



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

pour obtenir le grade de

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

Par

Hélène LAISSY BOIVIN

Le 1^{er} Octobre 2014

**ANALYSE DES ATTENTES DES PATIENTS ET DES
FUTURS MEDECINS GENERALISTES PAR RAPPORT
AUX MAISONS DE SANTE
PLURI PROFESSIONNELLES**

**A PROPOS DE L'EXEMPLE DE LA MAISON DE SANTE
PLURI PROFESSIONNELLE DU VAL D'AJOL**

Examinateurs de la thèse :

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

Président

Mr le Professeur Jean PAYSANT

Juge

Mme la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

Juge

Mr le Docteur Etienne CURIEN

Juge et Directeur

Mr le Docteur Yves VOGELWEITH

Juge

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Président de l' Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI

Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1er Cycle et délégué FMN Paces : Docteur Mathias POUSSEL
- 2ème Cycle : Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3ème Cycle :
- « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »
 - Professeur Marc DEBOUVERIE
 - Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
 - Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus : Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies : Professeur Laurent BRESLER
 - Recherche : Professeur Didier MAINARD
 - Relations Internationales : Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes : Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire : Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires
- externes: Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales : Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE 1ère sous-section : (Anatomie) Professeur Gilles GROS DIDIER - Professeur Marc BRAUN 2ème sous-section : (Cytologie et histologie) Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV 3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques) Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE 1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire) Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER 2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine) Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION 1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire) Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR 2ème sous-section : (Physiologie) Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT 3ème sous-section : (Biologie Cellulaire) Professeur Ali DALLOUL 4ème sous-section : (Nutrition) Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE 1ère sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière) Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER 2ème sous-section : (Parasitologie et Mycologie) Professeure Marie MACHOUART 3ème sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales) Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ 1ère sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention) Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA 2ème sous-section : (Médecine et santé au travail) Professeur Christophe PARIS 3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé) Professeur Henry COUDANE 4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication) Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE 1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion) Professeur Pierre FEUGIER 2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie) Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT Professeur Frédéric MARCHAL 3ème sous-section : (Immunologie) Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT 4ème sous-section : (Génétique) Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence) Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER 2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence) Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT 3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie) Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET 4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie) Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1ère sous-section : (Neurologie) Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD 2ème sous-section : (Neurochirurgie) Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS 3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie) Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymond SCHWAN 4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie) Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH 5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation) Professeur Jean PAYSANT

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

1ère sous-section : (Rhumatologie) Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE 2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique) Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS 3ème sous-section : (Dermato-vénérologie) Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD 4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie) Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie) Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT 2ème sous-section : (Cardiologie) Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET 3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire) Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET 4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire) Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie) Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET 3ème sous-section : (Néphrologie) Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT 4ème sous-section : (Urologie) Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie) Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME 2ème sous-section : (Chirurgie générale) Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1ère sous-section : (Pédiatrie) Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET Professeur Cyril SCHWEITZER - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeure Rachel VIEUX 2ème sous-section : (Chirurgie infantile) Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE 3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale) Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL 4ème sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale) Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-rhino-laryngologie) Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER 2ème sous-section : (Ophtalmologie) Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERRON - Professeure Karine ANGIOI 3ème sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie) Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie) Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ 2ème sous-section : (Cytologie et histologie) Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI - Docteure Chantal KOHLER 3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques) Docteure Aude MARCHAL - Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire) Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE 2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine) Docteur Damien MANDRY

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

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire) Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA 2ème sous-section : (Physiologie) Docteur Mathias POUssel - Docteure Silvia VARECHOVA 3ème sous-section : (Biologie Cellulaire) Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière) Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET 3ème sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales) Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention) Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN 2ème sous-section (Médecine et Santé au Travail) Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section (Médecine légale et droit de la santé) Docteur Laurent MARTRILLE 4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique) Docteure Lina BOLOTINE 4ème sous-section : (Génétique) Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique) Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

1ère sous-section : (Rhumatologie) Docteure Anne-Christine RAT 3ème sous-section : (Dermato-vénérérologie) Docteure Anne-Claire BURSZTEJN 4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie) Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire) Docteur Fabrice VANHUYSE 4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire) Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie) Docteure Laure JOLY

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

5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale) Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

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

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

66ème Section : PHYSIOLOGIE Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal
BOUCHE

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A) Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) Brown
University, Providence (U.S.A) Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) Vanderbilt University,
Nashville (U.S.A) Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) Institut d'Anatomie de Würzburg
(R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997) Université d'Indianapolis (U.S.A) Professeur Duong Quang
TRUNG (1997) Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM) Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005) Institute of Technology, Atlanta (USA)

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

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Vous nous faites l'honneur d'assurer la présidence de cette thèse.

Merci d'avoir pris le temps de répondre à toutes nos interrogations parmi vos deux cent cinquante mails journaliers et de nous avoir guidée pour cette thèse.

Nous vous exprimons nos sincères remerciements et nous vous prions de croire en notre profond respect.

A notre Juge

Monsieur le Professeur Jean PAYSANT

Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation

Vous avez spontanément accepté de juger notre travail et nous vous en remercions

Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance

A notre Juge

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur de Médecine Interne

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Merci de nous avoir enseigné vos connaissances lors de notre premier stage d'interne en gériatrie.

Soyez assurée de notre profonde gratitude.

A notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Etienne CURIEN

Docteur en Médecine Générale

Nous vous remercions de nous avoir enseigné l'art de la médecine générale et de nous avoir fait connaître ce fabuleux logiciel de médecine générale qui nous sera d'une grande utilité pour notre futur exercice.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Yves VOGELWEITH

Docteur en Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir spontanément accepté de juger notre travail

Merci aussi de votre accompagnement pour notre exercice futur à Granges-sur-Vologne et de la confiance que vous nous témoignez.

Merci aussi

A Georges-André pour ton soutien, tes conseils et tes relectures...et ta foi en moi

A mes parents pour leur aide et leur relecture. Je penserai chaque jour à eux lors de mes visites à domicile.

A maman sans qui je ne serais pas présente ce jour. Je lui reste redevable dès le premier jour de ma vie.

A papa pour ces heures passées au téléphone et devant l'ordinateur Merci d'avoir pris le temps de me relire.

A Laurent, Axel, Vincent, Mathilde, Emeric, Edwina et Joris pour les excellents souvenirs du stage en gériatrie et pour m'avoir supportée pour mes coups de gueule concernant certains priviléges adressés à certains patients VIP

A Anna ma seconde maman

A Anne-Sophie...on a vraiment bossé cette année-là...

A Elton d'être ton ours aussi ou eux à mon retour à la maison

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerais les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

TABLE DES MATIERES

Abréviations	p18
Justification de la Thèse	p19
I- Introduction	p20-26
I-1 : Définitions et législation des maisons de santé	p20
<i>I-1-A : Définitions</i>	p20
<i>I-1-B : Législation</i>	p20
I-2 : Attentes des autorités publiques	p22
I-3 : Attentes des professionnels de santé	p23
I-4 : Contexte du Val d'Aol	p25
II- Matériel et Méthode	p27-31
II-1 : Description de l'étude	p27
II-2 : Population étudiée	p29
<i>II-2-A : Patients</i>	p29
<i>II-2-B : Internes de médecine générale</i>	p30
III- Résultats	p32-53
III-1 : Résultats des patients	p32-40
<i>III-1-A : Description de la population répondante</i>	p32
III-1-A-a : répartition selon l'âge et le sexe	p32
III-1-A-b : répartition selon la catégorie socio	p33
professionnelle et le sexe	
<i>III-1-B : Description des réponses</i>	p34
III-1-B-a : concernant l'organisation des maisons de	p34
santé pluri professionnelles en général	
III-1-B-a1 : le financement	p34
III-1-B-a2 : l'attractivité pour l'arrivée des eunes	p34
médecins	
III-1-B-a3 : la composition des professionnels de	p35
santé au sein de la MSP	
III-1-B-b : concernant le regroupement des professionnels	p36
de santé	
III-1-B-b1 : le partage de patientèle entre	p36
médecins	
III-1-B-b2 : influence de la maison de santé sur le	p36
choix du professionnel de santé	
III-1-B-b3 : communication entre les	p37
professionnels	
III-1-B-b4 : partage du dossier médical	p37
III-1-B-b5 : la salle d'attente	p38
III-1-B-c : concernant le fonctionnement de la MSP	p39
III-1-B-c1 : qualité des soins	p39
III-1-B-c2 : rapidité de prise en charge	p39
III-1-B-c3 : avantages de la MSP	p40
III-1-B-c4 : inconvénients de la MSP	p40

III-2 : Réponses des internes de médecine générale	p41-53
<i>III-2-A : Description de la population répondante</i>	p41
<i>III-2-B : Description des réponses</i>	p42
III-2-B-a : concernant l'installation	p42
III-2-B-b : concernant les relations entre professionnels de santé	p44
III-2-B-b1 : le partage de patientèle	p45
III-2-B-b2 : le partage de dossier informatisé	p45
III-2-B-b3 : les réunions de pairs	p46
III-2-B-b4 : les réunions pluri professionnelles	p46
III-2-B-b5 : communication entre professionnels de santé	p46
III-2-B-b6 : concernant la composition des professionnels de santé au sein de la MSP	p46
III-2-B-b7 : concernant l'influence du patient sur son choix du professionnel de santé autre que médecin généraliste	p47
III-2-B-c : concernant le fonctionnement de la MSP	p48
III-2-B-c1 : le secrétariat	p48
III-2-B-c2 : la salle d'attente	p48
III-2-B-c3 : le financement des MSP	p50
III-2-B-c4 : somme à investir par mois en euros au sein d'une MSP	p50
III-2-B-d : concernant les généralités sur les MSP	p51
III-2-B-d1 : concernant l'intérêt des MSP par rapport à la désertification médicale	p51
III-2-B-d2 : concernant les facteurs influençant le choix d'une MSP	p51
III-2-B-d3 : avantages d'une MSP	p52
III-2-B-d4 : inconvénients d'une MSP	p53

IV-Discussion

p54-63

IV-1 : Concernant la population étudiée	p54
<i>IV-1-A : Patients</i>	p54
<i>IV-1-B : Internes de médecine générale</i>	p54
IV-2 : Concernant l'organisation des MSP en général	p55
<i>IV-2-A : Le financement</i>	p55
IV-2-Aa : la construction des locaux	p55
IV-2-Ab : le coût de fonctionnement de la MSP	p55
<i>IV-2-B : L'arrivée de jeunes médecins généralistes</i>	p56
IV-2-Ba : le point de vue des patients	p56
IV-2-Bb : le point de vue des internes	p56
<i>IV-2-C : Concernant la composition des professionnels de santé au sein de la MSP</i>	p58
IV-3 : Concernant le regroupement des professionnels de santé	p59
<i>IV-3-A : Influence de la maison de santé sur le choix du professionnel</i>	p59
<i>IV-3-B : Communication entre les professionnels</i>	p59

<i>IV-3-C : Partage du dossier médical</i>	<i>p60</i>
<i>IV-3-D : Le partage de patientèle entre médecins</i>	<i>p61</i>
IV-4 : Concernant le fonctionnement de la MSP	p61
<i>IV-4-A : Qualité des soins</i>	<i>p61</i>
<i>IV-4-B : Rapidité de prise en charge</i>	<i>p61</i>
<i>IV-4-C : La salle d'attente</i>	<i>p62</i>
<i>IV-4-D : Le secrétariat</i>	<i>p62</i>
IV-5 : Généralités sur les MSP	p62
<i>IV-5-A : Avantages de la maison de santé pluri professionnelle</i>	<i>p63</i>
<i>IV-5-B : Inconvénients de la maison de santé pluri professionnelle</i>	<i>p63</i>
<u>V- Conclusion</u>	p64-65
<u>VI- Bibliographie</u>	p66-68
<u>VII- Annexes</u>	p69-87
<i>Annexe 1 : Projet de santé de la MSP du Val d'Ajol</i>	<i>p69-79</i>
<i>Annexe 2 : Questionnaire « patients »</i>	<i>p80-81</i>
<i>Annexe 3 : Questionnaire « internes de médecine générale »</i>	<i>p82-87</i>

Abréviations

ASALEE	Action de Santé Libérale En Equipe
ARS	Agence Régionale de Santé
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DMP	Dossier Médical Personnalisé
Dr	Docteur
EGOS	Etats Généraux de l'Organisation de la Santé
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FFMPS	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
HPST	loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDESP	Infirmière Diplômée d'Etat en Santé Publique
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MSP	Maison de Santé Pluri Professionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PTMG	Praticiens Territoriaux de Médecine Générale
SNS	Stratégie Nationale de Santé
TCEM	Troisième Cycle des Etudes Médicales
URSSAF	Union de Recouvrement de Cotisation de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Justification de la thèse

Depuis quelques années, le ministère de la santé tente de réformer le système de santé français avec deux objectifs majeurs, mettre le patient au cœur du système de soins (1), et lutter contre la désertification médicale.

La stratégie nationale de santé (SNS) (2) met en avant les maisons de santé pluri professionnelles afin de répondre à ces deux enjeux majeurs en adaptant le système de santé français aux besoins des patients.

Les maisons de santé pluri professionnelles seraient non seulement la meilleure solution et seraient de plus plébiscitées par l'ensemble des jeunes médecins et des patients

Au cours de nos différents stages, les discussions avec les patients et les autres internes rencontrés nous ont laissé penser que les attentes des uns et des autres pouvaient être différentes.

Comme nos deux stages de médecine générale au Val d'Alsace coïncidaient avec la création d'une maison de santé pluri professionnelle (MSP), nous avons décidé d'étudier les attentes de chacun par rapport à ce projet.

L'objectif de cette étude n'est pas de dire si les maisons de santé pluri professionnelles sont une bonne chose ou non, mais bien de savoir si elles répondent et aux enjeux, et aux attentes de la population et des professionnels ou futurs professionnels (internes entre autres).

Dans ce travail, nous aborderons en introduction la législation et les définitions des maisons de santé d'une part et d'autre part les attentes des autorités publiques et des professionnels de santé concernant les maisons de santé pluri professionnelles pour enfin évoquer le contexte particulier du Val d'Alsace (Vosges) où doit s'ouvrir une maison de santé pluri professionnelle au mois d'Août 2014

Viendra par la suite la description de notre travail avec les matériels et méthodes utilisés, les résultats de l'étude réalisée avec les patients consultant les médecins du Val d'Alsace d'une part et d'autre part avec les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy.

Enfin, nous terminerons par l'analyse des résultats dans le contexte de la création de la MSP au Val d'Alsace

I-Introduction

Nous allons dans un premier temps rappeler la législation concernant les maisons de santé en général.

Dans un second temps nous verrons quelles sont les connaissances actuelles sur les freins et les motivations des autorités publiques d'une part et d'autre part des professionnels de santé concernant les maisons de santé pluri professionnelles.

Enfin, nous verrons le contexte particulier du Val d'Aol nous avons effectué une partie de notre étude et où une maison de santé pluri professionnelle va ouvrir ses portes bientôt.

I-1 : Définitions et législation des maisons de santé

Afin d'être précise et ne pas commettre d'amalgame, nous allons rappeler quelques définitions :

I-1-A : Définitions

Il faut distinguer :

- ❖ *Les maisons médicales* (ou cabinets de groupe) qui sont composées uniquement de médecins généralistes, avec donc une activité mono professionnelle.
- ❖ *Les maisons de santé pluri disciplinaires* qui sont composées des différentes spécialités médicales comme par exemple des généralistes, des gynécologues, des chirurgiens...
- ❖ *Les maisons de santé pluri professionnelles* qui sont composées de professionnels de santé médicaux, paramédicaux, (kinésithérapeutes, infirmières libérales, dentistes, sages-femmes, diététiciennes, psychologues) mais aussi sociaux (assistante sociale, associations d'aide à domicile, conseiller con ugal etc...)

Notre étude portera sur ces dernières.

I-1-B : Législation

La loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 (3) définit la maison de santé pluri professionnelle *comme un lieu où s'exercent des activités de soins sans hébergement, de premier recours (...) et pouvant participer à des actions de santé publique et des actions sociales.*

En 2008, est créée la FFMPS, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (4), dont le but est de représenter et soutenir le développement de ces regroupements interprofessionnels.

En 2009, la loi HPST, Hôpital, Patient, Santé et Territoire, complète cette définition (3) : *les maisons de santé pluri professionnelles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales. La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux.*

Dans sa circulaire de Juillet 2010 (5), le gouvernement lance un plan de développement de maisons de santé pluri professionnelles avec un programme visant à financer deux cent cinquante (250) maisons de santé pluri professionnelles sur la période 2010-2013.

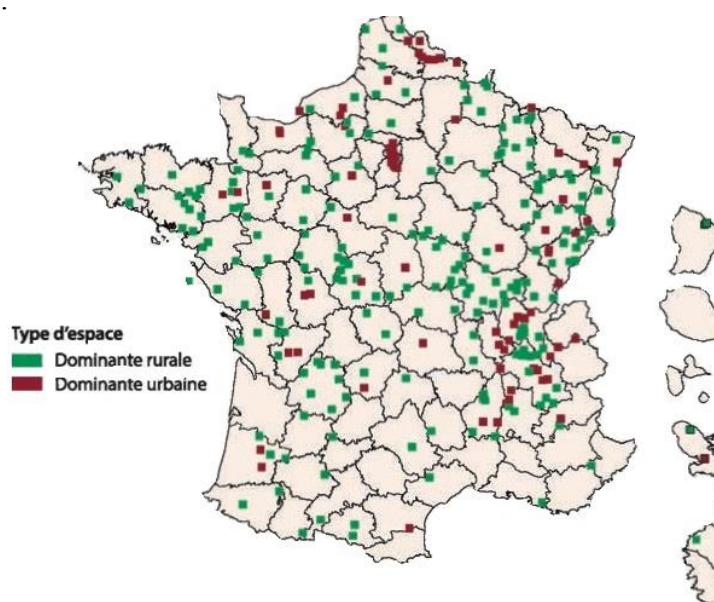
En 2010, un rapport ministériel (6) rapporte que *les maisons de santé pluri professionnelles sont là afin de remédier à des concepts et comportements traditionnels d'une pratique médicale isolée et centrée sur le seul soin, sans lien avec la prévention, l'éducation, la veille sanitaire et les actions sociales de terrain.*

En 2011, la loi Fourcade (7) instaure la SISA, Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires, qui peut être constituée entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaires médicaux ou de pharmaciens. La SISA a pour objectif de mettre en commun des moyens afin de faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun des associés intégrant ou non la MSP.

La loi Fourcade élargit le panel des professions autorisées à se regrouper en intégrant les pharmaciens. De plus, les activités réalisées par les professionnels de maison de santé doivent être assurées dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et qui doivent être compatibles avec les orientations des schémas régionaux.

Dans sa circulaire de Juillet 2013 (5), le ministère de la santé lance un plan de développement des maisons de santé pluri professionnelles et déclare **qu'elles sont l'un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale. Les maisons de santé permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical, de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. De plus l'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité de prise en charge des patients.**

En Mars 2013, on recense deux cent quarante (240) maisons de santé pluri professionnelles dont deux cent sept (207) en milieu rural (8). On en attend six cents (600) fin 2014 (9) (Figure 1).



Paradoxalement, l'atlas national de santé de Septembre 2013 (10) montre que 27,5% des nouveaux inscrits choisissent un exercice individuel. **Lorsque l'on prend le devenir des remplaçants nouvellement inscrits en 2008 et qui exercent une activité régulière en 2013, 50% sont installés en groupe mono professionnel, 2% en pluri disciplinaire, 1% en pluri professionnel et 29% en individuel.**

Sur ces chiffres, le Docteur M. Legmann, alors président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), déclare *que le groupe mono professionnel est le mode d'exercice préféré des médecins, car il correspond à la pratique au quotidien. Les structures pluri professionnelles ou pluridisciplinaires ne sont qu'une construction politique qui ne correspondent pas aux besoins des médecins et qu'ils ne choisissent pas. Il y a d'autres solutions pour pallier à la désertification médicale* (11).

En Septembre 2013, l'IRDES, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, montre dans son étude que la pratique en groupe mono professionnel des médecins généralistes est maintenant majoritaire (8).

Récemment, en Janvier 2014, une étude américaine portant sur les maisons de santé conclue que les nouvelles capacités structurelles que sont les maisons de santé pluri professionnelles ne montrent **pas de changement par rapport au coût des soins, qu'il n'y a pas de réduction de l'utilisation des services de soins ambulatoires ou du coût des services d'urgence. n retrouve une amélioration limite de la qualité des soins** (12).

I-2 : Attentes des autorités publiques

Il nous paraît primordial de connaître les attentes des autorités publiques concernant les maisons de santé pluri professionnelles car elles sont au cœur du sujet.

Ce sont souvent les élus qui proposent aux professionnels de santé la construction du bâtiment.

Préoccupées par la désertification médicale et soucieuses de répondre à la stratégie nationale de santé, des communes construisent des maisons de santé pluri professionnelles.

Les motivations et les freins à l'élaboration de telles structures sont le fruit de recherches bibliographiques approfondies et d'entretiens réalisés auprès d'autorités publiques et de professionnels que nous avons interrogés et qui ont bien voulu répondre à certaines de nos questions.

La première motivation concerne l'accès aux soins pour l'ensemble de la population avec la réalisation d'un maillage territorial rendant plus fluide le parcours de soins (6).

L'accès aux soins sera rendu possible grâce à une structure multiservices en un lieu unique qui permettra de développer la prévention et l'éducation à la santé, et permettra un accès à d'autres professionnels de santé et à des spécialistes sous forme de vacations (4).

Les maisons de santé pluri professionnelles permettraient la permanence des soins, la garde de nuit, le développement de dossiers communs pour une meilleure prise en charge des patients.

La deuxième motivation concerne le problème de désertification médicale (4). Pour les élus, les causes des déserts médicaux sont le problème de la vie à la campagne avec l'éloignement géographique, les problèmes de transports, les loisirs inaccessibles, le manque de services (poste, banque, perception...), la raréfaction des petits commerces (garage et carburant), l'éloignement des structures scolaires ainsi que le manque d'attractivité pour les conjoints.

Les maisons de santé pluri professionnelles permettraient de rompre cet isolement, de redonner une dynamique de territoire et de favoriser les conditions de travail des médecins.

La dernière motivation concerne l'opportunité de mettre aux normes des accès pour les handicapés et de construire des locaux neufs (4).

Depuis 2005 (14), les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations diffusées dans les parties ouvertes au public. Les personnes handicapées doivent pouvoir pénétrer dans le local et circuler de manière autonome, l'intérieur du cabinet tel que l'accueil, les sanitaires, les couloirs et les portes devront eux-aussi être adaptés. Ces mesures doivent être effectives avant le 1^{er} Janvier 2015.

Mais il existe aussi des freins :

Des projets redondants peuvent s'élaborer dans des communes proches, chaque maire voulant sa maison de santé (6). Le rapport ministériel portant sur le bilan des maisons de santé souligne que plusieurs cas sont ainsi rapportés d'élus locaux qui, préoccupés par la désertification médicale, ont construit (pour entre autres, avoir accès à temps à des subventions diverses) dans la précipitation et sans concertation avec les professionnels des bâtiments qui restent vides (14 bis).

On note aussi le coût élevé d'une maison de santé pluri professionnelle : un million (1.000.000) d'euros en moyenne par maison de santé (13) (14 bis).

Hormis le coût engendré, les maisons de santé pluri professionnelles apparaissent comme une réponse à la désertification médicale et à l'accès aux soins pour les autorités publiques.

De plus, l'avantage mis en avant serait la mise aux normes handicapés qui rappelons-le devrait être effective début 2015.

En conclusion, la maison de santé idéale doit être propre à chaque territoire, à chaque élu et à chaque professionnel de santé, en totale concertation (4). Il faut prendre en compte la concordance entre les besoins de la population et le projet de santé de la structure (6).

I-3 : Attentes des professionnels de santé

Voyons maintenant les motivations et les freins du côté des professionnels de santé.

Les premiers concernés par les maisons de santé pluri professionnelles sont les professionnels qui sont susceptibles d'en faire partie à plus ou moins long terme. Nous avons voulu nous intéresser à leurs attentes par rapport à ces structures.

Là encore, les motivations et les freins sont issus d'une recherche bibliographique ainsi que de nombreux témoignages que nous avons pu recueillir au cours de nos stages en médecine générale, de nos remplacements ou au sein de nos connaissances professionnelles.

La première motivation des professionnels de santé concerne l'amélioration des conditions de travail avec une convivialité qui s'installe entre les membres de la maison de santé, et une certaine rupture d'isolement (15).

La deuxième motivation concerne le parcours de soins avec une continuité des soins et une coordination des pratiques (6) (16). Pour les professionnels la qualité de la prise en charge est meilleure grâce au partage des dossiers (2) et des informations. Lorsqu'un médecin n'est pas là, le dossier du patient est partagé et sa prise en charge s'en trouve améliorée.

La troisième motivation concerne l'élargissement de la structure à des missions de santé publique avec la délégation de tâche aux infirmières diplômées d'état (IDE). La stratégie nationale de santé rappelle que le médecin généraliste doit s'appuyer sur le personnel administratif et soignant pour se concentrer sur ses missions fondamentales (le diagnostic, la prescription, l'éducation thérapeutique et préventive...). La délégation de tâche consiste à laisser aux infirmières la réalisation d'électrocardiogrammes, des tests de mémoire, le contrôle de la tension artérielle ou encore les prises de sang...

La quatrième motivation concerne la transmission du savoir. Les maisons de santé sont un terrain de stage privilégié (6). Elles sont propices à la formation pratique en soins primaires ainsi qu'à la formation à l'exercice pluri professionnel. Mais l'on retrouve aussi cette notion chez les médecins généralistes isolés. Nous verrons par la suite qu'à la faculté de médecine de Nancy 73,5% des stages praticiens proposés pendant l'internat sont réalisés en cabinet isolé.

La dernière motivation sera d'ordre financier avec une mutualisation des coûts (16) et des marges de manœuvres financières (17). Pour certains, la mutualisation se fera essentiellement pour le secrétariat, le ménage et les charges locatives.

Mais nombreux sont les professionnels qui n'adhèrent pas au concept de maisons pluri professionnelles. Nous avons recensé les différents freins d'adhésion à ces structures :

Le premier frein concerne le regroupement de professions différentes. Les IDE mentionnent leur crainte de subordination (6) et leur perte d'autonomie (18). Les professionnels sont attachés à la liberté de l'exercice libéral. Le travail de collaboration est actuellement surtout mono professionnel (19). Le libéralisme constitue un outil indispensable pour préserver la liberté intellectuelle (20). De plus, qui dit regroupement, dit réunions pluri professionnelles qui sont qualifiées de chronophages par les professionnels.

Le deuxième frein concerne la majoration des coûts de l'exercice en maison de santé qui sont liés aux salaires (21) (22) et aux charges salariales ainsi qu'aux loyers plus ou moins lourds. On estime le surcoût à 4400 euros par an et par médecin (27). Les professionnels rapportent la fausse idée que le regroupement crée des économies par mutualisation du fait de l'augmentation des besoins en espace et en secrétariat (22) (23). Les médecins ne veulent pas se lancer dans une aventure hasardeuse dans laquelle ils devraient consacrer encore plus de temps, voire plus d'argent que de coutume (24).

Par ailleurs, les besoins en personnel non médical (secrétariat entre autre) ne sont pas les mêmes en fonction de la spécialité du professionnel (par exemple, le dentiste a une assistante dentaire qui lui fait aussi office de secrétaire...)

Le troisième frein concerne les contraintes administratives (15). Les projets sont longs à se mettre en place. En moyenne deux ans entre l'élaboration du pro et la mise en service des maisons de santé (quatre ans pour le pro et du Val d'Aol)

Le quatrième frein concerne le libre choix du professionnel de santé par le patient (18). Les patients seraient influencés et choisirraient plus facilement un professionnel de santé appartenant à la maison de santé qu'un professionnel libéral seul. Par exemple si un kinésithérapeute se rattache à une maison de santé pluri professionnelle et qu'un autre est en cabinet libre, les patients iraient plus facilement vers celui de la maison de santé car il serait directement dans les mêmes murs que ceux du cabinet de leur médecin traitant et la prise de rendez-vous serait d'autant plus aisée que le secrétariat serait partagé entre ces professionnels. Ceci pourrait entraîner quelques conflits déontologiques entre professionnels de santé et une certaine concurrence déloyale avec les libéraux isolés du secteur contredisant le libre choix du patient.

Un dernier frein concerne l'assèchement des territoires alentours. Concernant les pharmacies, le regroupement de professionnels pourrait obliger certaines pharmacies à fermer (25). On risque de polariser l'offre locale sur un centre unique, ce qui va contribuer à assécher le territoire alentour. Si dans un canton dit « déficitaire » on rassemble l'offre dans un lieu unique, on risque de mettre en difficulté les cabinets périphériques (6).

Il apparaît donc que les professionnels de santé recherchent le regroupement pour rompre l'isolement et permettre une continuité des soins, mais tout ceci au détriment d'une perte de leur libéralisme, d'un surcoût et de contraintes administratives (dont la gestion de la maison de santé pluri professionnelle).

I-4 : on texte Val d'Ajol

Après avoir redéfini ce que sont les maisons de santé pluri professionnelles et s'être intéressée aux motivations et freins des autorités publiques et des professionnels de santé les concernant, nous allons examiner le projet de la MSP du Val d'Aol

Nous avons effectué notre premier stage en médecine générale en tant qu'interne au Val d'Aol chez le Dr Curien quand nous avons appris l'existence d'un pro et de maison de santé. Nous avons donc profité de l'occasion pour nous intéresser aux patients et aux internes de médecine générale pour connaître leurs intérêts à la construction de cette maison et savoir l'impact sur la santé des patients et les conditions d'exercice des futurs professionnels. Il nous était aussi indispensable d'étudier la correspondance entre les enjeux nationaux et les attentes locales de chacun.

Nous avons donc eu l'opportunité de pouvoir faire notre étude au sein de la patientèle des trois médecins du Val d'Aol

Nous allons évoquer les motivations d'une telle construction puis énumérer les points importants du projet de soins de cette maison de santé, ce qui constitue l'élément central de cette future MSP.

La démographie médicale française est un problème de plus en plus crucial car on assiste à une augmentation de la demande de soins avec une augmentation globale de la population et un vieillissement de celle-ci. A ceci s'ajoute une inégalité de la répartition géographique des professionnels de santé (26).

En Lorraine, la densité médicale est de 276 médecins pour 100 000 habitants. Elle occupe la 10^{ème} place des régions les moins bien dotées (27).

Le Val d'Aol est une commune de 3999 habitants (recensement 2011) du Sud des Vosges. La commune sera désertifiée au plan médical d'ici 2016. La municipalité a donc établi un pro et de maison de santé pluri professionnelle pour améliorer la qualité et l'accès aux soins primaires de la population et attirer ainsi des jeunes médecins pour préserver la démographie médicale.

La construction de la maison de santé pluri professionnelle s'est faite autour d'un pro et de soins (*Annexe 1*). Il a été établi par l'ensemble des professionnels de santé conformément aux orientations du pro et régional de santé l'agence régionale de santé (ARS). Depuis la loi Fourcade, le projet ne doit plus être conforme mais compatible à celui de l'ARS (16). Il est transmis pour information à l'ARS et est signé par chacun des professionnels et membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé (3).

Concernant le Val d'Aol, le pro et débute le 25 Août 2010. La maison de santé pluri professionnelle du Val d'Aol doit réunir trois médecins, un dentiste, trois IDE, une infirmière diplômée d'état en santé publique (IDESPA), un kinésithérapeute, une diététicienne, deux pharmaciens, une orthophoniste, un médecin coordonnateur d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et deux internes de médecine générale.

Les pharmaciens et le médecin coordonnateur d'Ehpad n'intègreront pas la maison de santé mais feront partie du projet de santé communal, la construction architecturale actuelle ne permettant pas l'intégration d'une pharmacie

Le pro et de soins fait acte d'une organisation pluri professionnelle avec mise en place de réunions de formation médicale continue entre médecins, de réunions pluri et mono professionnelles en partageant l'information, en uniformisant les pratiques et en participant au programme d'éducation thérapeutique d'action de santé libérale en équipe (ASALEE). Des réunions pluri professionnelles seront programmées mensuellement.

Concernant l'informatisation, les médecins partageront le même fichier informatisé pour tenir leurs dossiers médicaux et les différents professionnels paramédicaux auront accès à une partie du dossier dans le cadre légal qui est paru au Journal Officiel.

Les secrétaires serviront de lien entre les professionnels pour la prise de rendez-vous, l'accueil des patients, la rédaction de courriers, le rangement des dossiers, la comptabilité

La maison de santé pluri professionnelle restera la propriété de la commune qui louera ses locaux aux professionnels de santé concernés.

Après avoir redéfini ce qu'est une MSP et le cadre législatif s' rapportant, et après nous être intéressée aux attentes des élus locaux et des professionnels de santé, nous allons décrire dans un premier temps notre étude. Viendront par la suite les résultats et leur analyse.

II- Matériel et Méthode

Décrivons à présent notre étude qui, rappelons-le, porte sur les attentes des patients d'une part et d'autre part celles des internes de médecine générale par rapport aux MSP et en particulier celle du Val d'Aol

II-1 : description de l'étude

Nous avons mené une étude prospective mono-centrique, descriptive et qualitative sur les patients et les internes de médecine générale :

- concernant les patients, les questionnaires étaient déposés en salle d'attente ;
- concernant les internes, les questionnaires ont été envoyés par mail.

L'étude a été réalisée dans la commune du Val d'Aol où doit voir le jour une maison de santé pluri professionnelle à l'été 2014.

La population cible « patients » était les patients actuellement suivis par les trois médecins généralistes du Val d'Aol : Dr E. Curien, Dr D. Zimmerman et Dr S. Zimmerman.

La population cible « internes » était les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy.

Les critères d'inclusion étaient :

- pour les patients :
 - faire partie de la patientèle d'un des trois médecins du Val d'Aol ;
 - avoir un médecin généraliste du Val d'Aol n'exerçant pas en maison de santé pluri professionnelle ;
 - avoir plus de 16 ans (âge de choix du médecin traitant).
- pour les internes :
 - être en cours d'internat ;
 - être en spécialité de médecine générale.

Les critères d'exclusion étaient :

- pour les patients :
 - ne pas consulter un médecin généraliste du Val d'Aol.
- pour les internes :
 - faire une autre spécialité que médecine générale.

Le recueil des données s'est fait du 10 octobre 2013 au 1er décembre 2013.

Concernant ***le questionnaire « patients »***, nous avons demandé aux patients de nous donner leur avis en se projetant dans la future maison de santé pluri professionnelle et de nous faire part de leurs attentes. Nous avons établi le questionnaire selon trois axes :

- un concernant l'organisation des MSP ;
- un concernant le regroupement des professionnels de santé au sein de la MSP ;
- un concernant le fonctionnement de la structure.

Nous nous sommes également intéressée aux caractéristiques de la population interrogée (sexe, âge et profession).

Une fois le questionnaire réalisé, nous l'avons testé sur dix patients afin d'être sûre que toutes les questions étaient comprises. Nous avons pu reformuler celles qui ne l'étaient pas et rajouter quelques questions ouvertes à la demande de la majorité des patients. Nous avons également modifié l'ordre des questions et renommé les grandes parties du questionnaire avec notre maître de stage.

La version finale du questionnaire « patients » est fournie en *annexe 2*.

Concernant ***le questionnaire « internes »***, nous avons demandé aux internes de nous donner leur avis en se projetant dans une future maison de santé pluri professionnelle et de nous faire part de leurs attentes. Nous avons établi le questionnaire selon trois axes :

- un concernant la collaboration entre les confrères médecins généralistes ;
- un concernant la collaboration entre les médecins et les autres professionnels de la structure ;
- un concernant le fonctionnement des maisons de santé pluri professionnelles et leurs généralités.

Nous nous sommes également intéressés aux caractéristiques de la population interrogée (sexe, âge et avancement dans le cursus des stages ou des remplacements).

Une fois le questionnaire réalisé, nous l'avons testé sur dix internes afin d'être sûre que toutes les questions étaient comprises. Nous avons pu reformuler celles qui ne l'étaient pas et rajouter quelques questions ouvertes à la demande de la majorité des internes. Nous avons également modifié l'ordre des questions et renommé les grandes parties du questionnaire avec notre maître de stage.

Les questionnaires ont été envoyés par mail : nous avons réalisé une page d'introduction pour nous présenter, expliquer ce que nous entendions par maison de santé pluri professionnelle et le but de notre étude. Nous avons défini aussi les critères d'inclusion et d'exclusion à notre étude.

La version finale du questionnaire « internes » est fournie en *annexe 3*.

Après avoir décrit notre étude, nous allons maintenant nous intéresser aux résultats. Ceux-ci seront présentés sous forme de tableaux ou de graphiques et leur interprétation viendra dans une partie suivante.

II-2 : Population étudiée

Nous nous intéressons aux populations étudiées que sont les patients consultants au Val d'Aol en premier lieu et en second lieu les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy.

II-2-A : Patients

La population cible était celle des patients consultant un des trois médecins du Val d'Aol. Mais il n'a pas eu possibilité, en l'absence d'informatisation des cabinets des deux autres médecins, de savoir précisément la population ayant consulté ces deux médecins sur la période de dépôt des questionnaires. Donc, pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pris en compte que la patientèle du Dr Curien pendant cette période et non celle des trois cabinets du Val d'Aol. Nous avons ensuite extrapolé les résultats en supposant que les patientèles étaient semblables aux trois médecins.

Le Dr Curien a vu pendant ce laps de temps (50 jours) 673 patients dont 342 femmes (50,8%) et 331 hommes (49,2%) (tableau 1, figures 2 et 3).

Age	Femmes		Hommes	
16 à 29 ans	36	10,5%	25	7,6%
30 à 44 ans	66	19,3%	66	19,9%
45 à 59 ans	75	22%	72	21,8%
60 à 74 ans	77	22,5%	89	26,9%
> 75 ans	88	25,7%	79	23,8%

Tableau 1 : Répartition des patients répondants selon l'âge et le sexe

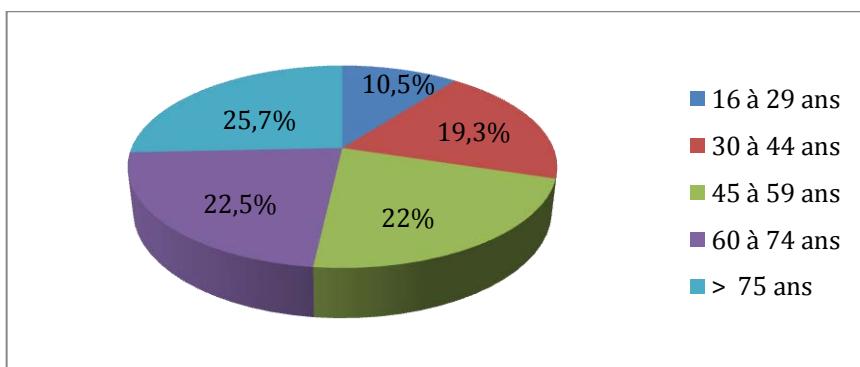


Figure 2 : Répartition des patientes selon l'âge

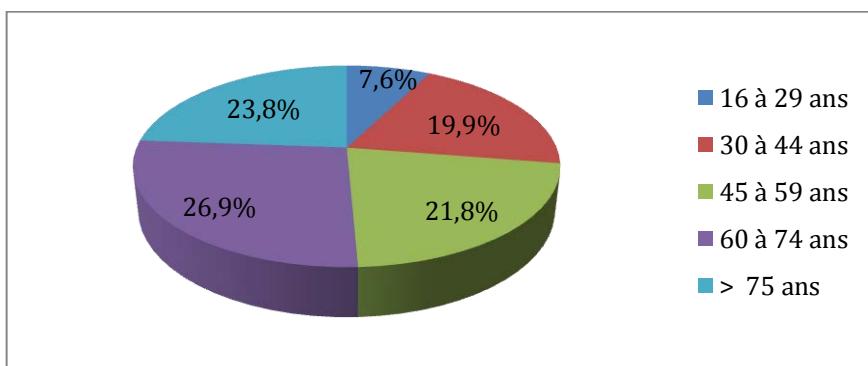


Figure 3 : Répartition des patients selon l'âge

II-2-B : Internes de médecine générale

Concernant les internes de médecine générale, lorsque les questionnaires ont été envoyés par mail, le listing comprenait au total 320 internes de médecine générale (figure 4) :

- 6 internes de 6^{ème} semestre dont 6 filles
- 75 internes en 5^{ème} semestre, dont 31 filles
- 7 internes en 4^{ème} semestre dont 7 filles
- 109 internes en 3^{ème} semestre dont 62 filles
- 8 internes en 2^{ème} semestre dont 6 filles
- 115 internes en 1^{er} semestre dont 65 filles

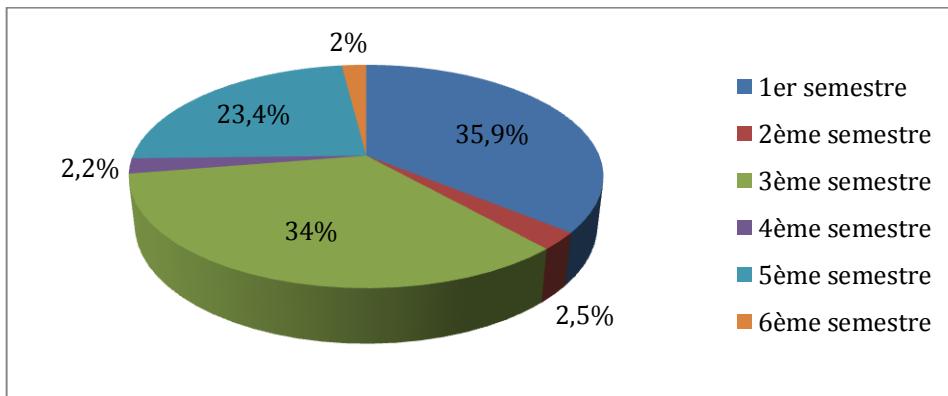


Figure 4 : Répartition des internes en fonction de leur avancée dans les études

Nous avons aussi tenu à répartir les internes en fonction de leur validation ou non du stage praticien de premier ou second niveau (figure 5).

Le stage réalisé chez le praticien donne lieu à une autorisation d'effectuer des remplacements dès lors que trois stages d'internat (dont celui chez le praticien) ont été validés, donc au plus tôt en début de quatrième semestre.

- Aucun interne de 1^{er} semestre n'avait effectué son stage chez le praticien
- 2 internes de 2^{ème} semestre étaient en cours de stage chez le praticien.
- 48 internes de 3^{ème} semestre ont effectué leur stage praticien et 44 étaient en stage chez le praticien.
- 5 internes de 4^{ème} semestre ont effectué leur stage praticien et 1 était en cours.
- 73 internes de 5^{ème} semestre ont effectué leur stage praticien.
- Tous les internes de 6^{ème} semestre ont effectué leur stage praticien.

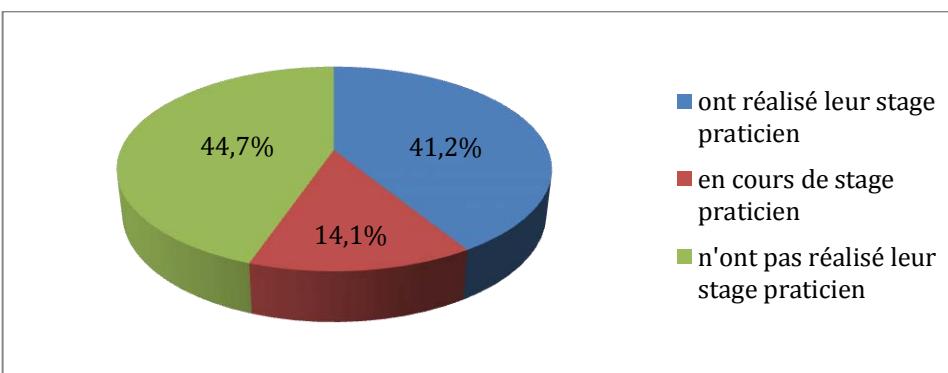


Figure 5 : Répartition des stages chez les praticiens

Nous n'avons pas pu classer les internes en fonction de leur avancée dans les remplacements car il n'a pas de données disponibles à ce niveau

Au cours de notre cursus, nous avons l'obligation de réaliser un stage chez le praticien à partir du deuxième semestre.

Nous avons donc jugé utile de recenser les praticiens agréés « maîtres de stage » proposés par la faculté de médecine, et nous les avons classés selon leur pratique professionnelle à savoir isolée, mono professionnelle ou pluri professionnelle (tableau 2 et figure 6).

Cabinet seul	119	73,5%
Maison médicale	21	12,9%
Maison pluri professionnelle	22	13,6%
Total	162	100%

Tableau 2 Répartition des postes « stage chez le praticien » proposés par la faculté de médecine de Nancy

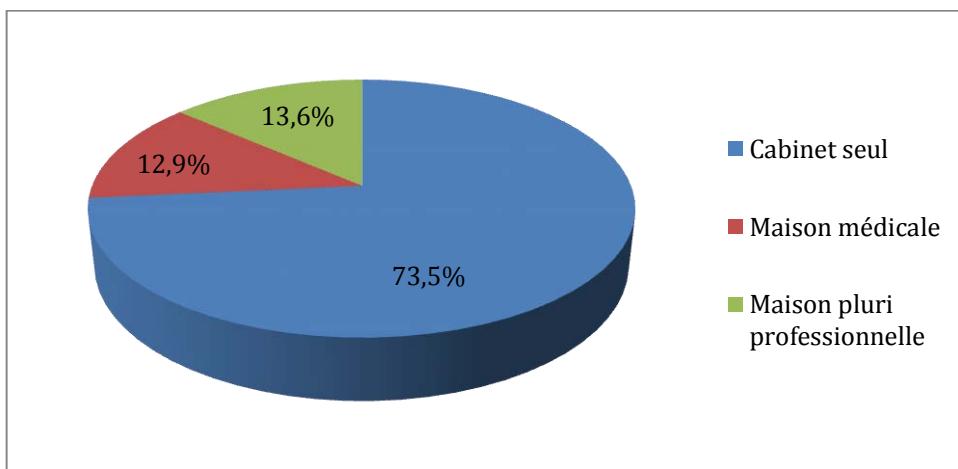


Figure 6 : Répartition des postes "stage chez le praticien" proposés par la faculté de médecine de Nancy

On constate que la majorité des stages proposés par la faculté de médecine de Nancy se fait essentiellement chez les médecins exerçant en cabinet seul, ce qui est la méthode de travail la plus représentée en France à ce jour.

III- Résultats

Après avoir défini les populations étudiées, intéressons-nous aux populations ayant répondu aux questionnaires et ensuite aux résultats.

Nous allons décrire séparément les résultats des patients et ceux des internes de médecine générale pour plus de compréhension. Voyons déjà les résultats des patients.

III-1 : Résultats des patients

La population cible des patients comprenait 50,8% de femmes et 49,2% d'hommes. Voyons quelle est la population ayant répondu aux questionnaires.

III-1-A : Description de la population répondante

III-1-A-a : répartition selon l'âge et le sexe

Nous avons eu au total 233 réponses pour les patients répondants. On retrouve 61,4% de femmes et 38,6% d'hommes (tableau 3, figures 7 et 8)

	Hommes		Femmes	
16 à 29ans	10	11,1%	15	10,5%
30 à 44 ans	14	15,6%	44	30,8%
45 à 59 ans	21	23,3%	27	18,9%
60 à 74 ans	31	34,5%	40	27,9%
>75 ans	14	15,5%	17	11,9%
Total	90	100%	143	100%

Tableau 3 : Répartition des patients répondants selon leur âge et leur sexe

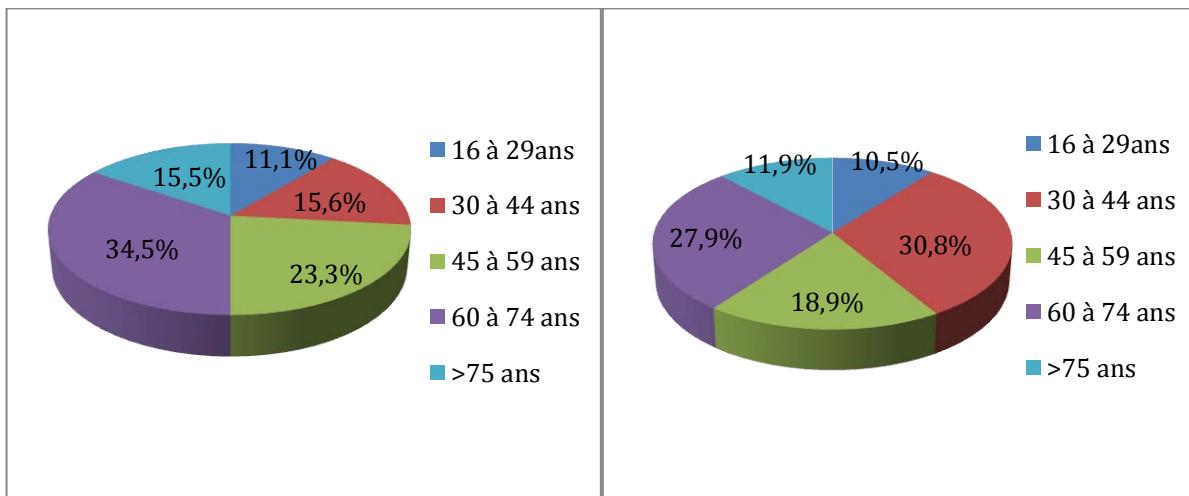


Figure 7 : Répartition des patients répondant selon l'âge

Figure 8 : Répartition des patientes répondantes selon l'âge

On constate une plus grande proportion de femmes ayant répondu aux questionnaires. Pour les hommes et les femmes la tranche d'âge < 29 ans reste la plus faible et celle > 75 ans la plus représentée.

III-1-A-b : répartition selon la catégorie socio professionnelle et le sexe

Voyons à présent la répartition des patients répondants selon leur catégorie socio professionnelle et leur sexe (tableau 4, figures 9 et 10).

	Total	Féminin	Masculin
Etudiant	8	3,4%	7
En activité	95	40,8%	59
Sans emploi	25	10,7%	19
Retraité	105	45,1%	58

Tableau 4 : Répartition des patients répondants selon leur catégorie socio professionnelle et leur sexe

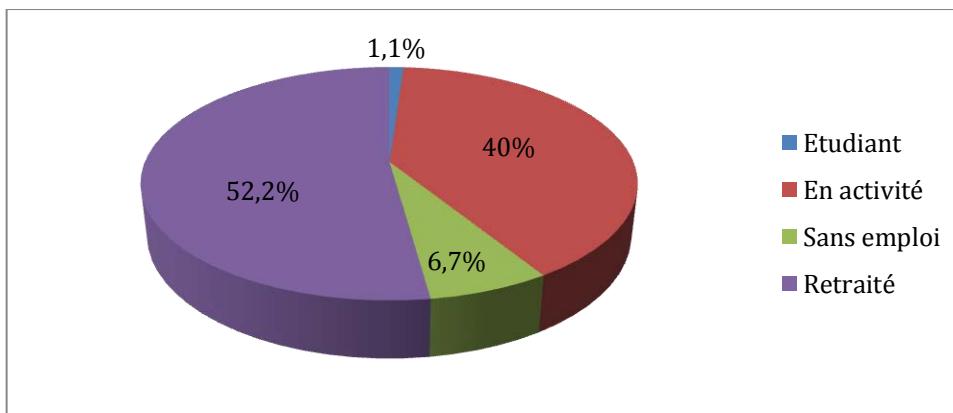


Figure 9 : Répartition des patients selon la catégorie socio professionnelle

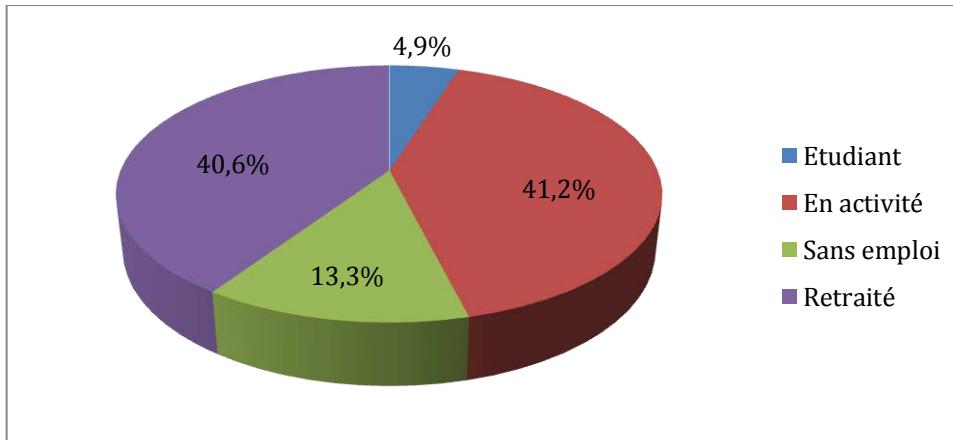


Figure 10 : Répartition des patientes selon la catégorie socio professionnelle

On constate que les retraités sont ceux qui ont répondu en masse (45%) contrairement aux étudiants (3,4%).

III-1-B : Description des réponses

Après l'étude des patients répondants, voici les résultats des réponses aux questionnaires, chapitre par chapitre, comme établi sur notre questionnaire.

III-1-B-a : Concernant l'organisation des maisons de santé pluri professionnelles en général

Le premier chapitre concernera l'organisation des MSP en général avec leur financement, leur attractivité pour les jeunes médecins et leur composition en terme de professionnels de santé.

III-1-B-a1 : le financement

Privé	19	8,2%
Public	75	32,2%
Les deux	134	57,5%
Ne sait pas	5	2,1

Tableau 5 : Financement des MSP

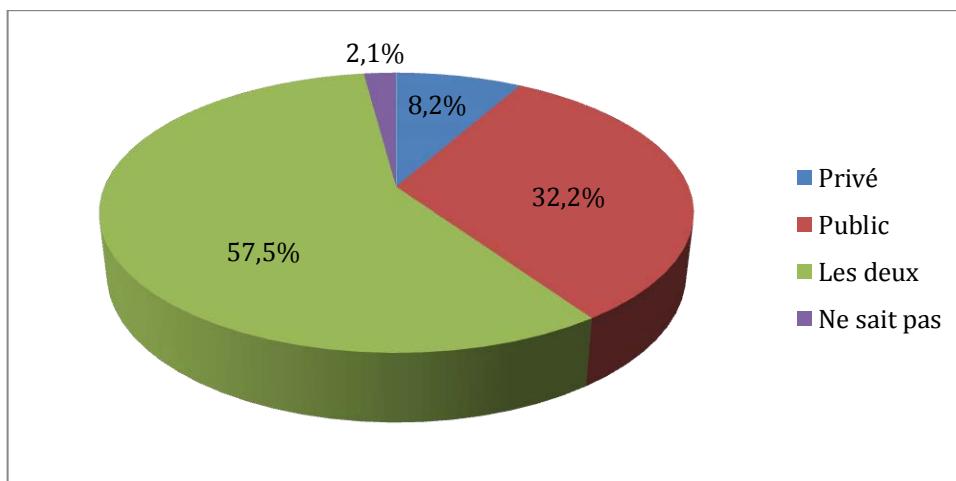


Figure 11 : Le financement des maisons de santé pluri professionnelles

Pour les patients, on remarque qu'une moitié (58,8%) pense que le financement des MSP doit être réparti entre public et privé (mais pas de remarque sur les taux de participation de chacun) (tableau 5 et figure 11).

III-1-B-a2 : l'attractivité pour l'arrivée de jeunes médecins généralistes

Pour 79,4% des patients, la création d'une MSP au Val d'Aoste va favoriser l'arrivée de jeunes médecins généralistes.

Nous avons demandé aux patients quels avantages pourraient trouver les futurs praticiens dans cette MSP, cette question restant ouverte pour ne pas être trop dirigiste.

Les avantages qui en ressortent sont

- éviter l'isolement avec un encadrement des jeunes par les plus expérimentés et parce qu'en se regroupant on est plus fort ;
- avoir des bonnes conditions de travail avec des locaux neufs ;
- une certaine facilité d'installation par l'outil de travail en place avec une aisance de la structure, des locaux aux normes, le fait de ne pas avoir son cabinet à proximité de son domicile ;
- une réduction de frais de cabinet et des aides à l'investissement ;
- un partage plus facile des gardes ;
- une souplesse d'organisation car les professionnels peuvent en repartir quand ils veulent et ne pas être cloués dans un village usqu'à la retraite.

Les freins, vus par les patients, pour une installation dans une MSP pour les professionnels de santé, sont :

- l'éloignement géographique avec une absence de théâtre ou de concert ;
- un investissement coûteux car les jeunes médecins n'ont pas l'assise financière suffisante pour une installation dans un milieu rural vieillissant ;
- la peur qu'il n'ait pas d'attrait pour la campagne

III-1-B-a3 : concernant la composition des professionnels de santé au sein de la maison de santé pluri-professionnelle

Si la plupart des patients pensent que la MSP va attirer des jeunes médecins généralistes, la MSP va accueillir aussi d'autres professionnels de santé.

Nous avons donc demandé aux patients de nous dire si, pour un type de professionnel défini, il était indispensable et s'il avait sa place ou non au sein de la future MSP (tableau 6).

	Indispensable	A sa place		N'a pas sa place		Ne sait pas		
Médecin généraliste	199	85,4%	29	12,4%	2	0,9%	3	1,3%
Interne	37	15,9%	123	52,8%	20	8,6%	53	22,8%
Infirmière	136	58,4%	75	32,2%	9	3,9%	13	5,6%
Kinésithérapeute	112	48,0%	102	43,8%	10	4,3%	9	3,9%
Dentiste	126	54,1%	75	21,2%	20	8,6%	12	5,2%
Psychologue	35	15,0%	100	42,9%	43	18,5%	55	23,6%
Orthophoniste	57	24,5%	108	46,4%	35	15%	33	14%
Pharmacien	43	18,4%	38	16,3%	105	45,1%	47	20%
Médecin spécialiste	59	25,3%	73	31,3%	58	24,9%	43	18,4%

Tableau 6 : Composition des professionnels de santé au sein de la MSP

On remarque que les patients ne conçoivent pas une MSP sans médecin généraliste. Viennent ensuite l'infirmière, le dentiste et le kinésithérapeute

Les internes de médecine générale ont leur place mais ne restent pas indispensables au bon fonctionnement de la structure.

Les médecins spécialistes sont relégués au même rang que les orthophonistes, psychologue et pharmaciens quant à leur adhésion indispensable à cette MSP.

On remarque surtout le fort pourcentage concernant les pharmaciens qui n'auraient pas leur place au sein des MSP à 45,1%.

III-1-B-b : Concernant le regroupement des professionnels de santé

Maintenant que nous avons vu les résultats concernant l'organisation des professionnels de santé au sein de la MSP, nous allons voir les résultats concernant le regroupement des professionnels de santé en termes de partage de patientèle, de dossier médical, de salle d'attente, de choix de son professionnel de santé au sein du regroupement des professionnels dans une même structure et enfin la communication entre les différents professionnels.

III-1-B-b1 : le partage de patientèle entre médecins

Nous avons demandé aux patients s'ils étaient prêts à fréquenter un autre médecin de la MSP lorsqu'ils seront regroupés au sein de celle-ci (tableau 7 et figure 12).

	Quelque soit l'urgence	Que pour les urgences	Non
Total	96	41,2%	116 49,8% 21 9%

Tableau 7 : Partage de la patientèle entre médecins

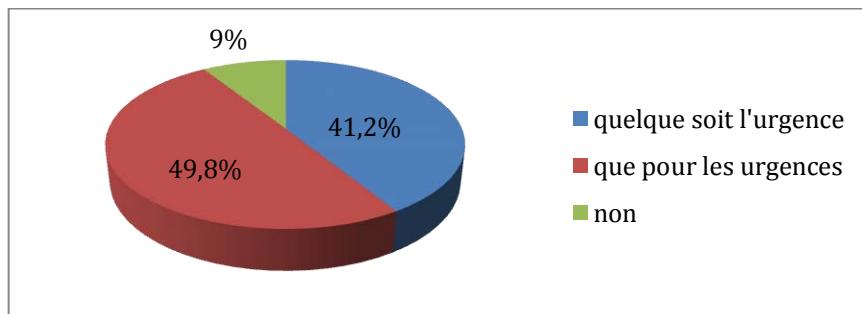


Figure 12 : Partage de patientèle entre les médecins

Seulement 41,2% ne voient pas d'inconvénient à consulter un autre médecin de la MSP mais 9% ne sont prêts à aucun partage. Les patients semblent attachés à « leur médecin de famille ».

III-1-B-b2 : influence de la maison de santé sur le choix du professionnel de santé

Voyons à présent si la MSP va jouer une influence par rapport au professionnel de santé consulté, par exemple le dentiste, le kinésithérapeute, l'infirmière... (tableau 8 et figure 13).

	Pas d'influence	Influence	Verra autre part
Total	117 50%	107 45,9%	9 4,1%

Tableau 8 : Influence de la MSP sur le choix du professionnel de santé

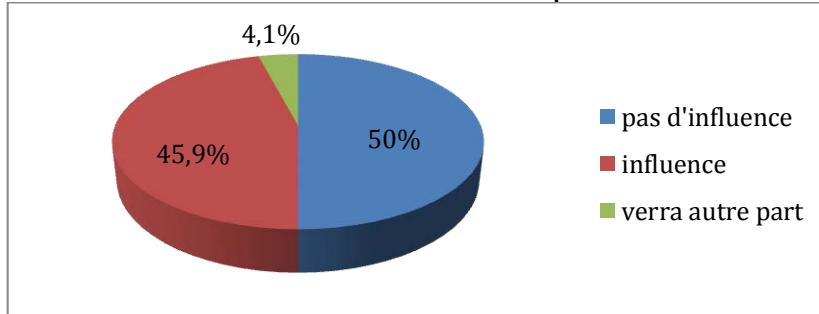


Figure 13 : Influence de la MSP sur le choix du professionnel

On remarque de 4,1% des patients ne comptent pas intégrer la MSP, et que 45,9% se sentiront influencés en l'intégrant

III-1-B-b3 : communication entre les professionnels

Nous avons voulu savoir si les patients pensent qu'il aura une meilleure communication entre professionnels lorsqu'ils seront réunis au sein de la MSP

A 76,4%, les patients pensent que la communication s'en trouvera meilleure contre 23,6% des patients (figure 14).

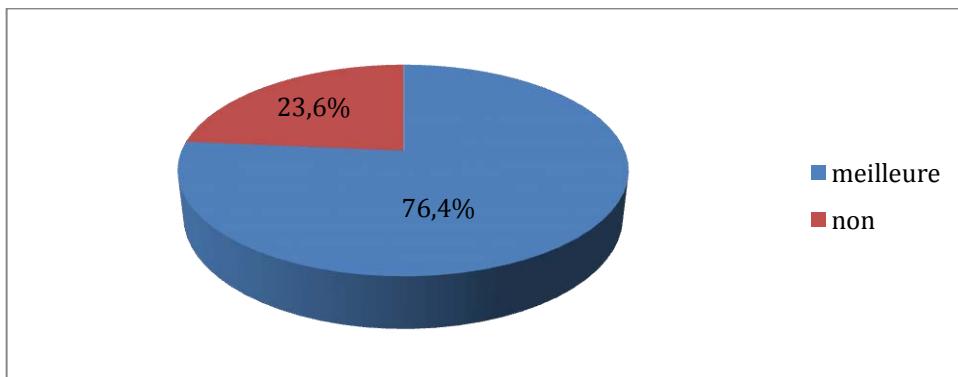


Figure 14 : Communication entre les professionnels au sein de la MSP

III-1-B-b4 : partage du dossier médical

Nous nous sommes intéressée au partage du dossier médical entre les professionnels de santé au sein de la MSP et avons demandé aux patients s'ils acceptaient que leur dossier soit partagé entre les professionnels de santé en tout temps, seulement pour une urgence ou non partagé (tableau 9 et figure 15).

	Non partagé		Que si urgence		Quel que soit l'urgence		Ne sait pas	
Total	78	33,5%	94	40,3%	55	23,6%	6	2,6%
Ceux qui trouvent la communication meilleure	50	28,1%	78	44,9%	48	27%		

Tableau 9 : Partage du dossier médical

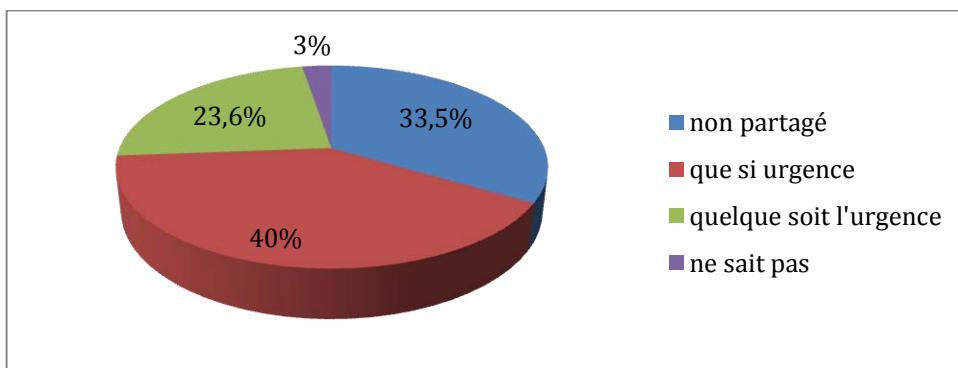


Figure 15 : Partage du dossier médical

On remarque que 23,5% sont prêts à ce que leur dossier soit partagé quel que soit l'urgence et on note un fort pourcentage à 33,5% de patients qui ne souhaitent pas de partage de dossier.

Nous avons voulu savoir si les patients qui pensaient qu'il aurait une meilleure communication entre les professionnels au sein de la MSP étaient prêts au partage de leur dossier médical (figure 16).

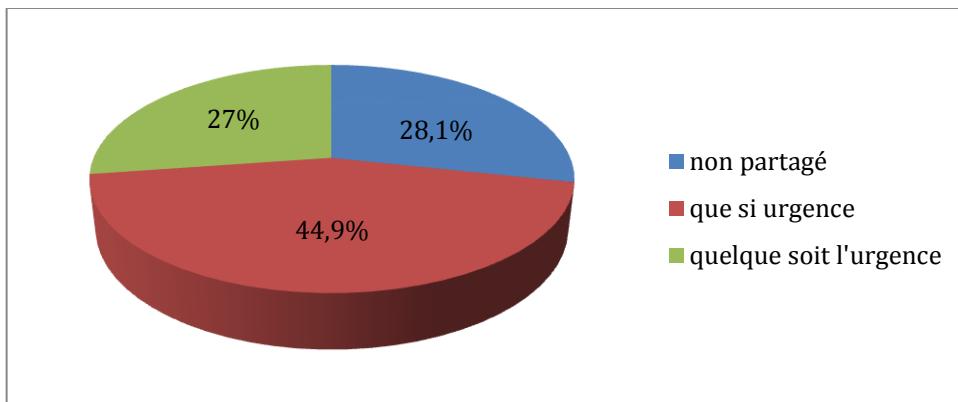


Figure 16 : Répartition des patients trouvant la communication meilleure en MSP

Les patients sont convaincus à 76,4% qu'il aura une meilleure communication entre les professionnels mais pour ces patients, seulement 27% veulent bien un partage de dossier quel que soit l'urgence. On note encore un pourcentage fort de 28,1% de patient refusant le partage de leur dossier entre les professionnels de santé.

III-1-B-b5 : la salle d'attente

Voyons ce que pensent les patients du partage de la salle d'attente au sein de la MSP. Nous leur avons demandé s'ils voulaient une salle d'attente commune à tous les professionnels de la MSP, commune seulement aux médecins ou séparée pour chaque professionnel (tableau 10 et figure 17).

	Commune pour tous	Séparée	Commune que médecins	Ne sait pas
Total	74	31,8%	85	36,5%

Tableau 10 : Partage de la salle d'attente au sein de la MSP

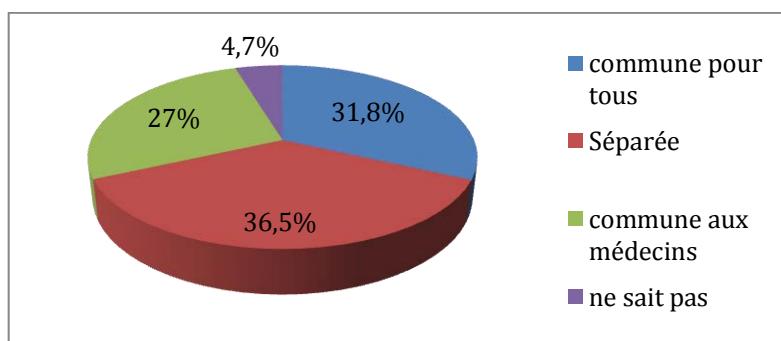


Figure 17 : Partage de la salle d'attente

Concernant la salle d'attente, les avis restent divisés. On constate quand même 36,5% de patients préférant une salle d'attente séparée.

III-1-B-c : Concernant le fonctionnement de la maison de santé pluriprofessionnelle

Après avoir vu les résultats concernant l'organisation des MSP en général et le regroupement des professionnels de santé au sein de la MSP, nous allons nous intéresser au fonctionnement de cette MSP.

Nous allons voir successivement ce qu'espèrent les patients sur la qualité et la vitesse de prise en charge au sein de la MSP et voir si elles seront modifiées par rapport aux cabinets existants à l'heure actuelle. Nous terminerons en comparant les avantages et les inconvénients d'une telle structure du point de vue des patients.

III-1-B-c1 : qualité des soins

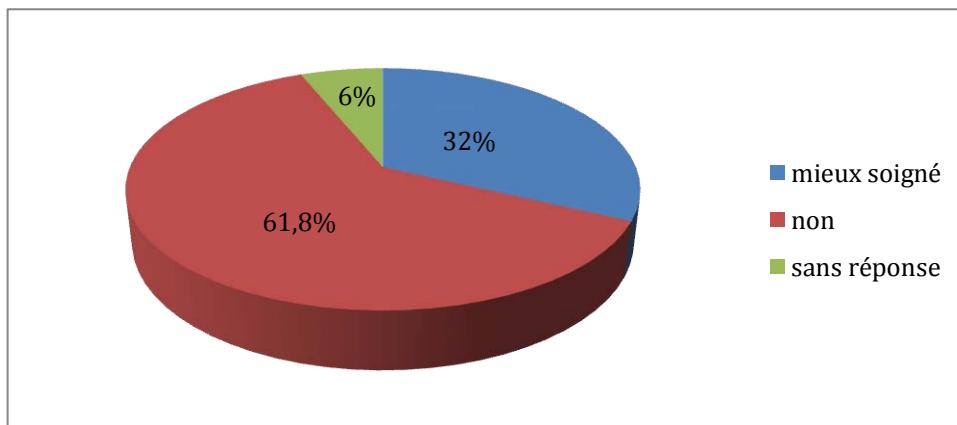


Figure 18 : Qualité des soins en MSP

Une forte majorité de patients à 61,8% estime qu'il n' aura pas d'amélioration de la qualité des soins au sein de la MSP par rapport aux soins qu'ils reçoivent actuellement au moment du remplissage du questionnaire. Seulement 32% pensent qu'ils seront mieux soignés au sein de la MSP (figure 18).

III-1-B-c2 : rapidité de prise en charge :

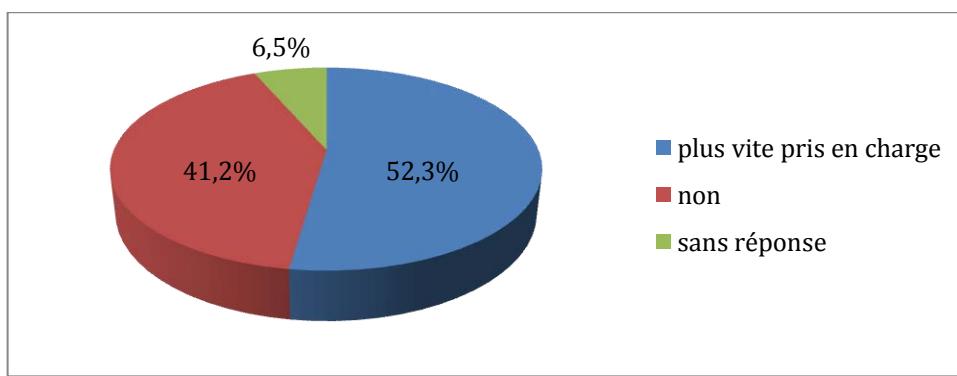


Figure 19 : Vitesse de prise en charge dans une MSP

Pour ce qui est de la rapidité de prise en charge, 52,3% des patients espèrent être plus vite pris en charge par rapport à leur cabinet actuel. On note cependant 41,2% de patients ne pensent pas être plus vite pris en charge au sein de la MSP (figure 19).

Nous allons terminer les résultats concernant les patients avec deux questions ouvertes pour une plus grande liberté de réponse de la part des patients et qui concernent les avantages et les inconvénients d'une MSP

III-1-B-c3 : avantages de la maison de santé pluri professionnelle

Les avantages d'une MSP énumérés par les patients sont :

- *des avantages pour eux-mêmes* comme :
 - la proximité ;
 - une offre de soins plus large ;
 - une rapidité de prise en charge ;
 - une structure plus moderne qui permette de savoir où s'adresser rapidement
- *des avantages pour les professionnels de santé* qui vont l'intégrer comme :
 - une succession plus facile pour les médecins et un évitement des déserts médicaux ;
 - une même vision de travail ;
 - un partage des tâches ;
 - une permanence de soins assurée par la présence constante d'un professionnel de santé au sein de la MSP.

III-1-B-c4 : inconvénients de la maison de santé pluri professionnelle

Les inconvénients d'une MSP énumérés par les patients sont :

- *des inconvénients pour eux-mêmes* comme :
 - des problèmes de confidentialité, un manque de discréetion et une peur de rupture du secret médical ;
 - la crainte de délais plus longs pour obtenir des rendez-vous ;
 - la plainte d'un manque de communication avec la population concernant la création et le fonctionnement de cette MSP.
- *des inconvénients pour les professionnels de santé* qui vont l'intégrer avec :
 - une concurrence qui va s'installer entre les professionnels ;
 - une peur d'une mésentente entre eux ;
 - le coût de fonctionnement demandé aux professionnels.

III-2 : Réponses des internes de médecine générale

Nous allons maintenant nous intéresser, après les patients, aux résultats des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy.

III-2-A : Description de la population répondante

Décrivons en premier lieu la population d'internes ayant répondu au questionnaire. Nous avons eu 90 réponses sur 320 internes étudiant à la faculté de médecine de Nancy au moment de la mise en ligne des questionnaires, soit 28,1% de réponses.

Parmi ces réponses :

- ❖ la répartition concernant le *niveau d'études des étudiants* en médecine générale nous donne des résultats intéressants (figure 20A) :
 - 47 réponses sur 69 en troisième année du troisième cycle des études médicales (TCEM 3) (5^{ème} et 6^{ème} semestre) soit 68,1% de participation ;
 - 31 sur 121 en deuxième année du troisième cycle des études médicales (TCEM 2) (3^{ème} et 4^{ème} semestre) soit 25,6% de participation ;
 - 12 sur 130 en première année du troisième cycle des études médicales (TCEM 1) (1^{er} et 2^{ème} semestre) soit 9,2% de participation.

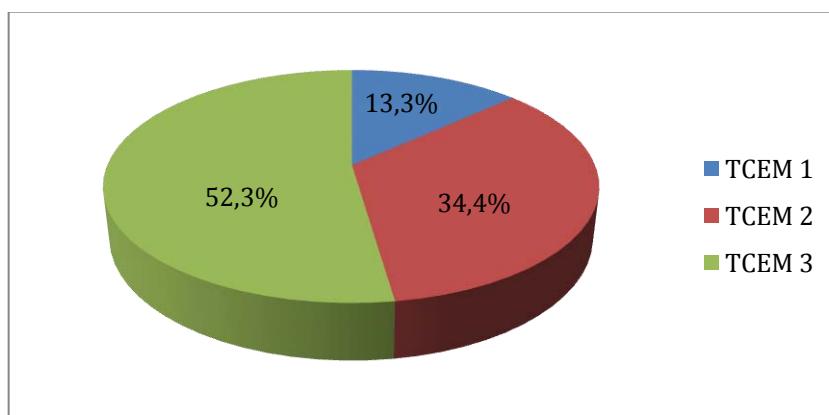


Figure 20A Répartition des internes selon l'année d'internat

- ❖ La répartition *par sexe* était de 49 filles (soit 54,4%) et 41 garçons soit (45,6%).
- ❖ La répartition des internes *ayant fait leur stage chez le praticien* donne les résultats suivants :
 - Concernant les TCEM 1, un seul a réalisé son stage chez le praticien car celui-ci est accessible seulement aux 2^{ème}s semestres et aucun n'a remplacé ;
 - Concernant les TCEM 2, 14 ont fait leur stage praticien et 4 ont déjà remplacé ;
 - Concernant les TCEM 3, seulement 4 n'ont pas encore fait leur stage praticien et on compte 25 personnes qui ont déjà remplacé.

III-2-B : Description des réponses

Nous allons maintenant décrire les résultats des internes tout d'abord concernant leur pro et d'installation, puis les relations avec les autres professionnels de santé au sein de la MSP, le fonctionnement de la MSP et enfin les généralités sur les MSP.

III-2-B-a : concernant l'installation

Dans un premier temps, nous allons voir le mode d'installation souhaité par les internes de médecine général : nous leur avons donné le choix de s'installer seuls, en maison médicale, en maison pluri professionnelle ou autre comme à l'hôpital par exemple et puis dans un deuxième temps, nous verrons les relations entre professionnels au sein de la MSP.

- *Globalement* le mode souhaité par les internes de médecine est au regroupement avec 44,5% en maison médicale et 36,6% en maison de santé pluri professionnelle (tableau 11 et figure 20B) :

Seul	6	6,7%
Maison médicale	40	44,5%
Maison pluri professionnelle	33	36,6%
Autre	11	12,2%

Tableau 11 : Choix du mode d'installation des internes de médecine générale

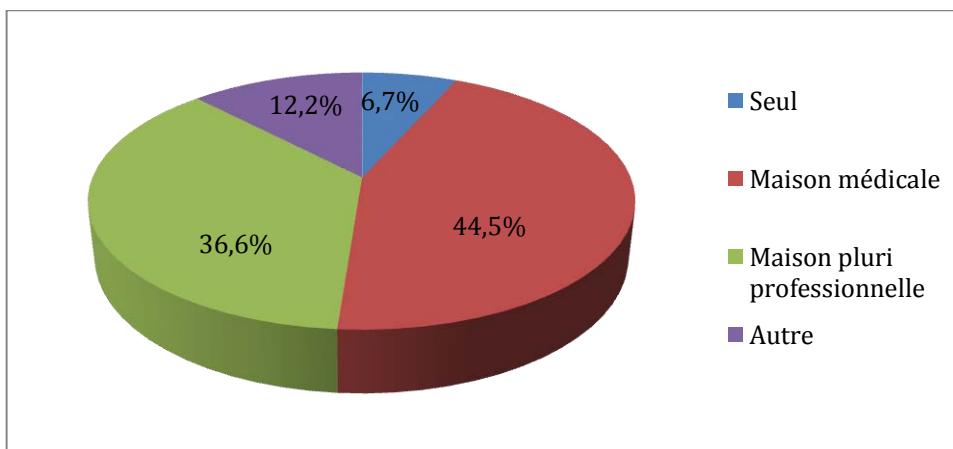


Figure 20B : Choix des internes de médecine générale concernant leur installation

On remarque qu'il existe un faible pourcentage d'internes préférant travailler seuls, taux relevé à 6,7%.

Nous avons par la suite voulu étudier les résultats concernant le mode d'installation en fonction des années d'études afin de voir s'il existait une différence en fonction de l'avancée des internes dans leurs stages d'internat et en fonction de leur réalisation ou non de remplacements.

Ces résultats sont détaillés en pages suivantes sous forme de tableaux et de graphiques.

- Pour ceux n'ayant pas fait leur stage praticien (soit 32 internes) on remarque une plus grande proportion d'internes 46,8% souhaitant un exercice en MSP (tableau 12 et figure 21).

Seul	4	12,5%
Maison médicale	10	31,3%
Maison pluri professionnelle	15	46,8%
Autre	3	9,4%

Tableau 12 : Choix d'installation des internes n'ayant pas réalisé leur stage praticien

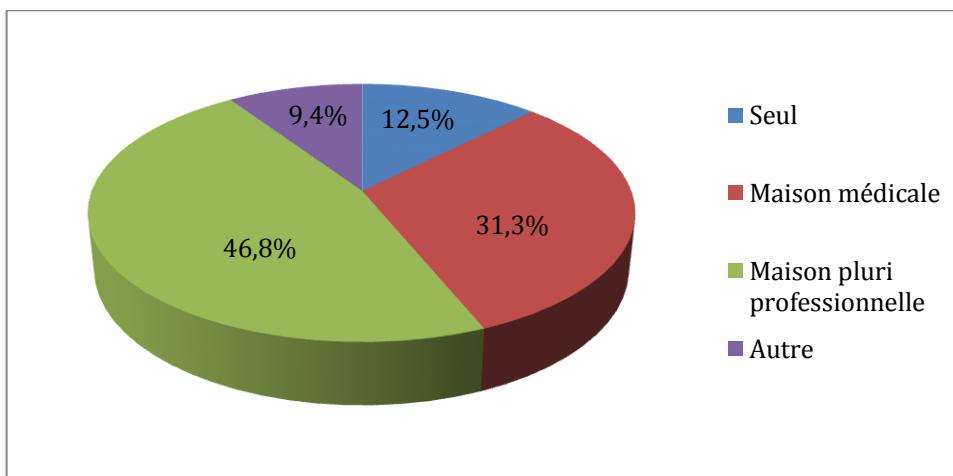


Figure 21 : Choix des internes n'ayant pas réalisé leur stage praticien

- Pour les internes ayant déjà réalisé le stage praticien (soit 58 internes), la proportion d'internes souhaitant travailler en MSP est abaissée à 31% et celle en maison médicale augmente à 51,7%. On remarque aussi que le pourcentage de ceux voulant exercer seul est abaissé à 3,4% (tableau 13 et figure 22).

Seul	2	3,4%
Maison médicale	30	51,7%
Maison pluri professionnelle	18	31%
Autre	8	13,9%

Tableau 13 : Choix d'installation des internes ayant déjà réalisé leur stage praticien

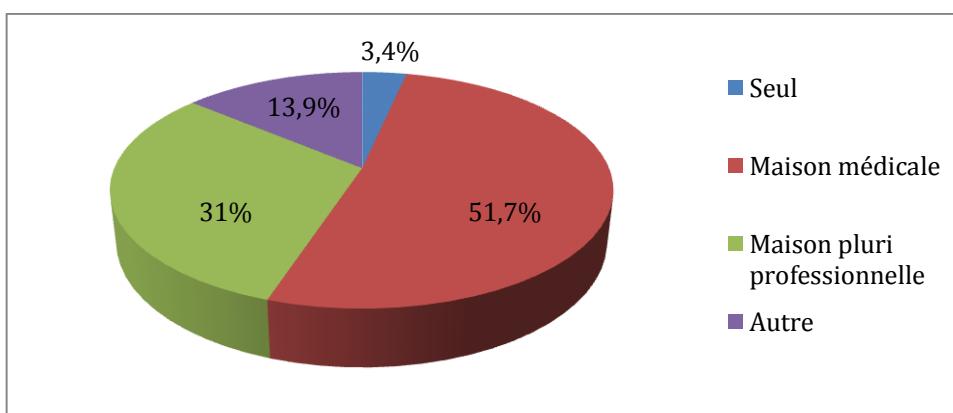


Figure 22 : Choix des internes ayant déjà réalisé leur stage praticien

- Enfin pour ceux ayant déjà effectués des remplacements (soit 29 internes), le pourcentage en maison médicale et donc en exercice mono professionnel est loin devant avec 62% et la MSP ne rencontre un succès que dans 24,1% (tableau 15 et figure 23).

Seul	1	3,5%
Maison médicale	18	62,0%
Maison pluri professionnelle	7	24,1%
Autre	3	10,4%

Tableau 15 : Choix d'installation des internes ayant déjà effectué des remplacements

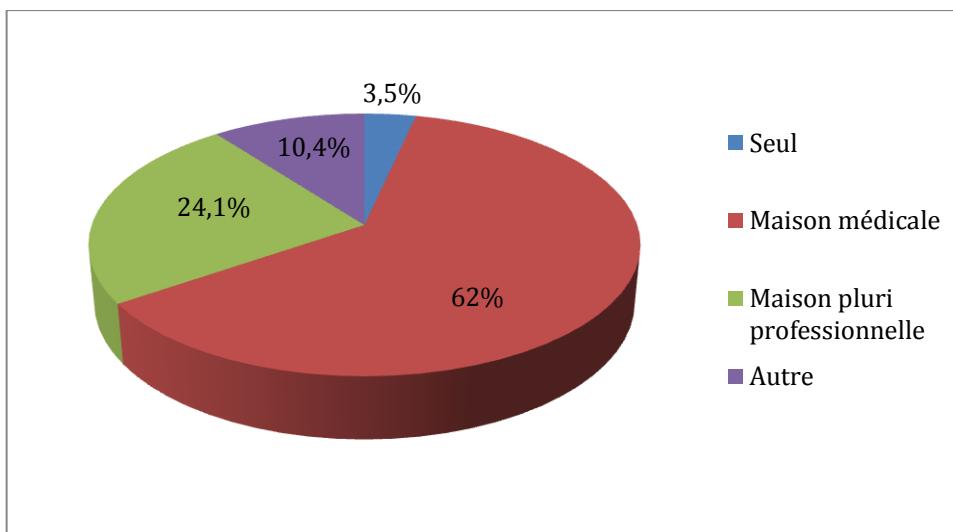


Figure 23 : Choix des internes ayant effectué des remplacements

On constate que les réponses varient en fonction de l'avancée dans les études et de la pratique médicale des internes et que la part de la MSP diminue de 46,8% à 24,1%.

III-2-B-b : Concernant les relations entre professionnels de santé

Nous avons demandé aux internes de se projeter dans une MSP et leur avons posé des questions concernant les relations professionnelles qu'ils pourraient avoir avec les autres professionnels de la structure.

Concernant les relations entre professionnels au sein d'une MSP, nous avons voulu savoir si les internes étaient prêts à partager leur patientèle entre confrères, à partager leurs dossiers médicaux avec les autres professionnels de santé en respectant la conformité avec la législation, et enfin s'ils étaient prêts à programmer des réunions entre médecins (appelées réunions de pairs) ou avec les autres professionnels de santé de la structure (réunions pluri professionnelles).

III-2-B-b1 : le partage de patientèle

Quelque soit l'urgence	34	37,8%
Seulement si urgence	48	53,3%
Pas de partage	8	8,9%

Tableau 16 : Partage de patientèle

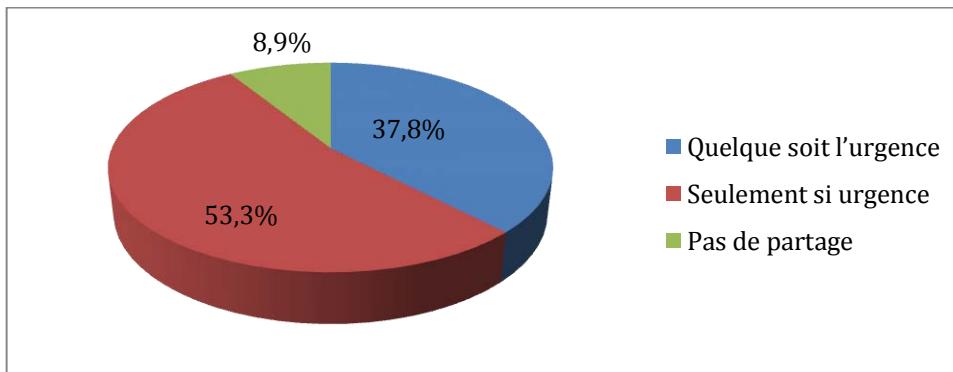


Figure 24 : Partage de patientèle

Il apparaît que si le travail en regroupement est recherché, seulement 37,8% des internes désirent une patientèle partagée contre 53,3% seulement dans un cas d'urgence

Nous retiendrons aussi le pourcentage élevé de 8,9% d'internes ne désirant aucun partage (tableau 16 et figure 24).

III-2-B-b2 : le partage de dossier informatisé

Pas de partage	4	4,5%
Seulement entre médecins	58	64,4%
Avec autres professionnels de santé	28	31,1%

Tableau 17 : Partage du dossier informatisé

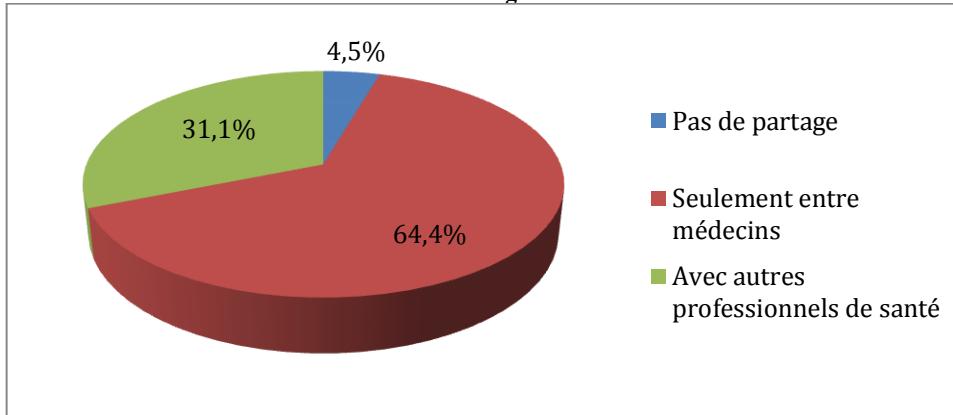


Figure 25 : Partage du dossier informatisé

Concernant le partage des données des dossiers médicaux, nous constatons qu'il n'a seulement que 31,1% des internes qui sont prêts à partager l'information avec d'autres professionnels d'autres disciplines, et que 4,5% n' sont pas prêts (tableau 17 et figure 25).

III-2-B-b3 : les réunions de pairs

Concernant les réunions entre médecins encore appelée réunions de pairs, 92,2% des internes y sont favorables.

III-2-B-b4 : les réunions pluri professionnelles

Pour ce qui concerne les réunions avec les autres professionnels, ce résultat est revu à la baisse mais on obtient quand même 68% d'internes favorables

On remarque malgré tout une vraie envie de collaboration surtout entre médecins. On peut noter un paradoxe avec les autres professionnels de santé où 68% voudraient participer à des réunions pluri professionnelles quand seulement 31 % seraient prêts à partager les dossiers des patients.

III-2-B-b5 : communication entre professionnels de santé

Nous allons nous intéresser aux relations entre les professionnels de santé entre eux au sein de la MSP et nous avons demandé aux internes s'ils pensaient qu'il pourrait avoir une meilleure communication avec les autres professionnels de santé lorsqu'ils seraient réunis au sein de la MSP.

Nous avons laissé la question ouverte pour une plus libre expression des internes.

Nous constatons que 68,9% des internes espèrent trouver au sein d'une MSP une meilleure communication entre les professionnels de santé contre 31,1%.

- Les arguments avancés par les *internes pour une meilleure communication entre professionnels de santé* sont la proximité géographique avec des bureaux côté à côté qui permettent un échange plus rapide et de visu par rapport au téléphone ou aux mails. De plus la MSP permettrait une meilleure connaissance de l'autre et de son travail. Enfin une meilleure entraide entre confrères pour les cas urgents et/ou difficiles est évoquée.
- Les *internes ne pensant pas trouver une meilleure communication* dans la MSP avancent le manque de temps, les horaires différents rendant les échanges peu probables comme par exemple lorsque certains professionnels ne sont présents qu'à temps partiel dans la MSP.

III-2-B-b6 : concernant la composition des professionnels de santé au sein de la maison de santé pluri professionnelle

Voici à présent l'avis des internes de médecine générale sur la composition en professionnels de santé d'une MSP

Nous avons voulu savoir si les internes considéraient certains professionnels comme indispensables pour une MSP et s'ils avaient ou non leur place au sein de la structure

Les résultats sont présentés dans le tableau 18 de la page suivante.

	Indispensable	A sa place	N'a pas sa place		
Médecin généraliste	83	92,2%	7	7,8%	0
Interne	10	11,1%	79	87,8%	1
Infirmière	62	68,9%	23	25,6%	5
Kinésithérapeute	48	53,3%	29	32,2%	13
Dentiste	14	15,6%	51	56,7%	25
Psychologue	7	7,8%	55	61,1%	28
Orthophoniste	6	6,6%	51	56,7%	33
Pharmacien	9	10%	31	34,4%	50
Médecin spécialiste	6	6,5%	60	66,7%	24

Tableau 18 : Composition de la MSP en professionnels de santé

Les avis sont partagés concernant la présence des professionnels de santé au sein de la maison de santé pluri professionnelle.

Le trio médecin-infirmière libérale-kinésithérapeute reste très largement en tête pour les professionnels indispensables au sein d'une MSP avec respectivement 92,2%, 68,9% et 53,3%

Pour la psychologue, le dentiste et l'orthophoniste, les avis sont plus mitigés. Ils ont leur place au sein d'une MSP mais ne paraissent pas indispensables au fonctionnement de celle-ci.

Les professionnels n'ayant pas leur place au sein d'une MSP sont en nette minorité les pharmaciens avec 55,6% puis les professions paramédicales tel que l'orthophoniste 36,7%, la psychologue 31,1%, le dentiste 27,7% et 26,8% pour les autres médecins spécialistes.

III-2-B-b7 : concernant l'influence du patient sur son choix du professionnel de santé autre que médecin généraliste

Nous avons demandé aux internes si le fait qu'un professionnel de santé, autre que médecin, soit implanté dans une MSP allait avoir une répercussion sur le nombre de patients vus par rapport au fait d'être installé seul (tableau 19).

	oui	non	
Pas de stage praticien	29	90,6%	3
Stage praticien réalisé	56	96,5%	2
A déjà remplacé	28	96,5%	1
Total	85	94,4%	5

Tableau 19 : Influence du patient sur son choix du professionnel de santé

La quasi-totalité des internes de médecine générale 94,4% pense que les patients vont être influencés dans leur choix de professionnel de santé et qu'ils se tourneront plus facilement sur un professionnel de santé exerçant au sein de la MSP où se trouve leur médecin traitant que vers un professionnel de santé exerçant dans un lieu distinct.

On constate que ce pourcentage augmente entre les internes n'ayant pas réalisé leur stage praticien (90,6%) et ceux l'ayant déjà réalisé (96,5%) ou ayant déjà remplacé (96,5%).

Ceci pose le problème de la concurrence au sein du système médical et remet en cause le libre choix de son interlocuteur de santé.

III-2-B-c : Concernant le fonctionnement de la maison de santé pluriprofessionnelle

Nous nous sommes interrogées sur les moyens mis en commun tel que la secrétaire et la salle d'attente et enfin sur le financement et le coût d'une telle structure

III-2-B-c1 : concernant le secrétariat

	Commun à tous les professionnels		Commun uniquement pour les médecins		Séparé pour chaque professionnel	
Pas de stage praticien	14	43,8%	15	46,9%	3	9,3%
Stage praticien réalisé	29	50%	23	39,6%	6	10,4%
A déjà remplacé	14	48,3%	11	37,9%	4	13,8%
Total	43	47,8%	38	42,2%	9	10%

Tableau 20 : Partage de secrétariat au sein d'une P

Les internes souhaiteraient un partage du secrétariat entre tous les professionnels de santé à 47% et uniquement entre les médecins à 42,2%. On ne retrouve pas de différence significative selon l'avancée des stages des internes (tableau 20).

III-2-B-c2 : pour la salle d'attente

	Commun à tous les professionnels		Commun uniquement pour les médecins		Séparé pour chaque professionnel	
Pas de stage praticien	10	31,3%	9	28,1%	13	40,6%
Stage praticien réalisé	12	20,7%	19	32,8%	27	46,5%
A déjà remplacé	4	13,8%	9	31%	16	55,2%
Total	22	24,5%	28	31,1%	40	44,4%

Tableau 21 : Partage de la salle d'attente au sein de la P

En ce qui concerne la salle d'attente 44,4% la veulent séparée pour chaque professionnel et seulement 24,5% commune à tous (tableau 21 et figure 26).

Il en ressortirait :

- une peur de perte de confidentialité sur qui consulte qui ;
- la peur des salles d'attentes bondées avec la transmission des microbes ;
- un problème de logistique : disposition de la salle d'attente par rapport aux différents cabinets et gestion de la salle d'attente (entrées et sorties multiples...)

Les « pour le partage » avanceraient l'idée de mutualisation des frais (le ménage et le secrétariat par exemple).

Nous allons voir les graphiques sur le partage de la salle d'attente à la page suivante

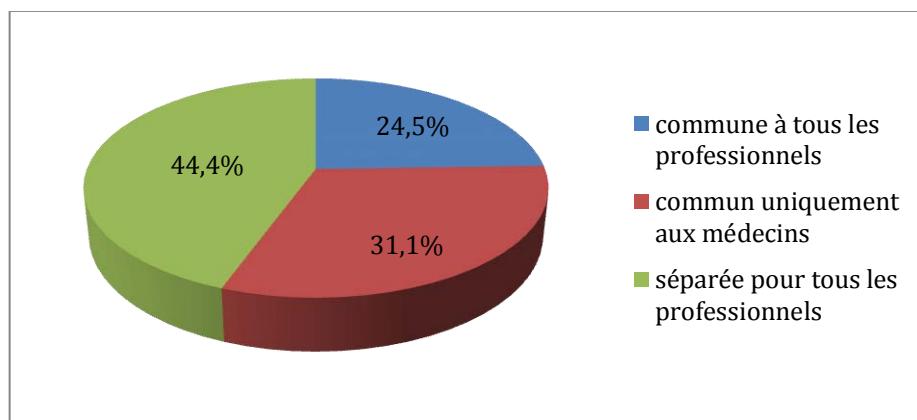


Figure 26 : Choix salle d'attente pour l'ensemble des internes

Pour la salle d'attente, on remarquera qu'avec l'avancée des stages, le pourcentage pour une salle d'attente séparée augmente de 40,6% à 55,2% et celui pour une salle d'attente commune à tous diminue de 31,3% à 13,8%. (figure 27,28 et 29).

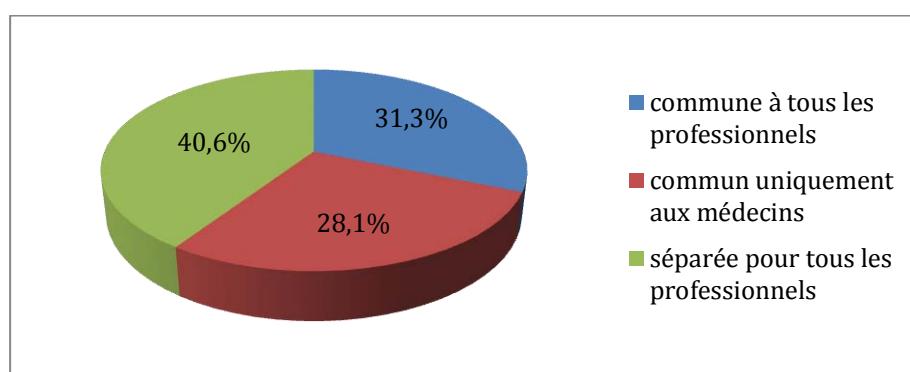


Figure 27 : Choix salle d'attente pour les internes n'ayant pas réalisé leur stage praticien

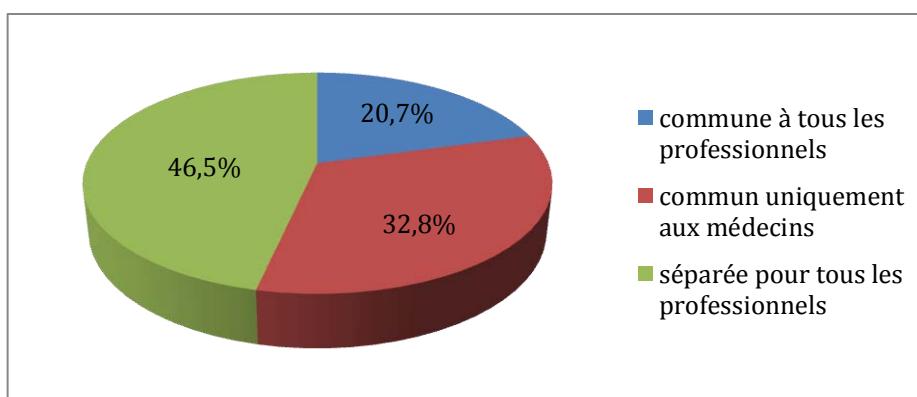


Figure 28 : Choix salle d'attente pour les internes ayant réalisé leur stage praticien

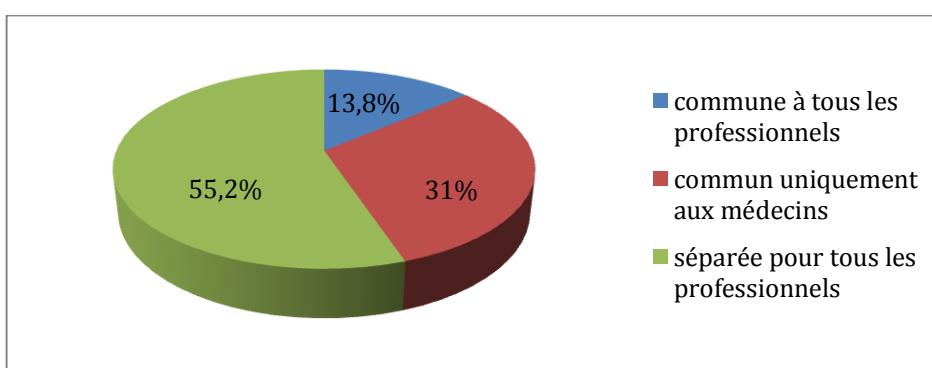


Figure 29 : Choix salle d'attente pour les internes ayant déjà remplacé

III-2-B-c3 : concernant le financement des maisons de santé pluri professionnelle

Nous nous sommes intéressée au financement des MSP s'il devait être public, privé ou commun. Les réponses sont mitigées avec 50% de financement commun tableau 22).

	privé		Privé et public		public	
Pas de stage praticien	12	37,5%	14	43,8%	6	18,7%
Stage praticien réalisé	12	20,7%	31	53,4%	15	25,9%
A déjà remplacé	9	31,1%	12	41,4%	8	27,6%
Total	24	26,7%	45	50%	21	23,3%

Tableau 22 : Financement des MSP

On ne remarque pas de franche évolution en fonction des stages pratiqués.

III-2-B-c4 : somme à investir par mois en euros au sein d'une P

Que le financement soit privé, public ou encore mixte, il existe un coût de fonctionnement qui regroupe le loyer, le secrétariat, l'informatique, les communications, le ménage et les charges (eau, chauffage, ordures ménagères et professionnelles, électricité...).

Nous avons demandé aux internes quelle somme ils étaient prêts à investir mensuellement s'ils devaient intégrer une telle structure (tableau 23).

En euros	moyenne	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	maximum
Pas de stage praticien	539	300	500	700	2000
Stage praticien réalisé	597	200	500	1000	2000
A déjà remplacé	550	200	400	1000	1600
Total	576	200	500	1000	2000

Tableau 23 : investissement mensuel d'une P

En moyenne, l'investissement mensuel est de 576 euros avec comme plus faible investissement à 0 euros et au plus fort à 2000 euros par mois.

On remarque qu'il n'y a que peu de différence entre l'ancienneté des internes avec 539 euros en moyenne pour ceux n'ayant pas réalisé leur stage pratique, 597 euros pour ceux l'ayant réalisé et 550 euros pour ceux ayant déjà effectué des remplacements.

III-2-B-d : Concernant les généralités sur les maisons de santé pluri professionnelles

Après avoir vu les résultats des internes de médecine générale concernant leur installation future, les relations avec les autres professionnels au sein de la MSP et le fonctionnement d'une MSP, voici leurs résultats concernant les généralités des MSP.

Nous allons dans un premier temps voir le point de vue des internes sur l'intérêt des MSP sur la désertification médicale puis les critères requis par les internes pour intégrer une MSP et enfin les avantages et inconvénients d'une MSP

III-2-B-d1 : concernant l'intérêt des maisons de santé pluridisciplinaires par rapport à la désertification médicale

	LA solution		UNE solution		Inutiles	
Pas de stage praticien	2	6,2%	23	71,9%	7	21,9%
Stage praticien réalisé	1	1,8%	39	67,2%	18	31%
A déjà remplacé	0	0%	18	62%	11	38%
Total	3	3,3%	62	68,9%	25	27,8%

Tableau 24 : Intérêt des MSP pour la désertification médicale

Nous avons demandé aux internes de médecine générale leur avis sur l'intérêt et l'utilité des MSP et il s'avère que 27,8% les trouvent inutiles pour pallier au déficit géographique des médecins généralistes alors qu'une majorité à 68,9% pense qu'elles sont UNE solution (tableau 24).

On remarque que plus les internes sont avancés dans leurs stages et plus le pourcentage d'inutilité des MSP à la démographie médicale augmente en passant de 21,9% à 38% alors que les MSP étant UNE solution diminue de 71,9% à 62%. La MSP n'est LA solution que pour 3,3% d'entre eux

III-2-B-d2 : concernant les facteurs influençant le choix d'une maison de santé pluri professionnelle

Si les MSP semblent être une solution pour la majorité des internes de médecine générale de Nancy, intéressons-nous aux critères que doit présenter une MSP pour être choisie par un interne.

Nous avons pour cette question défini cinq critères principaux qui sont le lieu d'implantation de la MSP, les collaborateurs, le secrétariat partagé, le dossier informatisé partagé et le coût de fonctionnement.

Nous avons demandé aux internes de classer les critères du plus important au moins important pour eux s'ils devaient choisir une installation en MSP.

Nous avons donc attribué 5 points au premier choix, 4 points au deuxième choix, 3 points au troisième choix, 2 points au quatrième choix et 1 point au cinquième choix et avons fait un calcul pondéré. Les résultats obtenus sont sous forme de pourcentage et nous les avons récapitulés dans le tableau 25 se trouvant dans la page suivante.

	Pas de stage praticien	Stage praticien réalisé	A déjà remplacé	Total
Lieu d'exercice	128	241	126	365
	80%	83,1%	86,9%	81%
Choix des collaborateurs	118	203	97	317
	73,8%	70%	66,7%	70,4%
Coût de fonctionnement	120	193	101	309
	75%	66,6%	69,6%	68%
Informatisation et partage de dossiers	69	131	65	200
	43,1%	45,1%	44,8%	44%
Secrétariat commun	57	102	46	159
	35,6%	35%	31,7%	35,3%

Tableau 25 : Facteurs influençant le choix d'une P pour les internes

Pour le calcul du total des points, on a comptabilisé 90 internes qu'on multiplie par 5 donc $90 \times 5 = 450$ ce qui nous donne la note la plus élevée pour l'ensemble des internes. Pour le pourcentage d'importance on fait par exemple pour le lieu $365 \times 100 / 450 = 81\%$ sur l'ensemble des internes : à 81% le lieu est une donnée importante (tableau 25).

On constate que le lieu d'exercice est l'élément le plus important pour le choix d'intégration d'une MSP (81% pour l'ensemble des internes de MG, 86,9% pour ceux ayant déjà effectué des remplacements).

On a ensuite le choix des collaborateurs et autres professionnels de santé qui vont intégrer la MSP (70,4%) et suivi de près par le coût de fonctionnement de la structure (68%). Le secrétariat partagé ainsi que l'informatisation et le partage de dossier n'interviennent qu'en dernière position avec respectivement 35,3% et 44%.

III-2-B-d3 : concernant les avantages d'une maison de santé pluri professionnelle

Les derniers résultats concernent les avantages et les inconvénients que doivent présenter une MSP.

Nous avons formulé des questions ouvertes afin que les internes puissent s'exprimer librement.

Concernant *les avantages*, on retrouve :

- Une facilité de communication avec un enrichissement culturel et la possibilité de réaliser des formations médicales continues avec les confrères ;
- Une mutualisation des coûts de fonctionnement, une facilité de matériel (locaux, secrétariat, outils onéreux mis en communs) ;
- Des remplacements assurés et un remède à l'isolement ;
- Une meilleure prise en charge avec une diversité des compétences, un meilleur suivi du patient grâce au dossier unique partagé ;
- Les nouveaux modes de rémunération ;
- Une réponse aux besoins nationaux.

III-2-B-d4 : concernant les inconvénients d'une maison de santé pluriprofessionnelle

Concernant *les inconvénients*, on retrouve :

- Un coût plus élevé d'autant plus que la structure est grande ;
- Une perte de liberté avec un manque de souplesse d'organisation du travail (horaires, bureaux partagés...) ;
- Une peur de mésentente avec les autres professionnels de santé ;
- Une stigmatisation des MSP réservées aux déserts médicaux ;
- Une rupture du secret médical avec le dossier partagé ;
- Un manque de discrétion pour des salles d'attentes communes ;
- L'organisation de réunions chronophages ;
- La localisation excentrée ;
- Une structure importante délaissant les petits villages ruraux et un assèchement de l'offre de soin aux alentours

IV- Discussion

Dans cette dernière partie, nous allons étudier les réponses par rapport aux populations étudiées, à l'organisation des MSP, le regroupement des professionnels de santé, le fonctionnement des MSP et enfin les avantages et inconvénients de ces dernières.

IV-1 : Concernant la population étudiée

IV-1-A : Patients

La répartition en âge de la population étudiée nous paraît sensiblement superposable à la population ayant fréquenté les cabinets des trois généralistes du Val d'Aol pendant la période de dépôt des questionnaires.

La répartition en sexe est différente car elle est composée de 50,8% de femmes et 49,2% d'hommes pour la population ayant consulté sur la période du 10 Octobre au 1^{er} décembre alors que la répartition des réponses aux questionnaires est de 61,3% de femmes et 38,7% d'hommes

Les femmes semblent être plus disposées à répondre à des questionnaires.

Nous pouvons également parler du biais d'échantillonnage pour nos réponses car pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pris en compte que la patientèle du Dr Curien pour la population sondée pendant cette période et non celle des trois cabinets du Val d'Aol

IV-1-B : Internes de médecine générale

Nous n'avons pas pu obtenir les adresses mails de tous les internes de médecine générale de la faculté de Nancy pour des raisons de confidentialité.

Il existe donc un biais d'échantillonnage car on ne retrouve pas de proportions identiques entre les trois années de médecine : au total nous avons eu 90 réponses sur 320 internes soit 42% de participation pour les TCEM3, 25,6% pour les TCEM2 et 9,2% pour les TCEM1 (figure 20A).

Les questionnaires sont restés anonymes pour une plus grande liberté de réponse. Mais il peut exister un biais d'échantillonnage car nous n'avons pas pu contrôler qu'un interne ne puisse y répondre plusieurs fois et nous n'avions pas mis en place de système permettant un tel contrôle.

Si on reprend les réponses, on note un faible pourcentage (figure 6) de stages proposés par la faculté chez des praticiens en maisons de santé pluri professionnelles et en maisons médicales. On peut donc se demander si les internes de médecine générale sont bien au courant du fonctionnement de ces maisons de santé.

IV-2 : once rnant l'organisation des maisons de santé pluri professionnelles en général

IV-2-A : Le financement

IV-2-A-a : la construction des locaux

Une maison de santé pluri-professionnelle coûte en moyenne un à deux millions d'euros (14bis) et est la plupart du temps financée par les collectivités territoriales pouvant aller jusqu'à 80% (comme la MSP de Vigneulles dans la Meuse).

Pour les patients, le financement devrait être mixte entre les professionnels et les collectivités à 57% ; pour les internes, ce chiffre descend à 50%.

Concernant la maison de santé pluri professionnelle du Val d'Argent, la commune finance le projet et fait payer des loyers aux professionnels jusqu'au remboursement complet de l'emprunt. Ces mêmes professionnels pourront par la suite racheter les locaux. Mais certaines communes ne proposent pas ce type de rachat et pourraient faire diminuer les loyers pour couvrir les frais de la MSP, sans faire de profit auquel elles n'ont pas le droit.

IV-2-A-b : le coût de fonctionnement des MSP

Nous avons vu que le coût de fonctionnement d'une maison de santé pluri professionnelle est le troisième élément pris en compte par les internes pour leur choix d'installation (68%) (tableau 25).

Nous leur avons donc demandé ce qu'ils comptaient investir par mois pour le fonctionnement d'une MSP s'ils devaient en intégrer une. Dans ce fonctionnement, nous avons inclus le secrétariat, le loyer, les charges, l'informatique, les communications et la femme de ménage (tableau 23).

Alors que le coût moyen pour un médecin au sein d'une maison de santé pluri professionnelle est de 2000 euros, on découvre qu'en moyenne les internes ne veulent mettre qu'un peu plus qu'un quart de cette somme soit 575 euros (tableau 23).

Cet écart est sans doute dû à une méconnaissance et une sous-évaluation des frais de fonctionnement d'une MSP, mais l'écart est suffisamment important pour être **un vrai frein à l'installation des jeunes en maison de santé pluri professionnelle**.

S'il faut investir 2000 euros par mois, les jeunes préféreront sûrement acheter plutôt que louer des locaux afin de récupérer un certain capital au moment de la retraite ; la revente de ce bien qui servira à payer les cotisations de l'Urssaf (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales). Ces cotisations dues après la mise à la retraite étaient auparavant comblées par le rachat de la patientèle, qui ne se fait donc plus, et le médecin d'autrefois exerçait au sein de son domicile et donc récupérait son bien à la retraite.

IV-2-B : L'arrivée de jeunes médecins généralistes

IV-2-B-a : le point de vue des patients

Du point de vue des patients, la MSP va contribuer à l'attractivité des jeunes (79,4%) et à régler le problème de désertification. C'est d'ailleurs un des objectifs du plan de stratégie nationale de santé concernant ces MSP.

Pour les patients, il existe :

- une attractivité du fait d'une mise aux normes locaux ce qui est confirmé par les internes ;
- une rupture d'isolement ;
- une possibilité de partage des informations entre professionnels ;
- une certaine facilité pour l'organisation des gardes ;
- une mutualisation des moyens avec le secrétariat partagé et les locaux uniques.

Mais les patients ont aussi peur que cela n' contribue pas à 20,6% du fait de l'éloignement géographique et d'un désintérêt des jeunes généraliste pour la campagne

En conclusion, on constate que la MSP suscite des espoirs chez les patients pour le maintien des médecins généralistes dans le territoire et que les avantages semblent primer sur les inconvénients futurs.

IV-2-B-b : le point de vue des internes

Si pour les patients la MSP semble porter de vrais avantages pour l'offre et la pérennité des soins, qu'en est-il pour les internes ?

La majorité souhaiterait s'installer en maison médicale 44,44% et en MSP à 36,7% mais on remarque encore que 6,7% souhaitent s'installer seuls

- Alors que les stages chez le praticien proposés par la faculté de médecine de Nancy sont principalement réalisés chez des praticiens exerçant seuls en cabinet, et alors que les stages les moins nombreux se font chez des praticiens en maisons médicales ou maisons pluri professionnelles, on note un vrai plébiscite des internes de médecine générale pour les maisons médicales mono professionnelles.

Avec l'expérience et l'avancée dans les études, **l'exercice en cabinet seul est de moins en moins considéré**, ce qui tendrait à montrer que les stages offrent une vision plus négative de cet exercice isolé (tableau 11).

On constate que **le regroupement est de plus en plus souhaité et recherché** : le regroupement mono professionnel semble répondre davantage aux attentes des internes (tableau 11) que le regroupement pluri professionnel au sein d'une MSP

- Ensuite, on remarque que d'autres installations sont envisagées comme l'hôpital, ce pourcentage restant constant (tableau 11). Donc pour les internes de médecine générale, **l'exercice mono/pluri professionnel est le mode d'exercice privilégié par les internes et que les internes ne veulent plus d'un exercice isolé**.

- Par ailleurs pour les internes, si 69% d'entre eux pensent que les MSP peuvent contribuer au problème de désertification médicale, 27,8% n' croient pas **Ce qui semble être stratégique pour les patients ne correspond pas au point de vue des internes.**
- Les avantages du secrétariat et du partage informatique ne sont que secondaires (tableau25). Ce qui prime, c'est la localisation, le coût et le choix des collaborateurs. Autant dire que **construire une maison de santé sans professionnels dûment motivés risque d'être une erreur et un non-sens** : intégrer une MSP seul n'est pas concevable tant sur le principe même que sur la contrainte financière.

Une MSP dont les celles sont occupées pourra-t-elle accueillir (voire refuser...) l'arrivée d'un(e) généraliste ou bien celui-ci devra-t-il s'installer « seul en face », posant ainsi la question de la liberté d'installation ?

Une MSP va ouvrir au Val d'Aol où trois médecins sont déjà installés : un jeune généraliste qui voudrait s'installer au Val d'Aol risque de ne pas y trouver sa place et de devoir attendre la mise à la retraite d'un des trois ? Cela pose également un problème déontologique et surtout dans le futur à dix ou quinze ans quand les MSP seront « complètes » de l'installation des futurs généralistes.

De plus, on revient au coût de fonctionnement plus important que dans un cabinet isolé, ce qui restera un frein et enfin la collaboration avec les autres professionnels qui, si elle s'avère difficile, ne permettra pas de remplir les MSP.

- Il a une part non négligeable d'internes qui choisissent la médecine générale pour ne plus être confrontés à la hiérarchisation et le travail en équipe que nous connaissons depuis le début de nos études à l'hôpital, ces réponses émanent de ceux qui veulent s'installer en maison médicale mono professionnelle et/ou isolé à 51,2% (tableau 11).

Rappelons que nous restons **une profession libérale** et que les professionnels restent indépendants au sein de la MSP, qu'il ne doit **pas y avoir de subordination entre professionnels** (crainches soulevées par les IDE et les paramédicaux (33)).

- On peut remarquer déjà que le **lieu d'installation** (qui prime quant au choix à l'internat) est choisi dans une plus grande proportion pour les départements dans le sud de la France et les grandes villes telles que Paris, Lyon et Marseille. A Nancy, on remarque souvent des postes non attribués à l'internat en médecine générale (10).

Quant au choix des praticiens pour le stage d'internat, ce sont les stages en ville qui sont choisis en premier au délaissage de ceux en campagne. Le lieu géographique de l'installation dépend souvent du choix du lieu de l'internat qui conditionne l'installation définitive et non de la présence d'une MSP ou pas (10) : le « réseau » de connaissances professionnelles se faisant sur les lieux de stages de l'internat

IV-2-C : Concernant la composition des professionnels de santé au sein de la maison de santé pluri professionnelle

Nous avons vu que le choix des collaborateurs reste un choix primordial pour intégrer une MSP d'autant plus que ces dernières ne peuvent voir le *our que s'il* a un minimum de deux médecins et un travail en inter pluri professionnalité avec d'autres professionnels de santé

- *Pour les patients*, s' a oute le dentiste comme indispensable et les autres professionnels qui ont leur place. On note encore le pourcentage important de 45% qui considèrent que le pharmacien n'a pas sa place (tableau 6).
- *Pour les internes*, une MSP doit comporter médecins, IDE et kinésithérapeutes. Un faible pourcentage est accordé aux autres professionnels de santé et un tiers pensent que le psychologue, le dentiste, les spécialistes et l'orthophoniste n'ont pas leur place. On remarque le fort pourcentage de 55% décerné aux pharmaciens (tableau 18).

On retrouve toujours le **trio fort de médecin, infirmières et kinésithérapeute** avec un travail complémentaire comme à l'hôpital, d'où l'impression de hiérarchisation et de subordination évoquée plus haut.

Le travail de l'IDE et du kinésithérapeute sont étroitement liés à la prescription du médecin alors que le psychologue, le dentiste et l'orthophoniste sont des professionnels que l'on consultera plus librement.

Pour les autres professionnels tels que psychologue, diététicienne, orthophoniste, la plupart n'ont pas assez de travail pour rester toute la semaine au sein d'une MSP et se partagent le plus souvent entre plusieurs MSP. De plus la fréquentation de ces professionnels est moindre que celle du médecin, infirmière et kiné pour les actes courants et pour certains comme le psychologue, la diététicienne, les actes ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale et par les mutuelles, ce qui freine leur fréquentation.

Pour comprendre pourquoi certains paramédicaux ou le pharmacien ne peuvent avoir leur place au sein de la MSP, nous allons nous interroger sur l'influence de la MSP pour la présence et le choix d'un professionnel de santé.

Pour les pharmaciens, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Le pharmacien a une relation nettement plus commerciale avec le patient. La présence d'un pharmacien dans une maison de santé pluri professionnelle va avoir automatiquement une influence sur la fréquentation de son officine à l'instar de celles installées dans les galeries marchandes de grandes surfaces, mais à contrario, leur implantation est réglementée et contingentée : dans un village avec une seule pharmacie, cela n'aura pas d'incidence majeure. Si on peut imaginer deux médecins ou deux infirmières ou deux kinésithérapeutes au sein d'une même MSP, il n'est pas envisageable d'avoir deux pharmaciens, ce qui enlève tout choix au patient.

Pour les autres paramédicaux, la prescription « médicale » semble hiérarchiser leur fonctionnement, subordonner et limiter le libre choix du patient par rapport aux autres professionnels installés ailleurs.

IV-3 : Concernant le regroupement des professionnels de santé

IV-3-A : Influence de la maison de santé sur le choix du professionnel

La question est de savoir si un patient sera influencé de voir tel ou tel paramédical s'il consulte au sein de la même MSP que son médecin traitant. Le constat est sans appel : 45,9% se sentiront influencés et 4,1% iront voir un autre professionnel qui ne sera pas dans la MSP (tableau8).

Ce résultat se confirme car 94,4% des internes pensent que les patients vont être influencés sur leurs choix de professionnels de santé.

Ceci pose également le problème de l'assèchement des territoires alentours, obligeant les paramédicaux à intégrer une MSP pour pouvoir continuer à garder leur patientèle, mais également à plus longue échéance celui de l'installation dans les décennies à venir des « nouveaux » jeunes généralistes dans les MSP déjà « occupées » : quid de la libre installation ?

Pour le pharmacien, chaque pharmacie peut appliquer son tarif pour tel ou tel médicament. Si une pharmacie s'associe à une MSP, les patients seront influencés et iront acheter leurs médicaments et il n' aura plus de concurrence pour les tarifs d'autant plus qu'il n' a pas de libre installation d'officine comme c'est le cas pour les médecins et les paramédicaux.

IV-3-B : Communication entre les professionnels

Les MSP doivent contribuer à une meilleure prise en charge grâce à la coopération interprofessionnelle au sein de cette MSP.

Pour réaliser une meilleure prise en charge interprofessionnelle, il existe des réunions soit mono professionnelles seulement entre médecins appelées réunions de pairs, et des réunions avec les autres professionnels de santé appelées réunions pluri professionnelles. Au cours de ces réunions, des dossiers nécessitant une pluri professionnalité dans leur prise en charge sont discutés, c'est aussi le moyen de mettre ses connaissances à jour pour les réunions de pairs. Il faut donc que l'on puisse accéder à un partage de dossier et que les patients acceptent de voir indifféremment les médecins pour une bonne continuité des soins.

Ceci nous amène à une question concernant la communication entre les professionnels. D'après les patients, 76,4% (tableau 14) espèrent une meilleure communication, tout comme les internes qui sont 69% à le penser.

- Les éléments clés seraient une *proximité géographique* avec seulement un couloir à traverser pour avoir un avis, voire une consultation à deux professionnels pour un cas délicat ou difficile ou en cas d'urgence, une meilleure connaissance du travail des autres professionnels.
- Se pose la question du temps à consacrer à ces *réunions*, de la disponibilité et du bon vouloir de chacun pour y participer. Le secrétariat partagé pourrait régler ces temps de rencontre.

- Il existe déjà des moyens de mieux communiquer pour les généralistes, entre eux ce qu'on appelle des réunions de pairs, et d'ailleurs 92,2% souhaitent y participer. Pour les réunions pluri professionnelles, ce sont 67,8% qui veulent y participer. Cette collaboration est souhaitée mais la plupart du temps irréalisable par manque de temps et d'organisation. Ces réunions sont aussi possibles si l'on n'adhère pas à une MSP comme par exemple l'examen d'un patient à son domicile par le médecin et l'infirmière, par le médecin ou le kinésithérapeute, par l'infirmière et le service social...
- Concernant le partage de la patientèle et le regroupement entre médecins, il nous paraissait judicieux de savoir si les patients étaient prêts à voir indifféremment les médecins de l'établissement. 41,2% nous répondent que oui contre 49,8% qui ne veulent pas consulter un autre médecin sauf s'il s'agit d'une urgence. Par contre 9% ne veulent absolument pas changer de médecin (tableau 7). Au total ce sont 58,8% de patients qui ne sont pas prêts à changer de médecin pour les actes quotidiens tels les renouvellements d'ordonnances et le suivi quotidien.
- Alors que les MSP sont présentées comme l'élément phare palliant à la désertification médicale et au manque de recours au soin par la SNS, il y a des avantages avec des réponses tant par les patients (79,4%) que celles des internes (72,2%) comme étant LA solution (3,3%) et UNE solution (68,9%) ; mais l'analyse plus fine des résultats des internes montre que plus ils sont avancés dans leur expérience professionnelle, plus ils sont nombreux (38% s'ils ont remplacé) pour juger de l'inutilité des MSP pour la démographie médicale (tableau 24).
- Les avantages mis en avant par les patients sont le fait qu'il aura toujours un médecin disponible pour les urgences et que si un médecin est absent, l'autre médecin pourra recevoir le patient. Il semble que les patients prennent les MSP pour des « mini hôpitaux » et « urgences » que ne sont pas les MSP.
- Les inconvénients vus par les patients sont plutôt la peur de la confidentialité limitée en raison du partage des informations, du dossier médical, de la proximité des lieux (salle d'attente plus ou moins communes) et un risque de concurrence entre les médecins qui pourrait voir le jour.

IV-3-C : Partage du dossier médical

Pour les patients, seulement 23,6% veulent bien un partage de leur dossier entre tous les professionnels et 33,5% ne veulent aucun partage. Même réflexion pour ceux pensant à une communication meilleure qui ne veulent aucun partage dans 28,1% des cas et avec les autres professionnels dans 27% des cas (tableau 9).

Du côté des professionnels, 4,4% des internes ne veulent aucun partage de dossier et seulement 31,1% avec les autres professionnels paramédicaux. On retrouve une majorité à 64,4% pour un partage uniquement mono professionnel entre médecins. Si l'on s'intéresse aux internes pensant qu'une meilleure communication s'installera, seulement 26,9% veulent un partage avec les autres professionnels et 28 % qui ne veulent aucun partage. Alors comment mieux communiquer si l'information n'est pas partagée ?

On remarque que les plus forts pourcentages de partage de dossiers entre les médecins sont approuvés par 40,4% des patients et 64,4% des internes. Ce qui s'explique par le partage d'une même vision et d'une même connaissance de l'approche médicale par le patient et le médecin.

IV-3-D : Le partage de patientèle entre médecins

Mais est-ce que ce partage peut se faire à n'importe quel moment ? Les patients sont-ils prêts à fréquenter indifféremment n'importe quel médecin de la MSP ?

Les patients ne veulent consulter que leur médecin traitant à 9% et ils sont prêts à aller consulter quelqu'un d'autre seulement pour les urgences à 49,8%.

De l'autre côté, les internes répondent similairement avec seulement 8,9% de non partage et 53,3% seulement pour les urgences.

On remarque que ce partage mono-disciplinaire semble bien ancré dans les esprits des patients et des futurs professionnels.

IV-4 : Concernant le fonctionnement de la maison de santé pluri professionnelle

Alors qu'en est-il de la qualité des soins attendus au sein d'une MSP si ce partage reste possible ?

IV-4-A : Qualité des soins

Au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle, doit-on seulement répondre à une meilleure offre de soins et de ce fait une qualité de soins en sortirait-elle améliorée ?

Pour les patients, ils ne pensent pas être mieux soignés à 61,8%.

Ceci n'est pas étonnant car les patients pensent toujours être aussi bien pris en charge par leur médecin ou les autres professionnels de santé qui les prennent en charge habituellement (39).

L'inconvénient mis en évidence pour la qualité des soins est que la maison de santé ne pourrait pas représenter toutes les spécialités médicales.

Mais là encore il ne s'agit que des soins primaires. La MSP ne doit pas servir de lieux de soins secondaires. Nous ne sommes pas dans un mini hôpital (39).

IV-4-B : Rapidité de prise en charge

Ce qui paraît étonnant, c'est que 52,4% des patients espèrent être pris plus vite en charge contre 41,2% qui pensent le contraire.

Les patients voient en cette maison de santé, un pôle de garde ouvert 24h/24 avec toujours un médecin en son sein.

Dans les avantages avancés par les patients on retrouve la disponibilité quasi constante d'un médecin, des urgences assurées le jour, la nuit et les jours fériés. Ils notent également la rapidité de prise en charge car la maison de santé permettra de concentrer tous les soins au même endroit et donc les patients sauront où s'adresser rapidement.

Ces résultats laissent à réfléchir car les consultations ne se feront pas plus vite, les horaires des professionnels seront sensiblement les mêmes. La disponibilité du médecin n'est pas extensible à l'infini, mais les plages d'horaires des médecins peuvent être complémentaires pour assurer une présence de 8h à 20h.

IV-4-C : La salle d'attente

La maison de santé doit-elle être un lieu de vie ? Concernant la salle d'attente les avis divergent puisque 31,7% veulent qu'elle soit commune à tous les professionnels de santé, 36,5% qu'elles soient séparées pour chacun des professionnels et 27% commune seulement aux médecins.

L'avantage de la salle d'attente commune pour les patients est de pouvoir se rencontrer et bavarder (avec pourquoi pas la présence d'un machine à café !) et pour les professionnels une mutualisation des frais.

L'inconvénient relaté par les patients est donc le manque de discréction car plus de patients au même endroit serait signe d'un manque de confidentialité. Les patients restent attachés au secret médical et ont donc peur de ne plus pouvoir consulter tel ou tel professionnel sans que tout le village soit au courant.

Un autre inconvénient mentionné est la promiscuité d'une salle d'attente commune bondée avec le risque d'« attraper la maladie chez le docteur ! »

IV-4-D : Le secrétariat

- Pour les patients, le secrétariat partagé serait un avantage pour prendre les rendez-vous, avoir le numéro du spécialiste, appeler le taxi...
- Les professionnels souhaitent à 47,8% un secrétariat commun pour tous pour une meilleure efficience et plus de rapidité (pas de perte de temps pour la prise de rendez-vous, les annulations, l'attente au bout du fil pour avoir un correspondant spécialiste ou hôpitaux, diminuer la paperasse, voir la comptabilité, la perception des bureaux...) Celui-ci servirait aussi à mutualiser les coûts.
- Mais dans les faits, ce sont souvent les médecins entre eux qui le partagent, les autres professionnels désirants être autonomes au niveau de ce secrétariat. Par exemple les infirmières sont le plus souvent autonomes pour leurs rendez-vous et le secrétariat serait une contrainte financière pour elles ; de même pour le dentiste dont l'assistante dentaire lui sert également de secrétaire : les intérêts de mutualisation professionnelle restent donc divergents et peuvent être source de conflits.

IV-5 : Généralités sur les maisons de santé pluri professionnelles

Nous allons terminer notre discussion sur les avantages et les inconvénients que présentent les MSP pour les patients et les internes de médecine générale.

IV-5-A : Avantage de la maison de santé pluri professionnelle

- Pour les patients, la MSP est effectivement avantageuse car on sait à qui s'adresser rapidement sous réserve de la présence du personnel administratif (secrétaire en l'occurrence) pour se renseigner et/ou se diriger vers la bonne porte.
- Pour les professionnels, les avantages concernent le nouveau mode d'exercice des médecins c'est-à-dire rompre l'isolement et travailler en groupe, ce qui se fait aussi au sein des maisons médicales. Par rapport à celles-ci, l'avantage d'être regroupé avec d'autres professionnels de santé est de trouver une offre de soins complète en un lieu unique et de trouver une structure aux normes notamment handicapées.

Les internes ontent aux avantages des MSP celui de l'assurance d'être plus facilement remplacé pour des vacances mais c'est également valable pour les maisons médicales. Pour la mise aux normes, les cabinets individuels vont devoir s' mettre eux aussi mais à leurs frais avant 2015 sauf dérogation : la MSP avec des locaux neufs et aux nouvelles normes présente donc un avantage certain par rapport aux anciens cabinets individuels..

IV-5-B : Inconvénients de la maison de santé pluri professionnelle

Terminons cette discussion par les inconvénients des MSP.

Les inconvénients sont communs à tout regroupement soit un surcoût par des charges plus importantes liées à des locaux plus importants.

De plus le regroupement peut engendrer plus de conflits entre des professionnels qui pourraient ne pas avoir la même vision. Il faut donc que tous adhèrent au projet et ne se sentent pas contraints par l'effet « mode » des MSP. Se posera alors la liberté d'installation pour les futurs jeunes médecins qui verront se fermer les portes des MSP affichant « complet » par ceux-là même qui ont bénéficié des deniers publics pour la constitution de leurs MSP : on retrouverait alors une configuration de pseudo dispensaire avec le risque de contingentement et la disparition de la liberté d'installation du généraliste dans le devenir futur.

Quant à l'offre de soins proposée, elle ne diffère pas des cabinets solos et peut parfois présenter des inconvénients en regroupant tous les soins en un lieu unique et asséchant les territoires aux alentours.

Ensuite, on retrouve des deux côtés une peur de la perte de confidentialité, de la rupture du secret médical surtout dans les villages où tout le monde se connaît.

V-Conclusion

On note que le sujet de la MSP est au cœur des discussions devant la forte réponse des patients et des internes et devant la parution de la nouvelle stratégie nationale de santé.

Du côté des patients, la MSP répond aux attentes des patients concernant la permanence des soins avec l'espoir de l'arrivée des jeunes généralistes pour empêcher la désertification médicale de certains territoires.

Mais du côté des internes, la MSP ne servira pas à les faire venir si elle ne se trouve pas dans un lieu qu'ils auront désiré pour leur installation future et avec les professionnels qu'ils auront choisis.

De plus se posent les problèmes du coût de construction et aussi surtout celui du coût de fonctionnement. Rappelons que le budget lié à la santé n'est pas au beau fixe depuis quelques années.

Les interrogations importantes qui trottent dans toutes les têtes sont la confidentialité des données médicales avec le dossier partagé, le dossier informatisé, le secrétariat unique pour tous les professionnels, des salles d'attentes communes

La MSP va se différencier de l'hôpital par le fait qu'elle se trouve généralement dans un territoire ou un village où la plupart des gens se connaissent, ce qui n'est pas le cas de l'hôpital ; mais elle n'a pas le rôle de soins secondaires hospitaliers à l'inverse de ce qu'espèrent trouver certains patients à l'annonce de la présence épisodique de certains spécialistes dans certaines « grosses » MSP avec consultations de chirurgiens, gynécologues, de cancérologues même...

L'attente du patient et des futurs médecins généralistes par rapport aux MSP est à la fois :

- nette de la part des internes pour répondre à la SNS, limiter la désertification médicale de certains territoires et pour réaliser l'attente des regroupements des professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients.
- plus floue de la part des patients qui attendent un mini hôpital de campagne avec une présence médicale 24h/24 à leur porte.

Alors doit-on continuer ces constructions qui resteront vides si elles ne sont pas choisies par les professionnels qui les intègrent ? Par exemple au Val d'Albion les bureaux du kinésithérapeute et du dentiste resteront vacants à l'ouverture de la structure. Autre exemple avec la commune de Limeré (Morbihan) qui fait le buzz sur internet à la recherche d'un ou deux médecins généralistes pour sa maison pluriprofessionnelle que seule une IDE a intégrée...

Le président de la FFMPS a déclaré lors du cinquième colloque de FEMALOR à Nancy le 14 Juin dernier « *qu'il ne ferait rien pour les 6% de futurs praticiens désirant s'installer en solo, que nous étions dans un exercice tellement complexe que l'exercice solitaire était révolu et qu'il faudrait passer aux nouveaux modes de rémunérations forfaitaires* » (45). Et par ailleurs, un interne en dernière année, Mathieu Lignac, témoigne dans l'Est Républicain du 26 juin 2014 à l'occasion du pro et de la MSP de Verdun (Meuse) : « *nous ne voulons pas nous installer seuls, nous n'avons pas appris à travailler ainsi...* »

Si l'on veut vraiment pallier à la démographie médicale, ne faudrait-il pas plutôt réguler les installations des médecins généralistes en ville et à l'hôpital plutôt que de construire des structures dont le fonctionnement risque de poser de plus en plus de problèmes en raison de la complexité et du surcroît de travail engendré par la gérance d' « usines à gaz » à laquelle les médecins ne sont pas préparés ?

Devront-ils également suivre des formations dans des écoles de commerce pour apprendre la gestion de ces constructions et devenir Ingénieurs-Médecins?

Ou bien les MSP deviendront-elles un service public où les professionnels de santé en seront les salariés, les IDE bac +5 feront l'exercice de la « bobologie », le médecin ne faisant que du chapeautage, tout en portant la responsabilité, des cas difficiles signant ainsi la disparition de la médecine libérale ?

VI- Bibliographie

- 1 Loi du 4 mars 2002 du code de santé publique
- 2 Stratégie nationale de santé du 23 Septembre 2013 axe 2.1 « Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri professionnelles »
- 3 Article L.6323-3 du code de santé publique
- 4 Thèse GARNIER V 2012 Les représentation des élus locaux et des institutionnels face à un projet de maison de santé pluri professionnelle dans le département du Nord.
- 5 Circulaire NOR N°EATV1018866C de Juillet 2013 : lancement d'un plan de développement des maisons de santé pluri professionnelles.
- 6 Juilhard JM, Crochemore B, Touba 1 : le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Rapport ministériel janvier 2010 Tome 1
- 7 Loi Fourcade N°2011-940 du 10 Août 2011
- 8 Répartition géographique des maisons de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux : étude IRDES
- 9 « Le grand bond en avant des maisons de santé » Le quotidien du médecin : 27 Mars 2014
- 10 Atlas national de santé du 23 Septembre 2013
- 11 Egora du 14 Juin 2013 : « remplaçants l'ère des quinques. »
- 12 Friedberg MW, Schneider EC, Rosenthal MB et al Association Between : participation in a multiplayer Medical Home Interventions and Changes in Quality, Utilization and Costs Of Care : JAMA 2014 ; 311 (8) :815-825
- 13 GUY N Rapport de l'académie nationale de médecine « le corps médical à l'horizon 2015 » 14 Mars 2007
- 14 Loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- 14 Bis Egora du 13 Mai 2014 : « trop cher, le centre médical tout neuf n'a pas de médecins »
- 15 Juin 2013 « Moins de stress en groupe, la fausse bonne idée » Thèse Khansa J
- 16 L'exercice regroupé dans les services de santé : une action coordonnée des professionnels en faveur des patients. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_exercice_regroupé_web.pdf
- 17 Stratégie nationale de santé du 23 Septembre 2013 axe 2.3.2 « La formation initiale doit mieux préparer les futurs professionnels. »

- 18 Thèse Dauce-Priout A « pro et de construction d'une maison médicale à Vizille (38) : identification des besoins chez les professionnels de santé » 2005
- 19 Thèse TCHA L. 2012 « attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion.
- 20 EHESP : 2cole des hautes études en santé publique : démographie médicale, les maisons de santé pluridisciplinaires Mars 2012
- 21 « Maisons de santé pluri professionnelles : panacée ou miroir aux alouettes ? Décembre 2010 Médecins magazine
- 22 Les frais des médecins généralistes en maison de santé www.ffmps.fr/index.php/component/content/article/20-la-federation/documents-produits/121-note-concernant-les-frais-des-medecins-generalistes-en-maison-de-sante
- 23 Liberté de l'Est du 22 Février 2014 « Magnières la santé en danger ? »
- 24 Thèse GOMES C 2012 : les maisons de santé sont-elles perçues comme une réponse aux difficultés de l'offre de soins actuelle ?
- 25 Est républicain « un pôle de santé intercommunal inédit en Lorraine » Novembre 2013
- 26 INSEE population par âge en 2007 et 2040
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&etref_id=poptc02105
- 27 Article 39 et 40 de la loi du 21 Juillet 2009 du code de santé publique
- 28 Thèse LEPRINTE V. Mise en place maison de santé pluridisciplinaire ou pôles de santé en île de France : motivations des porteurs de projets et difficultés rencontrées.
- 29 www.adopale.com/sondage/index.php?sid=56679newtest-Ylong-=fr
- 30 Est Républicain du 30 Juin 2013 « Le docteur a bien changé » source CNOM
- 31 Le concours médical Décembre 2013 « maisons et pôles de santé : les clefs de la réussite »
- 32 Centre d'analyse stratégique : décembre 2011 n°254 « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? »
- 33 Thèse DRUZ J mai 2011 « Identification des obstacles à l'adhésion des infirmières diplômées d'Etat à un pro et de soins lors d'une création d'une maison de santé pluridisciplinaire.
- 34 Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) 8 et 9 Avril 2008 : « observatoire nationale de la démographie des professions de santé »
- 35 Thèse HADROUF B 2007 « Pro et de construction d'une maison de santé à Vizille : étude qualitative par la technique des focus groupes des attentes des patients Vizillois (38)

36 Thèse DENIS S 2012 « dossier médical commun au sein des maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération : Etat des lieux 2011 du partage de l'information au sein des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires concernées par l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations en Lorraine. »

37 Thèse MULLIEZ C 2011 « Evaluation des attentes de la population du canton de Steenvoorde à l'occasion de la création d'une maison de santé »

38 Thèse TAL A 2012 Maison de santé pluridisciplinaire, une solution attractive pour favoriser l'installation des jeunes médecins ? Enquête auprès des internes de médecine générale et de médecins exerçant en maison ou pôle de santé en île de France.

39 Thèse BORNAND Loïc 2012 : étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales.

40 Thèse BLOY G 2011 « 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)

41 Bulletin d'information de l'ordre des médecins « le secret médical entre droit des patients et obligation déontologique » Novembre 2012

42 Thèse LEONARD G. 2010 Etude démographique de la médecine générale dans le département des Vosges : enquête auprès des médecins généralistes libéraux vosgiens et perspectives d'avenir

43 Evolution et structure de la population le Val d'Aol 88487 mise à jour le 28 Juin 2012 sources INSEE recensement de la population

44 CNOM : la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Lorraine, situation au 1^{er} Juin 2011.

45 Colloque FEMALOR : bilan à 5 ans et perspectives : intervention du Dr Pierre de Haas président de la FFMPS 14 Juin 2014

VII- Annexes

Projet établi en fonction du cahier des charges régional des maisons de santé pluri professionnelle L'article L 6323-3 du code de la santé publique prévoit que les « maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

I - Préambule :

1- Le contexte local :

Le Val d'Ajol (88340) est une commune du Sud des Vosges située dans le canton de Plombières les Bains et dans la Communauté de communes des Vosges Méridionales. Cette commune s'étend environ sur 70 kilomètres carrés et compte un peu plus de 4000 habitants. La commune est en zone rurale et montagneuse. Elle est bordée au nord par la route nationale n° 57 et couvre un grand territoire entre les communes de Remiremont, le Girmont Val d'Ajol, Rupt sur Moselle, St Bresson (70), Fougerolles (70) Plombières et St Nabord.

Son activité économique est tournée vers le tourisme, les industries métallurgiques (De Buyer, Parisse), les industries du bois (scieries, transformation du bois), et l'agriculture de montagne. Afin d'améliorer la qualité et l'accès aux soins primaires, et de préserver la démographie médicale, la municipalité envisage de construire une maison de santé pluridisciplinaire qu'elle louerait aux professionnels de santé intéressés par la démarche.

2 - Compte Rendu de la réunion constitutive du 25/8/2010

Les professionnels de santé se sont réunis le 25/8/2010 pour décider à l'unanimité de créer un groupement de professionnels de santé libéraux désirant se porter candidat aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération. Ils étaient aidés dans leur réflexion par le Dr Marie France Gérard, médecin généraliste à Vichere , membre d'une maison de santé et président de la FEMALOR. Cette démarche n'a pas été retenue par L'ARS et sur les conseils de cette dernière les professionnels de santé du Val d 'Ajol s'orientent maintenant vers la constitution d'une Maison de Santé pluridisciplinaire communale.

3 - Liste des professionnels de santé :

3 médecins généralistes, 1 chirurgien dentiste, 3 infirmières, 1 masseur kinésithérapeute, 1 diététicienne, 2 pharmaciens, 1 médecin coordonnateur d'EHPAD. 2 étudiants en 3^e cycle des études médicales sont actuellement en stage chez un des médecins généralistes. Les pharmaciens et le médecin coordonnateur d'EHPAD n'intégreront pas la maison de santé mais ils participeront au projet de santé communal. Ci joint en annexe le tableau détaillé des professionnels de santé.

4 - Les compétences :

1 médecin généraliste a une compétence en santé publique (Diplôme Universitaire) et en éducation thérapeutique (Attestation universitaire) 1 médecin généraliste est maître de stage et à ce titre il accueille les étudiants du 2^e et du 3^e cycle (stage d'immersion, stage chez le praticien, SASPAS)

1 médecin généraliste fait partie du programme ASALEE 1 médecin est régulateur à la PDS départementale 2 médecins sont médecins Capitaine Sapeurs-Pompiers

5 - Les amplitudes horaires :

- des médecins : Tous les cabinets de médecine générale ont une large amplitude d'ouverture de cabinet et font partie du système de permanence des soins coordonné et départemental (ASSUM) ce qui permet de joindre un médecin de jour comme de nuit, pour une urgence médico chirurgicale.

- le cabinet du chirurgien-dentiste est ouvert trois jours par semaine.

- les infirmières sont présentes tous les jours, 365 jours par an, grâce à un système de remplacement mutuel. Le cabinet infirmier assure ainsi une permanence ininterrompue.

- le masseur kinésithérapeute le MK du Val d'Ajol est ouvert tous les jours sauf le mercredi après-midi et faisait partie du KUB 88 (urgence bronchiolite)

- l'interne SASPAS consulte une journée par semaine dans le cabinet d'un médecin généraliste et coordonne le réseau ASALEE une journée par semaine.

- une diététicienne salariée est intéressée par le projet et a signé un engagement moral pour exercer en libéral et à temps partiel dans le cadre de la maison de santé

- des pharmaciens : Les pharmaciens ne sont pas impliqués dans la construction de la MSP car ils ne peuvent en faire partie. Par contre ils s'investissent dans une démarche pluridisciplinaire d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins primaires.

6 - La Permanence Des Soins

Est assurée par les 3 médecins généralistes. Ils sont régulés par MÉDIGARDE qui est gérée par l'association départementale ASSUM n° tel 0820 30 20 20

7 - La continuité des soins

Les médecins assurent la continuité des soins sur leur patientèle 365 jours par an grâce à des remplaçants pendant leurs vacances ou grâce à un remplacement mutuel (1 association de 2 médecins) pour les jours de congés hebdomadaires.

8 - La Formation Médicale Continue

L'AMAC est une association type 1901 (association médicale Augronne et Combeauté) créée en 1994. Depuis cette date elle réunit mensuellement les médecins afin d'assurer leur formation médicale continue par des séances thématiques ou des soirées de groupe d'échanges de pratiques.

Ces réunions ont quelquefois fonctionné sur un mode pluridisciplinaire (+ pharmaciens, + kinés).

II - Diagnostic des Besoins du Territoire et missions de la MSP :

Aux confins de la Lorraine et aux portes de la Franche Comté, le Val d'Ajol est situé à équidistance entre Remiremont (88) et Luxeuil les Bains (70). Sur le territoire, un EHPAD de 70 lits a été très récemment construit. Le Centre hospitalier général de Remiremont est à un peu plus de 15 km. Epinal, avec son CHG et sa polyclinique, est situé à 40 km. Les médecins spécialistes les plus proches sont à Remiremont.

L'évolution de la démographie, comme partout ailleurs, est inquiétante. La commune n'est actuellement pas désertifiée d'un point de vue médical, mais le sera d'ici 2016.

1 - La santé de la population :

La population du territoire est plus âgée que la population lorraine. La proportion de personne âgée de plus de 75 ans est de 7,7% pour 6,1% en Lorraine et les projections démographiques prévoient une accentuation du vieillissement. La proportion des jeunes de 20 à 39 ans est l'une des plus faibles de la région. En revanche la proportion des jeunes de moins de 20 ans est proche de la moyenne régionale.

Les indicateurs de précarité sont meilleurs que la moyenne régionale. Les bénéficiaires de CMU complémentaires sont inférieurs à la moyenne lorraine. À noter une sous mortalité de 8% par rapport à la région notamment en raison d'une sous mortalité par tumeurs

Enfin, les taux comparatifs d'hospitalisation sont inférieurs à la moyenne régionale. (source = état de santé et déterminants de santé de la population lorraine par TSP - ORSAS Lorraine mai 2009)

2 - Les besoins de la population

Les besoins en santé de la population ajolaise ne sont pas directement exprimés mais on peut retenir sans grand risque d'erreur les 3 items suivants : ! - maintien d'un accès aux soins primaires de proximité, à un tarif opposable et maintien de la continuité et de la permanence des soins. - maintien voire amélioration de la qualité des soins. - développement des innovations et de nouvelles techniques de soins :prévention, éducation, délégation de tâches si nécessaire ...

3 - Les missions compte tenu du contexte, des caractéristiques démographiques et épidémiologiques et des compétences de l'équipe pluridisciplinaire, nous avons retenu les 3 axes suivants :

- Améliorer la prise en charge des pathologies cardio vasculaires car l'incidence des maladies à retentissement cardio-vasculaires va prendre une place importante compte tenu du vieillissement de la population.
- Optimiser le dépistage des cancers du sein et colorectal : Ces dépistages ne font pas toujours l'unanimité auprès de la population, certains patient les fuient ou les négligent Les études épidémiologiques nous prouvent pourtant tout l'intérêt d'inclure un maximum de patients dans ces dispositifs généralisés et gratuits.
- Améliorer l'observance thérapeutique : La délivrance du médicament, le respect de la posologie, la compliance au traitement sont mal explorés par les prescripteurs. Les études nous prouvent que d'une manière générale l'observance d'une prescription est de 50% Les gains dans ce domaine ont un impact médico économique très important.

III - Projet de Santé de la MSP : 1 - Projet professionnel :

A - Management :

a - les professionnels de santé :

3 médecins spécialistes en médecine générale 1 étudiant en médecine stagiaire 1 chirurgien dentiste 3 infirmières 1 kinésithérapeute 1 diététicienne d'autres professionnels ne faisant pas partie de la MSP mais intégrant le projet de santé de la MSP (1 infirmière déléguée en santé publique) (2 pharmaciens) (1 médecin coordonateur EHPAD) (1 médecin du travail.)

b - les compétences :

1 médecin généraliste a une compétence en santé publique (Diplôme Universitaire) et en éducation thérapeutique (Attestation universitaire) 1 médecin généraliste est maître de stage et à ce titre il accueille les étudiants du 2^o et du 3^o cycle (stage d' immersion, stage chez le praticien, SASPAS)

1 médecin généraliste font partie du programme ASALEE 1 médecin est régulateur à la PDS départementale Médigarde 2 médecins sont médecins Capitaine Sapeurs Pompiers 2 médecins ont une capacité de coordonateur en EHPAD

Les professionnels de santé s'engagent à respecter les référentiels, recommandations de bonnes pratiques et règles déontologiques

c - les activités des PS :

nom-prénom	date naiss.	profess.	Equi . TP	n° adeli
Aizier - Patricia	24/6/79	infirmière	0,5	88 6 14299 1
Balandier Francine	27/5/56	infirmière	1	88 6 02380 3

nom-prénom	date naiss.	profess.	Equi . TP	n° adeli
Tisserand Corinne	23/2/60	infirmière	1	88 6 02762 2
Claudel Guillaume		interne SAPSAS	0,5	
Simon-Gégout Marie Hélène	7/10/58	masseur kinésith	1	88 7 00837 3
Emerique Julie	1/9/77	chirurgien dentiste	1/2	88 4 00695 8
Curien Etienne	8/7/51	MG	1	88.100.985.6
Zimmermann Delphine	18/10/70	MG	1	88 1 02083 8
Zimmermann Stéphane	22/12/69	MG	1	88 1 02174 5
<i>PS ne faisant pas partie de la MSP mais intégrant le projet de santé</i>				
Iung Christine		IDSP	0,66	
Stanislas Polin		medcoor EHPAD	0,2	
Grandjean Linck Nelly	7/8/53	pharmacien	1	88 2 00174 6
Peignier Bruno	2/2/60	pharmacien	1	88 2 10832 7

Une diététicienne, actuellement salariée dans un centre hospitalier régional, est intéressée par un exercice libéral au sein de notre structure.

Une orthophoniste actuellement en fin de cursus universitaire se déclare intéressée par notre structure et envisage de l'intégrer pour un exercice libéral à temps partiel ! ! d - organisation interne et responsabilité de chacun :

Depuis la réunion constitutive, le projet est porté par le Dr Etienne CURIEN (tel : 0329306480 - email : e.curien@wanadoo.fr).

B - Organisation multidisciplinaire :

Afin d'assurer une coordination optimale entre les différents professionnels de la structure, nous proposons de faire des réunions pluri professionnelles mensuelles et nous continuerons également les réunions de formation médicale continue

mensuelles entre médecins, comme nous le faisions antérieurement dans le cadre de l' AMAC En améliorant la coordination par des réunions pluri et mono disciplinaire, en partageant l'information, en uniformisant les pratiques, et en étendant ASALEE à d'autres cabinets, alors les soins prodigués seront de meilleure qualité.

Notre structure s'ouvrira au système de soins ambulatoire de deuxième recours, (consultation avancée de médecine spécialisée p.ex) au système hospitalier environnant et aux acteurs médico-sociaux (assistante sociale, ADMR ...).

Tous les professionnels de santé n'olais n'intégreront pas la MSP : il s'agit des 2 pharmaciens, du médecin coordonateur de l'EHPAD et du médecin du travail Ils sont cités là car ils feront partie des séances de formation continue et des indispensables réunions de concertation en vue d'élaborer des stratégies communes pour les dépistages, les suivis de maladies chroniques, les politiques de prévention ...

C - Thématique de projet de santé, coordination interne multiprofessionnelle

Nous développons ce paragraphe en prenant pour exemple la pathologie chronique du diabète type II. L'ensemble des professionnels de santé partage le même objectif Les médecins généralistes s'engagent à observer les référentiels HAS du diabète type II

Les différents professionnels de santé intervenants chez les diabétiques (podologues, infirmières libérales, diététiciennes) ayant intégré la maison de santé pluriprofessionnelle, travaillent en coopération avec les médecins. Les médecins partagent le même fichier informatisé pour tenir leur dossier médical et les différents professionnels paramédicaux auront accès au dossier ou à une partie du dossier quand le cadre légal sera paru au Journal Officiel.

Nous envisageons, quand les décrets seront parus, de promouvoir les délégations de tâches entre les infirmières libérales et les médecins généralistes. Les étudiants en médecine en stage à la MSP sont également un élément majeur dans la coordination interne car ils travaillent sur les différentes patientèles des médecins généralistes et ils organisent des conférences «grand public» sur des sujets de santé publique.

Des réunions pluridisciplinaires sont programmées mensuellement Elles sont le lien d'échange et de coordination indispensables au bon fonctionnement de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Les secrétaires servent de lien entre les professionnels.

Nous organiserons des séances d'éducation thérapeutique individuelles et collectives Deux professionnels de santé sont formés et diplômés (attestation universitaire d' ETP - EDULOR) , il s'agit d'un médecin généraliste et de la diététicienne

Projet de santé MSP du Val d'Ajol

Annexe 1

Naturellement d'autres thèmes et d'autres pathologies chroniques pourront être abordées de manière coordonnée. Nous citerons les facteurs de risque cardio vasculaire, la BPCO, l'ostéoporose

D - Mise en oeuvre du système d'information : Les dossiers des médecins seront informatisés et partagés entre les 3 cabinets de médecine générale.

Pour améliorer la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, il nous faudra définir les indicateurs permettant de cibler la population à risque cardiovasculaire pour agir de concert par information, éducation, optimisation des pratiques. Ainsi, les populations à risque seront ciblées. En déterminant de manière coordonnée et standardisée les indicateurs de facteurs de risque, nous pourrons réaliser l'éducation sanitaire en prévention primaire, mais également établir des maquettes de suivi des hypertendus et des insuffisants cardiaques ...

Un travail coordonné permettra d'augmenter les taux de couverture des mammographies et hémoccult. En sélectionnant les populations de 50 à 75 ans dans nos fichiers, nous déterminerons le nombre de patients ayant subi dans les deux dernières années les examens de dépistage recommandés. De fait, nous serons capables de vérifier nos taux de couverture hémoccult et mammo et, améliorer ces mêmes taux grâce à une action ciblée, coordonnée et continue.

Dans les officines, il faut développer la création des dossiers pharmaceutiques, des tableaux posologiques, de certaines statistiques et historiques. Le partage de cette information permet d'améliorer l'observance thérapeutique

Le système d'information est à la base de notre projet, il se construira par étapes .

Le projet de santé prévoit le recueil de données médicales permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives mises en œuvre au sein de la structure Ces données sont recueillies dans le cadre du système d'information mis en place Ces informations demeurent la propriété des professionnels de santé de la MSP.

Le pro et de santé témoigne de l'éventuelle participation à un dispositif de veille épidémiologique.

E - Accueil des étudiants et Recherche :

Attirer les étudiants pour maintenir une démographie médicale acceptable, c'est pour nous un des points forts du projet. La présence d'étudiants en stage nous permettra de fidéliser ou de motiver un(e) professionnel pour qu'il adhère à notre pôle à la fin de son cursus universitaire. Etudiant en médecine, élèves infirmiers C'est une méthode de découverte et de mise en condition très originale et riche d'enseignement pour le futur soignant comme pour le maître de stage.

Les médecins volontaires déposeront des dossiers de candidature à la maîtrise de

stage auprès du DUMG de la Faculté de Médecine de Nancy afin de pouvoir accueillir des étudiants de 2^e et 3^e cycle. Nous développerons des modules pratiques d'aide aux étudiants afin que notre éloignement ne soit pas un frein.

De même, les infirmières et les autres professionnels de santé volontaires seront encouragés à recevoir des étudiants.

Les étudiants sont vivement encouragés à produire des travaux de recherche (mémoire de stage, thèse) et actuellement sur l'USER 88 (unité de soins d'enseignement et de recherche du Sud des Vosges : Val d'Ajol, Docelles, Gérardmer) un étudiant* a fait sa thèse sur la mise en place du réseau ASALEE dans les Vosges.

Ils participent et continueront à participer à l'organisation de conférences «tout public» sur des sujets d'actualité Depuis 2 ans, à la salle des fêtes du Val d'Ajol, nous organisons des conférences sur le thème «Santé environnementale». A chaque fois nous avons eu un public nombreux. Nous augmenterons la fréquence à trois conférences par an et en diversifiant les thèmes d'éducation à la santé

Dans le pro et de maison de santé pluridisciplinaire du Val d'Ajol, nous prévoons des locaux permettant d'héberger les étudiants en stage

(*) Dr Aurélien PRATO

2 - Projet d'organisation de la prise en charge :

A - Accès aux soins :

Les professionnels s'engagent à ne pas modifier leurs habitudes de travail et donc de maintenir l'accès aux soins pour les populations précaires (accès pour les CMU) et ce dans le cadre des tarifs opposables.

B - Secrétariat :

Tous les professionnels de santé projettent de mutualiser leurs moyens techniques de secrétariat afin de disposer d'un temps de secrétariat commun. L'effort sera porté dans un premier temps sur la formation des secrétaires afin que celles-ci possèdent les compétences pour gérer au mieux la prise de rendez-vous et l'écoute téléphonique.

Le secrétariat sera ouvert de 8 heures à midi et de 14 heures à 18 heures. En dehors de ces horaires les appels seront gérés par une astreinte tournante gérée par les PS eux-mêmes ou par un service de secrétariat téléphonique.

C - Permanence et Continuité des soins :

Les amplitudes horaires telles que définies dans le chapitre précédent, permettent à la population d'avoir toujours une réponse sur une large plage horaire, toute la semaine et compris pendant les congés des médecins. L'activité du médecin de garde est régulée par l'ASSUM 88 grâce au numéro Médigarde (0820 33 20 20)

Les médecins se font remplacer pendant leur congés annuels ou s'arrangent entre eux. Tous les médecins appliquent les tarifs opposables du secteur I de la convention.

Les infirmières sont présentes tous les jours de la semaine, et les autres disciplines sont accessibles facilement tout au long de la semaine.

Pour les soins non programmés, en journée : la MSP sera ouverte de 8h à 20 h. Nous maintenons les heures d'ouverture 8h-20h avec possible arrangement mutuel pour la tranche horaire 19-20h si il y a une fermeture exceptionnelle précoce.

D - La coordination externe :

La maison de santé pluriprofessionnelle s'engage à coopérer et coordonner son action avec les structures avoisinantes et à nommer en son sein un professionnel de santé par interface afin de communiquer, au nom de la MSP, avec les autres acteurs du système de soin.

Nous listons différentes interfaces : Hôpital, Clinique, les médecins généralistes des environs, médecins spécialiste d'organe, EHPAD, SSIAD, autres MSP. L'EHPAD du Val d'Ajol et l'EHPAD de Plombières avec lesquels nous aurons des relations privilégiées car les Dr PAULIN et HOUTMANN successivement médecins coordonateurs des EHPAD du Val d'Ajol et de Plombières sont des médecins avec qui nous avons dé à l'habitude de travailler dans le cadre de la Formation Médicale Continue.

Le CHG de Remiremont est situé à 15 km de la MSP et les relations existantes seront maintenues et améliorées, de même qu'avec la Clinique de la ligne Bleue. Nous développerons un partenariat et un travail en commun avec l'Espace Santé de l'hôpital de Remiremont.

Afin de maintenir la personne Agée à domicile (suivi et préoccupant d'autant que notre canton est considéré comme le plus important du secteur en terme de nombre de personnes de plus de 70 ans), nous développerons des actions de coordination entre les différents acteurs du système sanitaire et social intervenant auprès de la personne âgée, à savoir : HAD, service d'aide à domicile, infirmières libérales, médecins généralistes, gériatres, SSIAD ...

Les internes en médecine générale qui seront en stage à la MSP participeront à la coordination externe car ils sont également en stage dans d'autres maisons pluridisciplinaires, Docelles, Gérardmer, Epinal. Le pôle de santé Gérardmer - Val d'Ajol (maison médicale les Thermes - cabinet du Dr E.Curien Val d'Ajol) vient d'être agréé par l'ARS pour débuter l'opération de dépistage et d'éducation thérapeutique sur la BPCO. Cette coopération se poursuivra entre les deux maisons de santé.

La coordination externe avec les médecins généralistes de Plombières les Bains sera maintenue et améliorée car nous sommes depuis plus de 20 ans maintenant membre d'une même association de formation médicale continue avec réunions mensuelles où, une fois sur deux, nous réalisons des groupes de pairs.

IV - Implantation et projet immobilier :

La MSP sera implantée au centre ville à moins de 15 minutes de toutes les extrémités de la commune. La maison de santé pluridisciplinaire respectera les normes/référentiels en vigueur relatives à l'hygiène, la sécurité, l'environnement, l'ergonomie, la protection incendie, au développement durable et à l'accès ainsi qu'à l'accueil des personnes handicapées.

Le maître d'ouvrage est la commune du Val d'Ajol qui finance le projet et avec le concours des collectivités territoriales qui accepteront de subventionner la construction. La MSP restera la propriété de la commune qui louera ses locaux aux professionnels de santé concernés.

L'accès piéton est sécurisé et la création d'un parking est envisagée. Les locaux sont en particulier accessibles aux personnes âgées et à mobilité réduite et à toute forme de handicap.

La surface sera suffisante pour réserver en moyenne 50 m² par professionnel soit environ 400 m² au sol. Un espace coopératif, si possible central car fédérateur, permet la tenue de réunions de coordination interprofessionnelles mais sert également d'accueil à des rencontres programmées dans le cadre de la santé publique : prévention (vaccination, etc.), éducation à la santé, éducation thérapeutique du patient, etc.

Une salle est réservée à d'autres acteurs du domaine sanitaire ou social selon une convention. Un cadre législatif récent (loi Fourcade) permet de créer des SISA (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires). Il faudra en étudier les avantages.

La création de la MSP ne modifiera pas l'équilibre démographique des professionnels de santé du secteur.

Le schéma général d'agencement architectural pourrait être le suivant : voir avant pro et sommaire de Mr PIQUE architecte

V - Budget prévisionnel :

Le terrain où sera implanté la MSP est la propriété de la commune. Les travaux d'accès et les VRD sont réalisés par la commune.

La MSP est construite de plain-pied sur une surface de 400 m² environ, orientée plein sud, sur un terrain de 3000 m² en respectant les normes d'hygiène de sécurité, d'isolation en respectant les normes HQE, voire BBC (bâtiment basse consommation).

Elle comporte 3 cabinets de médecine générale, un cabinet de chirurgien dentiste, un cabinet infirmier, un cabinet de kinésithérapie, un cabinet de consultation commun à la pédicure et à la diététicienne qui exerceront toutes deux à temps partiel, une salle de réunion modulable, un bloc secrétariat accueil et attente, et des locaux techniques et enfin un appartement destiné à héberger les étudiants stagiaires ou les remplaçants.

Les surfaces sont détaillées dans le tableau ci dessous :

Professionnel	nombre	équivalent temps plein	coût annuel location / prof	coût annuel fonctionn. / prof
médecin	3	3	3473	10206
infirmière DE	3	3	1569	3062
kiné	1	1	3452	2888
chir.dentiste	1	0,6	3769	3237
diététicienne	1	0,33	1584	2365
Totaux	9	8	23931	48294
Locaux	nombre	surface		mensualité € / m ²
cab.IDE	1	20		4,8
cabinet MG	3	90		
cabinet Kiné	1	40		
Cab. Dent.	1	45		
cab. diét	1	20		
communs	1	183		
appartement	1	30		

total		428		
Fonctionnement	poste	ETP	cout annuel	
secrétariat	secrétaire	0,66	17424	
	secrétaire	0,66	17424	
	empl. entretien	0,33	7326	
	chauffage		2400	
	électricité		1200	
	eau		600	
	téléphone		1920	
			48294	

A - Investissement :

Sachant que le coût global avoisinera 750000 euro (1875 euro/m²), que le montant des subventions est estimé à 40%, que les prêts à taux fixe de longue durée se négocient actuellement aux environs des 4% l'an, l'équilibre financier est trouvé à un coût de location entre 5 et 8 euro du m²

B - Fonctionnement :

Le secrétariat est la plus lourde charge Afin d'assurer une permanence téléphonique de 8h par jour il convient de disposer d'un temps de secrétariat commun et les secrétaires seront recrutées en fonction de besoins. Le secrétariat est affecté à l'ensemble des professionnels de santé Les clés de répartition font l'objet et d'une négociation entre tous les professionnels L'embauche d'une personne est nécessaire pour assurer l'entretien des locaux Le chauffage devra correspondre aux exigences du développement durable. Ces différentes charges sont réparties entre chacun des professionnels

La répartition des coûts par professionnels dépend de la surface qu'ils occupent et de la consommation qu'ils font du service considéré

VI - Conclusion :

La volonté des professionnels, le choix d'un exercice multidisciplinaire et le portage du dossier par la commune du Val d'Ajol sont des gages de bonne prise en charge

Attentes des patients concernant la future maison de santé pluridisciplinaire du Val d'Ajol

<p>A propos de vous</p> <p>Votre sexe :</p> <p>Quel âge avez-vous ?</p> <p>Etes-vous :</p>	<p><input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin </p> <p><input type="checkbox"/> étudiant(e) <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> retraité(e)</p>
<p>Concernant l'organisation des maisons de santé</p> <p>Vous pensez que la construction d'une telle structure devrait être financée par :</p> <p>Pensez-vous que la présence d'une maison de santé au Val d'Ajol favorisera l'arrivée de jeunes médecins généralistes ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pour chaque professionnel, dites si, selon vous, il est indispensable à une maison de santé, s'il y a sa place, s'il n'y a pas sa place ou si vous ne savez pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un médecin généraliste - Un interne en médecine générale - Un infirmier - Un kinésithérapeute - Un dentiste - Un psychologue - Un orthophoniste - Un pharmacien - Un podologue-pédicure - Un médecin spécialiste 	
<p>Indispensable N'a pas sa place A sa place Ne sais pas</p> <p>↓ ↓ ↓ ↓</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Tournez S.V.P. →</p>	

Concernant le fonctionnement de la structure	
Pensez-vous que vous serez mieux soigné(e) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pensez-vous que vous serez plus vite pris(e) en charge ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pour vous, quels sont les avantages d'une telle structure ?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Pour vous, quels sont les inconvénients d'une telle structure ?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Attente des internes de médecine générale concernant les maisons de santé pluri professionnelles

Chère consœur, cher confrère,

Je vous sollicite pour mon travail de thèse afin de répondre à un questionnaire concernant les attentes des internes à propos des maisons de santé pluri professionnelles.

J'étudie en parallèle les attentes des patients, mon travail étant de faire le comparatif entre vos attentes, celles des patients et les enjeux nationaux.

Votre avis porte donc sur les maisons de santé pluri professionnelles qui contrairement aux maisons médicales regroupent en plus des généralistes d'autres professions de santé : infirmières, kinésithérapeutes, dentistes...

Ce questionnaire s'adresse uniquement aux internes de médecine générale. Le questionnaire ne dure que 5 minutes. Il vous suffit de le remplir en ligne.

Merci de votre participation.

Hélène BOIVIN

Il y a 22 questions dans ce questionnaire.

A propos de vous...

Votre sexe : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

Vous êtes en : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- TCEM1
- TCEM2
- TCEM3
- Année de thèse

Avez-vous déjà fait votre premier stage chez le médecin généraliste? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

4 Avez-vous déjà fait votre stage SASPASS?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà remplacé ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
-

Comptez-vous vous installer : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- seul(e)
- en maison médicale
- en maison de santé pluri professionnelle
- autre

Concernant la collaboration avec vos confrères

Attention, ces questions ne portent que sur une éventuelle collaboration au sein d'une maison de santé pluri professionnelle

Si vous êtes surchargé de travail, orienteriez-vous vos patients vers un confrère présent dans la même structure ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, quelle que soit l'urgence
- Oui, seulement pour les urgences
- Non

Concernant le partage de dossier informatisé, vous préféreriez qu'il soit :

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non partagé, seul(e) vous pouvez le consulter
- Partagé, mais uniquement entre médecins généralistes
- Partagé avec tous les professionnels de la maison de santé

Comptez-vous participer aux réunions : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- | | |
|---|-----------------------|
| entre médecins généralistes
(groupes de pairs) | Oui |
| avec tous les professionnels
de santé | <input type="radio"/> |

Concernant la collaboration avec les autres professionnels de santé

Là encore, il s'agit bien de collaboration au sein d'une maison de santé pluri professionnelle

Pour chaque professionnel de santé, merci d'indiquer s'il est indispensable, s'il a sa place, ou s'il n'a pas sa place au sein d'une maison de santé pluri professionnelle *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Indispensable	A sa place
Médecin généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interne en médecine générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinésithérapeute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthophoniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecin Spécialiste autre que généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensez-vous que vous aurez une meilleure communication avec les autres professionnels de santé si vous êtes dans une même structure ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Pourquoi?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Vos patients peuvent-ils être influencés dans le choix de leurs professionnels de santé autres que médecin généraliste du fait de votre présence dans une telle structure, où ces professionnels sont présents ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Concernant le fonctionnement des maisons de santé pluri professionnelle

Concernant le secrétariat, doit-il, selon vous : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- être commun à tous les professionnels de santé présents
- être séparé pour chaque professionnel de santé
- être commun pour les médecins seulement

Concernant la salle d'attente, doit-elle : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- être commune à tous les professionnels de santé présents
- être séparée pour chaque professionnel de santé
- être commune pour les médecins seulement

Pourquoi?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Concernant le financement de la construction d'une telle structure, pensez-vous qu'il doit être : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- privé, intégralement pris en charge par les professionnels de santé qui s'y installent
- public, intégralement pris en charge par les communes, conseils généraux, ...
- privé et public, il doit être partagé entre les professionnels et les pouvoirs publics

Si vous vous destinez à un tel mode d'exercice, combien seriez-vous prêt à investir par mois pour le fonctionnement (secrétariat + loyer + charges + femme de ménage+ téléphonie-informatique) (en euros) ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Généralités sur les maisons de santé pluridisciplinaires

Pensez-vous que les maisons de santé pluri professionnelles sont : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- LA solution à la désertification médicale
- UNE solution à la désertification médicale
- inutiles, elles ne régleront pas le problème de désertification médicale

Si vous deviez intégrer une maison de santé pluri professionnelle, quels facteurs influencerait votre choix de maison ? *

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 5

- Le coût
- Le lieu d'exercice
- Le choix des collaborateurs
- L'informatisation et le partage des dossiers médicaux
- Le secrétariat commun

Pour vous, quels sont les avantages d'une maison de santé pluri professionnelle ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Pour vous, quels sont les inconvénients d'une maison de santé pluri professionnelle ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Un grand merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.