : c'est là qu'est ma famille, et puis investir en immobilier sur P n'est pas simple. On a décidé de s'implanter ici.

E : On va revenir sur les maisons de santé. Tu m'as parlé de ton expérience en maison de santé. Qu'est-ce qu'une maison de santé pour toi ?

Dr N : Une maison de santé est un lieu où travaillent différents professionnels de santé : des médecins mais aussi d'autres professionnels paramédicaux (infirmière, kiné et d'autres : psychologue pourquoi pas) avec un désir plus que simplement cohabiter dans un même lieu : associer les moyens pour une prise en charge vraiment coordonnée pour certains patients. Pour moi, c'est cela une maison de santé.

E : Est-ce que tu as eu d'autres expériences en maison de santé ?

Dr N : Quand j'étais en stage de niveau 1, j'étais chez un médecin qui travaillait seul avec un remplaçant un ou deux jours par semaine. Pendant mon stage, ce médecin a monté une maison de santé. Il avait réussi à obtenir des subventions de l'ARS pour un projet immobilier dans un quartier défavorisé, un quartier où il n'y a pas beaucoup de médecins. A la fin de mon stage, il a emménagé dans cette maison de santé. Son remplaçant est devenu son associé et une troisième s'est aussi associée, mais sans patientèle au début. C'était un peu dur au début pour elle pour sa première installation, mais je pense comme tout médecin qui s'installe sans reprendre de patientèle.

E : Quels autres professionnels s'étaient installés ?

Dr N : Oui, il y avait trois infirmières, une orthoptiste, des kinésithérapeutes. Il y avait encore des bureaux vides. Ils auraient aimé avoir un gynécologue, qu'ils n'ont pas eu, psychiatre...Il y avait au moins 2 ou 3 bureaux vides dans un bâtiment neuf.

E : C'était un centre de santé ou une maison de santé ?

Dr N : C'était une maison de santé : ils sont tous libéraux. J'ai juste vu le début, puis j'ai changé de stage.

E : Quels sont les avantages pour toi à exercer dans ces structures ?

Dr N : Le fait d'avoir un travail de groupe...on reste toujours seul mais de pouvoir partager les cas difficiles...Il y a les avantages de l'activité de groupe : il y a beaucoup de médecins qui exercent en groupe. Là, il y a l'avantage d'avoir sur place d'autres professionnels de santé à qui on peut rapidement adresser le patient si besoin ou on peut discuter des cas. C'est pratique d'avoir les infirmières juste à côté pour un prélèvement en urgence. Après, il y a la pratique d'un autre type de médecine : de pouvoir s'asseoir autour d'une table et de discuter d'un patient un peu à fond et de ne pas faire chacun son « petit truc » de son côté.

E : Tu comparais un peu à la prise en charge de l'hôpital...

Dr N : Oui, du coup à l'hôpital c'est plus un travail d'équipe...ça dépend (rires).

E : Donc les avantages : travail d'équipe et plusieurs professionnels à proximité.

Dr N : Oui... Après, rassembler des moyens, on peut l'avoir sans forcément s'appeler maison de santé.

E : Parlons des inconvénients, qu'est-ce qui pourrait te rebuter ou te freiner dans cet exercice ?

Dr N : C'est une bonne question...Je pense que c'est toujours la question de relation humaine. On pourrait se dire que vu qu'il y a plus de gens, il peut y avoir une lourdeur du système. Je ne sais pas. Moi, je suis plutôt demandeuse de temps de staff pas forcément rémunéré, encore qu'on puisse avoir des subventions. Les inconvénients, par rapport à une association banale qui ne s'appellerait pas maison de santé...cela peut être des questions de coût parce que les locaux sont plus grands. Cela se discute au cas par cas : c'est une question de charges.

E : Si on te proposait de t'installer dans une maison de santé, que ferais-tu ? A quelles conditions ?

Dr N : Je serais plutôt ouverte. Il faut voir les conditions. Je reste sur ma position : je ne suis pas prête à travailler 5 jours par semaine voire plus. Après, je pense que je ne me lancerai pas forcément tout de suite dans un contrat d'association. Je demanderais d'abord à être collaboratrice dans la structure pour voir si ça colle : il faut que ça colle... Oui, je serais plutôt contente...si ce n'est pas non plus à 50kms.

E : Pourrais-tu être à l'origine d'un projet de maison de santé ?

Dr N : Je ne pense pas. Parce que j'ai aussi d'autres priorités dans la vie. Mais je pense que cela doit être assez stimulant de monter quelque chose et de solliciter les gens avec qui tu as envie de bosser. Mais il faut accepter de travailler chez soi le soir, d'aller à des réunions pour défendre son « bout de gras ». Pour cela, je ne suis pas sûre d'en avoir l'énergie. Donc, non, je ne pense pas.

Entretien 14 : Dr O

E : Je réalise une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins généralistes concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la Vienne pour mon travail de thèse. Ton avis m'intéresse. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. L'entretien dure une quinzaine de minutes. Il sera enregistré et anonyme.

Tout d'abord quelques questions personnelles pour situer le contexte. Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

Dr O : J'ai 33 ans. Je suis en couple et maman de 2 enfants.

E : Quand dois-tu soutenir ta thèse ?

Dr O : Ma date butoir est novembre 2014. Je n'ai pas encore de date de soutenance.

E : Tu fais des remplacements fixes dans cette maison de santé ?

Dr O : Exactement. Je travaille actuellement 3 jours et demi par semaine au sein de la maison de santé : 2 jours pour un médecin, une journée pour un autre et une demi-journée pour un troisième. Je tourne sur les différents médecins du cabinet.

E : Comment as-tu trouvé ce remplacement ?

Dr O : En fait c'est une question d'opportunité : j'ai fait mon stage de SASPAS ici deux de mes maitres de stage étaient ici. Quand je suis arrivée en stage, un médecin a décidé de diversifié son activité et voulait passé à un mi-temps : il cherchait un remplaçant deux jours par semaine. Ils m'ont proposé en me faisant l'offre de rajouter le jour de repos des autres médecins pour avoir une activité un peu plus importante. Petit à petit, il y a eu des modifications : le médecin que je remplaçais le plus a pris un collaborateur et a eu moins besoin de moi, mais parallèlement un des autres médecins va prendre sa retraite bientôt et veut diminuer tranquillement son activité. Donc, il m'a gentiment offert une de ses journées de travail.

E : Y a-t-il un projet d'installation pour toi ici ?

Dr O : Pour l'instant, il n'y a pas de projet d'installation. Effectivement, cela va être discuté à l'échéance de la retraite du collègue. C'est vrai que je m'y plais bien depuis 1 an et demi...On s'attache à la qualité du travail. C'est vraiment très agréable de travailler ici. Sauf que c'est loin de chez moi. Il y a pas mal de contraintes de déplacements : je suis jeune maman, cela implique beaucoup de choses, et beaucoup de contraintes par rapport à ma vie de famille. Une installation définitive n'est pas à l'ordre du jour pour l'instant mais à discuter quand le moment sera venu.

E : Peux-tu me parler un peu plus des « bonnes » conditions de travail ?

Dr O : Quand je parle de cela, le premier point est qu'en tant que remplaçante, avoir 3 jours et demi fixes sans finalement avoir à chercher tout le temps des remplacements divers : pour moi, c'est très agréable. En plus, ici ils ne sont pas du tout embêtants, c'est-à-dire que quand je vais avoir besoin d'une semaine de vacances par rapport à mes enfants, en général, cela se passe très bien. Je suis libre, et c'est très agréable. Après mon expérience d'internat, en SASPAS, j'avais compris un peu leur fonctionnement au niveau de la maison de santé. On a, à côté de nous, tous les autres professionnels médicaux et paramédicaux : j'ai les infirmiers à côté, le kiné à deux portes. Cela permet un échange d'avis, un échange sur les patients, un suivi complet des patients. Combien de fois, le soir, en croisant les infirmiers, je leur demande : « bon alors le pansement de madame un tel, la blessure au pied de monsieur ». On discute. Avec le kiné on peut parler des différentes techniques. C'est hyper appréciable. On a une psychologue à côté. Je pense que parler, un échange direct autre que par l'intermédiaire du téléphone ou de lettres, c'est beaucoup plus agréable, et pour les patients, c'est appréciable.

E : Sur le site : il y a 5 médecins, des infirmières, un kiné, une psychologue de temps en temps, c'est cela ?

Dr O : Exactement. On a aussi 2 dentistes. 5 Médecins, dont moi-même. On a 3 infirmiers, 2 kinés. On a un psychologue qui vient le soir et le week-end. On a une infirmière ASALE. Le pharmacien est à côté. Nous, en plus de la maison de santé, on a le pôle de santé. C'est encore différent car on est en contact avec l'autre maison de santé à une dizaine de kilomètres d'ici (à L). A L, il y a des podologues, le magasin de matériel médical, l'opticien. Il y a un échange complet. On a des réunions mensuelles de pôle de santé : on se rencontre tous les mois pour discuter des différents projets, de différentes choses pour la continuité des soins. C'est très intéressant. L'autre chose hyper intéressante est que l'on a, au sein de la maison de santé de S, un projet d'éducation thérapeutique : dont font partie 2 des médecins d'ici dont moi, le pharmacien, le kiné, l'infirmière ASALEE. On a monté des ateliers d'éducation thérapeutique. On a un grand espace dédié à l'étage pour les réunions, les formations, les ateliers d'éducation thérapeutique.

E : Tu es là depuis un moment, tu as assisté à l'agrandissement de la maison de santé ?

Dr O : J'ai tout vu. Lors de mon stage de saspas, mon dernier semestre, il n'y avait pas l'extension de la maison de santé. Ils avaient, pour les internes, un petit studio aménagé en cabinet médical dans la résidence à côté : c'était moins pratique pour le fonctionnement : pas de salle d'attente. C'était un peu plus compliqué. Ils se sont aperçu qu'il fallait investir. De toute façon, la mairie était pour

l'extension de la maison de santé. Moi, j'ai commencé à travailler en octobre 2012. L'extension s'est terminée en avril 2013. J'ai tout vu. L'interne et même le remplaçant travaillaient dans le petit bureau, puis quand tout s'est terminé, je me suis installée entre les 4 murs.

E : On va parler un peu de toi. Tu ne sais pas si tu vas t'installer ici, mais comment envisages-tu les 5 années à venir ?

Dr O : Effectivement, une installation n'est pas à l'ordre du jour. Peut-être qu'en fonction de ce qui va se passer au sein de la maison de santé, de la retraite de mon collègue, peut-être voir avec eux s'il y a possibilité de continuer sur ce genre de fonctionnement, même avec l'arrivée d'un nouveau médecin. Moi, je n'ai pas forcément envie de travailler à temps plein : il y a des contraintes familiales, de trajet, il y a pas mal de choses. Finalement, ces 3,5 jours me conviennent. Dans les 5 ans à venir, l'installation sera un projet plus présent. Mais pour l'instant, il n'y a pas d'obligation comme je le disais : il y a ici une qualité de travail très appréciable. Donc, si finalement je peux continuer un peu dans ce mode-là, pourquoi pas. Puis, quand même, bien sûr peut-être envisager de s'installer. Mais s'installer ici, cela voudrait dire beaucoup de changements personnels : je pense que j'aimerais me rapprocher. C'est une décision importante : j'ai une fille scolarisée, on a fait agrandir la maison, des projets de vie qui sont déjà avancés. S'installer ici, ce serait des modifications à envisager. Pour l'instant, si je peux continuer comme ça quelques années, cela me va bien. Après je compte m'installer, peut-être plus proche de chez moi ou si je m'installe ici, rapprocher mon domicile.

E : Quand tu seras installée, comment aimerais-tu exercer la médecine ?

Dr O : Dans l'idéal, par mon expérience personnelle, je ne me vois pas exercer seule. J'ai goûté à l'exercice à plusieurs et en plus à plusieurs, autres que des médecins, donc je ne me vois pas être isolée. En plus, cela fait partie de ma personnalité. C'est une qualité de travail très appréciable. On a besoin d'un contact de spécialiste, de choses comme ça, on a toujours quelqu'un qui va pouvoir nous orienter, que ce soit le psychologue qui va m'orienter vers un psychiatre, les infirmiers qui vont m'orienter vers des spécialistes et mes collègues médecins qui vont m'orienter vers des spécialistes de leurs carnets d'adresse. Il y a plein d'avantages qui font que je n'envisage pas de travailler seule. Je vais dire, que le mieux, serait de travailler comme cela, dans une maison de santé avec pas mal de personnes : paramédicaux et médicaux. Car je trouve cela très agréable. Après, l'alternative serait plus un cabinet en association avec d'autres médecins simplement. C'est vrai, qu'au mieux, j'aimerais une maison de santé où je peux être en contact avec d'autres professionnels.

E : On va revenir un peu sur les généralités des maisons de santé. Pour toi, qu'est-ce qu'une maison de santé ?

Dr O : Une maison de santé, pour moi, c'est effectivement un exercice de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux au sein d'une structure avec un échange entre ces professionnels. C'est être regrouper, tous ensemble sous le même toit à exercer et délivrer des soins aux patients dans les meilleures conditions.

E : Tu m'as parlé déjà de pas mal d'avantages : les professionnels sous la main, une meilleure prise en charge du patient. Quels autres avantages vois-tu à travailler avec plusieurs professionnels au sein d'une maison de santé ?

Dr O : L'avantage, comme je le disais, peut-être être un contact avec des médecins plus expérimentés que nous. On sort de la faculté, on est des médecins tout beaux, tout frais. Le contact avec des médecins plus expérimentés, c'est toujours très appréciable. L'avantage de la maison de santé, en tout cas de la mienne : les conditions hyper agréables, c'est très très sympathique. C'est un peu comme si j'étais posée chez moi : j'ai mes repères. C'est très agréable. Après, ce n'est pas forcément spécifique de la maison de santé. D'autres avantages...Je ne sais pas trop. D'être au contact d'autres gens. Cela permet aussi d'adapter ses emplois du temps plus facilement. C'est aussi très personnel : je suis une maman, j'ai besoin parfois de temps pour mes enfants et parfois des imprévus. Avoir besoin d'une demi-journée ou d'une journée, le fait qu'on soit plusieurs nous permet de nous arranger. C'est une qualité d'organisation et une qualité des soins bien évidemment.

E : Tu vois pas mal d'avantages, mais vois-tu des inconvénients ?

Dr O : Des aspects spécifiques de la maison de santé négatifs, je n'en vois pas forcément. Je pense que l'aspect négatif que je peux ressentir, en vivant au quotidien avec ces professionnels de santé : c'est le principe de l'association. Finalement, ça paraît être une belle image, mais parfois c'est un peu plus compliqué. Travailler à plusieurs, faire tourner une entreprise, puisque la maison de santé est une entreprise, à plusieurs avec le côté financier, le côté organisation, ce n'est pas tous les jours simple. Cela demande beaucoup, parfois de se mettre un peu en arrière ou en avant pour que tout le monde s'entende et que le fonctionnement se passe bien. Je ne suis pas sûre que ce soit spécifique à une maison de santé. J'ai l'impression que c'est ce côté association qui n'est parfois pas simple, qui peut tendre un peu les relations certains jours, mais au final cela se passe bien. Et si on n'est pas bien entouré, c'est-à-dire : ici on a un comptable, une secrétaire dédiée à l'organisation et à la comptabilité en plus des autres secrétaires qu'on a ici. Effectivement, il faut être bien organisé pour que les médecins et les autres professionnels de santé aient à s'impliquer le moins possible et qu'il y ait le moins possible de tensions ; Ce n'est pas toujours simple, chacun a sa vision des choses. Le côté financier reste important dans une période où même si on gagne bien notre vie, cela reste un problème : une entreprise à faire tourner, une maison de santé comme celle-là avec des fonds d'investissements financiers. Cela reste un problème important. On sent bien qu'il y a parfois des moments tendus...Mais l'ambiance est quand même très agréable ici. C'est ce genre de petit sujet qui tendre les relations. D'autres défauts...La distance, cela dépend des personnes. C'est plus l'organisation pour faire tourner cette entreprise qui me paraît un peu plus compliqué. Je pense que c'est important de travailler avec des gens avec qui on s'entend bien, qui s'y connaissent aussi.

E : Si on te proposait de t'installer dans une maison de santé que ferais-tu ? A quelles conditions ? Tu me parlais de distance et d'organisation ?

Dr O : L'organisation et le temps de travail. Actuellement je travaille 3,5 jours par semaine sans les week-ends (sauf de temps en temps quand il y a vraiment besoin). Quand je suis arrivée à la maison de santé, cela faisait partie pas de mes conditions (je n'appellerais pas cela comme ça), mais cela s'est fait par la discussion. Ils ont tous été très conscients que c'est loin de chez moi, que j'ai une vie de famille qui a une place prépondérante dans ma vie (moi j'y tiens beaucoup en tant que femme).

Ils ont très vite compris, et cela s'est instauré assez facilement : dans le dialogue, ils ont compris que travailler les week-ends ne m'arrangeait pas mais que je suis de bonne volonté et que si parfois il y a besoin, je ferais un pas vers eux. J'ai besoin de temps pendant les vacances scolaire : ils étaient prêts à m'accorder ce temps sans me poser quelque question que ce soit. 3,5 jours par semaine, cela me convient bien.

E : Pourrais-tu être à l'origine d'un projet de maison de santé ?

Dr O : Sincèrement, je ne pense pas. A l'origine, cela me semble compliqué mais peut-être apporter mon expérience pour faire évoluer quelque chose qui existe déjà, qui est déjà lancé. Je ne me sens pas capable professionnellement, ni au niveau de l'administratif, au niveau de ma vie personnelle. Je n'en ai pas forcément l'envie. Je ne me sens pas forcément capable de lancer un projet tel que celui-là : je vois l'implication que c'est...J'ai assisté à tout cela, même à l'organisation de tout ça. Nous, c'est différent avec le côté pôle de santé avec une organisation encore différente avec les réunions mensuelles et les relations avec toutes les administrations type ARS à qui on a beaucoup de comptes à rendre. Il leur faut un interlocuteur et les 2 médecins à l'origine de cette maison de santé sont leurs interlocuteurs privilégiés, très impliqués. Sincèrement, je ne me vois pas faire cela, je ne me sens pas suffisamment capable. Mais apporter mes connaissances et mon point de vue pour faire évoluer quelque chose d'existant, pourquoi pas. Mais être à l'origine, non.

Entretien 15 : Dr P

E : Je réalise une étude qualitative sur les attentes des jeunes médecins généralistes concernant les maisons de santé dans la Vienne pour mon travail de thèse. Ton avis m'intéresse. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. L'entretien dure une quinzaine de minutes. Il sera enregistré et anonyme.

Quelques informations personnelles pour commencer. Quel âge as-tu ? Quelle est ta situation familiale ?

DR P : J'ai 27 ans. Je vis en concubinage.

E : Depuis combien de temps remplaces-tu dans cette maison de santé ?

Dr P : C'est la première fois que je remplace ici.

E : Quand as-tu terminé ton internat ?

Dr P : En novembre 2013.

E : As-tu soutenu ta thèse ?

Dr P : Non.

E : Depuis quand as-tu commencé les remplacements ?

Dr P : Avant de terminer mon internat, j'ai commencé en mars 2013.

E : Donc, c'est la première fois que tu remplaces ici...

Dr P : J'étais en stage de niveau 1 chez 2 des médecins d'ici. C'était dans un autre cabinet. Ils sont dans la maison de santé depuis pas longtemps. Je remplace ici depuis 4 jours...

E : As-tu déjà remplacé dans d'autres maisons de santé ?

Dr P : J'ai déjà remplacé dans des cabinets pluridisciplinaires, mais je ne sais pas s'ils avaient l'appellation maison de santé. A C et à D où ils sont pôle de santé car il y a aussi une infirmière avec eux.

E : Tu as quelques expériences en maisons de santé, que penses-tu de cet exercice par rapport à un cabinet ?

DR P : C'est agréable car déjà on est beaucoup. C'est intéressant d'avoir d'autres disciplines avec nous. Là, on a une infirmière ASALEE qui est arrivée en début de semaine et je pense qu'elle peut aider au niveau de l'information, de l'aide pour les patients sur la prévention cardiovasculaire.

E : Combien de médecins y-a-t-il dans ce cabinet ?

DR P : 5 médecins. Il y a l'infirmière ASALEE. Il n'y a pas de kiné mais un cabinet infirmier jumelé à la maison de santé. Le cabinet infirmier est à côté. Je pense que ce sont les mêmes fonds publics mais ils n'ont pas la même entrée. La maison de santé a été inaugurée en septembre ou octobre 2013. C'est très récent.

E : Toi, comment envisages-tu d'exercer la médecine dans les 5 années à venir ?

Dr P : Moi, j'aimerais bien un exercice en maison de santé, c'est quand même intéressant. Après maison de santé, dans la vraie définition je ne sais pas. En tout cas, je voudrais un exercice où on est plusieurs médecins, c'est sûr. Et si effectivement, on peut avoir une infirmière, un kiné, c'est toujours intéressant. Je veux surtout qu'on soit plusieurs médecins. Pas toute seule dans un cabinet ou même 2-3, je trouve que ce n'est pas suffisant. Je trouve que c'est intéressant à partir de quatre médecins.

E : Quand tu seras installée, tu aimerais exercer avec plusieurs médecins....

Dr P : Oui, avec plusieurs médecins pour pouvoir poser des questions, pouvoir parler éventuellement des cas qui posent souci, avoir un avis quand on bloque sur quelque chose.

E : Tu es ici depuis peu, je ne sais pas si tu y as été confrontée, est-ce que vous faites des réunions avec tous les professionnels?

DR P : Je crois qu'ils font des réunions de groupe, mais je ne pense pas que ce soit à but médical, selon moi, ce sont des réunions purement administratives sur le fonctionnement de la maison de santé. Je n'y ai pas assisté.

E : Tu remplaces des jours fixes ou des semaines ?

Dr P : Je remplace des semaines de temps en temps. Ils ont besoin de moi sur une semaine. J'y reviendrai ponctuellement quand ils auront besoin, mais je ne suis pas officiellement remplaçante ici.

Et je ne compte pas l'être : pas parce que je ne le veux pas, mais j'ai déjà des cabinets sur lesquels je tourne et je ne veux pas forcément en prendre d'autres. Ils me conviennent et me suffisent.

E : Où remplaces-tu ?

DR P : Pas dans des maisons de santé mais dans des cabinets de groupe...Après, je vais partir sur R à partir de novembre, et je ne cherche pas d'autres remplacements en V. Je vais remplacer à R.

E : On va un peu revenir sur les maisons de santé. Pour toi, qu'est-ce qu'une maison de santé ?

Dr P : Je ne sais pas vraiment. J'avoue que je ne fais pas la différence : je pense que la maison de santé a des critères particuliers. Je pense que ce n'est pas la même définition que le pôle de santé. Je pense que le pôle de santé est un endroit où il y a plusieurs personnes : médicaux et paramédicaux mais cela peut aussi être uniquement des médicaux alors que la maison de santé est pluridisciplinaire.

E : En fait, Une maison de santé, c'est tout sur le même lieu tandis qu'un pôle de santé peut être un regroupement de plusieurs cabinets sur un même secteur mais pas dans le même bâtiment. Dans un pôle, il peut y avoir des maisons de santé. Pour toi, quels sont les avantages à exercer dans ces maisons de santé ?

Dr P : Pour moi, l'avantage est : de permettre d'avoir plusieurs avis si besoin. En général, dans ces maisons de santé, ils ont les financements pour avoir des secrétaires physiques, ce qui est plus intéressant que les permanences téléphoniques bien que les permanences téléphoniques soient utiles. Ici, d'ailleurs, on a les deux. Il y a deux secrétaires physiques et entre midi et deux et à partir de 18h, la permanence téléphonique prend le relais. Je trouve cela intéressant : quand tu es à plusieurs, cela permet de financer le secrétariat. C'est pareil au niveau des équipements, c'est plus intéressant. Par exemple, ici, ils ont acquis un électrocardiogramme, alors que dans un cabinet à deux ou à trois, on n'en a pas forcément. Ce qui est aussi intéressant c'est de tourner au niveau des samedis matins et d'avoir un jour de congé par semaine comme ici. Mais ils sont organisés de manière spéciale : certains font des samedis matins, tandis que d'autres n'en font jamais. Je pense qu'ils ne sont pas arrivés à bien s'entendre...Ce qui peut arriver aussi dans les maisons de santé. Dans une maison de santé où cela fonctionne bien, oui, c'est l'avantage : pour la permanence des soins, je trouve cela plutôt agréable.

E : Vois-tu d'autres avantages ?

Dr P : Peut-être qu'il y en a d'autres que je ne vois pas. Mais c'est surtout partager les frais fixes et avoir des locaux adaptés, aux normes.

E : Quels inconvénients vois-tu dans cet exercice ?

DR P : Les inconvénients...Franchement, je n'en vois pas...Effectivement ils ont tous le même logiciel, même si les patients sont vus par un autre confrère, on a accès à son dossier, il faut bien s'entendre parce que cela peut poser souci. Ah oui, un autre avantage dont je n'ai pas parlé :. Tout est en réseau. Si on est tout seul ou deux dans un cabinet, et que le patient va à l'extérieur, dans un autre

cabinet...Il y a des échanges de soins, c'est-à-dire que les patients sont habitués à voir un autre médecin quand leur médecin n'est pas disponible, en restant dans la même structure.

Je ne vois pas plus d'inconvénients que cela...Après, cela ne fait pas longtemps que je suis dans la structure...A part les problèmes d'entente. Je n'en trouve pas pour les patients. Là, je n'en vois pas énormément...

E : Si on te proposait de t'installer en maison de santé, que ferais-tu ? Et à quelles conditions ?

Dr P : Tout dépend quand serait la proposition d'installation. Moi, je ne veux pas m'installer tout de suite. Mais, si un jour je m'installe, je préférerais m'installer dans une maison de santé. Après, j'aimerais bien voir comment les professionnels fonctionnent car j'aimerais garder tous les avantages que je t'ai dits tout à l'heure : une maison de santé a un intérêt si ils fonctionnent en réseau, s'ils partagent les frais, s'il y a une secrétaire physique. Il faut pouvoir profiter de tout cela et qu'il y ait une bonne organisation et une bonne entente. C'est ce qui fait que je m'installerai. Après, une maison de santé en ville, ce n'est pas ce qui m'intéresse le plus. J'aimerais mieux le semi-rural.

E : Est-ce que tu te verrais à l'origine d'un projet de maison de santé ?

Dr P : Non, je ne pense pas. J'étais avec le docteur L qui a fondé cette maison de santé quand j'étais en stage de niveau 1. J'ai suivi les démarches administratives. Cela a été une grande bataille : il y a passé énormément de temps, beaucoup d'énergie. Il n'était pas tout seul. Il a été seul à proposer le projet, car finalement il n'y a qu'une personne qui gère...Ils étaient tous d'accord pour la maison de santé mais, pour toutes les démarches, il a été seul. Peut-être qu'à plusieurs, je pourrais être à l'origine d'une maison de santé, je n'en sais rien. Je préfère arriver dans une maison de santé déjà faite. Je ne pense pas qu'un jour je me lancerai dans la construction d'une maison de santé.

E : Après, je pense qu'il y a plusieurs façons de faire, et qu'il soit possible de se répartir les tâches...

Dr P : Pour faire cela, il faut savoir avec qui tu travailles. Moi, j'avoue que je préférerais commencer par remplacer dans une maison de santé voire pour m'y installer ensuite, voir le fonctionnement plutôt que d'être à l'origine d'une création de maison de santé où de toute manière, tant que ce n'est pas fait, on ne sait pas comment cela va se passer. Même si on connaît bien les gens. Ici, ils se connaissaient bien entre eux, mais il y a eu des soucis.

E : Ils n'étaient pas tous du même cabinet ?

DR P : Non, ils étaient de deux cabinets différents. Ils ne sont pas tous d'accord, ni du même avis. Ils n'exercent pas de la même manière. Comme je te le disais, ils sont cinq, ils auraient pu se mettre d'accord pour se répartir les samedis matins, mais ce n'est pas le cas. Ils sont 3 à tourner sur les samedis alors qu'il faut deux médecins le samedi matin. Finalement, il n'y a pas d'intérêt à être plusieurs. Je pense qu'une maison de santé, oui, il y a un intérêt. Une maison de santé comme ici, c'est agréable de remplacer, mais m'y installer : non parce que je trouve qu'ils ne s'entendent pas. Ils discutent ensemble mais le projet n'a pas été simple, il y a eu pas mal de discorde et je trouve qu'ils n'ont pas un fonctionnement équitable pour chacun. Par exemple pour les samedis matins, certains sont arrivés en disant qu'ils ne feraient pas de samedis matin, d'autres feraient les samedis matins. Il est même arrivé qu'un samedi, comme ils ne s'étaient pas entendu, il n'y avait personne. Ce n'est

pas optimal. C'est pour cela que je préférerais aller dans un endroit où je vois déjà que cela se passe bien plutôt que créer une maison médicale avec le risque que « ça clashe ».

E : Quand tu iras sur la R, Quels remplacements vas-tu faire ?

Dr P : Je ne sais pas du tout. Je pense que je ferai comme ici : je m'inscrirai au conseil de l'ordre, puis je verrai. Là, je fais des remplacements à la semaine sauf cet été où je remplace un mois et demi à D. Je vais souvent à D et C, ce sont des cabinets où je tourne.

E : A C, ils font une maison de santé ?

DR P : Je ne suis pas sûr de cela. Leurs locaux sont tout neufs. Ils sont trois médecins, et ils recherchent un quatrième médecin. A côté, il y a un cabinet de kinésithérapeutes. Ils ne sont pas tous dans les mêmes locaux. Il y a deux bâtiments. Il n'y a pas d'infirmier à côté. C'est neuf, ils se sont regroupés mais ils ne sont pas multidisciplinaires comme ici.