ufr SMP Sciences médicales & pharmaceutiques
UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ UFC

ANNEE 2012 - N° 12 –041

LES FACTEURS FAVORISANT ET FREINANT LE MONTAGE DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN FRANCHE-COMTE

THÈSE COLLECTIVE

présentée et soutenue publiquement

le 14 juin 2012

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Cécile CAIREY-REMONNAY

Née le 23 mars 1981 à Pontarlier

Samuel BRUCHON

Né le 18 mai 1979 à Belfort

La composition du jury est la suivante :

Président :	.A.MENGET	Professeur
Directeur de la thèse :	.P.VUATTOUX	Docteur en Médecine
Codirecteur :	.JM.PERROT	Maître de conférences
Juges :	.F.DUMEL	Professeur
	.F.BAUDIER	Docteur en médecine
	.P.CHAZERAND	Docteur en médecine

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES & PHARMACEUTIQUES DE BESANÇON

DIRECTEUR	**Professeur Emmanuel SAMAIN**
ASSESSEURS MÉDECINE	Professeur Bernard **P**ARRATTE Professeur Gilles **C**APELLIER Professeur Dominique **F**ELLMANN Professeur Virginie **W**ESTEEL
ASSESSEURS PHARMACIE	Professeur Marie-Christine **W**ORONOFF-LEMSI Docteur Frédéric **M**UYARD
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS	Mme Aurélie **M**ARANDET-**J**OLIBOIS

MÉDECINE

PROFESSEURS

M.	Hubert	**ALLEMAND**	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Didier	**AUBERT**	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	**AUBIN**	DERMATOLOGIE-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Régis	**AUBRY**	THÉRAPEUTIQUE (Professeur associé)
M.	Jean-Pierre	**BASSAND**	CARDIOLOGIE
Mme	Yvette	**BERNARD**	CARDIOLOGIE
Mme	Alessandra	**BIONDI**	RADIOLOGIE
M.	Hugues	**BITTARD**	UROLOGIE
Mme	Annie	**BOILLOT**	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	Jean-François	**BONNEVILLE**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	**BORG**	CANCÉROLOGIE
M.	Jean-François	**BOSSET**	RADIOTHÉRAPIE
M.	Hatem	**BOULAHDOUR**	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M.	Jean-Luc	**BRESSON**	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Gabriel	**CAMELOT**	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Gilles	**CAPELLIER**	RÉANIMATION MÉDICALE
M.	Jean-Marc	**CHALOPIN**	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Claude	**CHOBAUT**	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M	Sidney	**CHOCRON**	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Jean-Luc	**CHOPARD**	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
M.	Alain	**CZORNY**	NEUROCHIRURGIE
M.	Jean-Charles	**DALPHIN**	PNEUMOLOGIE
M.	Benoît	**DE BILLY**	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	**DECONINCK**	HÉMATOLOGIE
M.	Bruno	**DEGANO**	PHYSIOLOGIE

1ER Janvier 2012

M	Eric	**DELABROUSSE**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Bernard	**DELBOSC**	OPHTALMOLOGIE
M.	Vincent	**DI MARTINO**	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	**DUCLOUX**	NÉPHROLOGIE
M	François	**DUMEL**	MÉDECINE GÉNÉRALE (Professeur associé)
M.	Gilles	**DUMOULIN**	PHYSIOLOGIE
M.	Joseph	**ETIEVENT**	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Dominique	**FELLMANN**	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M	Patrick	**GARBUIO**	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	**HAFFEN**	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Georges	**HERBEIN**	VIROLOGIE
M.	Bruno	**HEYD**	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Bruno	**HOEN**	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Philippe	**HUMBERT**	DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Bernadette	**KANTELIP**	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
M.	Jean-Pierre	**KANTELIP**	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
M.	Bruno	**KASTLER**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M	François	**KLEINCLAUSS**	UROLOGIE
Mme	Nadine	**MAGY-BERTRAND**	MÉDECINE INTERNE
M.	Robert	**MAILLET**	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Georges	**MANTION**	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Jacques	**MASSOL**	THÉRAPEUTIQUE
M.	Nicolas	**MENEVEAU**	CARDIOLOGIE
M.	Alain	**MENGET**	PÉDIATRIE
M.	Christophe	**MEYER**	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
Mme	Laurence	**MILLON**	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Michel	**MONTARD**	OPHTALMOLOGIE
Mme	Christiane	**MOUGIN**	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Thierry	**MOULIN**	NEUROLOGIE
Mlle	Sylvie	**NEZELOF**	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	**OBERT**	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Bernard	**PARRATTE**	ANATOMIE
M.	Alfred	**PENFORNIS**	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
M.	Xavier	**PIVOT**	CANCÉROLOGIE
M.	Patrick	**PLESIAT**	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Jacques	**REGNARD**	PHYSIOLOGIE
M.	Bernard	**RICBOURG**	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
M	Didier	**RIETHMULLER**	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	**RINCKENBACH**	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Pierre	**ROHRLICH**	PÉDIATRIE
M.	Christophe	**ROUX**	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Lucien	**RUMBACH**	NEUROLOGIE
M	Emmanuel	**SAMAIN**	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	François	**SCHIELE**	CARDIOLOGIE
M.	Daniel	**SECHTER**	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M	Laurent	**TATU**	ANATOMIE
M.	Laurent	**TAVERNIER**	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1ER Janvier 2012

M.	Gérard	**THIRIEZ**	PÉDIATRIE
M.	Pierre	**TIBERGHIEN**	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	**TOUSSIROT**	THÉRAPEUTIQUE
M.	Yves	**TROPET**	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
M.	Pierre	**VANDEL**	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Lionel	**VAN MALDERGEM**	GÉNÉTIQUE
M.	Daniel	**WENDLING**	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	**WESTEEL-KAULEK**	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

Mme	Dominique Angèle	**VUITTON**	
M.	Paul	**BIZOUARD**	PÉDOPSYCHIATRIE

MAITRES DE CONFÉRENCES

M.	Olivier	**ADOTEVI**	IMMUNOLOGIE
Mme	Clotilde	**AMIOT**	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Rémi	**BARDET**	MÉDECINE GÉNÉRALE (MC associé)
Mlle	Anne-Pauline	**BELLANGER**	PARASITOLOGIE
Mme	Malika	**BOUHADDI**	PHYSIOLOGIE
M.	Alain	**COAQUETTE**	VIROLOGIE
M.	Benoît	**CYPRIANI**	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Siamak	**DAVANI**	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
M.	Alain	**DEVEVEY**	PSYCHOLOGIE
M.	Didier	**HOCQUET**	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Katy	**JEANNOT**	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	**LEPAGE**	ANATOMIE
M	Frédéric	**MAUNY**	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
Mme	Elisabeth	**MEDEIROS**	NEUROLOGIE
Mme	Elisabeth	**MONNET**	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Christian	**MOUSSARD**	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrice	**MURET**	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Uyen	**NGUYEN NHU**	PHYSIOLOGIE
M.	Fabien	**PELLETIER**	DERMATOLOGIE
M.	Jean-Michel	**PERROT**	MÉDECINE GÉNÉRALE (MC associé)
M	Sébastien	**PILI-FLOURY**	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M	Jean-Luc	**PRETET**	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme	Evelyne	**RACADOT**	HÉMATOLOGIE
M.	Rajeev	**RAMANAH**	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M.	Daniel	**TALON**	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
M.	Antoine	**THIERY-VUILLEMIN**	CANCÉROLOGIE
M.	Fabrice	**VUILLIER**	ANATOMIE
M.	Jean-Pierre	**WOLF-BERTHELAY**	PHYSIOLOGIE

1ER Janvier 2012

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	**BERTRAND**	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Françoise	**BEVALOT**	PHARMACOGNOSIE
Mme	Céline	**DEMOUGEOT**	PHARMACOLOGIE
M.	Yves	**GUILLAUME**	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Alf	**LAMPRECHT**	GALÉNIQUE
M.	Samuel	**LIMAT**	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Dominique	**MEILLET**	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Mariette	**MERCIER**	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
Mme	Laurence	**NICOD**	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme	Lysiane	**RICHERT**	TOXICOLOGIE
M.	Bernard	**REFOUVELET**	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINÉRALE
M.	Philippe	**SAAS**	IMMUNOLOGIE
Mme	Estelle	**SEILLES**	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	**WORONOFF-LEMSI**	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	Alain	**BERTHELOT**	PHYSIOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mlle	Claire	**ANDRE**	CHIMIE ANALYTIQUE
Mlle	Aurélie	**BAGUET**	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	**BEDUNEAU**	GALÉNIQUE
M..	Laurent	**BERMONT**	BIOCHIMIE
M.	Oleg	**BLAGOSKLONOV**	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	**BLAGOSKLONOV**	GÉNÉTIQUE
M.	Eric	**CAVALLI**	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme	Sylvie	**DEVAUX**	PHYSIOLOGIE
Mme	Francine	**GARNACHE-OTTOU**	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	**GIRARD-THERNIER**	PHARMACOGNOSIE
M.	Lhassanne	**ISMAILI**	CHIMIE ORGANIQUE
Mme	Isabelle	**LASCOMBE**	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme	Katy	**MAGUIN GATÉ**	PHARMACOLOGIE
Mme	Carole	**MIGUET ALFONSI**	TOXICOLOGIE
M.	Frédéric	**MUYARD**	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	**PELLEQUER**	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Marc	**PUDLO**	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme	Nathalie	**RUDE**	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES

PROFESSEUR AGRÉGÉ DU SECOND DEGRÉ, PROFESSEURS ASSOCIÉS A TEMPS PARTIEL

M.	Patrice	**BLÉMONT**	DROIT
Mme	Sandra	**CHAVIN**	ANGLAIS
Mme	Mylène	**COSTER**	ANGLAIS

1ER Janvier 2012

A notre Maître et Président de jury.

Monsieur le Professeur Alain Menget

Vous nous avez fait l’honneur d’accepter la présidence de cette thèse.

Votre accueil chaleureux, votre gentillesse et votre écoute ont jalonné notre formation jusqu'à son terme.

Veuillez trouver dans ces lignes l’expression de notre plus profond respect.

A notre Maître et membre du jury.

Monsieur le Professeur François Dumel

Vous nous avez fait l'honneur de juger cette thèse.

Vous nous avez apporté vos conseils, soyez en remercié.

Veuillez trouver dans ces lignes l'expression de notre plus profond respect pour votre engagement sans limite pour la médecine générale et la formation des étudiants franc-comtois.

A notre Maître et directeur de thèse.

Monsieur le Docteur Patrick Vuattoux

Nous te remercions pour ta disponibilité, la qualité de tes conseils et ton enthousiasme communicatif.

Tu nous as transmis ta passion pour les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Nous espérons partager avec toi, à ce sujet encore de nombreuses fois.

A notre Maître et codirecteur de thèse.

Monsieur le Docteur Jean Michel Perrot

Nous te remercions pour ta disponibilité, ton aide précieuse concernant la méthodologie de la recherche qualitative.

Tu as su nous ménager un espace de liberté tout en nous consacrant beaucoup de temps.

Nous espérons pouvoir accompagner ton engagement militant dans la formation des jeunes médecins généralistes franc-comtois.

A notre Maître et membre du jury

Monsieur le Docteur François Baudier

Vous nous avez fait l'honneur de juger cette thèse.

Vos compétences et votre expérience permettront d'apporter un éclairage sur ce travail.

Soyez assuré de toute notre reconnaissance.

A notre Maître et membre du jury

Monsieur le Docteur Philippe Chazerand

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail malgré les moments difficiles qui vous touchent.

Votre engagement a été très fréquemment cité par les personnes que nous avons interrogées.

Nous vous remercions pour l'enseignement de la médecine générale que vous dispensez à Pagney.

Cécile dédie ce travail

Longtemps j'ai cherché d'où m'était venue cette envie irréfrénable de devenir médecin et puis j'ai trouvé : Donalie, Raphaël et Paul, ma sœur et mes frères. Votre santé m'a fait découvrir le monde médical bien avant la faculté. Cette thèse vous est dédiée.

A ma famille

Nicolas : Voila maintenant plus de 10 ans qu'on mène une vie heureuse de boulets. Sans toi et ton énergie, je n'en serais sans doute pas là. J'apprécie tous les jours de partager ce métier avec toi.

Je pense à cette image : au début chacun sur notre vélo, on se baladait, puis nous avons choisi des vélos plus performants, acheté des cartes pour relever le niveau des randonnées. Ensuite, on a attaché une charrette derrière ton vélo pour Louis. Puis, on s'est dit que ça serait plus facile de tracter la charrette à deux, alors on a décidé de rouler en tandem. Chacun de nos tours de pédale fait avancer le tandem et la charrette. Certains cols sont parfois difficile à gravir, notamment le col « thèse », il faut pédaler fort, mais la vue sera tellement belle au-dessus qu'on ne regrettera pas notre effort. Pour l'avenir, il reste encore une place à côté de Louis, et on peut installer un siège sur le porte-bagage, il existe également des tas de système pour accrocher des petits vélos sur le tandem…… J'espère que pour nos vieux jours, il existera des tandems électriques !

Je ne saurais pas conduire le tandem toute seule. Je t'aime

Louis : En t'attendant, je pensais souvent à « Tous les hommes naissent libres et égaux …». J'espère que toute ta vie tu connaitras ces valeurs. J'espère que nous saurons t'apprendre à être heureux car la vie est belle. Partager notre vie avec toi est un bonheur de tous les instants. A nous d'en profiter au maximum. J'espère que tu aimeras le vélo !

Je vais enfin pouvoir répondre oui à ta question quotidienne : « c'est finit la thèse maman ? ». Je t'aime.

Mes parents : vous avez toujours donné tout ce que vous avez pu pour nous. Merci. Vous nous avez surtout donné ce que je ne pourrai pas offrir à mes enfants : votre présence

permanente. Encore aujourd'hui, vous nous rendez de nombreux services tout en respectant notre liberté.

Papa : Si j'ai attendu aussi longtemps pour rendre cette thèse, c'est pour marquer tes 60 ans. Je te souhaite un bon anniversaire. Tu m'as transmis la valeur du travail probablement lors de nos nombreuses discussions matinales avant d'aller au collège puis au lycée.

Maman : Je n'oublierai pas ce que tu m'as dit ce 2 janvier 2010 sous le porche des Fins. Merci.
Tu es une maman sur qui on peut toujours compter.
Tu es une mamie formidable et je te fais une confiance aveugle quand tu t'occupes de Louis.

Donalie : après toutes ces années passées à nous « crêper le chignon », je suis heureuse de tout ce que je partage et partagerai avec toi. J'ai confiance en toi pour l'avenir. Accroche-toi.

Raphaël : J'aurais tellement voulu t'entendre dire « en voiture belle maman ». J'espère que la prochaine fois tu ne nous priveras pas du spectacle. Encore merci à Mme B d'avoir vendu la mèche. Promis, on va essayer de faire une petite sœur pour Louis.

Paul : J'espère qu'on partagera toujours autant de bons moments et de discussions ensemble. Quelle que soit ta décision professionnelle, je te souhaite d'être épanoui. Prends soin de toi

Hélène : La place que tu occupes dans notre famille est bien définie par Louis quand il t'appelle « mamie Héné ». Merci pour tout ce que tu as fait et fais encore pour nous. Merci d'être là.

Loulou : tu vois je ne suis pas allée sur tes genoux jusqu'à 20 ans….. Mais je continue à passer des journées formidables avec toi et j'espère que ça va durer. Je pense toujours à toi en haut d'une montagne, je n'ai jamais envie de redescendre.

Nanet : Merci de m'avoir donné le gout de la montagne et des randonnées en me faisant partager tes vacances.

François : Merci de m'avoir appris à skier.

Emmanuel : C'est toujours un plaisir de t'avoir à la maison, tu viens quand tu veux.

A toute la famille Cairey-Remonnay. Grand-mère, merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises. Rares sont les journées sans une pensée pour vous.

A toute la famille Prod'hon and co.

René, merci d'être venu à notre mariage.

Une pensée toute particulière pour Sué et Lilian. Bienvenue à Thiago.

A la mémère Claude, tu es partie quand Louis est arrivé. Je n'aurai pas pu t'entendre dire « comme il est chou »

A Dominique et Bernard : vous êtes un modèle de famille pour moi. Do, je te souhaite une bonne santé. J'espère que votre nouvelle maison vous plait

A Cyrielle, promis, je viendrai te voir à Maynal. Romain, tu t'incrustes quand tu veux.

A ma belle famille, la famille Belin, désolée de ne pas avoir pris votre nom mais je ne voulais pas devenir une « mère Belin ». Merci pour tous les services que vous nous rendez, on peut compter sur vous, à part peut être le mercredi matin car c'est les courses !!!!! Merci de respecter notre liberté. Merci Martine pour tous les moments de réassurance.

A Mikael, Jeannette : il me tarde de voir votre maison. Mika, la blague des soissons musiciens et peintres me fait encore rire.

Titi : tu peux passer à la maison quand tu veux, tu ne nous dérange jamais !!!! On serait ravi et Louis encore plus, que tu viennes plus souvent.

A mes amis

Marie-Anne : comme tu m'as si bien dit au mariage : « parce que c'était elle, parce que c'était moi ». Ton amitié m'est indispensable.
Que de souvenirs : des anniversaires chez toi, au club Etna, aux Inconnus regardés des dizaines de fois, aux fou-rires au fond de la classe de 4ème, aux heures passées au téléphone (on aurait peut être du les compter), aux nuits passées chez toi réelles ou fictives. Plus récemment, notre périple à Madagascar a renforcé encore nos liens. A ton appartement-hôtel parisien, encore désolée pour le lavabo.

Il nous reste encore des décennies pour partager plein de choses.
Je te souhaite tout le bonheur du monde.

Aux autres commères : Amélie, encore merci pour l'acclimatation au couchage vietnamien. Delphine, merci pour toutes les plaques de chocolat que tu nous as déjà apportées.

A Marlène et Sylvain : « tu vois tout ça, tout ça eh ben c'est Peugeot », c'est indélébile, en passant sur le pont de Vesoul on pense à vous ! Mes amitiés à Paul et Josette.

Aux copains de la fac. Grâce à vous ces longues années d'étude, sont passées comme une lettre à la poste et si c'était à refaire, je recommencerais. Grâce à vous la maison des copains est la semaine de vacances la plus attendue de l'année. Merci encore au comité de départ à la Réunion. Votre présence et vos mouchoirs blancs m'ont touchée.

Steph : jamais je ne pourrai faire des remerciements aussi bien que les tiens. J'écris ces lignes le jour de tes 32 ans alors bon anniversaire. Tu sais que tu es chez nous comme chez toi, que Nico soit là ou pas !!! Tu peux passer à l'improviste pour manger c'est pas grave, on rajoutera un peu d'eau ! On peut compter sur toi, même lorsqu'en vélo on se fait doubler par une joggeuse ! Je te souhaite de trouver l'âme sœur car tu es un mec bien.

Claire et Yann et…., les chaussons fleuris. Claire, ton humour est décapant, je t'apprécie beaucoup. Yann, merci pour ton coup de fil à la maternité. S'il te plait pourrais-tu au moins une fois laisser Nico gagner à la pétanque ? A votre progéniture, au fait c'est un garçon ou une fille ? Merci d'entourer la bonne réponse.

Anne, Vince et Emma : Anne, tu es à l'origine de beaucoup des bonnes idées du groupe, Merci. Ta présence est indispensable. Vince, merci pour tes blagues sur Mafate, Je te revois encore tomber du canapé de skull, tordu de rire après la réplique mythique « dans Mafate c'est hyper cher »

Charlène et Poussin : demain c'est votre mariage, on est trop heureux. Charlène, je crois que ce qu'on a en commun c'est un brin, un tout petit brin de naïveté. Grace à cette naïveté, les autoroutes sont gratuites et « la vie est belle ». On vit un conte de fée où les princes charmants s'appellent Nicolas ! Poussin, l'homme de la démesure, l'homme à la demande en mariage qui fait rêver toutes les filles. Ne change rien, continue. Merci pour le film du gala. Je vous adresse tous mes vœux de bonheur, mais je n'ai aucun doute. J'espère que le réarrangement de votre appartement pendant votre voyage de noces sera à la hauteur de ta démesure !!

Lucie, Julian et Gabin : J'ai apprécié Lucie de partager tous ces moments de ta grossesse avec toi. Maintenant que la thèse est finie on va pouvoir recommencer. Julian, le Polnareff du groupe, ne pert pas ta bonne humeur et ta frendly attitude. Gabin, on t'attend pour le baptême de la maison des copains.

Cécile, Didier, Jules et……. : J'ai attendu le plus longtemps possible pour mettre le nom du petit dernier mais il a choisi de rester encore au chaud. Cec, tous les moments passés avec toi sont du bonheur. Je suis fière de remplacer le Dr Ratte-Montanari. Didier, merci pour ta vision non médicale de l'accouchement, j'en rigole encore. Jules, le pro du toboggan et des « maon hi », profite bien des derniers jours où tu es seul avec Papa et Maman.

Locs et sa magali libérée et le haricot. Magali, J'espère sincèrement qu'on pourra travailler ensemble. Profite bien de cette grossesse, il me tarde de voir le résultat, la guitare sera-t-elle intégrée ? Loc's, l'homme qui est toujours à fond et…en retard. Merci, tu seras je n'en doute pas un vrai papa poule. Encore félicitations pour ton discours à la villa palladienne. Bienvenue au futur Barrot.

Céline Skull et Paul : Je nous vois encore à la terrasse du Villa vanille, où Céline tu buvais un schweps. Promis on va enfin pouvoir se faire des aprèm ensemble, avec ou sans enfant. On est tous ravi te t'accueillir à la maison des copains. Skull, on n'est qu'au début de tout ce qu'on va partager, j'en suis ravie, je ne me fais pas de souci. Qu'est-ce que je suis heureuse que vous soyez rentrés. Paul, tes yeux bleus font des envieux, Louis adore aller à la piscine avec toi.

Pepette et Loic : depuis le temps qu'on se connait Pepette, c'est toujours agréable de passer du temps avec toi. J'espère qu'on ramassera encore des kilos de champignons pour notre plus grand bonheur et celui de Louis. On espère vous voir à la maison des copains cette année et que vous ne partirez pas trop loin

Elenie et Quince : Eleni, merci pour tes plats grecs à la maison des copains, Quince, ton sens de l'humeur est décapant. On a apprécié votre mariage français, on a hâte de remettre ça pour la version grecque.

Marie, Amélie, Lucie, Céline, Anissa : de nos fou-rires au RU, à la préparation de l'internat, que de bons moments, il faut vraiment qu'on se fasse un WE de filles.

A Yves, Gaëlle, Océane et Axel

A Aurèle et Pioupiou

A Marie-Anne D, Jérome, Florent et Emma.

A tous les médecins qui m'ont appris ce métier

Au Docteur Claude Bernard et à toute l'équipe de Néphro à Montbéliard, j'ai appris dans votre service la rigueur nécessaire à l'exercice médical.

Aux Docteurs Boiteux, Audy et Fioux, chez qui j'ai découvert la médecine générale. Merci

A toute l'équipe des urgences de Pontarlier, une pensée pour Odile.

A la maison de santé de Pagney : Merci Dr Ganet pour les réflexions philosophiques devant le cimetière de Brésilley (je crois) : « nous avons été ce que vous êtes, vous serez ce que nous sommes ». Merci Nadine pour les cours de comptabilité, merci Emmanuelle pour l'exemple de maman médecin à suivre. Philippe, merci pour la mallette de docteur qui ne me quitte pas et surtout pour la vision de la médecine que vous m'avez transmise, Bon courage à votre épouse. Merci à Yvette pour vos qualités de GPS.

Aux médecins que j'ai remplacés.

A la, maison médicale de Mouthe. A Nadine, Frédéric et Jean-Michel. Merci Christine pour le soutien dans les grosses journées et les repas chez toi.

Au cabinet médical de Chalezeule. A Geneviève, Yann, Carole et Béné, merci pour votre humanité.

A la toute nouvelle maison de santé de La Cluse, Cécile c'est un vrai plaisir de te remplacer, à Nico.

Enfin, il faut se tourner vers l'avenir, à toute l'équipe de la maison de santé de Nods. Je ne vous connais pas depuis longtemps mais je suis ravie de venir travailler avec vous. Emile, j'espère être à la hauteur, Nelly, je vous vois comme une maman, à Michelle, Lydie, Céline, Dominique.

Samuel dédie ce travail

A tous ceux qui nous ont permis de réaliser ce travail, en nous consacrant leur temps.

A toi, ma très chère Aurélie,
Pour ton Amour, ton soutien, ta présence qui fait que chaque jour je t'aime un peu plus.

A vous, Emma et Louis mes tendres enfants,
Pour vos sourires, votre gaieté, j'espère que vous garderez encore bien longtemps, cette joie de vivre, qui emplit de bonheur le cœur de vos parents.

A vous mes parents, Thérèse et Camille,
Qui m'avez suivi tout au long de ce parcours qui n'était pas écrit à l'avance.

A vous mes frères et sœur, Florence, Jean François et David,
Vos réussites me comblent de joie.

A vous, Agnès et Jean Claude,
Qui avez su m'accueillir, pour les liens que nous continuons de tisser chaque jour.

A toi, Cécile,
Avec qui j'ai aimé travailler, pour ta bonne humeur et ton optimisme qui ont été un formidable moteur pour ce travail collectif.

A vous, Jean Pierre, Franco, Jean Michel, Michel, Alain qui m'avez accueilli dans vos cabinets au cours de mon cursus. Chacun à votre façon vous m'avez aidé à améliorer ma pratique.

A vous, Ugolino, Luc, Christian, Jean Claude, Franco qui m'avez fait confiance.

A tous ceux qui comptent et qui compteront pour moi.

« Je m'efforce d'éviter les risques imprudents pour la même raison que j'accepte les risques calculés. La vie – améliorer la qualité de toute vie, sauvegarder une seule vie – voilà la priorité suprême. » Jacques-Yves Cousteau dans L'homme, la pieuvre et l'orchidée

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Sommaire

Sommaire 29

Liste des abréviations 31

INTRODUCTION 33

MATERIEL ET METHODE 47

RESULTATS 51

Résultats : les moteurs 53

I. Eléments favorisants en lien avec l'équipe professionnelle 53

II. Eléments favorisants en lien avec le projet 75

III. Eléments favorisants en lien avec le territoire 84

Résultats : les freins 91

I. Eléments freinants en lien avec l'équipe professionnelle 91

II. Eléments freinants en lien avec le projet de santé et le projet immobilier 104

III. Eléments freinants en lien avec le territoire 117

DISCUSSION 123

I. Pourquoi une thèse collective ? 125

II. Discussion de la méthode 125

III. Les limites de l'étude 127

Discussion : les moteurs 129

I. Eléments favorisants en lien avec l'équipe 129

II. Eléments favorisants en lien avec le projet 149

III. Eléments favorisants en lien avec le territoire 159

Discussion : les freins 167

I. Eléments freinants en lien avec l'équipe professionnelle 167

II. Eléments freinants en lien avec le projet de santé et projet immobilier 179

III. Eléments freinants en lien avec territoire 186

Propositions communes ***193***

CONCLUSIONS ***197***

BIBLIOGRAPHIE ***201***

Plan détaillé ***209***

Liste des abréviations

ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	: Agence Régionale de Santé
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CRGE	: Collège Régional des Généralistes Enseignants
ETP	: Education Thérapeutique du Patient
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENMR	: Expérimention des Nouveaux Modes de Rémunérations
FEMASAC	: FEdération des MAisons de SAnté Comtoises
FFMPS	: Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé
FEADER	: Fond Européen Agricole de Développement Rural
FICQS	: Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
HPST	: Hôpital Patient Santé Territoire (loi)
MSA	: Mutualité Sociale Agricole
MG	: Médecin Généraliste
NMR 1 et 2	: Nouveaux Modes de Rémunérations module 1 et 2
PAPS	: Plate-Forme d'Appui aux Professionnels de Santé
PS	: Professionnels de Santé
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
SUMGA	: Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire
UFR SMP	: Unité de Formation et de Recherche, Sciences Médicales et Pharmaceutiques
URCAM	: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Les soins de premiers recours connaissent actuellement une réorganisation pour ne pas dire une organisation. Ce phénomène est remarqué en France mais aussi dans les pays développés en Europe et dans le monde.

Qu'appelle-t-on soins de premiers recours ?

La loi définit les soins de premiers recours de la manière suivante : (1)

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial […] et conformément au schéma régional d'organisation des soins […] Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

La loi définit également le rôle des médecins généralistes (MG) ou médecins de premiers recours :(1)

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :
« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
« 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
« 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
« 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins […]

« 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Pourquoi la réorganisation des soins de premiers recours est-elle nécessaire ?

- Tout d'abord parce que la **démographie médicale baisse** et ne permet plus d'assurer un égal accès aux soins des patients sur le territoire alors que paradoxalement, le nombre de médecin en France n'a jamais été aussi élevé qu'en 2007(2). La densité médicale devrait ensuite baisser jusqu'en 2020.(3) Cette constatation pointe les inégalités de répartition des médecins entre le secteur libéral et hospitalier, entre les différentes régions, entre les différentes spécialités. Le financement actuel est concentré principalement sur les CHU(2). Or, selon le carré de White (4), lorsque 250 patients consultent en médecine générale, 1 seul sera hospitalisé en CHU.

  Cette baisse de la démographie s'explique d'une part de façon mathématique par le départ en retraite dans les dix prochaines années des médecins issus de la génération du baby-boom et d'autre part, par l'arrêt d'exercice prématuré de MG supportant difficilement leurs conditions de travail. Nous observons donc un phénomène de vieillissement des médecins. Les jeunes médecins s'orientent majoritairement vers les emplois salariés délaissant l'exercice libéral. On observe aussi, une augmentation du nombre des remplaçants. Cette population bien qu'opérationnelle ne s'intègre pas dans le nombre des médecins en activité. Afin de pallier à cette baisse prévue du nombre de médecins, une étude « la démographie médicale à l'horizon 2030 »(3) envisage un scénario tendanciel pour les 20 prochaines années. Elle part du principe que le choix des médecins est constant en termes : de redoublement, d'abandon des études médicales, d'absences à l'examen classant national et de choix des régions pour l'entrée dans la vie active. Selon ce scénario, le retour au nombre actuel des médecins ne se fera qu'en 2030. Entre temps, la baisse d'effectif des spécialistes serait plus importante que celle des généralistes. Pour pallier aux inégalités de répartition, il existe des politiques de régularisation qui sont nationales (augmentation du

numerus clausus, nombre de postes d'internes par région) et régionales (formations dispensées dans chaque facultés, incitations financières à l'installation) et dont l'effet ne peut encore être évalué faute de recul suffisant.(5)

- Parallèlement à cette baisse du nombre des médecins, **la demande en soins augmente**. Selon un rapport de l'INSEE, les dépenses de santé pour les soins hospitaliers comme pour les soins ambulatoires ont presque doublés entre 1995 et 2010.(6) Cette augmentation est secondaire au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de pathologies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires…)(7). Ceci va accentuer le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins.
- Ensuite, il apparaît important de **créer des liens entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier** local et régional afin d'assurer aux patients un parcours de soins optimal. (8) Pour l'instant, l'organisation hospitalière est bien définie, écrite et visible alors que pour le secteur ambulatoire cela n'est pas encore le cas.
- D'autre part, il existe un besoin de **revalorisation de la médecine de premier recours et de recentrage dans le système de soin**. (9) L'idée est toujours d'améliorer la performance du système de santé.(10) Ceci est vrai en France mais aussi dans d'autres pays européens, ainsi qu'au Québec, en Ontario et aux Etats unis.(11)(7)

Se pose donc la question de « comment faire ? ».

Plusieurs changements sont nécessaires afin d'organiser le secteur ambulatoire.(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18)

- Il est impératif d'envisager des **nouveaux modes de rémunération** pour deux raisons. D'une part pour diminuer l'incidence du paiement à l'acte et d'autre part pour rémunérer le travail ne constituant pas un acte codifié par la sécurité sociale, par exemple le temps de coordination. On pourrait envisager un système mixte

alliant le paiement à l'acte à un paiement par forfait par exemple, mais d'autre modes de rémunération sont envisageables.

- Il est important aussi de **moderniser les systèmes d'information** par une informatisation performante permettant d'accéder aux bases de données ambulatoires qui serviront par la suite au développement de la recherche en soins primaires.
- Il est indispensable de pouvoir **partager les dossiers médicaux entre tous les professionnels de santé**. Ceci est désormais permis par la loi Fourcade d'août 2011.(19)
- Les professionnels de santé de premier recours doivent apprendre à **coordonner leurs soins et à travailler en équipe**.
- **La délégation de tâches médicales** à d'autres professionnels permettant de libérer du temps médical précieux en période de baisse de la démographie médicale doit être développée.
- Il est nécessaire de favoriser **la formation initiale des étudiants** au sein du secteur ambulatoire, ainsi que de **développer la recherche en soins primaires**.
- Un accent doit être mis sur l'amélioration et l'évaluation de la qualité des soins dans le secteur ambulatoire.
- Tout ceci doit être fait à moindre coût dans le contexte de crise économique actuelle.

Pour répondre à tous ces besoins et réorganiser les soins de premiers recours, apparaît la notion de **Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)** qui est portée par les acteurs de terrain depuis quelques années, puis encouragée par nos dirigeants politiques secondairement.(20)(21)

Qu'est-ce qu'une MSP ?

Depuis 2007 les maisons de santé pluridisciplinaires ont été définies par la HAS de la manière suivante : *« c'est un lieu d'exercice qui rassemble des professionnels de santé libéraux du premier recours unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients »*.(22)

En 2009, la loi HPST complète la définition par un article du code de la santé publique : *« les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées par des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Les professionnels y exerçant élaborent un projet de santé, tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'ARS. »*(23)(24)

En 2011, l'appellation des maisons de santé a été modifiée, désormais nous parlons de maison de santé pluriprofessionnelle. Le terme de pluriprofessionnel est préféré à celui de pluridisciplinaire. Il insiste plus sur la collaboration de plusieurs professionnels de santé et non de plusieurs disciplines qui pouvaient être vues comme plusieurs disciplines médicales.(25)

Le 10 aout 2011, la loi Fourcade a été votée et apporte la définition la plus récente des maisons de santé inscrite au code de santé publique.(26)

« Article L. 6323-3 : La maison de santé est une ***personne morale*** *constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des* ***activités de soins sans hébergement de premier recours*** *[…]et, le cas échéant, de second recours […] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales* ***dans le cadre du projet de santé*** *qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux […]. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »*(26)

Par contre le terme de maison de santé n'est pas labellisé, toute structure peut s'auto déclarer maison de santé. Seules les maisons de santé répondant au cahier des charges établi par le ministère peuvent prétendre à un financement public et aux nouveaux modes de rémunération dans le cadre de l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunérations.(13)

En France comme aux Etats-Unis, le terme de « maison » a été choisi pour cette structure « *ce qui révèle l'attraction de la référence à la sphère familiale/domestique – synonyme de confiance, de relations désintéressées, de chaleur humaine, de considérations pour la personne – pour caractériser à la fois le lieu et le mode d'organisation de la prise en charge de premier recours* »(7)

L'organisation des soins de premier recours en général et les maisons de santé pluri professionnelles en particulier intéressent à l'heure actuelle les politiques et les professionnels de santé. (27) Le sujet a fait l'objet de deux rapports ministériels. L'un en janvier 2010 par le sénateur Juilhard et ayant pour titre : Le bilan des maisons et pôles de santé et propositions pour leur déploiement(12). L'autre en octobre 2010 par Elisabeth Hubert s'intitulant : Mission de concertation sur la médecine de proximité(14). Le sénateur Juilhard justifie le déploiement des MSP de la manière suivante : *« l'émergence d'un regroupement des professionnels de santé prend tout son sens afin de former de véritables équipes pluriprofessionnelles qui agiront dans une prise en charge partagée pour prévenir, soigner, éduquer les malades et enseigner les étudiants. »*(12)

La prise en charge des maladies chroniques depuis quelques années influence et oriente le développement et l'organisation des MSP. Le nombre croissant de ces maladies et le besoin d'amélioration de la qualité des soins a nécessité une réorganisation des soins. Cette réorganisation a débuté initialement dans les services d'endocrinologie pour optimiser le suivi des diabétiques.(28) Le maître mot était l'abord pluridisciplinaire du patient, permettant entre autre l'éducation thérapeutique de ce dernier. Il est apparu ensuite nécessaire de coordonner les soins apportés par les différents professionnels. Cela fonctionnait bien, l'idée

est alors venue d'étendre cette démarche de soins aux facteurs de risque cardiovasculaires, à l'asthme. Pour mieux prendre en charge ces patients, les professionnels ont appris à travailler en équipe et à coordonner leurs soins. Les médecins ont dû déléguer certaines tâches aux infirmières et aux professionnels paramédicaux. Les patients étant suivis conjointement par plusieurs professionnels, un temps de synthèse du dossier entre tous les intervenants devint nécessaire. Cette organisation collaborative, si elle est facilement déclinable au sein d'un service hospitalier, rencontre quelques difficultés pour être étendue au monde ambulatoire. Le temps de coordination de soins, dans un système de paiement à l'acte ne bénéficie d'aucune rémunération. Ce fonctionnement nécessite donc de nouveaux modes de rémunération (NMR) qui valorisent la coopération interprofessionnelle. De même ces NMR rémunèrent l'éducation thérapeutique bénéfique à ces patients atteints de maladies chroniques.

Cette nouvelle organisation devra entrainer aussi une modification de la formation en incluant des enseignements pluriprofessionnels, c'est-à-dire un cours identique pour des professionnels différents.

Le concept de maisons de santé suscite l'intérêt en France mais aussi dans certains pays de l'union européenne, au Québec, en Ontario et aux Etats-Unis(11)(29)(7). A chaque fois, l'idée du regroupement pluriprofessionnel fait suite à la pénurie médicale, à un besoin de revalorisation et de recentrage de la médecine de premier recours dans le système de soin. L'idée est toujours d'améliorer la performance du système de santé dans sa globalité. Le besoin de travailler en équipe est plus marqué depuis l'augmentation du nombre de maladies chroniques lui-même secondaire au vieillissement de la population(28)(7). En effet, la prise en charge optimale des maladies chroniques fait appel à de nombreux professionnels de santé qui doivent coopérer dans le but commun d'améliorer la santé du patient. Tout ceci impose une nouvelle organisation des soins de premiers recours dont le maitre mot est la coordination interprofessionnelle. Aux Etats-Unis, le modèle de santé des anciens combattants, les vétérans ou vets, la veteran health academy est une source certaine de réflexion.(30) Les consultations se font en ville, par des professionnels de santé salariés. La consultation est faite dans un premier temps par une infirmière puis dans un deuxième

temps par le médecin. Les résultats cliniques de ce système sont mesurés dans le cadre d'audits externes. Le droit à l'erreur est respecté. La médecine de ville et l'hôpital partagent un dossier électronique universel pour le patient. La recherche et valorisée. Les coûts sont maitrisés.

Dans plusieurs pays (pays nordiques européens, Québec, Etats-Unis, Espagne)(11), les soins primaires sont organisés autour d'une équipe de soins constituée d'infirmiers et de médecins. Ces équipes sont appelées Groupe de Médecins de Famille (GMF)(29) au Québec ou encore Patient Centered Médical Home (PCMH)(7)(31)(32)(33) aux Etats Unis, Family Health Team (FHT) en Ontario(11). Le transfert des tâches permet aux infirmiers de réaliser des consultations de premier recours. Ainsi, du temps médical (précieux en période de pénurie) est dégagé. En France, malgré l'essor des MSP, *« il ne s'agit pas de constituer des équipes de premier recours mais de faciliter la coordination des professionnels »* regrette Pierre-Louis Bras dans un article paru dans les tribunes de la santé(7). Néanmoins, le développement des MSP, à travers la coordination interprofessionnelle permet un pas vers la constitution de véritables équipes de soins de premier recours.

Les MSP apparaissent particulièrement bien adaptées pour répondre aux problématiques actuelles de la santé de premier recours.(34)

« Le concept de maison de santé se trouve à la convergence des différents enjeux apparus ces dernières années : permanence des soins, lutte contre la démédicalisation géographique, organisation territoriale, collaboration entre professionnels de santé, nouveaux modes de rémunération, prises en charge des maladies chroniques et des situations de dépendance ou de handicap, développement d'approches préventives, etc. Cette réponse des maisons de santé, par certains aspects plus globale que celle des réseaux de santé, suscite aujourd'hui un engouement certain.» Écrit B Garros(35).

Bien qu'adaptée aux enjeux de la médecine ambulatoire actuelle, créer une MSP n'est ni simple ni évident. Chaque maison de santé est unique avec des spécificités humaines, géographiques, immobilières, juridiques. Il n'existe pas un modèle standard de maison de

santé applicable partout et à tous. Ceci est un frein à leur développement rapide et à grande échelle.

Quels sont les facteurs favorisant et freinant leur développement retrouvés dans la littérature ?

Dans le rapport sur le bilan des maisons et pôles de santé, le sénateur Juilhard explique qu'il existe « *un foisonnement d'initiatives dont l'aboutissement relève du parcours du combattant* ». Il ajoute également que « *le développement d'une maison de santé relève du militantisme* ». Il identifie 7 clés indispensables à la réussite du développement rapide du nombre des maisons et pôles de santé.(12)

- Identifier un cadre pour les exercices pluriprofessionnels
- Adopter un nouveau cadre juridique
- Promouvoir de nouveaux modes de financement
- Accompagner les professionnels
- S'inscrire dans une logique d'engagements réciproques entre autorités politiques et professionnels de santés
- Répondre aux attentes
- Identifier ces structures comme des lieux de formation pluri professionnelles privilégiées

Il élabore ensuite 8 propositions phares dont la réalisation dépend de la sphère politico administrative, pour l'essor des maisons de santé.

De son côté, Mme Hubert dans sa mission sur la médecine de proximité, constate l'émergence de l'exercice regroupé et repère des freins et des moteurs à ce mode d'exercice.(14)

Les moteurs sont les suivants :

- Le moteur principal est la présence d'un leader professionnel, le plus souvent un médecin : « *Sans ces leaders et leur ténacité, bien peu de projets auraient vu le jour* ».(14)
- partage de l'expérience
- aide de l'ARS
- accompagnement dans le montage des projets (type FEMASAC)
- l'ARS doit conseiller les collectivités territoriales pour éviter de construire des maisons de santé sans professionnel. « *Une maison de santé doit être un projet porté par des médecins, pas se résumer à quatre murs que des élus locaux s'offrent comme ils s'offrent une nouvelle piscine. Ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui, il y a des maisons de santé vides*. » écrit Roselyne Bachelot dans le Figaro en octobre 2010.(36) Il est important que les actions soient initiées et réfléchies par les professionnels de santé de proximité. Leurs compétences et leurs motivations sont à utiliser.

Les freins retrouvés sont les suivants :

- La fragilité juridique
- La vulnérabilité économique
- L'absence d'accompagnement dans le montage des projets
- L'absence de garantie de la pérennité des financements

Un des freins mis en évidence par Mme Hubert est la fragilité juridique de ce type de structure(14)(18). En effet, les sociétés civiles de droit commun existantes n'autorisent pas l'association de professions différentes (par exemple un médecin et une infirmière). De plus, le partage du dossier médical du patient n'est pas autorisé entre les différentes professions médicales et paramédicales. Pour contrer cela, une loi proposée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade a été votée le 10 aout 2011.(26) Cette loi permet la création d'un nouveau type de société civile : les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ou SISA. Il est maintenant possible de se regrouper entre professions différentes. Un pas est donc fait vers le renforcement du statut juridique des MSP. Ainsi, un des freins à leur développement rapide et à grande échelle est levé.

Cette même loi précise les activités de soins prévues dans les MSP. Elle permet l'aménagement des conditions d'accès aux données médicales des patients par les professionnels de la MSP. Le patient peut lui-même choisir quel(s) professionnel(s) peut avoir accès à son dossier.(26)

Dans le but de faire connaitre les MSP, d'en favoriser le développement, et d'innover en matière de soins primaires, une grande partie des régions françaises sont maintenant dotées de fédérations régionales des maisons et pôles de santé regroupées au sein d'une fédération nationale (FFMPS). (34) La première grande réunion de travail nationale a permis d'élaborer des recommandations sur le thème : concevoir et faire vivre une maison de santé(37). Elles développent pour chaque étape [le montage, la mise en œuvre, l'organisation, la gestion et le développement de pratiques innovantes] des conseils permettant la réussite du projet. Ces conseils peuvent être vus comme des facteurs facilitateurs à l'aboutissement des projets. Parmi eux, on retrouve la présence d'un leader, la création d'une association type loi 1901 dès le début du projet, la rédaction d'un projet de santé, la non prépondérance du projet immobilier, l'utilisation du « guichet unique » de l'ARS, la nécessité d'un budget prévisionnel à cinq ans.

Dans le même esprit, le président de la fédération nationale, (Dr Pierre de Haas) est l'auteur d'un livre édité en 2010, intitulé « monter et faire vivre une maison de santé »(13). Il analyse le montage de cinq maisons de santé toutes différentes en France. De façon empirique il élabore six « briques » essentielles au montage et au fonctionnement des maisons de santé. Parmi elles, on distingue : l'analyse territoriale avec la nécessité de réaliser une étude d'opportunité, la dynamique humaine et l'existence du leader. Il insiste ensuite sur la réalisation du projet de santé et du projet professionnel. Pour lui, les conditions de la réussite sont liées à :

- l'existence d'une équipe de pilotage incluant un professionnel de santé et un élu local

- la bonne relation avec les professionnels de santé et les élus des communes avoisinantes
- l'existence d'un leader
- la souplesse dans le montage

L'organisation en MSP est une déclinaison possible, la plus aboutie sans doute de la collaboration interprofessionnelle.

En février 2010, aux assises des territoires ruraux, le président Nicolas Sarkozy a indiqué que l'Etat et l'assurance-maladie participeraient « *au financement de 250 maisons de santé en trois ans* », afin de doubler leur nombre. Il existe donc une volonté politique de développer ces structures. C'est le plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural, approuvé par la circulaire du 27 juillet 2010.(38)

Suite à la revue de cette littérature, le besoin de réorganiser la médecine de premier recours apparait nécessaire et incontournable. Les MSP apparaissent comme une des solutions à ce besoin. Mais en pratique, la genèse de ces structures est difficile et longue. Quels sont les moteurs et les freins rencontrés par les porteurs de projet au cours du montage de leur MSP ? C'est ce que nous nous proposons d'étudier dans ce travail.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé des entretiens semi structurés en face à face afin d'effectuer une étude qualitative.
Le sujet étant vaste, il a été décidé de réaliser cette thèse à deux. Un thésard, Samuel Bruchon a traité les facteurs facilitateurs et une thésarde, Cécile Cairey-Remonnay a étudié les freins rencontrés lors du montage des MSP.
Nous avons décidé de différencier deux types de projet. D'une part, les projets ayant abouti à l'ouverture d'une MSP en moins de trois ans et d'autre part, les projets durant plus de trois ans ou n'ayant pas abouti à l'ouverture d'une MSP. Cette limite de trois ans au-delà de laquelle nous considérons le projet comme long correspond à des données bibliographiques(12)(13). Nous avons considéré que les projets aboutis en moins de trois ans étaient synonymes de réussite et donc contenaient les moteurs du succès. A contrario, nous pensons que les MSP ayant mis plus de trois ans à se monter ont rencontré des freins. Samuel Bruchon a traité les projets de moins de trois ans et Cécile Cairey-Remonnay les projets longs ou non aboutis.

Nous avons limité géographiquement notre étude à la Franche-Comté.

Pour recruter les différents porteurs de projet nous avons procédé de la manière suivante. Dans un premier temps, nous avons rencontré l'équipe d'appui « territoire et santé » de Franche-Comté. Cette dernière crée en mai 2008 regroupe la FEMASAC, l'ARS, la MSA et le conseil régional de Franche-Comté. C'est une équipe d'accompagnement des projets de MSP. Nous l'avons interrogée sur les projets qu'elle suivait ou avait suivi. Elle nous a orientés vers les porteurs de projet correspondant à notre étude. Nous avons contacté ces différentes personnes par courrier, par mail ou directement par téléphone afin de convenir d'un entretien s'ils le souhaitaient. Ils étaient des médecins, des professionnels de santé paramédicaux ou des élus locaux.
Par ailleurs, nous avons adressé, indépendamment de l'équipe d'appui, un mail ou un courrier (en fonction de la connaissance d'une adresse électronique) de sollicitation, à la MSA, la FEMASAC, l'ARS, l'URPS de Franche-Comté, l'association des maires de Franche-Comté, aux présidents des 96 communautés de communes de Franche-Comté. Vingt-trois des 96 communautés de communes franc-comtoises ont reçu un courrier car nous n'avons pas trouvé leur adresse électronique. Les 73 autres ont reçu un courrier électronique. Le contenu de l'email et du courrier était identique. Il se composait d'une lettre explicative accompagnée de notre fiche de thèse.
Trente-six des personnes contactées nous ont répondu : 17 par mail, cinq par courrier et 14 par téléphone.

Nous avons ensuite bénéficié d'un effet boule de neige. Lors de certains entretiens la personne interrogée nous conseillait d'en rencontrer une autre. L'élu nous conseillait d'interviewer le médecin ou le paramédical investi et inversement.

Ensuite, nous avons convenu d'un rendez-vous physique avec les interlocuteurs approchés. C'était la phase de recrutement.
Puis, nous avons réalisé 23 entretiens semi-directifs en face à face enregistrés à l'aide d'un dictaphone, avec l'accord des personnes interviewées, en leur assurant l'anonymat.
Samuel Bruchon a réalisé 12 entretiens et Cécile Cairey-Remonnay, 11.
Nous avons interrogé les porteurs de projet à l'aide d'une trame sommaire afin de rendre la discussion la plus ouverte possible car les éléments recherchés étaient d'ordre qualitatif.
Le nombre d'entretien n'a pas été défini à l'avance. Lorsque nous avons obtenu la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'une interview ne nous apportait aucun élément nouveau par rapport aux précédentes, nous avons réalisé encore trois entretiens pour nous assurer de cette saturation, puis nous avons arrêté.
Suite à ces entretiens, nous avons retranscrit les données des enregistrements sous forme de verbatims. La retranscription assure l'anonymat des personnes et des lieux. Les enregistrements ont été détruits après la retranscription. La Franche-Comté étant une petite région, nous avons choisi de ne pas publier les verbatims pour conserver l'anonymat des personnes interrogées. En effet, malgré notre application à rendre les verbatims les plus anonymes possibles, nous pensons que l'interviewé pouvait être reconnu.
Les verbatims ont subi un double ou triple codage, chaque thésard codait ses propres verbatims et ceux de son collègue. Un membre du département de médecine générale nous a montré comment coder et a réalisé ainsi un codage de douze verbatims.
Ensuite, nous les avons analysés avec l'aide du logiciel Nvivo 9®. Ce logiciel dédié à l'analyse qualitative nous a permis de tirer parti plus rigoureusement des informations contenues dans nos volumineux verbatims. Le logiciel permet en effet d'organiser et de classer les différents thèmes et sous-thèmes que nous avons découvert par l'analyse des verbatims.

La mise à jour des nombreux facteurs facilitant ou freinant pourra être transmise aux porteurs de projet (via l'équipe d'appui « territoire et santé » par exemple), afin de faciliter leur cheminement dans le montage. Cela permettra, nous l'espérons d'accroitre les chances de réussite des projets. Les équipes d'accompagnement pourront s'en servir afin de préciser le soutien. Les résultats de ce travail sont attendus également par tous ceux qui nourrissent cette dynamique nationale des MSP (FFMPS, ministère,…).

RESULTATS

Résultats : les moteurs

I. Eléments favorisants en lien avec l'équipe professionnelle

I.1. Volonté d'association et de travail en groupe.

a) Objectif personnel conduisant vers l'exercice en MSP

Pour le Docteur A, ce mode d'exercice apparaît comme une nécessité en réponse à ses constations vis-à-vis d'un exercice individuel antérieur.

Et au bout d'un certain nombre d'années je me suis rendu compte que ça ne correspondait pas à ce que je voulais. Il n'y avait pas assez de partage. (…) Moi depuis longtemps j'étais sensibilisé au concept d'éducation thérapeutique, mais on ne peut pas mettre en place.

Pour le Docteur G, le travail en groupe est un élément facilitateur décrit comme le cœur du travail dans la MSP. Les possibilités offertes par un travail collectif sont vues comme plus importantes.

Le cœur de notre travail, c'est vraiment ce qui se passe en groupe. C'est notre capacité à élaborer des choses ensemble, à les faire évoluer(…) C'est ça en fait le cœur. (…)C'était la possibilité d'avoir un outil beaucoup plus performant dans le sens varié. Ce que l'on ne peut pas faire tout seul, ce qu'on ne peut pas faire chacun dans notre coin, on va pouvoir le faire ensemble. (…). Car on a une espèce de puissance dans la mise en relation des compétences. Dans le partage de nos compétences, dans l'association de nos compétences. (…) C'est plus dans la potentialisation. Dans les capacités de chacun. Dans l'interaction. Un plus un c'est beaucoup plus que deux.

Pour le kinésithérapeute B, travailler avec un fonctionnement collectif apparenté à celui d'un centre de réadaptation fonctionnel est un objectif et une source de motivation.

Kiné B : c'est beaucoup plus enrichissant et intéressant de travailler en groupe. On se sent moins seul et c'est une dynamique de groupe. (…)Il y a des collègues, des médecins, des infirmières. (…) Kiné B : on avait l'expérience du CRF, et on était motivée pour la reproduire.

b) Source de motivation dans la réalisation des projets

Cet aspect est un élément important pour les professionnels de santé, motivant leur souhait d'installation au sein d'une structure pluriprofessionnelle.

Pour le Docteur A, si cette aspiration existe, le fait de ne pas la réaliser est très frustrant.

Docteur A : (…) de travailler ensemble. Rupture de l'isolement, recherche d'un meilleur confort de travail, (…). Peu importe, mais à partir du moment où il y a cette rencontre d'envies, et qu'elle se formalise à travers une dynamique reconnue par tous(…). À partir du moment où les gens ont la vraie envie de le faire, ça va se faire, car ils ne pourront pas vivre la frustration de ne pas l'avoir fait. (…) Une volonté de faire ensemble. C'est l'élément essentiel car à partir du moment où les gens ont cette volonté-là, qu'il y ait financement ou pas de financement, ça se fera.

Pour certains, l'objectif de travailler ensemble motive à construire, à intégrer une structure.

Docteur B : Tu vois, l'idée de travailler ensemble, cet objectif là ça motive. Les gens qui ont cette envie, de bosser ensemble, ça les motive à construire. Et sur un pied d'égalité sans forcément de chef.

Docteur P : Bon moi j'ai toujours cherché à me mettre en association, dans mes remplaçants j'ai toujours essayé (…). Et quand il y a eu ce projet d'association, de maisons de santé je me suis enfournée là-dedans.

Kinésithérapeute A : c'était un objectif de travailler en groupe, à plusieurs. Je pense que c'est l'avenir d'être regroupé comme cela. (…) c'est vrai qu'en bossant de manière individuelle ce n'est pas attrayant. D'ailleurs cela nous a permis d'avoir des remplaçants, dont une remplaçante qui finalement reste avec nous et est devenue notre assistante. Et ceci grâce à la maison de santé. Finalement d'être à plusieurs cela attire. L'idée de maison de santé crée de l'attractivité. Le groupe attire. Le groupe attire pour la création de la maison de santé et pour son fonctionnement

I.2. Partage de valeurs communes

Première pierre d'un projet pour un des médecins, l'échange concernant l'éthique du groupe et le partage des valeurs est un temps fondamental.

Le projet de santé il est important, mais ce n'est pas la première pierre comme on pourrait le croire. Après c'est peut-être un avis personnel, ce qui est le plus important, la première pierre c'est l'éthique. L'éthique du groupe,

qu'est-ce qu'on voit nous comme valeurs, qu'est-ce qu'on veut partager nous, comme valeurs au sein de cette maison de santé.

Ces valeurs vont permettre la constitution d'un groupe.

Dr A (…) sont premièrement les valeurs humaines. Ce qui va permettre l'émergence d'un groupe autour d'un projet commun. Autour de valeurs communes, autour d'un projet de santé commun. Une volonté de faire ensemble. C'est l'élément essentiel (…)

Pour le Docteur E, ce regard commun favorise le montage d'une MSP.

Samuel : dans votre groupe, vous partagez une éthique commune ?
Dr E : (…) qu'il faut avoir la même vision des choses, de la médecine. Que l'on aille dans le même sens. Après l'éthique…
Samuel : quand je parlais d'éthique…, Vous pensez que pour favoriser le montage, c'est bien d'avoir des gens qui partagent la même vision ?
Dr E : tout à fait, un regard commun.

Cette vision commune n'étant pas seulement une affaire de génération.

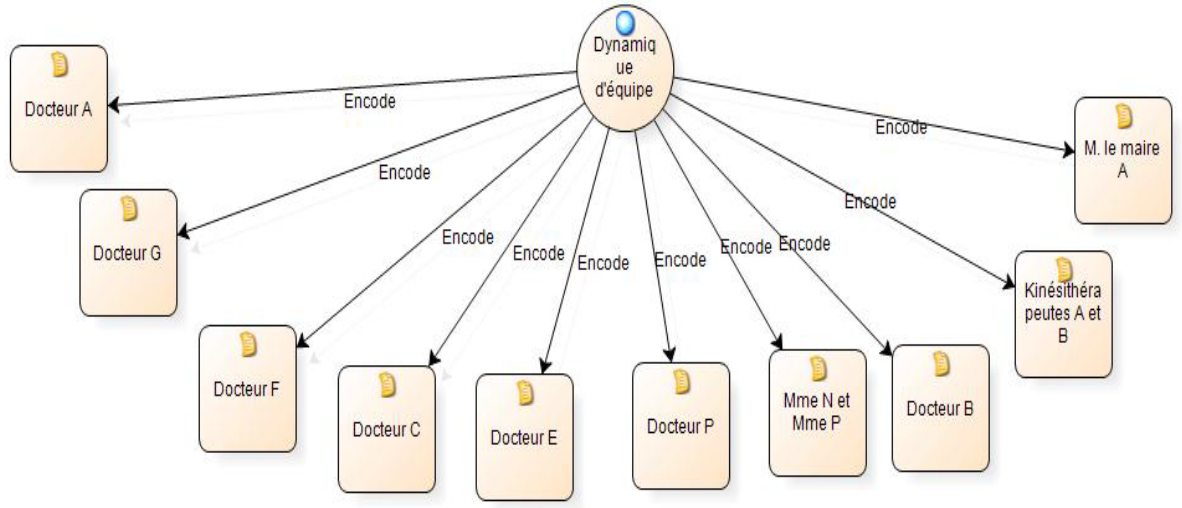
Dr E : Nous ici nous sommes une équipe jeune, tous de la même génération, que ce soient les infirmières, la kiné, les deux médecins. Après je ne pense pas que la génération soit l'élément le plus important. Je pense qu'il y a des professionnels de santé, qui même s'ils sont proches de la retraite, peuvent très bien comprendre l'évolution des besoins, l'envie de travailler ensemble… La génération ne fait pas tout.

Dr C : on partage des valeurs de vie identiques. On a des envies communes en termes de sortie de sport…. On avait fait des stages en commun et lorsqu'on discutait on était d'accord sur la façon de travailler (…) On a tous 30 ans. Après l'âge n'est pas le plus important, mais c'est plutôt une optique professionnelle, une vision commune.

I.3. Dynamisme et bonne entente au sein de l'équipe

a) Dynamique d'équipe

Evoquée par la majorité des intervenants, la dynamique d'équipe apparaît comme un élément indispensable et favorisant le montage d'une maison de santé pluriprofessionnelle.



Les sources d'encodages du nœud dynamique d'équipe.

Dr B' : pour moi c'est le facteur humain, le principal facteur favorisant. Si tout le monde va dans la même dynamique, si tout le monde s'entend bien ça marche. Le facteur humain…
Dr B : La maison de santé ne peut fonctionner que s'il y a un facteur humain.

Pour M. le maire A cette dynamique humaine est indispensable.

M. le maire A : mais bien sûr, on ne fait rien sans les hommes sur ces projets-là. La preuve, il y en a qui sont pleins de sous, qui construisent des maisons de santé mais qui ne marchent jamais. (…) Je pense que par exemple la maison de santé du docteur B c'est un peu ça aussi. Il y avait une grosse dynamique de la part du docteur B.

Cette dynamique portant le projet pour le kinésithérapeute A.

C'est une dynamique humaine donc forcément…
Samuel : donc pour vous la dynamique humaine reste…
Kiné A : c'est ce qui porte tout le projet.

Selon le docteur E, la dynamique favorise l'acceptation des décisions, donnant à chacun une place.

Les tensions ont surtout été sur des problèmes de coûts. C'est pour ça qu'il faut qu'il y ait une dynamique, pour que chacun soit d'accord d'investir, trouver sa part, sa place. C'est important aussi pour ne pas se sentir biaisé, roulé, il faut trouver un compromis, pour qu'il devienne acceptable de payer des charges, il faut s'écouter. (…)

Sans partage de cette dynamique, certains professionnels sont à risque de décrocher du groupe.

Samuel : (…) créer une dynamique, cela reste indispensable pour vous ?
Dr E : absolument. Par expérience, j'ai eu certains professionnels qui voulaient s'impliquer dans le groupe (…) Si vraiment on avait réussi à les motiver, à les intégrer au groupe, je pense qu'ils seraient restés avec nous.

Pour les docteurs A et F, cette dynamique peut être nourrie et maintenue par la constitution d'associations de professionnels.

Et donc pour nourrir cette dynamique de groupe, beaucoup de gens ont créé un pôle de santé pour pouvoir amorcer un début de « travailler ensemble ».

On a donc monté une association loi 1901. (…) On regroupe plus large que les murs, 100 % des professionnels de santé du secteur. Ceci est très intéressant en termes de dynamique, pour la mise en place des choses.

b) Bonne entente au sein de l'équipe

Dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle, la bonne entente des membres apparaît indispensable pour certains.

Kinésithérapeute A : (…) Les acteurs, leurs projets et la bonne entente c'est primordial. Périodiquement ont fait un repas, sourires*, enfin une réunion de travail où l'on parle de travail, mais c'est aussi un moment où on déconne, on discute, on rigole mais c'est très important. (…) S'il n'y avait pas eu ça…. On ne se serait pas entendu avec eux, on ne serait pas venu.*

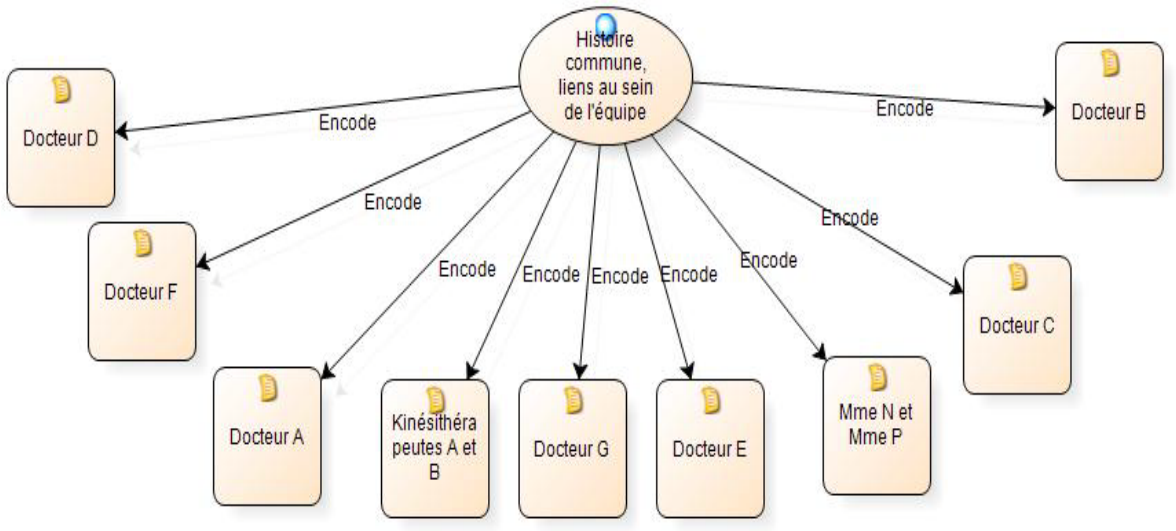
Kinésithérapeute B : s'il y avait des tensions, je ne pense pas qu'on se serait lancé là-dedans. Le versant humain a été déclencheur. Déclencheur et impératif. Si vous arrivez dans un secteur et qu'il y a des tensions, le versant immobilier ne peut pas compenser cela. Ça ne m'aurait pas donné envie d'investir. Autant rester tout seul dans son coin.

La bonne entente joue son rôle facilitateur en améliorant les rapports professionnels pour le Docteur C.

Les rapports humains étaient faciles. On est tous copain. Rapports humains faciles et du coup rapports professionnels faciles. Pour moi cela coule de source. (…)On s'entend tous bien. Le fait de bien s'entendre facilite grandement les choses. Et les patients ressentent cela. Ils voient bien que l'on s'entend tous, et si on ne s'entendait pas les gens auraient moins confiance.

I.4. Histoire commune et liens au sein de l'équipe

Participant aux liens humains de l'équipe, cet élément favorisant est reconnu par une majorité d'intervenants.



Les sources d'encodage du nœud : histoire commune et liens au sein de l'équipe

L'histoire commune est un élément favorisant car elle permet une bonne connaissance des membres de l'équipe. Cette connaissance étant un temps indispensable pour la constitution d'une dynamique et d'un esprit de groupe.

a) constitution de cette histoire par une habitude de travail en commun

Pour le docteur A une habitude de travail en commun antérieure à l'émergence d'un projet de MSP est un élément favorisant. Ces habitudes de travail peuvent prendre différentes formes (pôle, groupe de formation…) et contribuent à la création de bons rapports professionnels.

Ce qu'on pourrait voir comme élément important, c'est l'habitude qu'ont les gens de déjà travailler ensemble. (…) si les gens ont déjà tissé des rapports d'amitié professionnelle, cela favorise les choses. Si les gens se connaissent il y a déjà moins de craintes. Il y a plus d'envies de poursuivre ce travail. (…)S'ils ont déjà l'habitude

de travailler ensemble(…) c'est déjà un facteur favorisant. De même s'il y a eu un pôle. D'ailleurs beaucoup de maisons de santé récentes, et surtout les projets mixtes, ont commencé par un pôle de santé.

Entretien 6 : Ce qu'il y a de plus important pour nous c'est le pôle. Et c'est la grande différence avec l'ensemble car cette expérience qui a murit très longtemps c'est très bien(…)

Pour le docteur B, une longue histoire commune d'exercice groupée existe, apparentée à une culture d'entreprise. Cette histoire a accompagné un passage progressif vers la maison de santé.

Dr B : ici on a une longue culture de cabinet médical groupé. Moi je me suis associée en 1975. Puis en 1985 on était trois. On avait déjà une culture d'entreprise, d'entreprises de médecins etc. (…) en 2000 on avait construit un cabinet médical, puis en 2010 et 2011 on est passé en maison de santé.

Enfin cela peut être une habitude de travail au sein d'un hôpital qui a été basculé sur la MSP.

On a aussi la culture du travail collectif, on travaille avec les infirmières, les kinés au quotidien. On a un vécu de travail collectif, une culture que l'on peut rebasculer, culture qui n'est pas toujours évidente en libéral.

b) Constitution de cette histoire par l'investissement dans le projet

Tous les projets n'étant pas montés par des professionnels partageant un vécu de travail collectif, il apparaît nécessaire pour certains de créer l'histoire du groupe. Cette création peut s'appuyer sur différentes méthodes : réunions, partage de moments conviviaux…

Pour le docteur E un investissement est nécessaire dans la formation de l'histoire commune, de l'esprit de groupe.

La deuxième chose, mon deuxième critère important, c'est obtenir un esprit d'équipe ainsi qu'une convivialité du groupe(…) mais s'il n'y a pas un esprit de groupe qui se forme ça ne marche pas. (…)

Dr E : l'esprit de groupe s'est créé quand même, au bout de plusieurs réunions, beaucoup de réunions que l'on a faites ensemble le soir. Je pense que c'est important(…)mais je pense que c'est important que dans les réunions on ne parle pas que boulot, mais que l'on s'intéresse un petit peu aux autres, à ce qu'ils font, à ce qu'ils sont.(…)Il faut s'investir dans la formation du groupe. (…)

Avis partagé par le docteur G.

Samuel : le groupe a été constitué combien de temps avant ?
Docteur G : trois ans avant(…). Et des réunions tous les mardis. (…)On se retrouvait tous. C'est important en même temps. On a commencé à mettre en place notre travail ensemble à ce moment-là.
Samuel : votre groupe s'est en partie constitué par les réunions ?
Docteur G : eh bien oui, je veux dire : si tu ne prends pas le temps(…) le fait de faire les réunions, de se rencontrer, de causer ensemble aide à créer le groupe.
Mme I : eh bien oui. Et après on voit des gens qui disparaissent, d'autres qui réapparaissent.

Pour le docteur D, le temps passé en réunion à écrire le projet de santé est un temps important permettant de prendre conscience des différences et affinités de chacun.

J'explique aux équipes que ce n'est pas du temps perdu, c'est du temps où on apprend à se connaître. Et c'est aussi à ce moment-là que l'on se rend compte si on peut travailler ensemble. (…)La base pour monter une maison de santé c'est à mon avis l'équipe. Et l'équipe tant qu'elle ne se connaît pas, tant qu'elle ne sait pas si elle va dans le même sens, ça ne sert à rien de monter un projet immobilier.

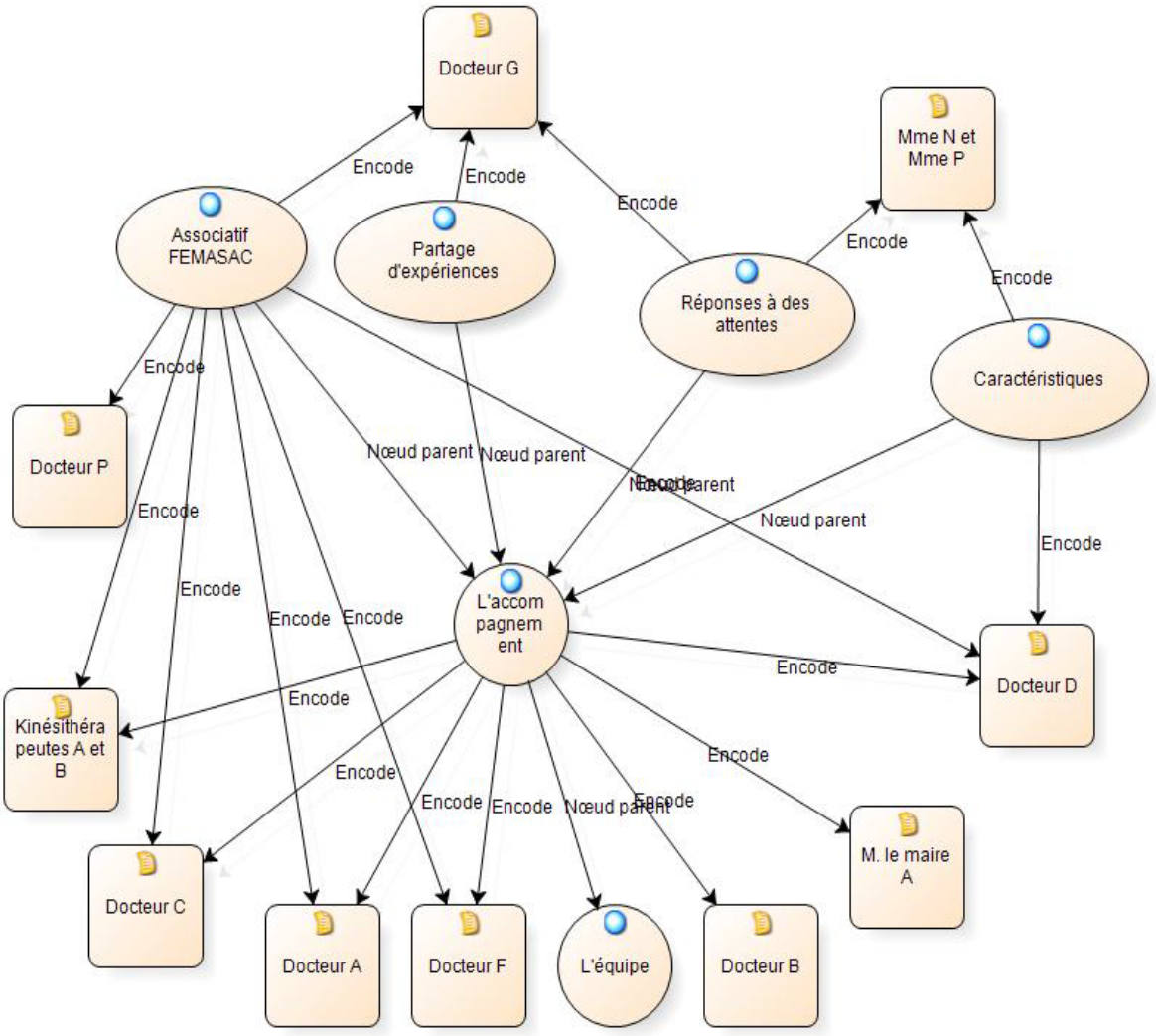
Le lien qui uni les membres de l'équipe se constitue aussi par l'organisation de moments conviviaux.

Car il faut partager autres choses, ça peut être un pique-nique ou autre chose. Ce n'est pas la question, mais il faut créer du lien dans une maison.(…)Et la charte dit qu'il faut manger par exemple une fois par semaine ici(…) et que l'on parle d'autre chose que boulot, il se crée du lien.(…) Le lien si vous ne le créez pas eh bien il n'y est pas. (…)Pour créer du lien ce qui est la base d'une structure heureuse.

Dr E : Mais je pense qu'il est tout aussi important, à la fin de la réunion, lorsqu'on a résolu toutes ces choses-là, de passer du temps ensemble autour d'un repas par exemple, pour créer de la convivialité, une dynamique.

I.5. Accompagnement de l'équipe.

L'accompagnement des équipes apparaît comme un élément favorisant très important. Il peut prendre différentes formes : associatif type FEMASAC, institutionnel avec l'ARS ou certaines communautés de communes, simple échange entre professionnels. La quasi-totalité des personnes interrogées font référence à l'accompagnement



Les sources d'encodage du nœud parent accompagnement, et de ses nœuds fils.

a) Limite le risque d'épuisement

Dr A : dès qu'il y a un accompagnement, quel qu'il soit, cela reste un élément favorisant. Déjà parce qu'on limite le risque d'épuisement des professionnels de santé, on limite le risque d'achoppement entre les professionnels.

b) Apporte des réponses à des besoins définis

Face aux interrogations des professionnels, l'accompagnement apporte des réponses ciblées. Au cours du montage d'une maison de santé, les réponses peuvent être d'ordres financieres, techniques, architecturaux ou méthodologiques. Pour un médecin, l'accompagnement doit répondre à un besoin ciblé et devrait persister sur le long cours.

L'accompagnement doit répondre un besoin, il doit être ciblé sur le besoin. (…)Mais il faut bien cibler les besoins du groupe pour pouvoir y répondre. (…) moi je pense que le mieux c'est d'avoir un accompagnement sur le long cours. Du début jusqu'aux premiers mois de fonctionnement, pour vérifier si tout est bien en place.

Pour certains projets l'accompagnement a concerné plusieurs domaines et plusieurs interlocuteurs.

c) La FEMASAC

La FEMASAC a apporté une aide initiale à plusieurs structures pour la mise en place du projet, puis des réponses concernant le fonctionnement. Elle est perçue comme un élément facilitateur important

Dr C : c'est surtout avec la FEMASAC. La FEMASAC c'est surtout intéressant, c'est très intéressant avant de mettre en place son projet. Parce que tu bénéficies du retour d'expérience des parents des maisons de santé (…) Après c'est vrai qu'il y a pleins de questions qui se posent, d'ordre fonctionnel etc.… Et eux ont bien répondu à toutes ces questions. (…)L'accompagnement on le voit comme quelque chose d'important surtout au démarrage.

Dr F : (…) Ils m'ont aidé pour monter l'association, pour discuter des statuts juridiques. La période, l'année avant l'ouverture, dans le fonctionnement, dans les nouveaux modes de rémunération ils m'ont beaucoup aidé. Là ils m'ont bien accompagné, la FEMASAC m'a bien accompagné.

Dr G : (…), il y a aussi la place de la fédération(FEMASAC) qui joue pleinement son rôle en tant qu'élément facilitateur. Cela était important.

Dr P : Donc on a commencé à parler projet de santé, et comme j'étais allé à des réunions de la FEMASAC, j'avais vu qu'il y avait quand même du travail à faire sur les projets de santé (…) Oui ! Énorme, énorme, eh bien oui parce que ce que je n'arrivais pas à faire, ils nous ont forcé à le faire.

Kiné A : (…) La FEMASAC nous a bien aidé.

d) Communauté de communes

La communauté de communes pour laquelle travaille Mme N possède un service dédié à la santé. Un des rôles de ce service est d'offrir un accompagnement aux professionnels de santé.

Mais le but c'est vraiment d'accompagner le professionnel de santé qui vient s'installer chez nous. On lui facilite l'installation, si on peut lui trouver des aides ou lui faciliter les démarches, c'est nous qui lui faisons. Il y a même des fois où l'on a accompagné jusqu'à trouver une banque etc. On fait vraiment à la carte.

Cet accompagnement a porté sur le versant financier du projet du docteur B et des kinésithérapeutes A et B. Il a été perçu comme une aide importante.

Kiné A : on ne pensait avoir que l'aide du FICQS. Et l'Europe est venue beaucoup plus tard, on ne le savait pas. Cela c'est grâce à la communauté de communes du pays. C'est eux qui nous ont appelés en nous disant qu'on avait aussi le droit à cela(…). Ils nous ont énormément aidés pour monter les dossiers, pour avoir ces financements. Ils nous ont bien accompagnés, et je pense que sans eux on n'aurait pas eu beaucoup. (…)C'est une énorme charge. Notre interlocuteur à la communauté de communes y a passé plusieurs semaines. (…) On n'est pas formé(…). On ne sait pas à quelle porte frapper. Heureusement que nous avions la communauté de communes avec une personne responsable de cela.

Il a concerné le domaine administratif dans un autre projet.

Mme P : pour le dentiste il y a eu des démarches à faire concernant l'autorisation du matériel radiologique. Tout cela était une procédure que le dentiste ne connaissait pas, il a fallu déblayer le terrain, avoir les infos pour que le dentiste puisse aboutir dans son installation.

Il peut même parfois concerner des démarches personnelles.

Mme P : moi mon travail c'est de les accompagner dans leur projet personnel et dans leur projet professionnel. (…) faire des démarches administratives et aussi les aider dans leur démarche personnelle. Parce que ces professionnels ils ont une famille, là aussi on les accompagne. On leur trouve un logement, on inscrit les enfants à l'école, éventuellement trouver un emploi pour le conjoint.

e) Echange entre professionnels

Dans certains projets, les professionnels sont allés à la rencontre de leurs confrères pour chercher des conseils concernant l'architecture par exemple ou les conforter dans leurs démarches.

Dr B : j'ai fait quelques croquis que je suis allé montrer au Dr Chazerand. Lui il avait déjà fait une maison. Il m'a répondu, donné quelques conseils et on a modifié.

Dr G :(…) qui a un moment donné nous a aidés à prendre une décision. Car je sais qu'à un moment donné j'étais un peu tiède et tout. Il était venu un samedi et nous avait dit écoute : vas-y. Il m'avait franchement aidé à…
Samuel : cela pourrait être vu un peu comme de l'accompagnement ?

Docteur G : oui si tu veux, mais c'est plus des gens qui surgissent comme ça à un moment donné, où tu hésites un peu. Il est arrivé là et moi ça m'a aidé à dire : OK, on y va.

f) L'ARS

Les interlocuteurs sont décrits comme apportant une aide, en particulier pour la gestion de dossiers administratifs nécessaires aux demandes de subventions.

Dr C : Accessoirement on avait des copines à l'URCAM, qui connaissaient les subventions. C'est elles qui nous ont dit il y a ça ça ça, il faut faire tel dossier, on a été bien aidé.
Samuel : c'était des copines mais elles faisaient leur travail.
Dr C : oui elles faisaient leur travail, elles nous ont bien aidé, guidé pour faire des dossiers béton.
Notre dossier pour te donner une idée. La commission du FICQS ils nous ont tous applaudis lorsqu'on a présenté notre dossier.
Entretien 5 : Bon après on a eu quand même l'URCAM qui nous a beaucoup aidé, Mme S, Mme P, ils nous ont beaucoup aidé à monter des dossiers(…) rôle de soutien surtout au niveau de l'URCAM car on a pu monter quelque chose grâce à l'URCAM et ses subventions et son soutien. Ils ne nous ont pas laissé tomber.

g) Accompagnement pour le montage et le début d'activité

Il est à noter que pour certains, l'accompagnement devrait perdurer après l'ouverture de la MSP, afin de vérifier le bon démarrage de la structure.

Dr A : moi je pense que le mieux c'est d'avoir un accompagnement sur le long cours. Du début jusqu'aux premiers mois de fonctionnement, pour vérifier si tout est bien en place.

Dr F : je pense que la FEMASAC devrait être plus dans l'aide des maisons qui se sont montées. Je pense qu'il y a des maisons qui vont craquer après montage.

I.6. Absence de hiérarchie

Pour certaines équipes une organisation laissant de côté les notions de pouvoir et de hiérarchie est un élément facilitateur.

Dr G : Je pense que ce qui a été aussi assez facilitateur, c'est que nous n'avons pas introduit de notion de pouvoir ou d'autorité, hiérarchie. Au contraire on est resté beaucoup sur des choses de collaboration, peut-être presque de pairs à pairs. (…) en mettant ça au-dessus des choses du genre : qui décide, qui machin, qui a le pouvoir, qui prescrit à qui. (…)Je crois que c'est ça qui a été aussi important. Je trouvais Mme I que dans les éléments facilitateurs, c'est qu'il n'y avait pas de, c'est qu'on avait placé le fait de travailler ensemble et la coopération au-dessus de problématique de pouvoir, qui décide quoi.

Kiné B : Il n'y a pas de chef. C'est interactif. On n'est plus à l'époque où il y a le médecin et nous nous sommes la main-d'œuvre. C'est vraiment le travail en équipe maintenant. Et c'est cela que l'on voulait nous. C'est génial. (…) Kiné A : ici on a quand même un autre rapport avec les médecins. (…) quand on a besoin ils nous font confiance. Si on a besoin d'une ordonnance ils nous font confiance.

Dr D : Moi je ne me sens pas plus patron qu'un kiné.

I.7. Accueil des professionnels de santé en formation

L'accueil de PS en formation est décrit comme facilitant le montage des MSP. Celui-ci intervient sur plusieurs versants.

a) Effet facilitateur par la création de liens entre professionnels

Le partage d'étudiants au sein d'un groupe de plusieurs médecins qui ne sont pas forcément réunis, permet la création d'un lien entre ces professionnels grâce à l'échange à propos des étudiants. Cet élément est vu comme un élément facilitant pour les groupes constitués ou en devenir.

Dr B : j'expliquais aussi à Samuel qu'un des facteurs c'était de recevoir des étudiants. Nous (médecins de la maison de santé et médecin isolée du secteur) on reçoit ensemble des étudiants depuis 13 ,14 ans, c'est important. C'est quand même un facteur de lien, de recevoir des étudiants.

Dr D : Moi je me dis dans un coin où il y a deux ou trois médecins qui vont s'associer ensemble dans une maison, s'ils partagent un interne avant de rentrer dans la maison, ils vont déjà se rendre compte de leur façon de travailler(…). Donc on se rend bien compte de l'exercice de l'autre.

b) Facilitateur par l'image donnée du monde rural

Pour certain, la confrontation des étudiants à l'image réelle du monde rural, moins désastreuse que celle répandue par ailleurs permet d'attirer des jeunes vers l'exercice rural et en MSP.

Dr B : Le fait que l'étudiant ici, remplace, voit comment ça se passe à la campagne, et bien il voit la campagne de manière différente.

Dr D : et surtout pour attirer les jeunes. Parce que je reprends mon exemple de cette zone rurale éloignée, (…) Si ils ont des stagiaires et que ceux-ci voient que le travail là-bas est génial, et bien ces stagiaires seront prêts à les faire les 70 km. Alors que si tu me dis tu sors de la fac de Besançon, (…) qu'est-ce que tu veux que j'aille faire là-bas ! (…) Le fait d'aller là-bas, de se rendre compte, fait que l'on a moins peur. (…)Un interne qui monte dans le Haut Jura, s'il est bien reçu, il se rend compte que c'est formidable.

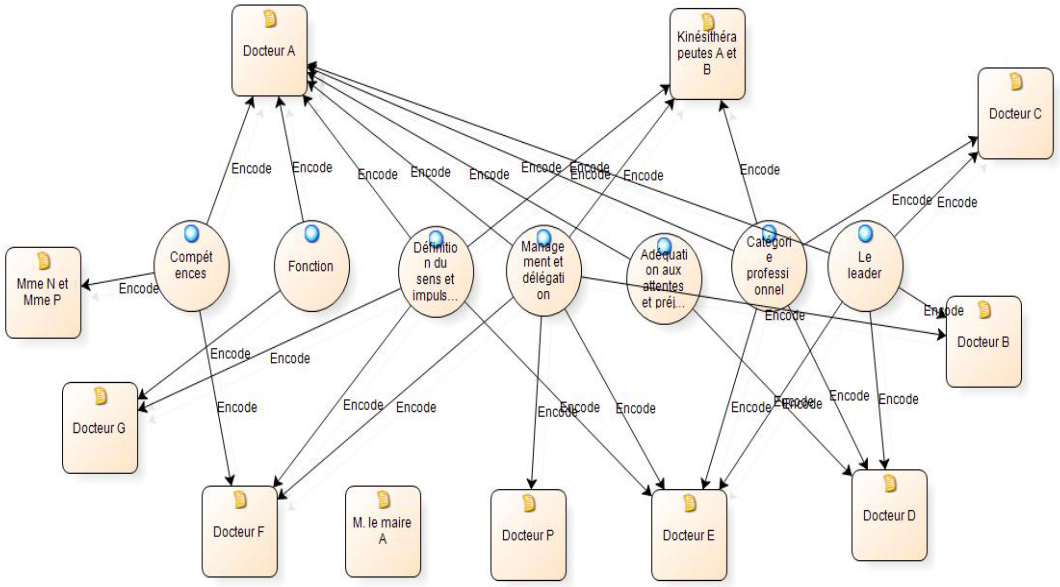
c) Facilitateur par la propagation de l'idée de MSP

Pour le docteur D, l'accueil des étudiants au sein des MSP permet de faire découvrir ce type d'exercice. Du fait de la multiplication des structures et donc du nombre d'étudiants accueillis, ce mode d'exercice voit sa diffusion au sein des esprits se répandre.

Dr D : Et malgré tout, avec les dizaines d'internes qui sont déjà passés par ici, on influe sur la médecine de demain. (…) Et donc ils vont transmettre. Pourquoi on dit que Pagney c'est le centre du monde, car en 30 ans ils ont formé une multitude de médecins, et moi le premier. Nous leur en sommes reconnaissants à vie. Et maintenant avec l'augmentation du nombre de maisons de santé, de plus en plus d'étudiants passent dans ces structures. (…)

I.8. Existence d'un leader professionnel

Évoquée par tous les intervenants sauf un, l'existence d'un leader semble indispensable au montage d'un projet de maison de santé.



Les sources d'encodage des nœuds fils du nœud leader

a) La nécessité d'un leader

Pour le docteur D, monter une maison de santé sans leader professionnel est impossible.

Mais je pense que monter un projet sans leader c'est mission impossible.

Le docteur E évoque la nécessité qu'un membre du projet endosse le rôle de leader afin d'éviter la désunion de l'équipe soumise aux difficultés.

Dr E : après dans les choses que je voulais évoquer, c'est l'existence d'un leader. C'est très important. (…)Mais après je pense que n'importe qui peut être leader dans un groupe. Mais il en faut un. Il en faut un car c'est lui qui va organiser les réunions, qui va confédérer le groupe, qui va faire que lorsqu'il y a une difficulté, c'est lui qui va regrouper tout le monde et dire : on va y arriver quand même vous aller voir. Sans leader le risque est que chaque professionnel retourne dans son coin, pour faire ses 50 heures par semaine, et que voilà le projet s'arrête.

Vision partagée par le Docteur A.

Si il a vraiment les qualités requises pour être leader, c'est-à-dire qu'il va réussir à développer ou fédérer les gens autour d'une même idée et bien les choses sont bien claires ! Et donc cela donne beaucoup plus de chances de ne pas voir le groupe se détruire sous les achoppements qui va pouvoir y avoir en cours de route, voir plus tard.

On notera que le Docteur G éprouve une incertitude vis-à-vis du concept de leader.

Samuel : on entend parfois parler de leader, est-ce que quelqu'un doit endosser ce rôle-là pour fédérer le groupe, organisé ?

Docteur G : je ne sais pas trop. Moi j'ai toujours été un petit peu mal à l'aise par rapport à ça. (…)Je trouve que les maisons de santé ne fonctionnent pas de la même manière, elles sont toutes différentes par rapport à cela. (…)Je ne sais pas.

La vraie question c'est est-ce que c'est plus facile quand il y en a un, ou lorsqu'il n'y en a pas. Alors en théorie on dirait mais oui bien sûr. Parce que quand il n'y en a pas, c'est un problème, il faut qu'il y en ait un. Après je ne sais pas. Moi ça me paraît théorique tout ça.

Néanmoins au cours de l'entretien, on remarque que le Docteur G a fait preuve d'attitudes pouvant être considérées comme caractéristiques d'un leader : impulsion d'une dynamique, envie d'emmener vers un projet.

Docteur G : écoute moi j'ai l'impression d'avoir, avec le pharmacien, d'avoir vachement impulsé de choses. En même temps je n'aurais jamais pu le faire si j'avais été tout seul. Il y avait une espèce de dynamique entre les deux. Moi ce truc-là il n'aurait jamais vu le jour si j'avais été tout seul. Après les gens m'ont des fois renvoyées des trucs du genre : ah ben toi tu vois. Moi je ne voyais rien du tout. Eh bien si toi tu vois, tu as une vision. (…)Je pense que le pharmacien et moi on a été les deux qui ont essayé d'emmener. Nous on avait envie de réaliser quelque chose.

Le leader, élément de protection contre l'arrêt des projets, doit mettre en œuvre des compétences, amorcer une dynamique de groupe qui semble nécessaire à cette fonction de protection.

b) Le rôle du leader

- Fédérer

Le rôle du leader est de fédérer autour de lui une équipe pluridisciplinaire en créant une dynamique de groupe. Il est perçu comme une locomotive, emmenant avec lui l'ensemble de l'équipe.

Dr A : ce qui prime c'est vraiment les qualités de leader, de leadership c'est-à-dire la capacité à amener avec lui les professionnels

Samuel : donc il s'agit vraiment des capacités de motivation, de création de dynamique…

Dr A : d'emmener ! D'emmener les autres professionnels dans cette dynamique. On est sur un travail, on est sur une équipe, sur la formation d'une équipe.
Il sommeille depuis le départ mais à partir du moment où l'on parle des valeurs il va émerger. C'est celui qui va prendre la parole, qui va défendre les idées, c'est celui qui va être reconnu à travers les idées exprimées par les autres. En disant eh bien oui oui c'est ça. C'est sa vision qui est la nôtre. Le leader il est là.

Le Docteur F quant à lui perçoit qu'il a joué un rôle de vecteur, favorisant la constitution d'une équipe.

J'ai un peu tiré tout ça, j'ai joué le vecteur et ils sont venus. (…) Ce qui est clair c'est que moi j'ai été le vecteur de cela. À un moment donné il faut souvent un promoteur, comme je l'ai fait.

- Protéger et maintenir le groupe

Lors des moments difficiles, le leader est là pour relancer la dynamique, encourager l'équipe à se rencontrer de nouveau.

Samuel : pour en revenir au leader, est-ce difficile ? Quels sont les qualités à avoir ?
Dr E : oui c'est difficile, car c'est de l'énergie. Il faut de l'énergie, il faut y passer du temps. Il faut de la motivation et dire : eh bien non on ne lâchera pas, on n'arrête pas. (…). Et finalement, on laisse passer 15 jours à trois semaines, on recontacte tout le monde et ça repart. Mais il faut impérativement qu'il y ait quelqu'un pour recontacter tout le monde, pour encourager à refaire une réunion, on se réexplique les choses. Sinon chacun reste dans son coin et dit : je reste sur le fait que ça coûte trop cher, moi ça ne va pas.

c) Leader médecin

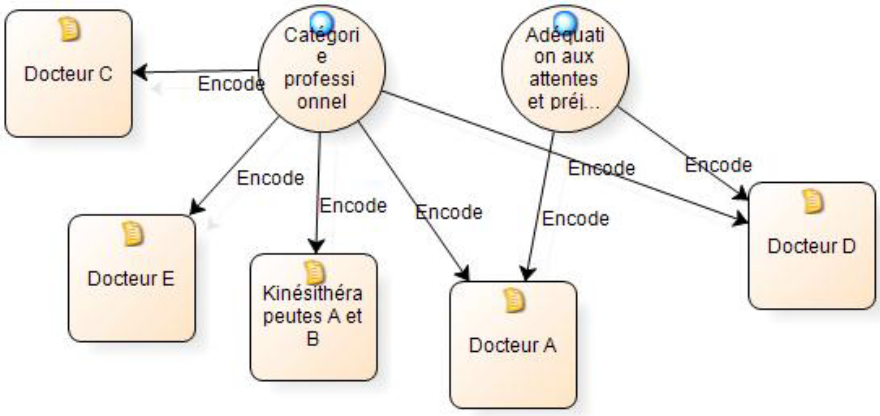
Avant tout, le leader d'une équipe semble devoir être un professionnel, du fait de la connaissance nécessaire du milieu.

Dr D : ah bien oui. Je vois une maison où le maire est un super leader, mais ça ne marche pas. Il est motivant pour les gens mais à côté de cela il ne se rend pas compte de ce qu'est un bureau, le matériel… Ce n'est pas de sa faute, mais il n'a pas d'implication dans le métier. Il ne sait pas ce que c'est.

Dr A : donc cela c'est une grande question, le partenariat entre un élu… Je pense que cela n'est pas une position de leader. Je pense que vraiment la position de leader c'est le professionnel. Le professionnel de santé. (…)

Dr A : On ne peut pas dire qu'un élu local soit un leader. Non. (…) oui il est important qu'il y ait une bonne entente entre le leader et le représentant de cette collectivité. S'il y a une synergie entre les deux, c'est un facteur favorisant. Mais en aucun cas l'élu ne doit être le leader.

Au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle, l'égalité entre les professionnels est souvent mise en avant. Néanmoins, il apparait à quelques professionnels, que le leadership doit être exercé par un médecin.



On remarque différentes explications à cela :

- Vision patriarcale dominante

Le leader se heurte à la vision patriarcale d'une grande partie des interlocuteurs, en particulier des institutionnels.

Je pense qu'il y a des médecins et des paramédicaux, qui sont plus rassurées si c'est un de leurs collègues médecin qui monte le projet. C'est un petit peu le problème de la vision patriarcale des choses.
Mais je pense, que dans mon groupe, tout le monde voulait que ce soit un médecin.
C'est aussi la vision de l'URCAM. Lorsqu'il y a un contact, lorsqu'on appelle quelqu'un, lorsqu'on appelle le représentant de la maison de santé, on n'appelle pas un paramédical, on appelle le Dr E. (…) Et voilà dans ces réunions, celui qui était invité c'était le médecin. Il persiste donc une vision où le médecin reste prépondérant.

Dr D : c'est plus dur, pas par rapport à l'équipe médicale je pense, c'est dur par rapport à l'ARS. Par rapport à ces gens-là et aux maires. Parce que dans certains esprits, le médecin reste le patron.

Dr A : Je pense qu'il est difficile que le leadership échappe aux médecins. Je pense qu'il faudrait un changement de mentalité, je pense qu'à l'avenir il pourra y avoir des leaders qui soient autre que médecins. À l'heure actuelle en termes de facteur favorisant, que le leadership soit assuré par un médecin généraliste, déjà implanté.

Dr D : Lorsqu'un médecin dit quelque chose ça a plus de valeur, quand je dis ça ce n'est pas ce que je pense, mais c'est ce qui se passe dans la réalité. On voit bien que lorsque ce n'est pas dirigé par des médecins c'est plus compliqué. Et je ne pense pas que ça soit lié à l'équipe, mais je pense que c'est plus lié aux interlocuteurs à l'extérieur de la maison. C'est du domaine du préjugé, car les compétences sont là. Il ne faut pas rêver, tu as fait médecine mais tu n'as aucune compétence acquise.

Kiné B : oui quand on regarde en général, les directeurs de CRF sont souvent des médecins, et dans beaucoup de maisons de santé le patron c'est un peu lui.
Kiné A : le patron, non. Mais le cœur. Le cœur de la maison de santé cela reste les médecins. Je pense que c'est le médecin qui fait en sorte que ça rattroupe autour de lui.

- Besoin démographique et statut du médecin

Pour un autre médecin, le problème est mixte. D'une part l'impact des professionnels de santé serait lié à leurs caractéristiques démographiques. D'autres parts, la reconnaissance des interlocuteurs reposerait en partie sur le statut, le titre de médecin.

Dr C : moi à mon avis cela était plus facile pour nous car on était médecin. Je pense que pour un kiné c'est difficile. Ce n'est pas le titre qui fait, mais la rareté. (…). Je crois qu'aujourd'hui on recherche en priorité des médecins plus que des kinés. À partir de là tu as plus ton mot à dire quand on a besoin de toi. La reconnaissance par la collectivité, le monde extérieur est en partie liée au titre de médecin. Je pense au titre et au statut du médecin. Le statut fait beaucoup pour la reconnaissance. (…)Pour moi cela paraît difficile, et pour un kiné tout seul ça paraît impossible. En plus on participe aussi à la dynamique par nos prescriptions. On prescrit de la kiné, des soins infirmiers et derrière on a des retours. S'il n'y a pas de prescription initiale tu n'as pas de retour. Il n'y a pas de dynamique qui démarre.

Néanmoins cet élément est à pondérer, en effet au sein d'un projet le leader initial a été un médecin mais il a rapidement partagé son leadership avec d'autres professionnels qui ont pris en charge soit leur structure, soit un domaine du projet de montage.

Kiné A : et d'ailleurs lorsque l'impulsion a été donnée il s'est vite effacé ensuite, il est passé sur un autre projet. Nous on s'est occupé de notre bâtiment, et moi je me suis investi sur l'aspect financement.

d) Histoire et vécu local du leader

Pour une partie des personnes interviewées, le rôle de leader apparaît plus facile à endosser pour un médecin possédant déjà un vécu, une histoire locale. La reconnaissance par les acteurs professionnels et institutionnels étant déjà pour partie acquise.

Pour le Docteur A :

Un jeune médecin qui s'installe, comme toi qui s'installe, si tu veux être leader ça peut être le cas, mais le plus gros travail cela va être de te faire reconnaître comme le leader au sein d'une équipe, mais aussi au sein de la société en général, c'est-à-dire des administrations, des élus.
Car il est vrai que les élus ont toujours tendance à se tourner vers le vieux médecin.
C'est le système ancien, patriarcal, prévalence de l'âge etc. (…)
Forcément s'il s'agit de quelqu'un qui a une bonne connaissance du terrain, c'est souvent parce qu'il y a un passé, un vécu, donc sa reconnaissance par les autres comme leader va être de fait.

Pour le Docteur F, l'expérience locale et les relations construites avec les différents acteurs ont été une aide. L'assise locale et la reconnaissance du travail effectué permettent le soutien des différents intervenants.

Dr F :(…) C'est quelque chose de structurant qui m'a fait gagner du temps, et m'a donné des relations avec les tutelles. Moi j'avais l'habitude d'aller à l'ARH régulièrement, c'est des relations que j'avais. (…)Tandis que moi ces relations avec les tutelles et les politiques, c'est des choses que j'avais déjà depuis une dizaine d'années. J'étais déjà assez familiarisé avec ce type de relations. Cela m'a bien aidé. (…)
Et il est important de montrer aussi qu'on fait du bon boulot derrière. Il faut montrer qu'on faisait déjà du bon travail avant. Il y a parfois des généralistes qui montent au créneau, qui veulent faire de grands trucs, en donnant de grands conseils, mais derrière… (…)Il faut mieux rester cohérent. On va être soutenu que si on a la réputation de faire du boulot sérieux sur le terrain.

Néanmoins, il ne s'agit pas d'un impératif, les qualités de leadership permettant de s'affranchir de la nécessité d'une histoire locale selon le Docteur A.

Dr A : Il s'agit plus d'un lien, il s'agit plutôt du fait être reconnu, que de bien connaître le terrain. S'il s'agit d'un jeune qui débarque et qui connaît mal ce domaine-là spécifiquement, mais que par ailleurs il a des qualités de leader et qu'il est reconnu comme tel : aucun souci.

Pour un médecin, l'absence de vécu local et l'éloignement du domicile est au contraire un atout.

Samuel : le fait que vous n'avez jamais travaillé sur la zone auparavant, cela a été un problème ?
Dr C : mon collègue avait remplacé à 40 km. On n'était pas ancré dans la zone, mais on s'ancre progressivement. On n'habite pas sur place, je pense que c'est un facteur facilitant. Ici il y a une certaine intimité que les gens apprécient. Ils peuvent parler en toute quiétude.
Samuel : donc pas vraiment de vécu local, mais chez vous ça n'a pas posé de problème ?
Dr C : non, au contraire je pense que c'est même plutôt facilitant. Pas de préjugés. Les gens sont venus voir d'eux-mêmes.

I.9. Management et délégation

Au sein d'une équipe en cours de montage d'une MSP, quelques intervenants insistent sur la nécessité d'un partage des tâches. Ce partage est décrit comme protégeant le leader du risque d'épuisement, il permet de plus à chacun de s'investir dans le projet.

Dr E : Après être leader, ça ne signifie pas que l'on doit tout faire. (…) mais ça ne veut pas dire qu'il doit tout faire. (…) le leader donc moi, faisait tout. Je portais beaucoup de choses et au bout d'un moment j'ai poussé un petit coup de gueule. (…) Et ça fait donc beaucoup de travail. Lorsque c'est le même qui fait tout, au bout d'un moment il se lasse. (…) La répartition des tâches est importante pour éviter l'épuisement du leader. Ça c'est un élément fort pour éviter l'épuisement, quelque part le burn out du leader, parce qu'il aura tout pris, sur qui toute la responsabilité revient.

Des notions de management semblent aussi intéressantes afin de permettre aux membres du groupe d'évoluer de manière synchrone.

Dr F : (…) Comme j'étais un peu le leader, je pense que le projet n'était pas assez mûr en amont. J'ai trop tiré. J'ai trop tiré assez rapidement. Je pense que les maisons de santé où il y a une démarche plus collective, qui est plus sur la base, et bien au moment où cela s'installe, le fonctionnement se passera mieux. Moi j'ai peut-être un peu trop tiré. J'ai été peut-être un peu trop leader, un leader trop fort. Et puis cela les arrangeait que je sois leader. Ils ne cherchaient pas à en faire plus. Ce n'était pas une mission personnelle de faire le truc, mais ça les

arrangeait. (…)Il ne faut pas trop tirer, le leader ne doit pas prendre trop d'avance sur la base. Sinon la base décroche un peu, se sent moins concernée.

Kiné A : tout le monde a pu mettre sa pierre à l'édifice. Tout le monde a apporté quelque chose qui fait que cela fonctionne maintenant. S'il n'y avait eu qu'un meneur les autres se seraient peut-être senti un petit peu exclus. Différents meneurs avec chacun sa partie(…)
Kiné A : il en faut peut-être un au début quand même. Un meneur de projets au départ, pour initier. Ensuite il doit savoir déléguer.
Kiné B : une fois que le bateau est lancé, avance, il faut des gens pour le faire avancer(…)
Kiné A : et d'ailleurs lorsque l'impulsion a été donnée il s'est vite effacer ensuite, il est passé sur un autre projet. Nous sommes partagés les différents versants du projet.

Dr P : Mon mari me disait mais arrête. Il me dit tu es trop loin devant eux. Ils ne sont pas arrivés. Il me dit redescend un peu, toi tu es là-haut, et eux plus bas. Ne les tire pas trop vite car tu n'y arriveras pas.
Et c'est vrai.

II. Eléments favorisants en lien avec le projet

II.1. Les bases humaines d'un projet

Pour certains des intervenants, la réussite d'un projet est en partie liée à la pertinence de ses bases, les premiers temps de sa genèse. Pour tous les intervenants, ces bases sont constituées avant tout autour d'une dynamique humaine et d'un noyau de professionnels. Le versant foncier ne semble pas pouvoir jouer ce rôle.

Pour le docteur G, la constitution d'un petit noyau de professionnels s'étendant progressivement a été un élément facilitateur.

Ce qui a été facilitateur c'est aussi d'arriver à constituer un petit noyau ici. On était deux déjà à partir avec le pharmacien.

Pour le docteur D, les projets sans équipe de professionnels sont des échecs.

Je pense que les projets qui sont faits sans équipe de professionnels, sont des projets qui à court terme sont des échecs. On a des exemples. (…)
Samuel : donc la genèse du projet pour vous…
Dr D : c'est capital. La genèse par les professionnels.

Me N quant à elle considère que seul un noyau dur de professionnels est à même de porter un projet.

Mme N : une volonté politique ne peut pas être suffisante pour porter un projet de santé. Il faut vraiment qu'il y ait un noyau dur qui ait envie de travailler ensemble, (…) pour moi cela doit être avant tout professionnel. Après pour moi les institutions elles viennent, ou le politique il vient en appui s'il y a nécessité.

Pour le docteur C, professionnels et communes ont été le noyau dur du projet.

Je pense qu'il faut quand même avoir un noyau dur au départ. Nous c'était les deux médecins. Pour moi le noyau dur c'était les deux médecins et la commune. (…)Pour moi il faut ces deux-là. Tout le reste c'est autour, ça aide à la dynamique, mais le noyau dur c'est le couple médecin commune.

Vision partagée par M. le maire A

Ils ont oublié une seule chose, les hommes. C'est les hommes qui font marcher la machine.
Moi j'ai commencé par là. C'est l'équipe qui a fait le besoin(…) Moi, le bâtiment je l'ai monté avec l'équipe. (…)
Mais attention à une chose, tout seul un élu ne peut rien faire. S'il n'a pas à côté des toubibs, qui y croient.

Pour le docteur E, la cinétique logique du montage d'un projet passe par la constitution d'une équipe de professionnels suivie ensuite seulement de la question foncière.

Je pense que la bonne façon de faire, c'est d'avoir au début une équipe de professionnels. Je ne dis pas que c'est la seule façon de faire, mais c'est beaucoup plus logique d'avoir des médecins qui cherchent à recruter(…). Que de faire une maison puis ensuite de chercher le personnel qui va dedans.

Vision partagée par Mme N.

Mme N : le bâtiment n'est pas le principal facteur, il y a des collectivités qui ont mis en place le bâtiment, mais s'il n'y a pas la dynamique humaine pour aller dedans… Ça ne marche pas. Moi je ne pense pas qu'il faille aller sur un bâtiment, s'il n'y a pas la dynamique humaine.

II.2. Le projet de santé

Elément important de la constitution d'une MSP, la création, l'écriture du projet de santé est souvent vue comme un élément facilitateur.

Pour les docteurs E et G ainsi que Me I, sa constitution a permis à chacun de mieux se connaitre et a aidé à souder le groupe.

Docteur G : alors ça oui, oui c'est facilitateur. Les gens se sont retrouvés dans le projet de santé…
Mme I : oui oui. Par le biais de formations que l'on a fait ensemble, on a créé du lien car on ne se connaissait pas tous. (…) Après il y a aussi un élément facilitateur je trouve, c'est le fait de développer les projets de santé. Le fait de s'impliquer(…). Mais ne serait-ce que d'en parler tous, c'est important, ça nourrit, ça nous nourrit.
Docteur E : Le projet de santé on ne l'avait pas initialement, mais il s'écrit petit à petit, il se crée petit à petit, et soude le groupe.

Pour le docteur A, le projet de santé est aussi fédérant et jouera un rôle favorisant s'il est partagé.

Ça c'est un élément fédérateur, c'est-à-dire que là on va déjà être dans le concret(…) Ça c'est un élément fondamental. Je pense que ça peut être un facteur favorisant, l'élément le plus favorisant c'est d'avoir un projet de

santé, un projet de santé qui a été partagé. C'est-à-dire qui n'a pas été écrit par un, et cosigné par les autres. Mais qui a vraiment été créé ensemble.

Pour un médecin, le projet de santé est une obligation administrative vécue comme une contrainte, même si le respect d'une ligne directrice dans le soin est évoqué.

Dr C : je le vois plus comme quelque chose d'administratif. (…) C'est un peu rébarbatif. Nous on a fait le projet de santé pour ici, pour le FICQS, pour la MSA. On leur a fait d'une façon un petit peu différente pour les NMR1 et NMR2. Ça été plus une contrainte. Pour moi cela reste un bout de papier, n'importe qui peut le faire.(…) Dr C : pour moi c'est un bout de papier. N'importe qui peut le faire. On s'éclate au boulot, on essaie de garder une trame, une ligne directrice, mais il n'y a pas besoin du papier pour cela.

II.3. L'évolutivité du projet immobilier

La possibilité d'évolutivité des locaux d'un projet ne paraît pas avoir un rôle facilitateur direct lors du montage d'une MSP, mais sa prise en compte est plusieurs fois citée comme un élément important, protecteur vis-à-vis de certains problèmes d'organisation pouvant survenir immédiatement à l'ouverture de la MSP ou lors des premiers temps de vie.

Je pense que comme effet facilitateur, il serait important de dire qu'il y ait de la souplesse dans l'organisation à l'intérieur des locaux,

Dr F : gardez en tête la possibilité d'extension. Toujours avoir en tête la possibilité d'évolutivité. Possibilité d'évolution(…)

Concernant l'accueil de nouveaux professionnels, cette vision est partagée

Dr B : Sur le plan foncier il faut garder en tête une possibilité d'évolution. Sinon ce n'est pas couru d'avance pour accueillir de nouveaux professionnels. Dans notre cas on avait du terrain derrière pour avancer, mais faut le prévoir.

Dr C : On avait prévu d'être dans une dynamique dès le début, car on avait prévu un troisième bureau en vue de faire venir d'autres professionnels. On avait dans l'idée qu'il fallait permettre une certaine évolutivité.

II.4. Le projet immobilier de la MSP

Certains éléments en rapport avec le projet immobilier sont perçus comme favorisant.

a) Source de motivation

Pour un des médecins, participer à la conception du bâtiment a été vu comme une source de motivation, permettant un engagement dans le projet, à l'opposé d'un bâtiment réalisé sans l'avis des professionnels.

Dr C : on est un peu matérialiste, on apprécie notre confort. (…) et parce qu'on a refait faire les plans une dizaine de fois. Ça a été une source de motivation pour nous, le fait de choisir ce qu'on veuille ça nous a motivés. (…)Donc nous ça été une source de motivation qu'ils soient arrivés avec des plans et pas une maison finit, pour qu'on puisse s'engager dans ce projet. (…), mais cela nous a plu de s'occuper des plans et l'organisation.

b) Délégation aux professionnels du bâtiment

Pour certains professionnels le domaine de la construction et du suivi du chantier sont perçus comme un élément contraignant. La présence des professionnels du bâtiment a permis à certains professionnels de se libérer d'une charge et d'un risque financier.

Dr G : mais en fait on a un promoteur qui est venu(…) C'est ce qu'on a choisi. Moi je ne voulais pas avoir à vendre de la surface professionnelle. Et on a bien fait car là-dessus la crise est arrivée et tu vois il n'a toujours pas vendu. (…). Il n'a rien vendu de plus. Je suis content de ne pas avoir eu ce truc-là. Cela ça été une grosse épine que l'on nous a enlevée du pied.

Docteur G : ah bien oui. De ne pas avoir à s'occuper du côté bizness, cela a été extrêmement facilitateur. (…): oui. Pour moi, franchement, je n'aurais pas souhaité. Tu vois ma consœur est venue à toutes les réunions de chantier pour suivre un petit peu, car on est obligé… Mais moi je n'aurais pas voulu être là, gérer tout le bazar. À ça non.

Dr E : m'a permis de me rendre compte de ce qu'est le travail d'architecte, et que ce n'est pas si simple que cela. Ce n'est pas si simple non plus de fédérer, d'organiser différents corps de métiers. (…) Parfois ils font exprès de ne pas venir quand il faut. Et finalement c'est l'architecte qui gère tout cela. C'est lui qui fait la maîtrise d'œuvre.

c) Pertinence du travail architectural

La qualité d'écoute des architectes est mise en avant, permettant la mise en forme des projets selon les besoins et désirs des professionnels.

Dr C : Avec l'architecte on s'appelait trois fois par jour. (…) on est très content du bâtiment. (…)Disponibilité : 100%. Il écoute impeccable.

Dr E : L'architecte a su coucher sur le papier notre vision. C'est important d'avoir un bon professionnel face à soi, pour écouter les attentes des professionnels.

M le Maire B : Le travail de concertation entre le professionnel et le concepteur, c'est absolument nécessaire, je le mets comme un élément obligatoire. C'est un élément obligatoire. Si vous concevez l'organisation en fonction du besoin du professionnel, vous allez répondre nécessairement à ses attentes. C'est nécessairement favorisant. C'est sûr. C'est même un élément essentiel. Associer le professionnel à la démarche, c'est absolument nécessaire.

Ces désirs et besoins doivent être la base de tout travail architectural, le bâtiment jouant ensuite un rôle vis-à-vis du fonctionnement de la MSP et du confort de travail.

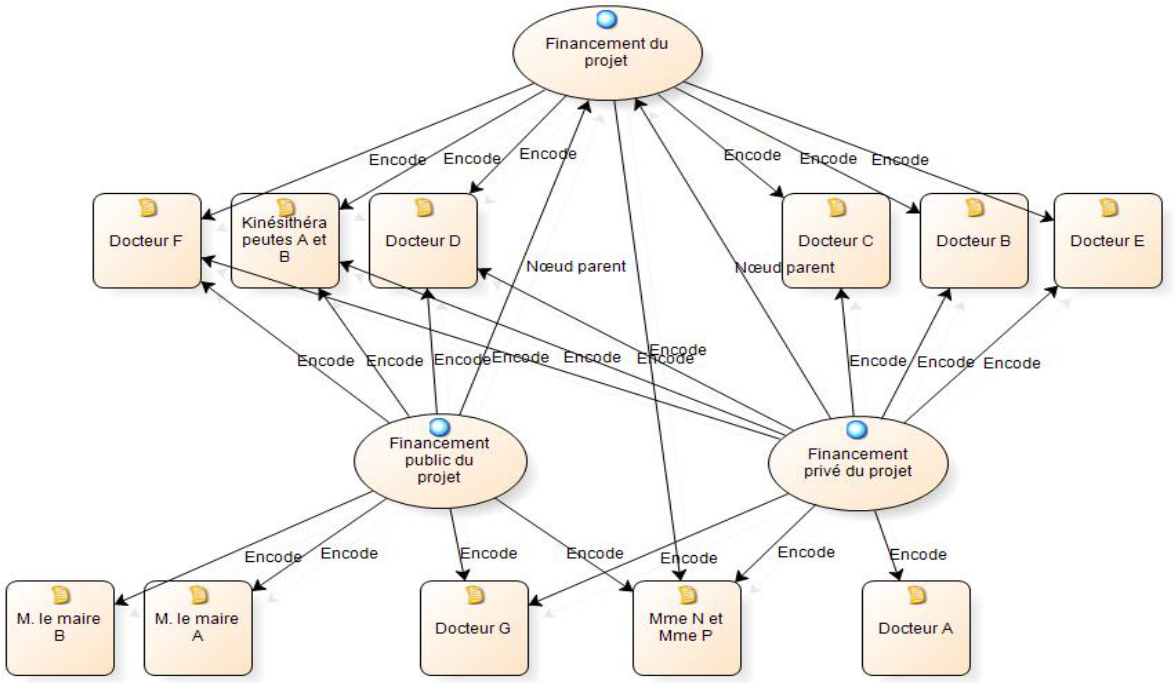
Dr E : Pour en revenir à la conception du bâtiment, je pense que c'est les professionnels qui définissent des besoins, à savoir par exemple, que l'on met les médecins l'un à côté de l'autre, pour qu'ils puissent discuter. Ou bien qu'il y ait une salle d'urgence, on met les infirmières pas loin des médecins pour qu'elles puissent venir discuter avec nous.

Dr B : (…) ce n'est pas les locaux qui font la maison de santé, mais ils facilitent sa vie lorsqu'ils sont bien faits (…) Tu te sens bien, tu consultes tu es bien. Ne serait-ce que du point de vue de l'insonorisation. On a aussi une petite salle de décompression, où on met les gens énervés, les gens qu'on veut faire passer entre deux. (…)Une petite urgence tu l'allonges. Tout cela donne beaucoup moins de stress.

Dr A : L'immobilier c'est une chose, mais le plus important c'est comment cela fonctionne à l'intérieur. (…)On ne peut pas mettre n'importe quel bâtiment car il est important que l'immobilier ait une certaine structuration qui favorisera l'échange. (…)

II.5. Financement du projet

Les questions financières occupent une place importante dans le montage des MSP. Elles sont fréquemment exprimées par les intervenants. Deux grands modes de financement s'opposent, public et privé. La frontière n'étant pas toujours stricte, certains projets publics permettant un rachat ultérieur par les professionnels, et d'autres s'appuient sur un financement mixte.



Les sources encodant les différents modes de financement

a) Financement majoritairement privé

Le financement privé est considéré favorisant par sept de personnes interrogées.

Les arguments avancés sont :

- L’investissement privé est décrit comme accroissant l’implication des professionnels et témoignant d’une réelle motivation.

Dr E : lorsque l'on amène ses billes, on se sent plus impliqué. On ne fait pas des prêts comme ça. À la va-vite. On réfléchit au projet
Dr A : oui parce que tu n'as pas la même implication. Si toi tu as misé dans cet outil, cela veut dire que toi déjà tu es motivé
Dr D : Quand on fait un chèque de plusieurs centaines de milliers d'euros, c'est motivant. On est motivé par l'obligation de réussite.

- Les délais de montage des projets sont vus raccourcis.

Dr A : tu as envie que ça sorte, que ça aille vite. Parce que c'est aussi un investissement, et comme tout investisseur tu as envie d'un retour rapide. Donc tu ne fais pas traîner les choses. Ça booste, tu es beaucoup plus impliqué dans la réussite du projet. (…) *cela va plus vite, ça va toujours plus vite, (…) Si tu t'engages sur un projet privé tu es obligé d'y aller.*
Dr G : je pense que ça peut être plus rapide. Ça vérifie aussi l'engagement des gens dans le projet.

- La tolérance vis-à-vis des autres membres de l’équipe augmente.

Tu vas aussi avoir une plus grande tolérance par rapport aux autres car tu sais que tu ne vas pas pouvoir y arriver seul. (…). Si les gens sont arrivés à être en accord sur un projet privé, c'est qu'ils ont déjà des valeurs communes.

- La réflexion sur le projet et sa viabilité sont accrues.

Dr E : On ne fait pas des prêts comme ça. À la va-vite. On réfléchit au projet, est-il viable ? Est-il intéressant, que va-t-il nous apporter au niveau professionnel, personnel et familial ? Est-ce que le faite de travailler avec les autres va nous apporter un enrichissement personnel ? Toutes ces questions si on se les pose beaucoup plus, que si c'est une maison qui arrive tout cru
Mme N : eh bien je trouve que lorsqu'un professionnel va construire les murs, il va y réfléchir pour quelques années. Il va vouloir vraiment s'investir

- Le risque inflationniste par rapport aux financements publics apparait moindre

Me N : J'ai le sentiment qu'en fait, lorsqu'on est professionnel locataire d'une structure publique, on va avoir tendance à surdimensionné son équipement. Celui qui va investir en mode privé, il va investir au plus juste, calculer au plus juste pour rentrer dans son enveloppe.(…) Alors que quelqu'un qui est locataire, qui va passer par un équipement qui est porté par la structure publique, il va avoir tendance à dire : eh bien j'ai besoin de 15 m², mais finalement je vais dimensionner à 20 m².(…) Et c'est pareil, je pense que dans le cadre du financement public, les entreprises du bâtiment ont tendance à avoir la main un petit peu plus lourde.

b) Financement majoritairement public

Pour certains intervenants le financement public a favorisé le montage.

Pour un médecin le financement a été englobé dans l'enveloppe consacrée à l'hôpital local contigu au bâtiment de la MSP. La recherche de financement s'est donc avérée plus facile et la MSP a fait l'économie de certains locaux qui sont partagés entre les deux structures. Il en résulte un relativement faible coût de la MSP.

Ce qui a permis en plus d'avoir une maison de santé qui n'a pas coûté très très cher. (…). Parce qu'elle était intégrée à un projet de … millions et que les travaux sont beaucoup moins chers lorsque c'est intégré à une grosse structure. (…)

Il y a des choses en moins à prévoir, et on a mutualisé avec l'hôpital local beaucoup de choses. (…)La mutualisation d'un certain nombre de choses a fait que c'était moins lourd et moins cher.

Rayonnant sur un petit secteur, cette MSP peut néanmoins attirer des vacataires à temps partiel grâce aux faibles loyers demandés.

Alors ce qu'on a eu aussi de positif avec l'hôpital, c'est que cela nous coûte très peu cher. (…)Ceci est faible pour un temps plein. Le loyer est réparti au prorata du taux d'occupation, pour les temps partiels cela fait moins. Le but c'est que l'hôpital(…) ne gagne pas d'argent, favorise sans gagner d'argent, face donc une opération blanche. Et que nous cela ne coûte pas trop cher en location pour rester attractif. Attractif pour les professionnels de santé. Pour les paramédicaux, pour les infirmières qui n'ont pas les mêmes chiffres d'affaires que nous, cela posait un petit problème. Mais le fait que ce soit l'hôpital qui soit porteur, qui prenne le risque financier, cela a rassuré.

Pour le docteur C (le plus jeune des médecins interrogés), le financement public a permis d'éviter les tracas financiers. Il est vu aussi comme un élément permettant d'apporter une sécurité face à l'incertitude de l'installation.

Dr C : le fait surtout qu'il n'y ait pas de tracas financier dès le début. Au début la commune nous a dit les murs on vous les prête gratuitement pendant 10 ans. Pas de loyer. Le FICQS nous donne tout l'argent pour acheter du matériel. Car mine de rien lorsque tu te lances dans le libéral(…) tu t'interroges. Et ici en fait cela nous coûtait zéro. Pour moi cela a été un facteur facilitateur, on s'est dit que cela ne nous coûte rien de venir essayer, et si cela ne marche pas, ça ne marche pas. Cela nous donnait une sécurité. Cette sécurité financière est appréciable.

Dans ce projet, il existe une option de rachat des murs au bout de 10 ans.

Il y a un bail avec un contrat. Ici on est locataire des murs pendant 10 ans, locataire gratuitement. Au bout de 10 ans il y aura une option de rachat des murs.

Pour Mr le Maire A le type de financement doit répondre aux attentes des professionnels.

M. le maire A : oui, ce n'est pas le type de financement qui prime, mais plutôt est-ce que ça répond à l'attente des professionnels. Parce que nous on n'est pas fermés, moi si ils veulent acheter, ils achètent. Je leur mets dans le bail : possibilité d'acheter. J'avais même proposé que ce soit un crédit vente. (…) C'est ce que je fais avec le dentiste.

c) Place des subventions

Dans le cadre des financements majoritairement privés, les subventions sont perçues comme une aide conséquente ou le témoignage d'un investissement public à l'égard de l'équipe.

Dr B : ah oui c'est quand même une aide conséquente. Le prix de revient est à 1200 € le mètre carré. Ça te fait presque X m².Je vais pas cracher dessus. L'extension et à 350 000 €, cela fait presque X %, cela compte.

Dr G : Eh bien il y a eu un financement de l'URCAM à l'époque. Cela nous a quand même vachement aidé. Mine de rien on a eu X €.

Dr E : Des fois, il faut juste un petit truc, que les élus locaux donnent juste un petit truc en plus, même si c'est un projet privé, pour que cela se fasse. Pour que l'on ait l'impression que tout le monde s'investisse. C'est plus une histoire symbolique j'ai l'impression, que véritablement une histoire financière.

III. Eléments favorisants en lien avec le territoire

III.1. Partenariat et implication des collectivités locales

a) Implication des collectivités locales

Certaines communes ont fait preuve d'une implication importante dans les projets de MSP. Parfois cette implication est la résultante d'un problème de démographie médicale identifié.

En fait on est arrivé au milieu du conseil municipal en entier, ils nous attendaient tous. On était très attendu. (…)
Dr C : ils nous ont sorti tapis rouge, tous les arguments en avant. (…)
Le maire sentait qu'il n'y avait plus de médecins. (…). La commune a pris le problème à bras-le-corps. (…)
Le maire avait dit : ma priorité c'est de ramener des médecins.

Dr E : Que ce soit le maire, ou bien son premier adjoint s'il n'était pas là, le maire a été là à toutes les réunions pendant une quinzaine de voir une vingtaine de réunions. (…)Au début il était bien là pour essayer de créer une dynamique, fédérer le groupe. Le maire était inquiet qu'il n'y ait plus de médecins.

Dr G : Donc j'ai eu un appui fort des politiques locaux : président de la communauté de communes. J'ai eu aussi un appui fort de la directrice qui argumentait dans le même sens. Elle avait bien compris que la survie de l'hôpital était liée à la présence des médecins.

Dr P : Donc ici j'ai rencontré un maire qui a vu que ses médecins allaient partir en retraite, (…) Pour quelqu'un qui n'est pas dans la médecine, il s'y est mis terrible ! Terrible !

Pour un maire cette implication vis-à-vis de la maison de santé s'inscrit dans le cadre du développement général de la dynamique de sa commune, commune qui dispose d'une politique d'urbanisme et d'offre de service définie.

M. le maire A : non, parce que pour moi, la maison de santé vous l'avez bien senti, c'est un outil. C'est un outil de dynamisme. Je dis que quand ils font ça dans les quartiers ça peut redynamiser et redonner une autre image. Eh bien oui, la maison de santé donne une autre image à mon village. (…) Mais parce que l'on a voulu que ces programmes s'inscrivent vraiment dans la vision que l'on avait de l'avenir de notre village.

Cette implication permet de donner aux professionnels le sentiment d'être reconnus par la collectivité, elle encourage leur démarche.

Dr E : mais ça fait quand même que l'on a l'impression que les élus locaux sont avec nous. Que M. le maire a fait quelque chose, qu'il a fait payer le terrain pas trop cher. S'il a fait les abords, l'enrobé. Le fait que la communauté de communes s'investisse ça veut dire aussi que les villages autour sont d'accord. Sinon on a l'impression d'être tout seul. Et si on est tout seul on se dit pourquoi je fais ça ? Pourquoi j'irais m'installer à la campagne(…). Je pourrais très bien dire je vais à la ville avec un confrère (…) Je pense qu'on a besoin d'une certaine reconnaissance des élus et la collectivité.

Mme N : sentir que le professionnel est épaulé par la collectivité, ou écouté par la collectivité, je pense que c'est important. Même si le projet est porté complètement privé, c'est bien à un moment donné d'impliquer les gens qui quelque part vont en bénéficier.

b) Partenariat entre les professionnels de soins et les acteurs locaux

Cette association d'interlocuteurs est fréquemment évoquée comme élément favorisant. L'écoute mutuelle et le bénéfice de chacun sont rapportés.

Kiné B : c'est un partenariat, ils sont partenaires du projet.
Kiné A : même s'ils ne financent pas. Ils ont des choses à apporter.
Kiné B : il y a beaucoup de choses, par exemple aider pour la viabilité, l'infrastructure. (…)
Kiné A : cela attire aussi les familles, qui attirent peut-être aussi les entreprises, c'est toute une démarche démographique, un investissement démographique pour la mairie. (…)Donc forcément pour la mairie c'est intéressant d'avoir une maison de santé. Donc d'avoir tous les professionnels qui vont attirer les familles, avec à la clé peut-être d'autres investissements. (…)
Kiné A : voilà, la maison de santé, le fait qu'il y ait de plus en plus de monde dans le village, il y a peut-être un vétérinaire qui va s'installer.
Samuel : donc pour vous il y a un bon partenariat avec la mairie car elle y voit aussi son intérêt ?
Kiné B et A : oui bien sûr, c'est du donnant-donnant. La mairie ou la communauté de communes. La collectivité en général. C'est indéniable.

Ce partenariat repose de plus sur le respect des attentes et les spécificités des parties.

M. le Maire B : Nous de notre côté on avait aussi tout intérêt à permettre que ce dialogue s'installe, car si à un moment donné vous avez une incompréhension, ou si vous avez un blocage, vous risquez de faire capoter le projet. Nous on était extrêmement intéressé par l'installation de ces deux médecins et on était surtout très attentif à répondre à leurs demandes (…) à partir du moment où on avait trouvé des interlocuteurs qui étaient intéressés, ça devient ensuite un partenariat. Si vous voulez, c'est un travail à quatre mains. Ce n'est pas un travail à deux mains.

M. le maire B : C'est sûr. C'est un partenariat franc. Je crois que c'est un partenariat aussi bien de la commune avec les professionnels. (…) On n'est pas des spécialistes. Je n'ai pas l'œil expert pour juger l'organisation des médecins, même l'équipe, comment est-ce qu'on allait organiser un cabinet…

Dr C : En même temps je ne comprendrai pas qu'un maire qui veuille faire venir des soignants, soit rebuté par le projet professionnel des soignants. Je ne vois pas en quoi le maire peut intervenir dans la constitution d'une maison de santé. Il n'a pas sa place, il n'est pas soignant. Il peut donner un avis mais ce n'est pas lui qui va travailler dedans. Je ne vais pas voir comment il aménage son bureau, il ne s'occupe pas du mien. Mais j'adore le maire, on se tutoie.

III.2. L'analyse territoriale

a) Evaluation de la démographie des professionnels de santé

Certains intervenants ont exprimé leur démarche de prise en compte de l'offre de soin existante pour juger de l'opportunité de mise en route d'un projet. Les difficultés induites par les problèmes de démographie médicale sont fréquemment le point de départ de l'implication des collectivités locales ou de l'engagement des professionnels.

Kiné A : (…) et en discutant on s'est aperçu que c'était un secteur où il y avait vraiment un gros manque. (…) mais on savait qu'il n'y avait personne à 30 km à la ronde. On s'est douté d'un besoin et cela s'est avéré exact. On a commencé à deux et maintenant on est trois.

M. le maire B : (…) Si vous voulez installer une maison de santé, alors qu'à cinq km vous avez déjà deux médecins installés, quelle est l'opportunité ? Quelle est la pertinence de cette structure. Je pense que la géographie territoriale à une grosse importance, la connaissance de l'environnement, du secteur. Et aussi des potentialités aux alentours.

Médecin : Nous étions deux médecins généralistes. Il y avait un médecin installé (…) qui était à trois ou quatre années de la retraite. (…). Pour moi ça fait tilt dans ma tête, j'ai dit on fait un hôpital neuf, c'est l'opportunité, il y a du budget et de l'argent, il faut que l'on ait une maison de santé là-dessus (…) si je veux attirer des jeunes confrères, il faut que je trouve un fonctionnement collectif. (…)La problématique de se retrouver dans les deux à trois ans qui venaient tout seul sur un chef-lieu de canton. J'étais bien sensible au fait qu'il fallait que je trouve une solution, car sinon j'allais me retrouver tout seul. J'allais me retrouver en grande difficulté.

M. le maire B : Je m'explique, il y avait un médecin un petit peu plus loin qui arrivait au-delà de la soixantaine, malade. Un autre médecin, au-delà de la soixantaine dont on savait qu'à brève échéance il allait s'arrêter. Si bien qu'ici, et le canton, car il ne faut pas se leurrer, dans un périphérique de 20 km il n'y a pas un seul médecin. Donc

cela privait le secteur d'un accès aux soins. Donc c'était dans nos priorités d'essayer de ramener tout au moins un médecin, voire plusieurs.

Dr C : (…) car si on se régale dans notre travail, avec suture plâtre etc., c'est parce que l'hôpital est à 30 km et qu'il y a zéro médecin dans un rayon de 20 km.

b) Evaluation du besoin

Parallèlement à la connaissance de l'offre de soins, la prise en compte du besoin auquel pourra répondre la MSP est évoquée.

Dr E : Et la première chose que je pense c'est de bien définir les besoins. Il y a beaucoup d'endroits où on se dit tiens, ce serait bien qu'il y ait une maison de santé, mais il n'y a pas forcément le besoin. (…)Je pense qu'ici le besoin a été très, très bien défini. Le médecin s'en allait dans quelques années, il avait une grosse clientèle. Il y avait donc une demande. La population était grandissante car nous sommes dans une zone frontalière où beaucoup de frontaliers viennent s'installer ici. Il y avait donc une demande. (…) Notre étude du besoin s'est bien déroulée, et on ne s'est pas trompé en tout cas.

Dr F : oui voilà, c'est-à-dire qu'on avait un bon diagnostic de territoire, car on est dans un territoire bien délimité. (…) Nous sommes bien centrés sur le territoire, les besoins sont connus du fait d'une augmentation importante de la population d'origine frontalière. (…)On avait une bonne vision des besoins. (…) Pour moi ce qui est primordial c'est une bonne étude du besoin et faire avec les professionnels de santé, écouter leur volonté. Il faut faire attention de ne pas se faire piéger par les élus. Car maintenant comme c'est à la mode, tous les élus voudraient leur maison de santé. Il faut donc à la fois s'appuyer sur les besoins, une bonne étude des besoins et essayer de regrouper les professionnels.

Pour certains, la définition du besoin est du ressort des professionnels ou des acteurs locaux.

M. le maire B : je pense que si vous êtes présents sur le terrain, le besoin vous l'identifiez. Si vous connaissez bien votre territoire, le besoin vous le connaissez. Nous notre besoin était clairement identifié, il n'y avait pas d'intermédiaire qui nous mettait le doigt sur les problèmes. (…) Le besoin était clair.

Dr E : Pour moi l'étude du besoin c'est le travail des professionnels de santé, qui ne demande pas tant de temps que cela, mais qui demande juste de s'intéresser un petit peu au lieu où on veut s'installer. (…) la vision des professionnels locaux me semble intéressante. Je pense que c'est important que les médecins se fassent leur idée par eux-mêmes(…) ou s'informent auprès des médecins qui sont installés dans le coin, à cinq ou 10 km de là, et qui connaissent très bien le besoin et le dynamisme de la population.

c) Relations avec les professionnels du secteur

La prise en compte des professionnels du secteur est un élément à considérer..

Par contre ce qu'il faut retenir aussi, c'est qu'il peut y avoir une maison de santé avec des confrères autour, qui ne sont pas dans la maison de santé mais qui font partie d'une sorte de pôle informel. Ici il y a un médecin qui est en très bon contact avec nous, il participe aux réunions de pairs, aux formations. Il y a des gens qui veulent rester solitaires sur le plan immobilier, mais qui participent au travail avec nous. (…)
Dr B : il ne s'agit pas d'une maison de santé et rien d'autre autour.

III.3. Circulation de l'information à destination des professionnels

Dans un des projets de MSP, le recrutement de l'équipe médicale s'est fait par le biais du hasard, alors que l'un des deux médecins était originaire du secteur mais n'avait pas eu vent de la recherche de la mairie.

Dr C : ici c'est un concours de circonstances. Un coup du hasard. Justement pendant ma thèse j'ai rencontré des gens, et parmi eux il y avait quelqu'un, une personne qui travaillait à la préfecture, et sa femme était au conseil municipal du village. (…) un quart d'heure après j'avais un coup de téléphone du maire du village qui m'a dit : à ce qu'il paraît vous cherchez à vous installer à la campagne ? C'est allé très vite.

Pour le maire du bourg concerné, une amélioration de la circulation de l'information à destination des professionnels pourrait être favorisante.

M. le maire B : l'information il est vrai, est passé un petit peu, je vais employer un mot… C'est un petit peu par le copinage et les relations. C'est la chance d'avoir un conseiller dont la fille connaissait quelqu'un, qui a fait qu'on a eu connaissance de cette possibilité.

La diffusion du besoin elle se fait, j'en suis quasiment certain, car il y a des secteurs qui ont besoin de médecins et c'est sûr qu'ils communiquent
M. le maire B : tout à fait, tout à fait. Si vous voulez à partir du moment où les besoins sont exprimés, et qu'il y a d'un autre côté des besoins exprimés d'installation, on peut toujours essayer de faire correspondre…

III.4. Existence d'un hôpital local

L'existence d'un hôpital local, permettant l'adossement d'une MSP nous a été décrit comme un élément favorisant. Différentes raisons sont données.

L'hôpital s'appuie déjà sur un fonctionnement collectif.

On avait déjà cet esprit-là, dans l'hôpital on mettait à disposition des locaux pour la PMI, pour l'assistante sociale. L'hôpital local avait déjà un rôle pluridisciplinaire, le kiné avait un local.

Il répond à certaines attentes des professionnels.

(…) d'accrocher aussi ma consœur. Elle est gériatre, je l'ai rencontrée dans le cadre des équipes mobiles de gériatrie. Elle était intéressée par l'idée d'avoir une activité mixte, revenir dans la médecine générale et garder en tant que gériatre le versant hospitalier. Elle s'est donc accrochée au projet.

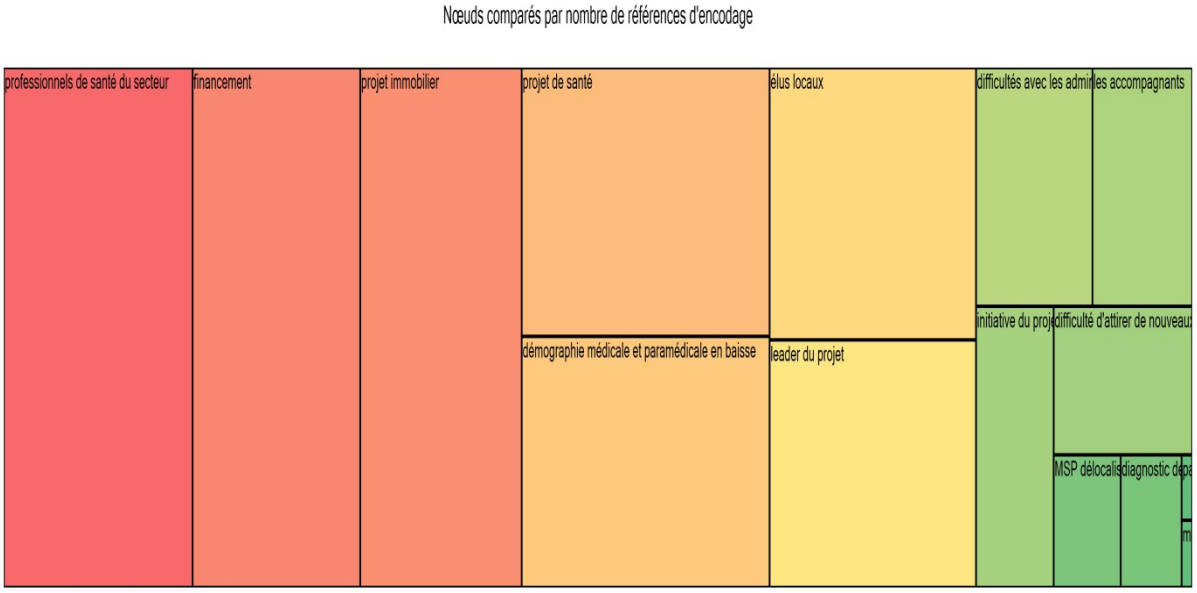
L'adossement d'une MSP permet une mutualisation de moyens, source d'économie.

Il y a des choses en moins à prévoir, et on a mutualisé avec l'hôpital local beaucoup de choses. On n'a pas de salle de réunion car on a une salle de conseil d'administration de l'hôpital local. On a une grande salle polyvalente qui sert lorsqu'on veut faire certaines grandes réunions. (…) La mutualisation d'un certain nombre de choses a fait que c'était moins lourd et moins cher.

Le faible coût de montage et la politique de l'hôpital qui ne cherche pas à faire des bénéfices, permet d'obtenir des loyers attractifs pour les professionnels.

Le but c'est que l'hôpital, comme cela n'avait pas coûté très cher, c'est que l'hôpital ne gagne pas d'argent, favorise sans gagner d'argent, face donc une opération blanche. Et que nous cela ne coûte pas trop cher en location pour rester attractif. Attractif pour les professionnels de santé.

Résultats : les freins



I. Eléments freinants en lien avec l'équipe professionnelle

I.1. Professionnels de santé du secteur

Les problèmes liés aux professionnels de santé sont cités dans tous les entretiens, au total plus de 130 fois. Toutes les bonnes volontés des élus et des collectivités locales restent lettre morte sans la motivation des professionnels du secteur.

Mais c'est vrai que sans la motivation des professionnels
il faut absolument que les professionnels de santé soient motivés pour le faire

a) Aucun médecin intéressé par le projet

La motivation des professionnels est primordiale et plus particulièrement celle d'un ou de plusieurs médecins. Lorsqu'un projet n'est soutenu par aucun médecin, le montage ne peut progresser.

En août j'avais tous les accords (...) On a eu le feu vert pour tout (...) Sauf que : pas de porteur de projet, donc pas de subvention, donc on bloque.

Alors c'est vrai que s'il y avait un médecin on aurait pu faire venir, podologue, nutritionniste. Mais là, sans médecin ça serait bête. Donc ça pour l'instant on n'y pense pas

Ils disent que sans médecin, nous n'aurons aucune subvention

Donc moi le kiné, l'orthophoniste et le dentiste. On n'avait plus de médecin dans la station qui voulait s'investir dans le projet

b) Démotivation des professionnels devant la durée du projet ou l'absence de motivation des élus

Ils ont commencé à perdre des professionnels intéressés par le projet car le temps passe et la vie change pour chaque professionnel. Et aussi peut être les affinités des gens dans le groupe qui était constitué. Donc ; ils ont perdu quelques professionnels

Alors après l'aspect temporel c'est un frein car vous avez des bonnes âmes qui perdent un peu confiance. Et parfois c'est trop long

Sauf que mon collègue n'est pas trop motivé, plus trop, il en a marre de la réunionite

c) Médecin opposé au projet

Un médecin peut être opposé au projet parce qu'il refuse le travail en équipe, il refuse l'association.

Lorsque ce médecin est le seul du secteur, il bloque complètement l'avancement du projet.

Et puis elle (le médecin actuel NDLR) a commencé à dire qu'elle ne voulait même pas d'infirmier dans le local à côté. Enfin bref, même la proximité d'infirmiers la gênait.

Mais c'est une personne qui refuse toute association, même la promiscuité avec les infirmiers. Ça va très loin quand même.

Dr N ne veut absolument pas s'associer car elle a eu une expérience malheureuse

Pour moi ce qui bloque dans ce projet, il n'y a que ça (Dr N) et moi je leur ai dit c'est une catastrophe qu'une personne bloque une population, et quoi faire ?

Un médecin bien ancré sur son territoire, ne voit pas d'un bon œil, l'arrivée de nouveaux surtout lorsque ce dernier a investi personnellement et que la MSP est financée par des fonds publiques. Il peut exister un sentiment de jalousie.

Le médecin à l'époque avait monté son cabinet de toute pièce depuis 20 ans, il avait tout crée, il avait sa radio, il travaillait avec les pistes, tout ça, il voyait de mauvaise augure une maison médicale

Et puis les deux vieux médecins de la commune ont essayé de foutre la merde ici

« Oui mais moi j'ai pas eu d'aide. » Il y a une jalousie entre eux, c'est invraisemblable

Dans un dossier, nous avons retrouvé un médecin d'une caisse d'assurance maladie qui objectivement aurait dû soutenir le projet mais elle y était opposée. Il y avait un conflit d'intérêt car son mari exerçait sur le secteur.

Il y a Mme X, médecin conseil à (...) dont le mari exerce à C.

Les 2 seules oppositions viennent de là et des gens qui avaient malheureusement des responsabilités et qui étaient juges et partis, voilà.

d) Médecin non intéressé par le projet

Des médecins installés depuis longtemps et proches de la retraite n'ont pas envie de modifier leurs habitudes. De plus quand ils exercent à leur domicile, ils ne voient pas l'intérêt d'aller dans une MSP. Cependant, ils ne s'opposent pas au projet.

Souvent on dit moi je n'ai pas envie d'investir car je suis à cinq ans de la retraite.

Le Dr M, il était installé un peu plus haut, il avait son cabinet depuis plus de 20 ans donc il ne voulait pas bouger

Il y a un médecin à B et lui il préfère rester chez lui.

il se trouve qu'il y en a un ancien sur F qui lui est intéressé mais n'est pas partie prenante car trop âgé

D'autres médecin peuvent simplement ne pas avoir envie de travailler à plusieurs.

Il travaille dans les locaux de la commune. Alors c'est sûr, il paye un loyer dérisoire par rapport à nous qui avons investi. C'est son choix mais c'est dommage car on est une bonne équipe et lui il travaille tout seul dans son coin alors que nous on est tous là.

Tu vois M (...) a été sollicité pour entrer dans une maison de santé dans son village. Moi je résume, mais les deux autres confrères il ne les voit jamais. Depuis 15 ans, ils ne vont à aucune réunion. Il n'a pas vu l'intérêt d'aller se mettre avec eux puisqu'il ne les voit jamais hormis à la boulangerie.

Un médecin ne se sentait pas concerné par la notion de service à la population.

« Moi je suis professionnel de santé, le service à la population et combien de gens viennent ici nous voir, ça n'est pas mon souci »

e) Paramédicaux non intéressés

Certains paramédicaux n'ont aucune envie de travailler en MSP.

Les orthophonistes aussi, dont une surtout qui considère que les maisons médicales... c'est has been
Le kiné (...), il a dit « ce n'est pas mon problème », il n'est pas opposé mais il ne veut vraiment faire aucun effort

D'autres paramédicaux proches de la retraite ne souhaitent pas changer leur mode d'exercice.

On a un kiné sur notre canton. Il ne veut pas venir ici car c'est une personne qui a déjà 50 ans, qui a ses revenus d'assurés

f) Rupture entre les différents professionnels ou divergence de points de vue

Certains projets sont retardés parce que l'équipe de professionnels de départ se dissout. Les médecins qui sortent du projet peuvent être tentés de s'opposer activement au montage de la MSP. Il peut naître des jalousies surtout quand des subventions entrent en jeu.

Ils ont choisi de ne pas rester dans le groupe et ils ont très mal vu qu'une maison de santé se fasse à six km de chez eux

« Oui mais moi j'ai pas eu d'aide. » Il y a une jalousie entre eux, c'est invraisemblable

Attention à nos confrères. Car on fait beaucoup d'envieux. Chose que je comprends quand il y a des aides financières. Car malgré tout lorsque l'on donne 200 à 300 000 € à un médecin, et que toi tu es à 10 km, comme un idiot à bosser et qu'à toi on ne donne pas un rond, tu as le droit de ne pas forcément être content. Il faut y penser quand même à cela.

Donc il y a eu une rupture (...) Il y a eu une cassure au niveau des professionnels.

Le gros problème à S c'était la vision de la médecine qui était différente

La rupture peut faire suite à l'élaboration du projet de santé, des différences de point de vue rédhibitoires apparaissant.

Dr P *: mais au moment de parler projet de santé, travailler ensemble, ce qu'on fait ensemble, comment on organise une maison de santé, là on a vu qu'il y avait deux groupes. Cela s'est scindé en deux.*

L'équipe de santé a eu l'occasion de se recomposer depuis que les professionnels travaillent sur la question des maisons de santé.

Par expérience, j'ai eu certains professionnels qui voulaient (...) faire partie du groupe, mais qui au bout de deux ou trois séances ne se sont pas sentis bien en groupe, ou n'ont pas senti l'intérêt, et finalement ont décroché.

Donc nous avons fait la première réunion et on était beaucoup, (...) il y avait kinés, infirmières et médecins et puis là on s'est rendu compte que tout le monde n'avait pas les mêmes objectifs

Les ruptures entre les professionnels peuvent même aggraver la baisse de la démographie médicale.

Ah oui, oui, du premier projet, elle (Dr P) *était partie prenante et n'ayant pas trouvé d'accord (...) avec ses collègues, elle s'est donc déplacée sur S.*

Dr P : *J'ai dit bon si le projet n'aboutit pas là-bas, je viens ici*

g) Pas de valorisation du patrimoine préexistant

Certains professionnels refusent de s'installer en MSP, car ils ne peuvent plus valoriser le patrimoine immobilier qu'ils utilisaient pour leur activité. A la campagne, il est difficile de relouer ou réattribuer ces locaux. Il en découle une perte financière.

Par contre il y a aussi le côté financier. Moi je n'ai pas fait un coup de bourse. Mon local professionnel n'est toujours pas reloué.

Je n'ai pas valorisé mon patrimoine. Je m'en fiche un petit peu. Mais c'est un frein important quand même pour nos confrères

h) Surcoût lié aux charges communes en MSP

Le tarif a été un frein pour certains, qui ne payaient quasiment rien avant. Pour les paramédicaux, qui n'ont pas des chiffres d'affaires énormes c'est évident.

Même chose pour un orthoptiste qui trouvait ça trop cher.

C'est les charges qui coûtent cher. Ce qui nous coûte cher ici c'est les secrétaires

Infirmières : *Donc elles ne voient pas l'intérêt d'aller payer plus cher dans une maison médicale*

Gouffres financiers

Donc on était parti initialement sur un loyer de 300 euros (...) et on s'est retrouvé avec un loyer qui était à plus de 600, 700 euros par mois. On a dit « si c'est pour attirer les jeunes, ça ne va pas être très attrayant et puis pour nous ça va peut-être même nous faire partir »

Forcément si on parle que d'argent, ça coûte toujours plus cher que de travailler seul. Oui oui ça c'est sûr.

I.2. Difficulté d'attirer de nouveaux médecins

a) L'exercice libéral fait peur aux jeunes générations

Un médecin interrogé explique que la génération de médecin qui part à la retraite a fait peur aux jeunes en surestimant leur charge de travail. Ils étaient fiers de travailler beaucoup. Ils ne comprennent pas aujourd'hui la réticence des jeunes médecins pour cet exercice.

Ces gens-là étaient dopés par le gain (...) Mais je vais faire une caricature, dopés par le gain, plus leur chiffre d'affaire était grand mieux c'est et plus ils se donnaient de l'importance et plus ils avaient l'impression d'exister. C'est un petit peu le portait robot d'un médecin des années 70. Et ces gens-là se plaisaient à dire qu'ils travaillaient beaucoup. Et donc ils ont fini par scier la branche sur laquelle ils étaient assis. Tout simplement, ils ont fait peur à tout le monde voilà.

il y a cette notion de médecine libérale, de paiement à l'acte, dont je ne suis pas très friand. 80 % de ma génération est très attaché (...) au financement à l'acte, au patrimoine, à la vente de la clientèle, c'est des concepts auxquels les jeunes médecins ne sont pas du tout attachés.

b) Obsolescence du rachat de patientèle

Il m'a dit que la patientèle maintenant ça ne se rachetait plus.
Maintenant les jeunes confrères ils arrivent, ils ne veulent pas racheter de clientèle
Je lui ai déjà dit 100 fois, ton cabinet et ta patientèle, elle ne vaut rien

c) Refus d'accueillir un médecin étranger

Le problème est abordé dans deux entretiens.

J'ai eu des demandes de médecins étrangers
(…) je veux dire on a le front national par endroit. Il faut parler clair. Il n'y aura pas un bon accueil. J'ai eu aussi un arménien (…) il y a des endroits où l'adaptation sera meilleure. Je ne veux pas mettre un médecin en situation d'échec. Il y a quand même une forte majorité dans nos pays. Mais je préférerais éviter un étranger.

Si, on a eu un contact c'était un médecin ivoirien, qui était prêt même à faire le ménage. Mais nous on veut prendre des gens du coin ou de la région mais on ne veut pas d'étranger. On n'a pas envie non plus d'aller chercher des roumains comme ce qu'il se passe, non, non. On en a discuté souvent avec les médecins et non, on ne veut pas de ça

I.3. Leader du projet

Les problèmes liés au leader sont cités 46 fois dans 14 entretiens.

a) Leader absent, non médecin ou non soutenu par un médecin

Les élus locaux lorsqu'ils prennent part activement au projet ont besoin d'un professionnel de santé impliqué et plus particulièrement d'un médecin.

A l'inverse, un élu local ou une collectivité prendra part plus difficilement à un projet lorsque ce dernier n'est pas représenté par un médecin ou que l'équipe ne comporte pas de médecin.

Kiné leader : *le plus gros frein….long silence de réflexion. Et ben c'est de ne pas avoir de médecin avec nous.*

donc moi le kiné, l'orthophoniste et le dentiste. On n'avait plus de médecin dans la station qui voulait s'investir dans le projet

Il vous a mis d'autres bâtons dans les roues ?(en parlant d'un médecin du secteur)

kiné leader *: ben par rapport aux élus je pense. C'était un médecin qui était là depuis longtemps, il connaissait tout le monde, tous les élus, moi je suis d'ici aussi mais bon, je ne suis pas médecin alors je n'ai pas de poids*

kiné leader *: ah ouhais, les auxiliaires médicaux ont beaucoup moins de poids que les médecins pour monter un projet.*

Je sais qu'il y a des kinés, des infirmières qui ont tenté de porter des projets, mais s'il n'y a pas de médecins derrière, avec eux, cela ne prend pas

On voit bien que lorsque ce n'est pas dirigé par des médecins c'est plus compliqué. Et je ne pense pas que ça soit lié à l'équipe, mais je pense que c'est plus lié aux interlocuteurs à l'extérieur de la maison. C'est du domaine du préjugé, car les compétences sont là.

Et puis est-ce que vous pensez avoir un leader (...) dans ce projet ? Ou est-ce que vous avez l'impression qu'il n'y en a pas ? Représentant collectivité locale : *Grand éclat de rire*

En l'absence de professionnel de santé impliqué, aucune subvention publique n'est accordée.

On a eu le feu vert pour tout (…) tout était prêt. Sauf que : pas de porteur de projet, donc pas de subvention, donc on bloque.
Ils disent que sans médecin, nous n'aurons aucune subvention

Lorsqu'aucun médecin du secteur ne prend part au projet, les autres professionnels de santé ne se sentent pas la légitimité d'être leader.

Infirmières : *il faut déjà que les médecins se mettent d'accord*

Présidente communauté de communes *: Les infirmiers ici ça ne manque pas mais aucun ne souhaite (...) porter projet. Il me ...Ils ne sentent pas l'envergure pour porter le projet. Ils pensent que c'est plutôt le rôle d'un médecin Ils pensent que c'est difficile de rechercher un médecin en tant qu'infirmier (…) Eux ils souhaitaient quand même que ça soit un médecin.*

b) Manque d'écoute envers les différentes personnes de l'équipe

Un leader doit s'adapter à la vitesse de progression de son équipe, il ne doit pas être un leader trop fort sous peine de décourager les autres professionnels. Cela compromet aussi la vie de la MSP plus tard.

J'ai été peut-être un peu trop leader, un leader trop fort.

Il ne faut pas trop tirer, le leader ne doit pas prendre trop d'avance sur la base. Sinon la base décroche un peu, se sent moins concerné (…) Moi j'ai tir (…) Cela s'est fait vite en plus.

Médecin ayant quitté le projet *: Après Mr S a pris les rênes, il s'est déclaré président de l'association. Il a dit bon : on va faire une association. J'ai dit oui. Au moment de désigner le président j'ai dit on vote, pourquoi toi et pas les autres ? Il a dit : tout le monde est d'accord*

c) Leader bicéphale

Le problème c'est qu'il y a deux leaders (…) Avec une vision qui n'est pas (…) tout à fait identique. Il y a donc un problème de leadership (…), et forcément le groupe se retrouve un petit peu perdu entre des visions qui vont être différentes. Et cela ralentit (…) eh bien ça ralentit et ça freine l'évolution du groupe.

d) Travail non rémunéré

Une à deux réunions par jour sachant que pendant ce temps-là je ne suis pas payé

e) Solitude, souffrance et lourde charge de travail pour le leader

Je pense que comme j'étais le leader du groupe, j'ai fait beaucoup de réunions de chantier
C'est sûr que des maisons comme nous (…) totalement libérale, et bien on a passé des centaines d'heures en réunion. Cela ne s'est pas fait comme ça (…) Sur le moment c'est un peu long.

Alors là branle-bas de combat, il fallait sortir la tête de l'eau, donc moi (…) j'ai fait une dépression réactionnelle derrière parce que je me suis battu comme un fou
Et puis j'étais en dépression complète. J'étais en arrêt maladie, j'ai fait un burn out aussi.
Et puis bon, moi, je ne pouvais pas tout gérer non plus. On n'y connaît rien là-dedans, on ne connaît pas les lois, pas ceci, ni cela. C'est lourd

Donc là ça a été le début un peu de l'enfer parce que passant de 60 à 70 heures par semaine c'est quand même assez lourd et ça dure depuis pas loin de deux ans pratiquement
re-réunion, re-formations, re-machin. J'avais des semaines où j'avais une à deux réunions par jour.

Re-réunion ! Etc. Je vous dis j'avais des semaines avec six, sept, huit réunions. C'était quasiment ingérable. S'il n'y a pas un leader ou quelqu'un qui est très, très motivé, ça tombe à l'eau.

Ça c'est toujours compliqué et on est toujours vigilent à donner les informations, à présenter les projets de chacun. Ça c'est compliqué et un peu lourd en charge de travail quand même.

I.4. Les accompagnants

a) Longs délais et malentendus pour les rendez-vous

Et c'est là que j'ai repris contact avec la FEMASAC (...) Mais par contre c'est vrai que j'avais cherché un rendez-vous depuis le début de l'année et j'étais fâchée car il n'y a jamais eu de suite à ma demande de rendez-vous.

Ils nous ont un peu laissé tomber après (rire). C'est ce que je leur reproche.
Pendant un an, on ne les a pas vu alors que je les sollicitais pas mal et puis après j'ai laissé tomber.

Il y a eu quelques soucis de calage avec la FEMASAC. (...) Ce qui a fait que, ça c'est une affaire de semestre, bref (…) on ne voyait pas quand est-ce que la FEMASAC allait venir sur le territoire (…) Du coup, ça mettait des doutes auprès de la collectivité et des doutes auprès des professionnels.
Mais on a quand même perdu grosso modo six à huit mois dans ce décalage

b) Cadre rigide de l'équipe d'appui

Derrière moi ce qui m'a un peu surpris avec l'équipe d'appui c'était de remplir des cases. « Est-ce que vous faites de la formation pour les étudiants ? Oui on en fait. Et ben alors il faut en faire plus ». Derrière ce n'est pas le projet de santé qu'on met en avant, derrière c'est qu'il faut remplir des cases et ça c'est un peu le côté affichage

Je dirais que des fois il faut quand même laisser les professionnels s'exprimer et les professionnels de terrain faire et vouloir faire un cadre rigide avec des cases qu'il faut remplir et vouloir faire un projet de santé où plus on en rempli et plus ça fait plaisir à l'équipe d'appui et mieux c'est sur le papier

c) Les idées de la FEMASAC ne sont pas connues du grand public

C'est vrai qu'en cela les démarches de la FEMASAC, c'était intéressant (…) Car (…) (elles) permettent de rendre visible, peut-être de façon trop confinée, que l'exercice libéral n'empêche pas l'ouverture d'esprit. Pour le grand

public, c'est quelque chose qui est inconnu. Moi j'ai vraiment découvert qu'il existait d'autres formes d'exercices de la santé.

deux choses doivent être essentielles, toutes les idées novatrices qui sortent de la FEMASAC doivent aussi être généralisées à tous. Et ça c'est une difficulté normale mais qui doit aussi nous aider à se dire « comment faire pour que ces idées novatrices soient prises partout et par tout le monde »

I.5. Difficultés avec les administrations

Ces difficultés sont citées 22 fois dans 10 entretiens, à la fois par les professionnels de santé et les collectivités.

Lorsqu'on est généraliste dans son coin, c'est parfois difficile d'aller à l'ARS, on se retrouve dans un autre monde. On ne comprend pas trop ce qui se passe.

a) Lenteur et lourdeur des dossiers administratifs

On est maintenant lancé dans les NMR 1 et 2 (…) J'ai gagné énormément en qualité de prise en charge des patients, de coordination des patients, mais j'ai perdu beaucoup de temps médical, remplacé par du temps de coordination et administratif. Il faut faire des protocoles, les écrire, et machins (…) Cela représente beaucoup de travail.

Entre le moment où vous sollicitez l'ARS et le premier rendez-vous il se passe bien deux mois. Après le rendez-vous, il y a eu des concertations entre les deux, il y a bien eu cinq mois en tout avant d'avoir l'aval (…) Ce n'est peut-être pas bon à dire car je fais partie de l'administration mais c'est super long

C'est invraisemblable tout ce qu'on nous demande, des études de ceci, des études de cela

Parce que la paperasse, les trucs de la sécu, c'est l'enfer.

re-réunion, re-formations, re-machin. J'avais des semaines où j'avais une à deux réunions par jour

b) Manque d'anticipation des difficultés démographiques, pas de considération des prospectives

Le manque de considération des prospectives, ça aussi c'est un frein

Théoriquement on est dans les critères des territoires déficitaires mais l'ARS n'ayant pas encore statué (…) On reste sur les tableaux de 2005

Le plus gros frein, enfin ce qui me fatigue le plus dans ce projet c'est (...) de voir que finalement on est dans un milieu qui ne perçoit pas la gravité de la situation (...) Et quand on nous répond « mais non vous n'êtes pas territoire déficitaire, attendez d'être déficitaire ». Enfin bon, une fois que le désert est installé les arbres ne poussent plus c'est terminé, c'est terminé

c) Pas de corrélation entre le secteur couvert par une MSP et le découpage administratif territorial

C'est compliqué pour eux, ils sont responsables d'un territoire et nous on leur dit que notre territoire de santé ce n'est pas le même

on est dans le choc entre une définition électorale des circonscriptions (...) et une définition d'un bassin de vie, d'un bassin de santé

d) Rigidité

Écrire le projet de santé (...) ce qui est pénible maintenant c'est qu'il faut le formater de telle façon

II. Eléments freinants en lien avec le projet de santé et le projet immobilier

II.1. Projet immobilier

a) Difficulté d'obtention du permis de construire

Le montage d'une MSP a été ralenti un an suite à des difficultés pour obtenir un permis de construire pour cause de terrain en zone humide. La construction a finalement été autorisée mais sous conditions.

On a eu des difficultés, c'est qu'on a mis un an pour avoir un permis car on était soi-disant en zone humide

On nous a dit « vous êtes en zone humide donc on vous autorise à construire là mais il faut que vous trouviez sur le territoire de la commune une surface égale au double de celle que vous prenez sur laquelle il y a eu quelque chose de fait qui n'aurait pas dû être fait et il faudra rendre à la nature ce que vous lui avez pris en double »

Un autre projet s'est retrouvé confronté au problème des zones protégées à cause de la biodiversité.

Alors c'est une zone protégée pour l'anecdote quand même parce qu'un jour ils ont trouvé là-bas un triton crêté.

b) Projet pharaonique, loyers trop élevés

Donc on était parti au départ sur un projet avec des chiffres pharaoniques. On a réduit financièrement le projet, pour qu'il soit raisonnable

Et ils ont fini par nous faire un « château ». Un château.

Oui, à notre sens trop grand, 500m^2 que pour les médecins. Donc, ils ont mis trois bureaux de médecin en plus.

Donc on était parti initialement sur un loyer de 300 euros (…) et on s'est retrouvé avec un loyer qui était à plus de 600, 700 euros par mois. On a dit « si c'est pour attirer les jeunes, ça ne va pas être très attrayant et puis pour nous ça va peut-être même nous faire partir

c) Porté par la collectivité

Dans l'étude d'un projet, nous avons remarqué que le montage de la MSP avait été retardé de deux ans car la mairie, qui portait le projet immobilier avait une autre priorité.

Et puis nous comme on avait B (…) qui avait fermé et on se retrouvait avec une grosse friche industrielle (…) J'ai eu la chance d'avoir beaucoup de subventions pour la démolition de la friche industrielle et c'est ça qui est passé en priorité. Et puis la maison de santé est restée un peu sur le côté.

Lorsque le projet immobilier est géré par une collectivité, il faut distinguer si c'est une commune ou une communauté de communes qui a le dossier en main. Une présidente de communauté de communes nous a expliqué que pour elle, le fait que le projet soit porté par la communauté de communes a été un frein. Il a été plus difficile pour elle de convaincre tous les membres du conseil communautaire. En cas de projet communal c'est plus simple et plus rapide. L'accord des autres maires n'est pas nécessaire. Il y a moins d'élus à convaincre.

Parce que c'est qu'une commune et que là le conseil municipal avait la volonté d'installer et c'est plus simple que quand il faut discuter avec 14 communes

Mais c'est lourd. Quand on n'a qu'un conseil municipal, il n'y en a qu'un ou deux qui font la commission et tout. Alors que là c'est pour 14 qu'il faut trouver les disponibilités et les conseils communautaires sont beaucoup plus grands que les conseils communaux.

A l'inverse, une commune seule peut ne pas avoir les moyens de soutenir un projet dans sa commune, sans le soutien de la communauté de commune, elle est impuissante.

Manque de financement (…) R n'a pas le financement. R se trouve dans une communauté d'agglomérations. R à elle seule n'a pas les moyens financiers pour tenir ce projet-là.

La gestion de l'immobilier par la collectivité peut être un frein lorsque celle-ci ne se soucie pas des besoins des professionnels.

Ce qui était assez rigolo c'est qu'on n'a pas cherché de terrain, on nous l'a donné.
je pense que ça aurait été mieux qu'on réfléchisse à nos besoin et qu'on évalue nos besoin avant (…) A la fois c'est tout cuit, ça nous arrive dans le bec c'est bien mais en même temps justement, ça aurait été mieux que ça vienne d'une réflexion des professionnels et qui correspondent aux besoins (…) Avec du recul, c'est une erreur.

Le projet des collectivités peut ne pas correspondre aux attentes des professionnels.

Donc, ils ont mis trois bureaux de médecin en plus. Ça ne collait pas à nos attentes, voilà

Un projet s'est déplacé de quelques centaines de mètres pour être sur le territoire d'une autre communauté de communes qui acceptait de financer la MSP.

Oui, pour notre projet, il y a une route, au nord de la route c'est la comcom du p, au sud de la route c'est la comcom du t. Donc nous on a traversé la route c'est tout ce qu'on a fait, on s'est déplacé de quelques centaines de mètres.
Ce qui est assez fou c'est qu'au départ on a bougé de quelques mètres, et qu'à quelques mètres, les gens ont changé d'avis. On nous ouvrait les bras en disant venez chez nous alors que de l'autre côté on nous disait « il ne faut pas faire de maison de santé, c'est une erreur, c'est une hérésie »

Un médecin a déménagé pour rejoindre une communauté de communes qui soutenait un projet.

Et là le maire de C… me dit pourquoi tu ne viens pas avec nous. Je lui ai dit attends j'habite loin, la route n'est pas géniale. Le maire dit, nous on le fait le projet. J'ai dit bon si le projet n'aboutit pas là-bas, je viens ici

d) Porté par les professionnels de santé

Lorsque le prix de revient est trop important, les professionnels ne peuvent pas financer seuls, certains abandonnent le projet.

Donc on a établi un prix à la louche. Il y en avait pour 1 500 000 €. J'ai dit au kiné 1 500 000 à deux. Qu'est-ce que tu dis, sur sept ans, on travaille nuit et jour ? Moi pas. J'ai dit est-ce que tu suis ? Non, moi non plus. J'ai dit les autres vous ne suivez pas. Eh bien on ne fait pas.

e) Porté par une société privée

Dans cette configuration-là, le financement privé peut être un frein.

Dans 2 dossiers, les porteurs de projet avaient fait appel aux services d'une société privé qui s'était spécialisée dans la conception et la construction des maisons de santé. Cette entreprise se targuait de vendre du « clé en main ». Or, les porteurs de projet ont été retardés car l'entreprise n'était pas assez réactive. Dans un des deux projets, le choix de l'entreprise privée a même été abandonné.

Au départ il existait (…) une société privée (…) qui avait bien flairé le coup (…) Un groupe de directeurs commerciaux (…) venait vendre du clé en main, où tout était fait : aussi bien la partie conception bâtiment, que la partie juridique. On venait et on s'installait. Nous on a marché là-dedans au départ. Cela nous a fait perdre six à huit mois. Car finalement cette boîte a coulé.

Donc là j'avais reçu une société, la société V. qui est spécialisée dans ces maisons (…) de santé (…) Bon V. (…) n'a pas été très réactive car je pensais qu'ils avaient d'autres choses. Ça a un petit peu traîné et puis en 2011, j'ai un peu rouspété et c'est reparti (…) On a mis ça sur les rails et puis c'est V (…) qui a un peu traîné les godasses au départ. Alors je leur ai dit « bon si vous ne voulez pas faire, on va faire avec quelqu'un d'autre »

Dans un troisième dossier, l'ouverture de la MSP a été retardé plus de 2 ans car l'entreprise en question a fait faillite. Un des médecins intéressé par le projet a eu peur et est parti. Il n'y avait plus de médecin dans l'équipe.

Donc on a monté un projet avec la société S. qui a bien voulu porter le projet. Donc tout le projet a été ficelé sauf qu'en 2007 Mr M nous a plantés, il a fait un dépôt de bilan.

Dr L (…) au départ voulait venir ici (…) il venait voir l'avancée des travaux et puis quand on a eu ce coup de bambou avec ce dépôt de bilan, ça lui a fait peur et du coup il n'est pas revenu.

f) Prépondérant

Dans plusieurs projets, on remarque que la construction de la MSP est une fin en soi et est prépondérante sur le travail en commun. Cet état d'esprit peut ralentir ou compromettre le montage et en cas de montage réussi, il peut altérer le fonctionnement de la MSP.

Les professionnels de la maison de santé, eux une fois qu'ils sont regroupés, que le problème de financement est réglé, ils auraient tendance à ne pas aller plus loin dans le projet. En disant : ça y est, on se croise dans les couloirs, c'est déjà une bonne coordination. Financièrement c'est réglé, eh bien on en reste là. On retomberait dans des professionnels qui sont regroupés mais qui ont du mal à rentrer dans quelque chose de plus ambitieux.

Et eux, ils étaient dans l'objectif qu'on était en train de monter un projet de santé mais ce qu'ils n'avaient pas compris c'est que notre projet de santé c'était la structure de la maison

C'est quand même compliqué. Les professionnels quand ils en arrivent au projet de santé ils disent « écoutez, je n'ai pas le temps, je suis en train de voir quels sont les plans, quel est le financement »

g) Réhabilitation d'anciens bâtiments

Dans un dossier, la communauté de commune qui portait le projet a perdu du temps car elle envisageait au départ de restaurer un ancien bâtiment. Cette option a été arrêtée car le coût de l'opération était plus élevé que la construction neuve.

Donc on avait un premier projet dans un très grand bâtiment qui est communal (…) de faire cette maison médicale (…) dans le bâtiment. Alors on aurait rénové, on aurait refait certaines choses et puis quand on a calculé les coûts.

Mais c'est très lourd car on était parti sur la réhabilitation de bâtiment là où est le docteur actuel. Après, on nous a dit franchement vous ne pourrez pas faire grand-chose

C'est le seul bâtiment communal disponible, c'est pour ça qu'au départ on voulait faire la maison de santé dans ce bâtiment-là. Et puis on s'est rendu compte qu'on allait dépenser autant d'argent pour avoir quelque chose qui serait moins opérationnel.

h) Respect du Grenelle de l'environnement

C'est une contrainte supplémentaire qui ralenti le projet.

Il faut nous donner votre étude chauffage pour qu'on sache combien va coûter le chauffage annuellement car il faut que ça rentre dans le Grenelle de l'environnement.

i) Terrain difficile à obtenir

L'acquisition d'un terrain peut être difficile pour des raisons administratives. Dans un cas le projet a été bloqué pendant trois ans.

C'était un terrain du conseil général mais le conseil général n'était pas prêt à participer au projet. En tout cas il voulait s'impliquer mais pas financièrement. C'était un terrain qui appartenait à l'état, l'état voulait le céder, le conseil général voulait l'échanger et l'état voulait le vendre. Ils ont mis trois ans sans s'entendre

oui, on a eu une longue histoire de terrain. Ce qui a été très rigolo c'est qu'on a été bloqué par des collectivités locales qui étaient incapables de s'entendre pour arriver à faciliter l'installation des professionnels

Donc il y a eu des oppositions, finalement on n'a pas pu avoir le terrain

j) Absence d'évolutivité du projet architectural

Pour le docteur F, l'absence de prise en compte de l'évolutivité amenant à des locaux trop figés peut être problématique.

Dr F : alors sur le bâtiment j'ai un regret. C'est quelque chose que j'ai loupé. C'est de ne pas avoir envisagé dans le projet architectural, la possibilité d'extension de la maison de santé. Je vais arriver en rupture, au bout de trois ans on ne va bientôt plus avoir assez de place. (…)Et cela je ne l'ai pas anticipé du tout. (…) le jour où finalement il y a une vraie dynamique, et que tout le monde le travail à temps plein chez nous, où est-ce que je mets les gens.

II.2. Projet de santé

Le projet de santé est considéré comme l'âme d'une MSP. Son absence ou sa difficulté d'élaboration est le reflet d'un autre frein qui est le manque de coordination ou d'entente entre les professionnels de santé. Dans ce cas, il est ressenti comme une contrainte administrative.

a) Absent

L'absence de projet de santé est retrouvée dans cinq entretiens.

CCR : Est-ce que l'ARS vous a parlé de projet de santé ?
YC : non ça ne me dit rien

Ils voulaient partager financièrement leur secrétaire. C'était simplement une question financière

On faisait des réunions, le projet de santé n'aboutissait pas.

En fait, vous n'aviez pas de projet de santé ?

CG : Non C'est bien codifié entre nous. Mais on n'a pas de projet de santé proprement dit

b) Inutile, ressenti comme une contrainte administrative

Je le vois plus comme quelque chose d'administratif. Pour moi cela reste un bout de papier, n'importe qui peut le faire

Oui mais nous on ne comprend pas car on bosse déjà un peu ensemble

c) Difficile à élaborer en même temps que le projet immobilier

L'étape du projet de santé est ressentie comme une difficulté supplémentaire dans le parcours de montage, les professionnels étant « occupés » par l'étape immobilière.

En tant que généraliste écrire un projet de santé c'est pas évident. On voit ce que l'on veut faire mais ce n'est pas facile de le mettre sur un papier.

On n'avait pas de projet de santé parce qu'on en n'était pas là

on le fera peut-être plus tard, là ce qui nous intéresse vraiment c'est la structure

Et je crois que pour des professionnels qui montent une maison (…) et que derrière on leur demande un projet de santé. Quand je le vois avec du recul, je me dis que c'est quand même compliqué

C'est quand même compliqué. Les professionnels quand ils en arrivent au projet de santé ils disent « écoutez, je n'ai pas le temps, je suis en train de voir quels sont les plans, quel est le financement »

d) Etape longue et surcharge de travail

Parce que ce temps perdu en réunion pour écrire le projet de santé

Mais Dr L, elle ne peut pas faire non plus parce qu'elle est débordée de travail, Dr D elle a trois enfants et puis elle n'est pas trop intéressée par un projet de santé. Elle a envie de faire son travail et de rester comme ça

Après le projet médical et ben pour le projet médical, il a fallu se mettre en lien avec la FEMASAC (…) re-réunion, re-formations, re-machin. J'avais des semaines où j'avais une à deux réunions par jour

C'est énorme parce qu'il y a une surcharge de travail, la dessus, on rajoute encore du travail en plus c'est quelque chose de nouveau, on n'a pas l'habitude, il faut qu'on apprenne, et puis on n'a pas de recette.

e) Non partagé par l'ensemble des professionnels

Cela signe la divergence de point de vue des professionnels de santé. Certains se retirent des projets.

Et en fait on s'est rendu compte que les professionnels du pays (…) n'étaient pas sur les mêmes objectifs en terme de projet de santé, sur le travail en commun, la recherche d'objectif santé, qualité (…) alors que pour eux ça leur demandait des changements professionnels trop lourds.

Aujourd'hui ce qui est toujours difficile quand il y a un grand nombre comme ça, c'est d'avoir une certaine cohésion dans le groupe

En fait moi ce qui m'intéressait c'était plus le côté médical (…) mais avec mes confrères de S je crois que ça été le gros frein (…) ce qu'ils voyaient c'était le bâtiment, et de ne rien payer et puis voilà. Donc cela ça été le gros frein

il y avait kinés, infirmières et médecins et puis là on s'est rendu compte que tout le monde n'avait pas les mêmes objectifs
On était quand même un bon groupe, mais au moment de parler projet de santé, travailler ensemble, ce qu'on fait ensemble, comment on organise une maison de santé, là on a vu qu'il y avait deux groupes. Cela s'est scindé en deux.

Donc on a commencé à parler projet de santé, et comme j'étais allé à des réunions de la FEMASAC, j'avais vu qu'il y avait quand même du travail à faire sur les projets de santé et je me suis rendu compte que j'étais toute seule à faire le projet sur le diabète

le gros problème à S c'était la vision de la médecine qui était différente

f) Elaboration compromise par les difficultés de travailler en équipe

Tu vois M (le confrère rencontré suscité) a été sollicité pour entrer dans une maison de santé dans son village. Moi je résume, mais les deux autres confrères il ne les voit jamais. Depuis 15 ans ils ne vont à aucune réunion. Il n'a pas vu l'intérêt d'aller se mettre avec eux puisqu'il ne les voit jamais hormis à la boulangerie.

Dans un entretien, le projet était bloqué car le seul médecin du village refusait de travailler en équipe suite à une expérience malheureuse, cela empêchait le projet de santé de se développer et cela bloque toujours actuellement le montage de la MSP.

Mais c'est une personne qui refuse toute association, même la promiscuité avec les infirmiers (…) Elle n'était pas intéressée
Mme N ne veut absolument pas s'associer car elle a eu une expérience malheureuse

Certains paramédicaux ne veulent pas dépendre de tel ou tel médecin.

On n'a pas forcément envie de dépendre de ces médecins

II.3. Montage juridique difficile

Ce frein a été évoqué une seule fois par un médecin leader de projet ayant abouti à l'ouverture de sa MSP en moins de 3 ans.

En plus il fallait trouver la structure juridique pour relier tout ça. Nous les médecins nous somment en SCM, il y a du monde associatif : les infirmières c'est une antenne du centre de soins infirmiers. L'ADMR s'est associatif, donc on a une SCM, des associations, des professionnels libéraux à temps partiel qui étaient sur plusieurs territoires, donc pour monter tout ça, pour monter cette mosaïque là c'était pas simple.

II.4. Financement

a) Privé

Les freins liés au financement privé sont cités dans sept entretiens.

Un financement totalement privé entraîne une surcharge de travail pour les professionnels de santé.

C'est sûr que des maisons comme nous (…) totalement libérale (…) et bien on a passé des centaines d'heures en réunion. Cela ne s'est pas fait comme ça (…) Sur le moment c'est un peu long.

Un projet privé a échoué car la société privée à laquelle avait fait appel les professionnels a fait faillite. Deux autres projets ont également été retardés par le manque de réactivité d'une société privée.

Donc tout le projet a été ficelé sauf qu'en 2007 Mr M nous a plantés, il a fait un dépôt de bilan

le projet de la maison médicale il peut être sauvé car la comcom peut racheter les parts de W (société privée ayant fait faillite) (…) on a pu sauver le projet comme ça. Donc maintenant c'est vraiment un partenariat public privé

Au départ il existait (…) une société privée (…) qui avait bien flairé le coup (…) et venait vendre du clé en main, où tout était fait : aussi bien la partie conception bâtiment, que la partie juridique. On venait et on s'installait. Nous on a marché là-dedans au départ. Cela nous a fait perdre six à huit mois. Car finalement cette boîte a coulé.

Bon V. n'a pas été très réactif car je pensais qu'ils avaient d'autres choses. Ça a un petit peu trainé et puis en 2011, j'ai un peu rouspété et c'est reparti

Deux projets ont été retardés plusieurs années parce que le financement privé s'avérait impossible. Dans un cas les deux médecins porteurs de projet étaient soit trop âgé, soit porteur de pathologie. Les banques refusaient le prêt. Dans l'autre cas le coût de la maison était élevé et la banque refusait de prêter la totalité.

On s'est retrouvé le kiné et moi qui étions les plus jeunes. Les autres comme ils avaient eu beaucoup d'accidents, ils n'avaient plus d'assurance, les assurances ne suivaient pas

On a eu également des soucis avec les banques parce que le projet (soupir) ne valait pas loin d'un million d'euros. Mon collègue et moi, on a encore une quinzaine d'années à exercer. Seulement lui a des problèmes de santé et moi j'en ai eu. Donc les assurances ne suivaient pas.
Voilà, le financement privé tombait à l'eau, clairement

Donc on était parti au départ sur un projet avec des chiffres pharaoniques. On a réduit financièrement le projet

b) Public ou partenariat public privé

Les freins liés au financement public sont cités dans 11 entretiens.

Le financement public est incompris des collectivités.

Donc le frein (…) il était là: la collectivité a été appelée par un groupe de pro pour apporter son soutien (…) pour réaliser la plate-forme d'accueil du bâtiment. Et là on était bouche bée parce que on ne savait pas. Ça nous paraissait, on va dire incongru, hors sujet, on ne comprenait pas

Lorsqu'un financement public a été choisi, il peut dénaturer le projet initial. Un des dossiers étudié devait être financé publiquement dans une commune qui regroupait déjà des médecins et le pharmacien. Or la communauté de communes correspondante était contre ce projet. La commune seule n'avait pas les moyens de financer. L'emplacement de la MSP a été déplacé sur une autre communauté de communes favorable au financement. Le projet a donc été retardé par ce changement.

Et pourquoi ce n'était pas possible d'installer tout ça à R, là où il y avait tout, la majorité des médecins et la pharmacie ?
GL : manque de financement, R à elle seule n'a pas les moyens financiers pour tenir ce projet l

Le financement public est un frein pour les professionnels qui désirent s'installer sur le long terme. Ils aimeraient avoir la possibilité de devenir propriétaire. Pour un professionnel de santé une location est moins intéressante qu'un achat. Pour motiver les professionnels, les loyers doivent être bas.

Et ce qui intéresse les collègues sur le long terme c'est de pouvoir devenir propriétaire. Et c'est aussi un moyen d'accrocher les professionnels.

C'est quand même aux collectivités d'être conscientes que ceux qui font ce choix, ne font pas une bonne affaire financière. Donc en termes de loyer, il est bon de le prendre en compte, et de faire des loyers qui restent corrects. Pour que la collectivité ne perde pas d'argent, qu'elle fasse une opération blanche

Le financement public est souvent choisi en deuxième intention lorsque le financement privé est impossible. L'échec du financement privé augmente les délais de montage des MSP.

On est face à des problématiques, surtout en milieu rural, des difficultés d'assurer la pérennité des soins. Il a été clairement dit, montré voir démontré que la jeune génération aspirait à ce mode de travail collectif. Donc à partir du moment où il n'y a pas de volonté privée de créer cela, les collectivités locales vont être obligées de forcer cela, mettre le coup de pouce pour se donner une chance (…) d'échapper à cette fatalité.

L'aide publique peut entraîner des jalousies chez les professionnels de santé ne participant pas au projet. Ces derniers peuvent être tentés de s'opposer au projet.

Attention à nos confrères. Car on fait beaucoup d'envieux. Chose que je comprends quand il y a des aides financières. Car malgré tout lorsque l'on donne 200 à 300 000 € à un médecin, et que toi tu es à 10 km, comme un idiot à bosser et qu'à toi on ne donne pas un rond, tu as le droit de ne pas forcément être content

Certains élus craignent un mésusage de la MSP, financée avec l'argent public.

Et puis nous dans le contrat c'est bien spécifié que c'est des locaux médicaux. Il ne faut pas que dans 10 ans ils fassent une boucherie là-dedans. Il faut que ça reste une maison médicale. Car je les connais ces sociétés, pour eux il faut que ça rentre.

Nous notre intérêt c'était de se prémunir (…) ce sera (…) clairement dit que cette maison de santé doit conserver ad vitam aeternam 1 rôle médico-social. Parce qu'on peut imaginer un médecin qui fait un petit dans le dos

Le financement public est mal vu ou mal compris par les élus ou la population. Ceci est cité 15 fois dans six entretiens.

Dit vulgairement dans la tête des gens, on donne de l'argent à une profession qui n'en a pas besoin

On m'a dit « tu t'emmerdes la vie à chercher des subventions pour mettre des gens qui sont quand même sensés gagner leur vie correctement par rapport au gars qui est à l'usine »

Il y a beaucoup de gens qui croyaient que la commune avait financé <u>toute</u> la maison médicale pour des professionnels libéraux

À un moment donné et j'ai eu une pétition contre moi, parce que je voulais faire une maison de santé aux frais de la princesse, du contribuable (…) alors que les médecins gagnent bien leur vie

On m'a dit « vous vous rendez-compte Mr L vous financez des professions qui s'achètent des chevaux de course »
Oui, alors quand les élus disent « c'est de l'argent public etc. » non C'est un investissement. Donc on rembourse par nos loyers, le prix du bâtiment. Dans 20 ans, 25 ans, ils ont tout récupéré

C'est clair que le fait que cette maison médicale aie des fonds publics, ils y en a qui grincent des dents, même des élus

III. Eléments freinants en lien avec le territoire

III.1. La MSP délocalise l'offre de santé existante pour la concentrer ailleurs

Cette problématique a été citée 14 fois dans 5 entretiens.

Par exemple, lorsqu'il existe plusieurs pharmacies sur un même secteur, elles ne peuvent pas se regrouper.

Ça leur posait aussi un problème, bien sûr car chacun avait sa pharmacie dans son village et c'est beaucoup plus difficile de fusionner pour eux. Ils ne peuvent pas se réunir au même endroit

Des élus peuvent être amenés à s'opposer au projet pour maintenir l'offre de santé existant dans leur village. Si malgré tout ils s'engagent, ils ont peur que la MSP phagocyte le tissu actuel. Ceci constitue un frein au montage.

Mais là encore un frein : vous déshabillez une commune. Donc le maire de la commune qui s'est faite dépecée, il n'est pas content

Je ne vous empêcherai pas de faire tant que vous ne prenez pas le médecin de mon village. Il était maire de son village

Responsable de collectivité locale *: il faut néanmoins rester en veille et surveiller car il est nécessaire d'avoir une dynamique autour de la maison de santé mais néanmoins ce n'est pas au détriment de la structuration du secteur rural*
Il fallait pouvoir poser la règle que la maison de santé ne signifie pas phagocyter et court-circuiter les autres médecins répartis sur le territoire.

III.2. Élus locaux

a) Favorables au projet mais manquent de compétence dans le domaine de la santé

Donc la maison de santé est subventionnée en fractionnement, par contre une maison médicale peut être construite et peut devenir maison de santé, il suffit qu'elle réunisse les deux praticiens. C'est une différence qui est très importante pour nous car on a lancé un projet, et c'est vrai que nous ne connaissions pas tout ce domaine, ni la FEMASAC

Après un autre frein : c'est le peu de formation qu'on peut avoir pour ce type de montage

b) Opposés

Malheureusement, on a beau alerter les politiques à droite, à gauche, on n'a pas trouvé de soutien, on a même eu des bâtons dans les roues

- Incompréhension de la définition de MSP et des NMR par les élus et la collectivité

Dans 1 entretien, le projet a été retardé parce que la collectivité qui portait le projet immobilier n'avait pas compris ce qu'était une MSP.
Dans 2 entretiens, les élus ont refusé de soutenir le projet des professionnels parce qu'ils n'avaient pas compris ce qu'était une MSP

Pour le moment l'ARS donne une réponse négative (…) c'est parce qu'on n'a pas bien compris l'appellation santé ou maison médicale

Le frein a été levé à partir du moment où on a compris qu'on n'était pas dans un cabinet de santé mais une maison de santé

- Projets bloqués le temps d'un mandat

Lors de l'opposition d'une municipalité ou d'une communauté de communes, les porteurs de projets doivent attendre un changement de majorité pour continuer.

Même la commune au départ qui n'était pas (…) Mais bon ça a changé de municipalité.

Ils sont revenus car ça avait changé de présidence, et du coup il devenait plausible.

Donc on s'est retourné vers la communauté de commune depuis qu'il y a eu un changement de président. Car le président n'était pas et n'est toujours pas pour la construction d'une maison médicale

- Querelles de clocher

Donc les premières années on avait un projet qui se situait sur la commune de C. à 800m (d'ici) (…) mais psychologiquement c'est une catastrophe. Il y a des querelles de clocher (…) Ça a été le tollé à S. Les médecins allaient partir à C

- Influencés par des médecins opposés au projet, existence de conflits d'intérêts

Il y a eu aussi cette mairesse Mme H maire de F, dont le mari est médecin à L qui nous a également mis des bâtons dans les roues

Les deux seules oppositions viennent de là, et des gens qui avaient malheureusement des responsabilités et qui étaient juges et partis, voilà.

Il vous a mis d'autres bâtons dans les roues (le médecin)?
CG : ben par rapport aux élus je pense. C'était un médecin qui était là depuis longtemps, il connaissait tout le monde, tous les élus

c) Veulent prendre des décisions à la place des professionnels

En fait après on a eu des problèmes politiques (…) avec des personnalités politiques qui ont souhaité prendre position et décider à la place des professionnels

d) Font passer l'intérêt politique avant l'intérêt général

Je ne vous empêcherai pas de faire tant que vous ne prenez pas le médecin de mon village. Je comprends que ça soit compliqué pour des maires de faire passer l'intérêt général avant l'intérêt particulier ou politique
Il y a des côtés politiques qui sont des côtés électoralistes de prises de positions, de défendre le médecin de son village
Mais pour les politiques, on voit bien le côté, « il me faut mon médecin, il me faut ma maison de santé ».

III.3. Diagnostic de territoire

Ils sont réalisés par des sociétés spécialisées privées.
Les professionnels rencontrés et deux élus les jugent inutiles et onéreux. De plus, ils allongent la durée du projet.

Les diagnostics de territoire tel que moi j'ai pu les voir, ont un intérêt nul

Nous sommes allées les voir, nous avons présenté notre projet et là je me suis fait descendre : oui, pas d'enquête et tout ça… les études n'ont pas été payées, il n'y a pas eu d'études de faites mais c'était tellement évident.

L'étude qui a été faite dans le cadre du pays par un organisme qui venait de je ne sais où et qui a coûté 30 ou 40 000 euros. C'est fou. Et puis après ils ont même pris une dame (…) qui m'a dit « de toute façon votre maison de santé, elle ne se fera jamais »

Alors la comcom a commencé par faire un diagnostic. Donc ils ont pris une société (…) laquelle a fait une superbe étude, magnifique étude. Ça faisait encore une réunion au moins par mois sinon deux. Pour arriver (…) à dire qu'il y a besoin d'une maison de santé

Un professionnel reconnaît qu'un diagnostic de territoire peut être utile, à condition de concerner le territoire d'une maison de santé. Or, en réalité, il concerne des territoires plus grands, le plus souvent des pays.

Mais il s'agit de diagnostics qui sont souvent faits sur des échelles de découpage que l'on appelle des pays, (…) et donc la pertinence pour une maison de santé est nulle. Car ça ne correspond pas au territoire de la maison de santé.

Il y a eu une enquête qui a été faite sur le pays des portes du H
Le pays des V a donc réfléchi à la question de l'offre de santé sur le périmètre du pays

III.4. Démographie médicale et paramédicale en baisse

La baisse de la démographie médicale par départ en retraite ou par arrêt précoce de l'activité est citée 31 fois dans tous les entretiens. Les élus comme les professionnels ont eu à faire face à des départs en retraite.

a) Par arrêt précoce de l'activité ou par déménagement professionnel

il a dévissé sa plaque, il a vendu son cabinet de kinésithérapie et il est parti vivre au Laos

un autre médecin qui est parti, (…) trop de travail, il n'en pouvait plus, sa femme aussi n'en pouvait plus donc il est parti dans le sud

le problème, le risque c'est de voir les médecins partir dans le salariat, c'est clair. Le vrai risque il est là. J'ai des collègues qui ont quitté ici pour aller à S. Très bien S, c'est l'hôpital, ils ont un salaire

b) Par départ en retraite effectif ou à venir

Tous les projets sont concernés.

En 2007, le docteur C qui était la seule médecin du canton prend sa retraite
Un médecin qui a 64ans et demi et qui va partir l'année prochaine

c'est qu'un médecin du nord territoire est parti en retraite.
On a oublié d'en parler mais il y en a beaucoup qui vont partir à la retraite dans les cinq à dix ans qui viennent.

c) Sans l'arrivée d'un médecin supplémentaire, le projet est ralenti ou stagnant

La raréfaction médicale constitue un frein lorsqu'il est impossible de recruter un nouveau médecin. C'est le cas dans trois projets étudiés qui ont été ou sont bloqués parce que les subventions ne seront accordées qu'en cas d'arrivée d'un médecin supplémentaire.

J'avais présenté mon projet à toutes les instances à V. et là on m'a dit que ça n'allait pas car il n'y a qu'un seul médecin.
Toutes les aides sont conditionnées par l'ARS avec la réserve d'avoir un deuxième médecin avant le premier juillet.

d) Ne devrait pas être régulée par les professionnels mais par l'état

Un élu souhaite l'aide de l'état pour réguler la démographie médicale.

Je pense que l'état devrait jouer un rôle, oui on va me dire que l'état va jouer un rôle de censeur, mais je pense que l'état a aussi un rôle d'aménageur

e) Une MSP n'est pas systématiquement attrayante pour des nouveaux médecins

Le désenchantement est perceptible lorsque les professionnels de santé qui ont monté la MSP n'arrivent pas à recruter un nouveau médecin.

Car on croyait qu'en créant un projet comme ça allait appâter un peu plus de médecin mais en fait ça n'a pas eu l'effet escompté

DISCUSSION

I. Pourquoi une thèse collective ?

Au départ, la question de recherche portait sur les facteurs facilitant et freinant le montage des MSP. Puis rapidement, il est apparu difficile d'en traiter les deux versants pour une même personne. D'une part, parce que la charge de travail était lourde, et surtout d'autre part, parce qu'il était difficile d'analyser seul le sujet à la fois du point de vue des moteurs et des freins. Il fallait un raisonnement quasi schizophrénique pour réfléchir sur les deux aspects de la question. Il était alors évident que ce travail ferait l'objet soit d'une thèse collective soit de deux thèses distinctes. Nous avons fait le choix d'une thèse collective. Un autre argument était la motivation générée par le travail en équipe. Notre sujet porte sur les MSP dans lesquelles la collaboration des professionnels de santé améliore la qualité des soins. Pour cette thèse c'est la même chose. Dès le départ, nous avons réfléchi de manière collective sur ce sujet. Nous avons rencontré l'équipe d'appui qui représentait le versant administratif du sujet, Jean-Michel Perrot pour ses compétences en matière de méthode qualitative et Patrick Vuattoux passionné par le sujet des MSP. Samuel Bruchon a traité les moteurs du montage. Cécile Cairey-Remonnay s'est concentrée sur les freins

Nous vous proposons une image pour décrire l'intérêt de notre travail collectif. Nous regardons un même paysage ensemble et ensuite chacun décrit séparément ce qu'il a vu. On se rend compte alors que des détails remarqués par l'un ne l'ont pas été par l'autre. La description commune de l'image est donc plus précise à deux que seul. Le choix de la thèse collective permet une complémentarité de l'analyse du sujet afin d'en améliorer la qualité. En réunissant plusieurs personnes, nous avons pu avoir un double regard critique et croisé sur nos résultats. Nous les présentons ensuite de manière parallèle offrant ainsi une vision plus complète du sujet.

II. Discussion de la méthode

II.1. La population étudiée

Suite à notre rencontre avec l'équipe d'appui et les directeurs de thèse, nous avons identifié les projets correspondant à notre étude. Nous avons ensuite contacté comme décrit dans la méthode les personnes concernées. Certaines nous ont répondu et ont accepté de nous rencontrer, d'autres non. Il se trouve donc des projets intéressant dont les porteurs n'ont pas souhaité participer à l'étude. Ceci constitue un biais dans notre étude.

Pour les entretiens réalisés auprès des personnes ayant réussi leur montage en moins de trois ans, probablement que ceux qui ont choisi de nous répondre font parti des plus motivés et militants. Ils ont plaisir à partager ce qu'ils ont vécu. Peut être que tous les projets réussis ne se passent pas aussi bien ? Il était d'ailleurs difficile de discerner les réels moteurs dans les projets « parfaits ».

Concernant les échecs, il en est de même. Certaines équipes nous auraient particulièrement intéressées à travers le non aboutissement du projet, mais ils n'ont pas voulu communiquer sur ce sujet. C'est vrai pour deux MSP ayant rencontré des difficultés telles qu'elles ont été relayées par la presse. Nous n'avons pas réussi à interroger les personnes ayant participé au montage. Pourquoi ? Il est toujours difficile de parler de ses erreurs. Il est probable que ces personnes ont rencontré ou rencontre des freins que nous n'avons pas retrouvés dans notre étude. On peut aussi supposer que ces personnes ont tellement donné d'elles-mêmes pour ce projet qu'il est difficile d'accepter l'échec. On pense qu'il est pour elles encore difficile d'en parler car la plaie n'est pas cicatrisée. Peut être qu'il existe aussi de la culpabilité ou une difficulté d'avouer : « je me suis fait avoir », « j'en ai entrainé d'autres avec moi ».

II.2. Le choix de l'étude qualitative et des entretiens semi-directifs

D'emblée notre travail s'est orienté vers une étude qualitative. Ce sujet n'ayant pas encore été traité, il s'agissait de débroussailler. La méthode qualitative est la plus adaptée au débroussaillage. Les moteurs et les freins ayant ainsi été mis en évidence pourront ensuite faire l'objet d'une étude quantitative. Il fallait dans un premier temps les dégager avant de les quantifier.

Afin de traiter notre sujet de manière qualitative, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-directifs en face à face. L'entretien individuel était nécessaire car les personnes interrogées surtout sur les échecs avaient besoin d'être mis en confiance. Certains éléments nous ont été cités à la fin de la rencontre notamment l'évocation de la tendance extrémiste de certains secteurs refusant l'arrivée de médecins étrangers.

Nous avons interviewé les gens à l'aide d'une trame sommaire afin de rendre la discussion la plus ouverte possible. On peut reprocher à nos entretiens d'être peu spécifique, longs et contenant des plages de hors sujet. Cela nous paraissait néanmoins nécessaire afin d'instaurer une confiance qui permettait ensuite aux personnes interrogées de ne pas se sentir jugées.

III. Les limites de l'étude

Nous avons pu identifier grâce à notre étude un certain nombre de facteurs reconnus comme favorisant par nos interlocuteurs. Ces facteurs sont de plusieurs ordres, concernant aussi bien les relations humaines, que le versant financier ou immobilier. Néanmoins il est apparu rapidement dans notre étude que le versant humain était un élément incontournable du montage d'une maison de santé.

Nous étions débutants dans cette technique de recherche qualitative. Nous avons toujours gardé à l'esprit la nécessité de respecter les règles nécessaires à la qualité d'une telle étude et plus particulièrement en offrant à nos interlocuteurs une posture neutre, nous interdisant tout jugement. Nous nous sommes montrés disponible, respectueux du temps et de la parole de chacun.

La majorité des interlocuteurs rencontrés sont des professionnels de santé, médecins et kinésithérapeutes. C'est grâce à leurs conseils que nous avons pu prendre contact avec des maires et des employés de communauté de communes. Ces interlocuteurs non professionnels de santé nous ont tous été décrit comme possédant une vision et une expérience source d'intérêt pour notre étude. Ce panachage de point de vue issu de la diversité des interlocuteurs nous a permis d'élargir notre angle de vision et a permis de mieux percevoir certains éléments influant le montage d'une maison de santé. Néanmoins cette diversité d'interlocuteur a pu nous amener à explorer différemment certains domaines en fonction de l'implication et du désir de partage de l'interlocuteur.

Notre étude a eu lieu en Franche Comté, région dynamique, impliquée et précurseur dans le domaine des maisons de santé pluriprofessionnelles. Cette implication se retrouve dans notre échantillon de personnes interviewées. En effet, la majeure partie des personnes interviewées ont, soit bénéficié de l'expérience de précurseurs dans le domaine, soit transmis leur expérience à d'autres professionnels. Cet élément peut être à l'origine de l'apparition dans les résultats, d'éléments non validés par l'expérience, mais transmis et diffusés par les accompagnants.

Discussion : les moteurs

I. Eléments favorisants en lien avec l'équipe

I.1. Volonté d'association et de travail en groupe

Pour les professionnels interrogés, le désir d'association, la volonté de travailler en groupe sont des éléments moteurs qui poussent à s'investir dans un projet de maison de santé. Cette volonté de regroupement avec des possibilités de travail en commun autour d'un projet de santé peut avoir plusieurs origines.

Pour certains, il s'agit d'une prise de conscience consécutive à la pratique d'un exercice isolé ou regroupé mais sans lien interprofessionnel. Cet exercice est perçu comme n'apportant pas suffisamment de satisfaction et ne répondant plus aux attentes des professionnels en termes d'offre de soins.

Pour d'autres, c'est l'expérience du travail au sein de structures pluriprofessionnelles, centre de rééducation fonctionnelle, hôpital local, qui motive à intégrer ou construire une MSP. Quelle que soit l'origine de la volonté d'association et du désir de travail en groupe, ces éléments sont reconnus comme de puissants leviers qui motivent et impliquent dans la réalisation d'une MSP.

- Satisfactions professionnelles à exercer en groupe

Pour les équipes qui ont abouti, nous percevons qu'il existe des éléments forts qui les poussent à vivre et à travailler en groupe. Certains de ces éléments étaient attendus et ont été trouvés grâce au regroupement. D'autres parfois ont été découverts alors qu'initialement ils n'étaient pas envisagés. Les satisfactions ressenties par les PS renforcent leur engagement et sont une source de pérennité pour la structure. En effet si le montage d'une MSP peut être considéré comme réussi le jour de l'inauguration, ce n'est que le début de sa vie, vie instable mais dynamique. La découverte de nouvelles perspectives d'exercice

offertes par la pluri-professionnalité est un élément permettant d'alimenter la vie de la structure et d'offrir des garanties de pérennité. Ces nouvelles perspectives nous semblent aussi à même d'étendre le domaine d'intervention des professionnels. Il est sans doute plus facile d'envisager une approche populationnelle en équipe que seul, où la réflexion en termes de santé publique se limite plus fréquemment au niveau d'une patientèle.

- Garantie offerte par l'attrait pour l'exercice regroupé

Dans le cadre de notre étude, nous avons rencontré des professionnels de tous âges qui partageaient cette volonté d'exercice en groupe, favorisant l'échange et le travail en commun. Aucun des intervenants ne nous est apparu guidé par la seule idée de faire une bonne opération en intégrant un bâtiment neuf et confortable. A l'heure actuelle, où il existe un financement public possible pour aider les projets sur le plan matériel, cette volonté d'association et de travail en groupe offre également une garantie de succès aux projets, et ce, à court et long terme. Les professionnels ne sont donc pas dans un opportunisme matériel.

- Attractivité non négligeable

Enfin, concernant les jeunes professionnels, l'exercice en groupe et plus particulièrement en MSP leur apparait comme celui qui est le plus attractif. Deux éléments conduisent à cette affirmation. Tout d'abord il existe un mouvement général de regroupement des médecins généralistes(39) avec en particulier la préférence des jeunes médecins pour l'exercice en groupe. Ensuite, nous pensons que l'exercice au sein des MSP possède des similitudes avec la formation initiale hospitalière sur le plan de l'organisation du travail. Certes, au sein des hôpitaux il existe une notion de hiérarchie, mais l'échange entre les différents professionnels est présent. Dès lors, les jeunes PS sont en mesure de retrouver au sein des MSP, des conditions de travail qu'ils connaissent, et qui de ce fait les rassurent, ceci en comparaison à un exercice complètement isolé.

I.2. Partage de valeurs

Les éléments en relation avec le facteur humain apparaissent essentiels au montage d'une MSP. A la base de leur projet, plusieurs intervenants ont mis en avant la nécessité de partager des valeurs ainsi qu'une vision commune : une éthique. Ce partage est décrit comme le fondement d'une maison de santé, permettant ensuite la construction d'axes de travail communs et d'un projet de santé.

- **Rédaction d'une charte**

Pour certaines équipes, les valeurs communes partagées ont été formalisées par la rédaction d'une charte commune interprofessionnelle. Cette charte conseillée dans la mise en œuvre d'un projet lors des recommandations du séminaire de 2008 (37) développe la philosophie de soins qui réunit les membres de l'équipe. Dans un projet elle est rappelée systématiquement à chaque nouveau membre et fait l'objet d'une réactualisation périodique. L'adhésion à la charte et donc ses valeurs, est vue comme indispensable à l'intégration d'un nouveau PS dans l'équipe.

- **Ces valeurs n'intéressent pas que les professionnels**

Ces valeurs de soins, intéressent aussi dans certaines situations les élus locaux et les financeurs. Les valeurs en lien avec l'offre de soins, l'envie et la manière de soigner ont été évoquées par un maire. Ces valeurs communes qu'il partageait avec les médecins de son secteur ont renforcé son implication dans le projet. Cette implication s'est traduite ensuite par un effet facilitateur matériel. Cet exemple illustre que les valeurs des professionnels, si elles leurs sont propres, peuvent être partagées avec différents interlocuteurs tels que des élus. Ce partage de valeurs est ensuite à même de faciliter l'engagement réciproque des acteurs.

- **Intérêt du mélange des générations autour de valeurs communes**

Le partage de valeurs communes a parfois été favorisé par l'appartenance à une même génération. Mais pour nos interlocuteurs « la génération ne fait pas tout ». Les valeurs relatives au soin, à la prise en charge des malades ne sont pas l'apanage d'une génération

mais sont partagées dans l'optique d'un exercice pluriprofessionnel. La dichotomie parfois énoncée hâtivement qui séparerait anciens et jeunes professionnels de santé sur le plan des valeurs relatives au soin, à la rémunération ou au temps libre, n'a pas été retrouvée chez les équipes qui ont abouti. Le mélange des générations semblerait au contraire très bénéfique. Cette remarque s'appuie sur l'analyse de plusieurs projets, dans lesquels l'association de jeunes médecins avec de plus anciens a donné de très bons résultats. Les médecins les plus âgés, fréquemment préoccupés par la pérennité de l'offre de soins de leur secteur ont pour certains engagé une réflexion commune avec leurs remplaçants ou confrères plus jeunes. Ils ont engagé ou accompagné un mouvement d'ouverture vers d'autres PS. La reconnaissance, acquise auprès des institutionnels par les médecins implantés de longue date, a bénéficiée à toute l'équipe. De leur côté, les jeunes professionnels ont dynamisé le montage du projet. Cette association synergique, a abouti à des projets sources de satisfactions pour toutes les générations. L'offre de soins est pérennisée, la question de la succession est réglée. Dans le même temps l'organisation du travail passe par un mode pluriprofessionnel et les exigences relatives à la qualité de vie sont prises en compte. Ces interactions, entre générations, sur un mode gagnant-gagnant nous apparaissent très performantes pour le montage d'une MSP, mais aussi pour assurer la pérennité des structures.

I.3. Histoire commune et dynamique d'équipe

Une histoire commune partagée apparait comme un élément facilitateur important. Cette histoire partagée donne à l'ensemble des membres de l'équipe une certaine connaissance des individualités, tisse des liens, contribue à la création de bons rapports professionnelles et permet la naissance d'une dynamique d'équipe.

La connaissance partagée des individualités est décrite comme un élément important lors du montage d'une MSP. Elle permet aux membres de l'équipe de prendre conscience des

réelles possibilités de travail en commun ainsi que des difficultés qui pourraient survenir. Cette connaissance permet donc la projection des possibilités mais aussi l'anticipation des incompatibilités.

- Histoire commune préexistante ou concomitante au projet

Différentes voies permettent de construire une histoire commune.

Pour certains, l'histoire commune s'est créée avant le début du projet de MSP. Il s'agit de groupe de médecins exerçant au sein de structure mono-catégorielle, accueillant des étudiants au sein d'un même groupe de stage ou bien encore faisant partie des mêmes groupes de pairs ou de formation médicale continue. Cette histoire a pu ensuite être translatée sur le projet de MSP, faisant gagner du temps à l'équipe qui se connaissait déjà pour partie. Les thèmes qui permettent aux PS de se rencontrer, de créer du lien, sont donc des éléments favorisant le montage d'une MSP

Pour d'autres, ce vécu commun s'est constitué parallèlement à l'avancée du projet. C'est par la répétition de réunions et de moments conviviaux que le groupe s'est constitué petit à petit et a évolué.

Pour tous, la constitution d'une MSP nécessite un investissement, souvent long et chronophage, de la part des professionnels de santé dans la constitution d'une histoire et d'un groupe, mais cet investissement est décrit comme indispensable.

L'analyse qui est faite (40) des premiers groupements de médecins de famille Québécois abouti à une discussion similaire sur le temps nécessaire à la constitution d'une équipe et en particulier l'intégration des infirmières. Pour les auteurs, il est nécessaire de prendre du temps mais aussi de passer du temps à la constitution d'une équipe qui sera ensuite à même de répondre avec pertinence aux objectifs du travail pluridisciplinaire.

Le rapport du sénateur Jean-Marc Juilhard évoque de même la notion de temps de maturation et d'appropriation du projet de santé d'une durée de un à deux ans, temps « dont on ne peut faire l'économie ».(12)

- Naissance d'une dynamique de groupe grâce à l'histoire commune

La dynamique du groupe est un élément évoqué par plusieurs intervenants de notre étude. Cette volonté de travailler ensemble, de faire vivre le projet de santé est pour certains le principal facteur permettant le montage puis le fonctionnement d'une MSP. La dynamique du groupe est décrite comme un élément de protection favorisant l'acceptation des décisions en donnant à chacun sa place. Sans partage de cette dynamique par tous les PS, certains membres du groupe sont à risque de se sentir exclus et risquent de se désolidariser de l'équipe.

- Investissement personnel et professionnel

Dans notre étude, l'ensemble des professionnels interrogés nous ont donné le sentiment d'une implication forte dans la vie du groupe, pas seulement sur le plan professionnel mais aussi sur le plan personnel. Certaines équipes conseillent de partager un repas périodiquement alors que d'autres s'investissent dans la création de moment de convivialité (pique-nique par exemple). Cet investissement personnel dans la vie du groupe semble judicieux car il confère une certaine sécurité à l'équipe. L'existence de liens à la fois personnels et professionnels renforce la cohésion de l'équipe, qui est de fait moins à risque de se déchirer si surviennent des tensions.

- Ces éléments amènent plusieurs propositions.

Prendre en compte le facteur « temps » dans le montage des MSP. Ne pas voir la vitesse comme une nécessité.

Constituer trop rapidement une MSP, sans développer un esprit de groupe et une dynamique, peut être une source de danger pour la pérennité de la structure. Un temps de « murissement » est indispensable pour ne pas courir le risque d'une mauvaise gestion des conflits futurs. Ce temps ne doit pas être sacrifié au profit d'un projet immobilier trop vite bâti.

Créer une histoire commune avant d'initier un projet de MSP. Il serait donc intéressant de favoriser toutes les organisations du monde ambulatoire qui portent des thèmes fédérateurs pour les PS (recherche, prévention, pédagogie…).

I.4. Accompagnement de l'équipe

L'accompagnement au sens large est un élément favorisant reconnu par nos interlocuteurs. Il est unanimement recommandé (13)(37)(50). Il peut prendre différentes formes : séminaires, conseils d'experts, visite de MSP… et fait intervenir plusieurs structures. Nous ont été cités la FEMASAC, une communauté de communes, l'ARS et les services qui l'ont précédé (ARH, URCAM) avocats, comptables et quelques médecins décrits comme des précurseurs dans le domaine de l'exercice pluriprofessionnel. Le rôle de l'accompagnement est de répondre de manière ciblée à des besoins définis par l'équipe. L'accompagnement joue de plus un rôle protecteur en limitant les risques d'épuisement des professionnels. Il permet de faire intervenir un tiers extérieur capable d'un avis neutre.

a) La FEMASAC

Régulièrement citée, la fédération des maisons de santé comtoise a apporté son aide à plusieurs projets. Cette aide est intervenue à tous les niveaux, des prémices du montage de projet, aux premiers temps de la vie d'une MSP. Elle a permis à certains professionnels de prendre conscience du concept de maison de santé pluriprofessionnelle. Ces professionnels ont ensuite modifié leur projet d'installation qui pour certains, se basait sur une organisation initialement monoprofessionnelle. Les séminaires ont parfois aussi été l'occasion de faire prendre conscience à certains élus locaux, qu'une autre organisation de la médecine de premier recours était possible, différente de l'exercice libéral individuel classique. Des élus locaux ont donc découvert les MSP grâce aux différents témoignages de la FEMASAC.

Elle a permis d'accompagner des équipes lors du démarrage de leurs projets, favorisant la rencontre entre des professionnels initiant une démarche et d'autres professionnels exerçant en MSP. Pour d'autres équipes, les séminaires thématiques ont permis un appui en termes de management. Ceci a permis la mise à niveau de tous les membres de l'équipe sur le projet de santé par exemple. La FEMASAC a joué son rôle d'accompagnement dans le

cadre des pratiques innovantes (les nouveaux modes de rémunération et l'éducation thérapeutique en particulier).

Il est à noter que la question de l'accompagnement des structures nouvellement montées se pose pour un médecin. Celui-ci craint de par son expérience que certaines MSP rencontrent des difficultés après leur montage si personne ne les accompagne au cours des premiers mois d'exercice.

L'accompagnement proposé nous semble un élément facilitateur important. L'accompagnement des professionnels par les professionnels apparait très performant du fait de la bonne connaissance des problématiques rencontrées. Les professionnels parlent en connaissance de causes, témoignent de leur expérience et peuvent donc apporter des réponses précises et pratiques au questionnement des professionnels. Ce mode d'accompagnement, par les pairs, se différencie d'un accompagnement proposé par des interlocuteurs administratifs, qui offre des réponses plus théoriques, peut-être moins pertinentes dans certaines situations, par manque de confrontation à l'exercice du terrain. Son point faible est qu'il fait intervenir des professionnels avec un emploi du temps déjà bien rempli du fait de leurs activités de soins. Les possibilités en termes de volume horaire d'accompagnement sont donc limitées, bien que les besoins eux, croissent rapidement.

- Ceci nous conduit à faire une proposition :

Si le modèle d'accompagnement par les pairs est très efficace, il ne nous apparait pas forcément indispensable à tous les stades du montage d'une MSP. En effet certains domaines ne requièrent pas l'expérience des PS des fédérations et peuvent très bien être gérés par des accompagnateurs issus de sociétés privées. Se pose donc la question de l'articulation des différents acteurs de l'accompagnement. Par exemple, pourquoi ne pas favoriser des sociétés privées d'accompagnement qui sont tout à fait capable de faire se rencontrer les professionnels, de les former au management ou d'évaluer leurs besoins. Ces sociétés peuvent ensuite faire intervenir judicieusement les membres des fédérations régionales sur les points nécessitant des avis pratiques ou des témoignages que seuls les PS sont à même de transmettre. Ces sociétés privées dégagent donc du temps aux PS des fédérations, temps qui est réinvesti dans des domaines ou leur spécificité est nécessaire.

b) Les communautés de communes

Le service « pôle santé » d'une communauté de commune nous a été cité. Ce pôle santé a pour mission de développer et d'optimiser l'offre de soins du territoire, en facilitant l'installation de professionnels de santé. Cette structure ne limite pas son action à l'accompagnement des professionnels désireux d'intégrer une structure pluriprofessionnelle, mais apporte son aide à tous les professionnels souhaitant s'installer sur son territoire.

Ses domaines d'action sont multiples. Recherche de financement et aide à la constitution des dossiers nécessaires, mise en relation des équipes avec la FEMASAC ou d'autres acteurs de l'accompagnement, et ceci en fonction des besoins de chaque projet. Elle intervient de plus dans l'aide au projet personnel des professionnels (recherche de logement, démarches auprès des banques) et l'installation des professionnels de santé étrangers (reconnaissance des diplômes, mise en relation avec les ordres). Le versant recherche de financement a apporté une aide importante à une équipe, lui permettant d'accéder à des fonds dont elle ignorait l'existence. L'accompagnement offert par les communautés de communes nous apparaît intéressant car il s'appuie sur une connaissance précise du territoire et des professionnels qui y exercent. Il offre une grande variété d'aides ainsi que la mise en relation des professionnels avec d'autres structures d'accompagnement. L'ingénierie offerte est performante et efficace.

- **Proposition**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, des éléments favorisant le montage d'une MSP peuvent apparaître bien avant l'idée même du regroupement des professionnels. Nous pensons donc que ce pôle santé d'une communauté de commune pourrait accroitre son rôle facilitateur en étendant son domaine d'action. Selon nous, il est très bien d'offrir de l'accompagnement technique et financier, mais il serait encore mieux de compléter cette offre par des mesures visant à faire naître des dynamiques entre professionnels, bien en amont du stade d'accompagnement d'un projet. Il pourrait s'agir de l'organisation de rencontres entre PS autour de thèmes de formation, de pédagogie ou autre action de santé publique. Ces rencontres donneraient d'une part une image dynamique au territoire, et permettraient d'autre part de tisser des liens entre les PS. La prise en compte du travail à

effectuer en amont de l'accompagnement est selon nous très important, car proposer de l'accompagnement à des PS qui sont encore en rangs dispersés, dans un exercice solitaire n'est pas très opportun. Il est préférable de commencer par faire naître des dynamiques locales puis de profiter de celles-ci pour engager des démarches visant au regroupement des PS.

c) Echanges entre professionnels

Plusieurs professionnels de la région ont fréquemment été cités par nos interlocuteurs pour leur investissement personnel dans le développement des MSP. Ils sont souvent considérés comme les pères des MSP et essaiment leurs convictions depuis plusieurs années. Chez certains professionnels, ils sont à l'origine de leur évolution vers un exercice pluriprofessionnel. Ils sont décrits comme des promoteurs qui encouragent à de nouvelles dynamiques de travail et d'organisation.

Auprès des professionnels, leur militantisme et leur bonne connaissance du terrain leur permet de jouir d'une très bonne image. Ce mode d'accompagnement par l'échange entre pairs apparait de fait pertinent pour communiquer l'envie de travailler en MSP. Il offre une alternative au discours politique axé sur la rationalisation des soins et l'application de mesures évaluables.

Selon nous, ces professionnels ont un rôle important à jouer. En effet, pour développer une organisation, il est profitable de s'appuyer sur des exemples qui donnent envie et qui, par leurs témoignages, sont à mêmes de faire des émules. Il nous apparait important d'utiliser l' « effet vitrine », c'est-à-dire utiliser les PS au sein de leurs structures en fonctionnement, et l'image positive qui s'en dégage, pour donner envie.

d) L'ARS et les services qui l'ont précédée

L'URCAM, l'ARH dans une moindre mesure, puis l'ARS nous ont été fréquemment citées comme des interlocuteurs favorisants. Le fond FICQS a été plusieurs fois évoqué comme une aide financière importante à la mise en place du travail pluridisciplinaire. L'ARH a mobilisé des fonds importants pour la reconstruction d'un hôpital local qui a permis la création concomitante d'une MSP adossée. Les forums organisés en collaboration avec la FEMASAC ont été l'occasion de rencontres entre professionnels et élus locaux. Un élu rencontré nous a fait part des multiples échanges dont il avait pu profiter lors de ces formations. Il a bénéficié de l'expérience d'élus et de professionnels et a ensuite lui-même partagé son expérience. Ce même élu a vanté l'écoute offerte par ces services administratifs à deux membres de son conseil municipal qui étaient en recherche active de professionnels de santé.

Les organismes régionaux de la santé puis l'ARS nous sont apparus comme jouissant d'une bonne visibilité de la part des différents acteurs et d'une bonne accessibilité. Nous n'avons pas rencontré d'interlocuteur ayant été en relation avec la nouvelle Plate-Forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) puisque son déploiement s'opère depuis courant 2011 et qu'à cette date l'ensemble de nos projets étaient aboutis.

Instaurées par la loi du 21 juillet 2009 HSPT (63) et confirmées par une volonté politique forte, les PAPS ont pour objectif de faciliter l'orientation des professionnels de santé sur les services proposés par les différents acteurs régionaux et de les accompagner aux moments clés de leur carrière.

Sur le plan plus spécifique des éléments favorisant le montage des MSP que nous avons recueillis, l'offre de services qui sera proposée par les PAPS nous apparait pertinente .Elle prend en considération le versant information des jeunes professionnels de santé, les sensibilisant aux différents modes d'exercice et encouragent les stages ambulatoires. Plus spécifiquement elle participe aux portes ouvertes à destination des internes de médecine générale et collabore avec le CRGE (Collège Régional des Généralistes Enseignants) afin de développer des thèmes pédagogiques ou de formation qui comme nous l'avons vu sont à même de créer du lien entre PS. Elle aide à l'installation des professionnels de santé en leur

facilitant les démarches. Enfin, elle s'adresse spécifiquement aux professionnels ayant un objectif d'exercice regroupé. Sur ce domaine précis, son rôle est d'accompagner les professionnels en les informant sur les différents financements ainsi que les démarches à entreprendre, favoriser l'échange entre professionnels et proposer des aides techniques.

Dans les années à venir, le défi va porter sur l'articulation des acteurs de l'accompagnement dans les PAPS dont les services proposés, nous apparaissent répondre à de nombreuses attentes des professionnels et acteurs locaux.

Pour conclure le versant accompagnement de l'équipe, nos résultats corroborent les conseils et recommandations (12)(13)(37) insistant sur la nécessité d'accompagnement. Les professionnels nous ont témoigné que l'accompagnement était très utile.

I.5. Absence de hiérarchie

- **L'absence de hiérarchie est un élément attractif**

Le travail en MSP, s'appuyant sur les compétences et spécificités de chacun, ne nous a pas été décrit comme devant s'appuyer sur une organisation hiérarchique. Au contraire, les notions de confiance, d'égalité et d'absence de hiérarchie ont été décrites par plusieurs médecins et un couple de kinésithérapeutes comme un élément favorisant. Cet état d'esprit nous est apparu comme le témoin d'une bonne entente au sein d'un groupe en particulier, et permet probablement de maintenir ces relations en bonne harmonie.

Pour les PS, cette absence de hiérarchie contraste avec le travail en groupe qu'ils ont connu au sein des hôpitaux. La MSP offre donc les avantages du travail en groupe, sans les contraintes hiérarchiques de l'organisation hospitalière. Nous pensons que cet élément est une source d'attrait pour les PS, qui pour certains sont très attachés aux notions de liberté et d'indépendance.

- Management

Des notions de management doivent être maîtrisées par quelques PS de l'équipe afin d'assurer le bon fonctionnement de l'équipe. Les notions d'animation, de conduite de projet, de gestion des conflits sont quelques exemples incontournables du savoir managérial à acquérir. Cette acquisition pourrait s'intégrer aux programmes de développement professionnel continu.

Le versant management sera développé plus loin dans la discussion.

I.6. Accueil des professionnels en formation

Quelques professionnels rencontrés nous ont décrit l'accueil d'étudiants comme un élément facilitateur. Cet effet facilitateur s'exerce en actionnant différents leviers.

- Création de liens entre les PS

L'accueil des étudiants crée du lien entre les professionnels d'un secteur qui partagent l'accueil d'un étudiant. En effet l'engagement dans la formation implique des échanges répétés entre les professionnels au sujet de l'étudiant, échanges qui peuvent être à l'origine de liens professionnels ensuite. Ces liens serviront à la cohésion des médecins du secteur qui pourront intégrer la structure ou continuer à exercer de manière individuelle mais sans tension vis-à-vis de la MSP. A ce sujet, nous pensons que la place du CRGE au sein des PAPS est primordiale. En effet le CRGE peut développer des actions locales autour de thèmes pédagogiques ou de recherches en soins primaires, afin de mettre en route des dynamiques.

- Correction de l'image du monde rurale

La confrontation de l'étudiant au monde rural permet de balayer des aprioris et lutte contre la peur de la campagne. L'un des médecins installé témoigne auprès des étudiants de son

expérience acquise par le montage et l'exercice au sein de sa MSP. Il vante auprès des étudiants la facilité d'installation et les avantages que lui-même perçoit depuis son arrivée au sein d'une MSP rurale. Ce rôle de témoignage et de dédramatisation vis-à-vis du monde rural est précieux. En effet nous pensons que les mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire rurale trouveront plus d'écho auprès des professionnels, si ces mêmes professionnels se rendent compte de la réalité du terrain et qu'ils dépassent les préjugés véhiculés au sein des structures de formation. Développer les terrains de stages ruraux (5) apparait judicieux pour tenter d'améliorer la répartition géographique des médecins.

- Prise de contact avec l'exercice au sein des MSP

L'accueil des étudiants au sein d'une MSP permet de faire connaitre ces structures à un nombre toujours plus grand de jeunes professionnels et de former les nouvelles générations aux spécificités de l'exercice au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Ceux-ci sont sensibilisés aux questions de management de l'équipe, résolution des conflits…

Les recommandations (12)(13) ainsi que les résultats de notre étude vont dans le sens d'un développement de la formation des jeunes médecins hors de l'université et dans les structures de premier recours. La place des MSP parait centrale et incontournable d'autant que celles-ci sont plébiscitées par les jeunes médecins désireux de s'installer en zone déficitaire.(41)(2)

I.7. Leader professionnel

Nous avons rencontré au cours de nos entretiens des leaders de projet charismatiques, engagés mais avec leurs spécificités.

- Différentes situations illustrent l'exercice du leadership.

Un leadership partagé entre professionnels. Ce partage du leadership n'est pas perçu comme la meilleure solution pour un des médecins de l'équipe concernée. Selon lui, il existe un risque de scission du groupe dont les membres pourraient se répartir derrière l'un ou l'autre des leaders. Ce risque est d'autant plus grand que les deux leaders ont des visions différentes et de fortes personnalités. Au sein d'une autre équipe, le partage n'a pas posé de problème mais les deux leaders témoignent de lien d'amitiés antérieures à ce projet.

Un leader unique, impliqué mais qui se décrit rétrospectivement comme trop isolé par rapport au reste de l'équipe. Cette solution qui a permis une avancée rapide du projet, a entrainé en contrepartie un décalage entre les attentes vis-à-vis de l'exercice pluriprofessionnel du leader et de son équipe, retardant la naissance d'une véritable dynamique de travail en groupe autour d'un projet de santé.

Un leader prenant le relais de son confrère proche de la retraite. Après une implication forte dans le leadership, la nécessité de partage des tâches s'est fait ressentir pour répondre au début d'épuisement que ressentait le second leader.

Un leader extrêmement motivant pour son équipe qui est à l'origine d'une dynamique importante mais qui a rapidement su s'effacer au profit d'autres membres de son équipe. Ceux-ci se sont alors investis fortement dans certains versants du projet et ont maintenu la dynamique de groupe initiée.

Ces différents exemples illustrent la grande variété de situations permettant l'exercice du leadership. Certains endossent plus de fonctions que d'autres, ce qui conduit à donner une image floue du leader, que nous allons essayer de préciser. Ces situations nous montrent aussi que le principal écueil à la fonction de leader est de vouloir endosser tous les rôles.

- Les rôles du leader

Les rôles dont nous ont fait part les intervenants sont multiples et interviennent à différents stades du projet.

Au cours des premiers temps d'un projet de MSP, le leader nous est apparu comme étant fréquemment la personne qui initie les premiers contacts avec les professionnels et

acteurs locaux. Cette prise de contact peut permettre de répandre, d'expliquer le concept de MSP. Elle permet de juger la motivation des professionnels du secteur.

Ensuite, une fois qu'un petit groupe s'est constitué, ses capacités de leadership vont lui permettre de fédérer autour de lui une équipe qui se reconnait autour de valeurs et d'une vision commune qui sont le reflet du sens que le leader souhaite donner au projet. Cet élément important différencie le travail au sein d'une MSP du travail en cabinet de groupe, où le partage entre professionnels est moins recherché.

Le leader joue de plus un rôle de protection du groupe qui pourrait éclater sous l'effet des premières situations conflictuelles. Il est celui qui remobilise l'équipe grâce à sa persévérance et qui réexplique l'objectif du projet.

Les différents rôles que nous avons pu discerner, associés à la définition que donne Pierre De Haas du leader(13), nous permettent de définir plus précisément le leader. Celui-ci doit être convaincu, prêt à consacrer du temps. Il doit savoir écouter, communiquer avec son équipe. Et surtout « Il doit être capable de donner du sens au projet en tenant compte des attentes de tous les participants. » (13)

- Qui peut être leader au sein d'une équipe de PS ?

Pour exercer leurs fonctions de leader, certains intervenants estiment qu'il est préférable que le leader soit un professionnel médecin. Bien que les notions de hiérarchies ne soient pas répandues au sein des MSP, cet impératif semble répondre à une vision patriarcale des interlocuteurs de l'équipe et en particulier des institutionnels qui ne prêtent pas la même attention à un leader non médecin. Cette notion de vision patriarcale freinant les possibilités d'accès au leadership des professionnels paramédicaux s'appuie sur le discours d'intervenants médecins et paramédicaux. Pour un médecin, le leadership médical s'explique par le besoin démographique de médecins plus important, et par la création d'une dynamique économique par l'intermédiaire des prescriptions médicales.

Une MSP incluant par définition des médecins, et même si les recommandations préconisent que le leader soit de préférence un médecin généraliste (37) (13) il paraît tout de même possible de nuancer ces remarques quant à la nécessité d'un leader médecin. Tout d'abord les notions de hiérarchie, si elles sont présentes hors de la MSP, ne nous sont pas apparues

tangibles au sein des structures visitées, pour certains interviewés l'absence de hiérarchie étant même un facteur favorisant. Ensuite, les médecins ne bénéficient à aucun moment d'une formation les rendant plus apte à la fonction de leader. Il est donc dommage de se priver des compétences de leadership que possèdent naturellement certains autres professionnels, au prétexte d'une vision patriarcale de la médecine. En effet ces professionnels paramédicaux pourraient être utiles à certaines équipes incluant par exemple des médecins peu enclins à endosser le rôle de leader mais prêts à s'engager dans un projet de MSP. Il convient donc de sensibiliser les interlocuteurs institutionnels et les élus locaux au potentiel que représentent les leaders non médecins.

- Leader et promoteur

Le portrait que nous dressons du leader favorisant le montage d'une maison de santé partage des caractéristiques que nous retrouvons dans la définition que donne Lise Monnereau (42) des médecins « promoteurs » dans l'action de santé publique. L'auteur, par l'intermédiaire d'une étude qualitative, a étudiée ces médecins minoritaires qui « *insufflent et soutiennent de nouvelles dynamique d'organisation du travail et une redéfinition du métier de soignant.* », en réponse aux nouveaux impératifs techniques, territoriaux ou sociaux. Ces médecins « promoteurs » partagent avec les leaders rencontrés, la volonté d'améliorer la prise en charge des patients, la faculté de mener un groupe, la capacité de faire l'interface entre le milieu bureaucratique et le monde de la santé.

Les leaders rencontrés lors de cette étude ont dégagé un certain charisme et nous ont montré nombre de qualités. Ces qualités sont sans doute indispensables pour participer à la réflexion actuelle et future sur l'offre de soins. Nous espérons que les PS rencontré prendront activement part à la réorganisation de l'offre de santé, d'autant qu'ils possèdent une légitimité forte grâce à leur bonne connaissance du terrain. A ce titre leur engagement conséquent mérite d'être reconnu.

- Le leader est indispensable

L'existence d'un leader professionnel est un élément décrit par nos interlocuteurs comme favorisant et indispensable. Nos interlocuteurs confortent les nombreuses recommandations qui insistent sur la nécessité de pilotage des projets par un leader

professionnel(12)(13)(14)(37). Les rôles du leader sont multiples et chacun d'eux est un élément fort pour le montage d'un projet de maison de santé.

- Propositions

Redéfinir les rôles du leader auprès des différents acteurs pour que le terme leader ne rime pas avec « celui qui fait tout ».

Encourager le leadership des professionnels paramédicaux en luttant contre les aprioris et la vision patriarcale de certains interlocuteurs.

Reconnaître l'engagement fréquemment militant des leaders.

I.8. Management et délégation

Des notions de management sont un atout à posséder au sein des équipes. Ces éléments ont été évoqués ou déduits chez six intervenants.

Les capacités de management peuvent être d'une part protectrices contre l'épuisement du leader. Dans un projet, le leader est arrivé à bout et a fait courir un risque à son équipe. Il s'est rendu compte par la suite qu'il n'avait pas su déléguer suffisamment tôt une partie des tâches qui lui incombaient. Le projet a pu être mené finalement à son terme grâce à la délégation de certaines tâches.

Les notions de management permettent d'utiliser au mieux les compétences des membres de l'équipe et facilitent l'avancée synchrone de tous les participants. Dans un des projets, le leader nous a fait part de son regret de ne pas avoir assez attendu les membres de son équipe. Le montage de la MSP n'a pas été un échec, il s'est fait rapidement sous l'impulsion forte du leader. Mais il lui est apparu que ses attentes en termes de fonctionnement n'étaient pas partagées par le reste de l'équipe et que celle-ci avait du mal à progresser sur ce plan. Ce médecin a perçu qu'il avait « tiré trop fort » et qu'il devait maintenant « raccrocher les

wagons » pour engager un fonctionnement plus collectif. La répartition des tâches au sein d'une équipe nous est décrite comme un élément d'entretien de la motivation de ses membres et permet à chacun de conserver une dynamique suffisante tout au long de la conduite d'un projet, parfois long. Ensuite, lors du fonctionnement de la MSP, ces mêmes aptitudes au management seront toujours utiles et même indispensables.

- Différents domaines de management

A ce niveau de la discussion et grâce à certaines recommandations (13) il nous paraît nécessaire de définir différents domaines de management que nous avons perçu bénéfiques.

Tout d'abord, le management des activités qui permet de définir une structuration des étapes et des tâches à accomplir dans le but de faire cheminer l'équipe vers son but et de la façon la plus efficace possible. Ce management des activités sous-entend que les membres qui en prennent la charge soient en mesure de reconnaître les compétences de chacun et de les utiliser pour le mieux. Il implique une vision du projet à court et long terme, tout en gardant à l'esprit qu'une certaine flexibilité est nécessaire pour pouvoir s'adapter aux imprévus.

Ensuite le management humain, qui doit permettre un fonctionnement harmonieux de l'équipe et la gestion des conflits. La naissance d'une MSP, s'appuie sur une dynamique humaine avant tout. Elle nécessite la création de celle-ci, puis son entretien et sa protection. Le leader fréquemment, ou d'autres membres de l'équipe, doivent être en mesure de conduire le groupe en s'intéressant aux motivations, capacités de chacun ainsi que les interactions qui en découlent. Ce management a pour but de permettre une progression synchrone des membres de l'équipe, sans rupture des liens qui les unissent et de préparer la vie en MSP. Il permet aussi la gestion du personnel de la MSP.

- Nos recommandations issues de cette discussion.

En premier lieux, des capacités de management sont indispensables pour tout projet. Ces capacités doivent être possédées par le leader ou déléguées à un autre membre de l'équipe voir une personne extérieure, mais elles doivent impérativement être présentes.

Ensuite, la gestion de l'équipe s'appuie sur un nombre important de compétences, organisationnelles et humaines qu'il est rarement possible de réunir chez un même individu. Que ce soit pour le leader ou d'autres membres de l'équipe, il n'apparait pas pertinent et possible que toutes ces compétences incombent à la même personne, quel que soit son degré de motivation. Nous conseillons donc de faire prendre conscience au leader, qu'il ne doit et ne peut être une personne qui endosse tous les rôles. Il doit apprendre à déléguer pour se protéger de l'épuisement. Il doit rechercher les compétences, qui lui font défaut, chez les membres de son équipe ou à l'extérieur de celle-ci, si elles n'apparaissent pas. Le leader ne peut et ne doit pas être un membre omniprésent, car sinon au mieux il fait perdre des compétences à son équipe, et au pire il la met en danger, ou se met lui-même en danger.

Enfin, force est de reconnaitre que la formation des PS, ne comporte à aucun moment d'enseignement abordant de près ou de loin les notions de management et de travail en équipe. Dans son travail de thèse abordant la formation des internes de médecine générale sur le domaine des MSP, Jacques Olivier Dauberton (66) a identifier plusieurs thèmes pédagogiques apparaissant prioritaires auprès d'un groupe d'expert. Parmi ces enseignements théoriques à instaurer, on trouve la gestion de l'équipe et le management. Il nous semble donc pertinent de faire prendre conscience aux PS, de l'importance de ce thème et de proposer des formations à l'ensemble des professionnels, jeunes et moins jeunes. A noter qu'un séminaire de deux fois trois jours aura lieu en 2012/2013 à l'UFR SMP de Besançon, il abordera ce thème de l'exercice multiprofessionnel en formation initiale.

Cette discipline du management, qui pour certains PS fait référence à des notions péjoratives de majoration des gains et d'utilisation des individus au sein des entreprises, doit être diffusée en rappelant que sa vocation est de traiter de la coordination des activités et de la manière de favoriser la collaboration, éléments essentiels à la constitution et au fonctionnement des MSP.

II. Eléments favorisants en lien avec le projet

II.1. Les bases humaines d'un projet

Pour la majorité des intervenants rencontrés, la réussite d'un projet doit beaucoup aux premiers temps de sa genèse. Dans tous les projets réussis que nous avons rencontrés, il est possible de discerner un groupe de professionnels à l'initiative du projet qui s'étoffe progressivement. Pour certains, un partenariat rapide s'est mis en place avec les élus locaux qui parfois s'étaient déjà emparés du dossier santé de leur territoire, mais nous n'avons pas rencontré de projet abouti sans équipe de professionnels au départ.

Cette attitude de constitution d'une équipe de professionnels avant la réalisation foncière d'une MSP est décrite comme indispensable (pour certains de nos interlocuteurs, les projets montés sans professionnels sont systématiquement des échecs). Cette vision est partagée aussi bien par les professionnels de santé que les élus locaux et les acteurs d'accompagnement que nous avons interviewés. Il est unanimement reconnu dans nos entretiens que la dynamique humaine des professionnels est l'élément indispensable au montage d'un projet de MSP. A l'inverse, l'absence d'équipe et de motivation est le principal frein retrouvé, nous le verrons plus loin.

Deux exemples locaux en particulier sont évoqués par quelques professionnels pour démontrer la dangerosité des montages immobiliers résultant de commandes publiques et précédant la constitution d'une équipe de professionnels. Ces structures sont restées des boîtes vides pendant de long mois avant que quelques professionnels tentent de les intégrer mais sans dynamique ni exercice coordonné comparable aux objectifs du travail en MSP. Ces expériences malencontreuses outre leurs répercussions financières, sont une source de défiance à l'encontre des futures porteurs de projet et risque d'accroitre la pression administrative (par rapport à l'écriture du projet de santé par exemple) qui s'exerce sur les équipes qui recherchent des subventions.

Une des recommandations émise lors du premier séminaire national des maisons de santé de Besançon en 2008 (37) était « En aucun cas, le travail sur un projet de Maison de santé

ne pourrait résulter d'une commande publique qui échapperait à l'initiative des professionnel de santé. ». Notre étude confirme cette recommandation

II.2. Le projet de santé

Le projet de santé, au cours de nos entretiens ne nous est pas apparu comme une entité dont la valeur serait partagée par tous de la même façon. Si pour certains il s'agit d'un élément favorisant essentiel, pour d'autres il est apparu moins prépondérant.

Tous les professionnels que nous avons rencontrés nous ont donné le sentiment de s'engager dans une réflexion sur l'offre et l'organisation coordonnée du soin à destination de la population, mais leurs visions du projet de santé ne sont pas identiques.

La définition du projet de santé (13) : *« Le projet de santé définit l'offre de soins proposée à la population par la maison de santé. Il précise : les modalités de la réponse aux demandes de soins programmés, les modes de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire du suivi épidémiologique»*

Pour la majorité, le projet de santé est décrit comme un élément facilitateur. Il favorise la constitution de l'équipe et garanti le fonctionnement de la MSP sur un mode de soins coordonnés. Sa constitution, sa rédaction parfois longue a favorisé l'échange, la création de liens et d'une dynamique d'équipe, autour du partage des valeurs que chacun souhaitait inclure dans le projet. Sa rédaction a parfois été l'occasion de formations, séminaires qui ont renforcé encore un peu plus les liens de l'équipe. Il « nourrit » encore ses membres lors des évolutions apportées après le montage de la MSP. Le partage du projet de santé, signant une volonté commune, puis son évolution dans le temps est perçue par un médecin comme le moteur de la MSP, son abandon entrainant en quelque sorte la mort du projet.

A noter qu'une équipe a été confrontée à l'organisation trop avancée de certaines MSP qu'elle avait visitée. Cela a eu pour effet de faire peur à certains membres du groupe qui ne

se sentaient pas la capacité de soutenir une telle organisation et un tel projet de santé. Il est apparu important à cette équipe de créer son propre système de fonctionnement, sans vouloir en copier d'autres.

Pour une équipe, le projet de santé n'est apparu que plus tardivement dans l'histoire de la MSP. Les premiers échanges entre professionnels étaient axés sur les côtés pragmatiques de l'organisation, mais petit à petit, à force de réunion le projet de santé s'est formé et a soudé le groupe.

Pour un professionnel, le projet de santé est perçu comme un bout de papier sans rôle fédérant. Il aurait été rédigé principalement pour l'obtention de subventions et il n'est pas reconnu comme un élément pertinent, puisque selon lui « N'importe qui peut le faire ». Néanmoins ce professionnel fait état d'une ligne directrice dans le soin que l'équipe essaie de suivre.

Les différents éléments recueillis sur le projet de santé font naître plusieurs réflexions.

- **Le projet de santé est un élément dynamisant pour l'équipe**

Un projet de santé partagé est un élément moteur important. Sa constitution par l'équipe témoigne d'un engagement, d'une réflexion autour de la coordination des soins à apporter à la population.

- **Le projet de santé peut faire suite au projet immobilier**

Pour certaines équipes constituées avant la diffusion à plus grande échelle de l'idée de MSP, le début de réflexion sur le travail en groupe s'est fait autour de problématiques pragmatiques d'organisation et de construction. Après avoir empruntée cette voie d'entrée, l'équipe a construit son projet de santé et s'est soudée autour. Bien que pour quelques interlocuteurs, c'est le projet de santé qui conditionne le travail architectural, il apparait utile de réfléchir à des modes alternatifs de montage des MSP. Ne serait-il pas opportun de respecter le désir naturel de certains professionnels libéraux de travailler sur le thème du bâtiment, avant d'insuffler un esprit pluriprofessionnel d'exercice coordonné du soin, esprit qui se démocratise à l'heure actuel ? En d'autres termes, il est peut-être préférable dans certaines situations de laisser un groupe se créer autour d'un projet immobilier, pour pouvoir

ensuite l'aider à développer un projet de santé pour la population. Plutôt que de l'arrêter net et d'attendre la naissance d'un projet de santé qui ne viendra peut-être jamais si les professionnels ne partagent pas à un moment donné un thème de réflexion. Dans ces situations, l'accompagnement des équipes apparait là encore primordial. En effet dans cette voie de constitution d'une MSP, la réussite finale d'un projet va être en grande partie liée aux capacités qu'auront les accompagnants de s'articuler et d'intervenir aux moments les plus favorables et les plus judicieux. Ils devront être en mesure d'identifier les différents temps de cheminement de l'équipe afin de proposer l'aide adéquate et au bon moment.

- **Le projet de santé doit être évolutif et souple**

Le projet de santé pour être fédérateur ne doit pas être un cadre trop rigide, mais au contraire un élément souple et évolutif. Nous pensons que le projet de santé ne doit pas être forcément consensuel pour chacun des items le constituant, mais qu'il pourrait être fait de différents « tiroirs », de différents éléments qui une fois réunis permettraient à toute l'équipe de se rassembler autour. Par exemple, il est tout à fait concevable que certains PS s'intéressent plus aux consultations non programmées ou à l'ETP, et que d'autres s'investissent dans les protocoles, la prévention. Ensuite tous ces thèmes sont à réunir dans un projet de santé qui rassemble, même si tous les éléments constitutifs ne bénéficient pas du même investissement de la part de tous les membres de l'équipe. Tous ces thèmes sont en revanche admis par toute l'équipe.

Le formatage administratif du projet de santé peut être responsable d'un rejet temporaire de son cadre, mais probablement pas de son contenu. En effet, le PS qui perçoit le projet de santé comme un simple bout de papier, nous est apparu exercer au sein d'une équipe qui partage une vision commune du soin et dans une dynamique pluriprofessionnelle évidente.

II.3. Evolutivité du projet architectural

Plusieurs de nos interlocuteurs nous ont mentionné la prise en compte de l'évolutivité du projet immobilier. Bien qu'elle n'apparaisse pas avoir un rôle directement favorisant le

montage, la prise en compte de l'évolutivité (et de la souplesse dans la distribution des locaux) nous est décrite comme protectrice vis-à-vis de problèmes d'organisations qui peuvent survenir pendant le montage ou les premiers temps de fonctionnement de la structure.

La justification de cet élément s'appuie sur plusieurs expériences.

Expérience heureuse pour une équipe dont l'évolution foncière s'est faite par accroissement séquentiel sur une dizaine d'années. Sans imaginer dix ans auparavant aboutir au projet actuel, une possibilité d'évolution avait été prévue. A ce jour, elle prend tout son sens car elle a permis d'accueillir de nombreux nouveaux professionnels. Sans cette prise en compte, l'accueil de nouveaux PS aurait été considéré comme plus aléatoire.

Expérience malheureuse d'une équipe dont les possibilités d'évolution n'avaient pas été prévues. Rapidement la structure s'est retrouvée dans l'impossibilité d'accueillir de nouveaux professionnels. Face à cette situation, le leader éprouve le regret de ne pas avoir anticipé les possibilités d'évolution.

Pour d'autres équipes l'évolutivité était envisagée dès le départ et en partie grâce aux conseils de professionnels les ayant précédés dans la réalisation d'une MSP. Elle permet à ces équipes de ne pas rester bloquées par des contraintes immobilières aussi bien lors de la phase de montage que lors du fonctionnement de la MSP.

La prise en compte de l'évolutivité foncière est conseillée par le Dr Pierre de Haas (13), qui préconise une certaine flexibilité des locaux afin de « pouvoir s'adapter aux modifications peu prévisibles du nombre des professionnels de santé ». Nous partageons cette recommandation d'autant plus que l'essor actuel des MSP, laisse penser à une explosion des effectifs professionnels au sein de ces structures dans les années à venir, effectifs qu'il faudra bien « loger » pour partie dans des bâtiments existants. La flexibilité est donc un atout qui permet l'adéquation entre l'offre de santé sur un territoire (qui n'est pas fixée dans le temps) et les possibilités foncières de la MSP.

II.4. Le bâtiment de la MSP

- **Professionnels du bâtiment**

Pour la plupart professionnels, la charge de travail relative à la construction d'une MSP est perçue comme lourde et contraignante. La présence de professionnels du bâtiment, architectes ou promoteurs immobiliers impliqués a permis aux équipes de se soustraire à un travail fastidieux de maitrise d'œuvre. Dans le cadre du projet en partie géré par un promoteur, celui-ci a assumé le risque financier lié à la revente de surfaces professionnelles, en dégageant ainsi les professionnels. Cette solution est apparue favorable car avec l'arrivée de la crise financière, la revente des surfaces professionnelles adossées au projet de MSP n'a pu être réalisée.

- **Adéquation entre le projet architectural et le projet de santé**

Un autre élément perçu comme favorisant par nos interlocuteurs concerne l'adéquation du travail architectural aux besoins de l'équipe et aux spécificités de l'exercice au sein d'une MSP.

Cette adéquation passe tout d'abord par les qualités d'écoute et de questionnement offertes par les architectes. Dans un des projets, une bonne écoute et des possibilités de concertations importantes ont enchanté les professionnels. Dans ce projet à portage financier public, le respect des attentes des professionnels sans implication excessive des élus locaux a donné le sentiment aux professionnels d'un montage facile, « c'est du gâteau » avons-nous entendu.

Ensuite, c'est aux professionnels du bâtiment d'être en mesure de retranscrire les besoins définis par les professionnels, dans le but de favoriser un mode de fonctionnement coordonné pluriprofessionnel. Plusieurs de nos intervenants ont rappelé que ce n'était pas le bâtiment qui fait la MSP, mais qu'il participe à son bon fonctionnement. La création de lieux de passages communs, d'espaces centraux, d'une salle de convivialité sont autant d'éléments qui favorisent les échanges, formels ou informels, et permettent un fonctionnement plus coordonné et le maintien d'un esprit de groupe. Les caractéristiques de

l'exercice en MSP imposent une organisation élaborée des locaux pour développer et entretenir ces spécificités.

- **Parfois la question immobilière est une source d'implication**

Pour une équipe la collaboration au travail de conception est décrite comme très motivante. Pour les médecins de cette équipe, l'engagement dans le projet de MSP est passé pour partie par la conception de la structure. Un médecin décrit l'équipe des PS comme motivée, engagée par la réflexion et la réalisation de cette structure. A l'inverse, un bâtiment réalisé sans l'avis des PS est une source possible de tension, de conflit ou de démotivation. Parallèlement à l'avancée du projet architectural, l'équipe des PS a développé son projet de santé. Cet exemple illustre que pour certains professionnels, la place accordée au bâtiment est importante et doit être considérée lors du montage d'un projet de MSP.

- **Plusieurs idées fortes se dégagent :**

Une MSP ne se limite pas à son bâtiment. Il est possible toutefois que des professionnels trouvent une source de motivation importante dans la conception technique du bâtiment. S'il s'agit d'un levier pour la motivation et la collaboration de certains professionnels, il est dommage de s'en priver, mais il faut alors s'assurer qu'un fonctionnement basé sur une offre de soins coordonnée émerge ensuite.

La conception du bâtiment ne peut pas précéder la constitution d'une équipe. Les professionnels que nous avons rencontrés, loin d'être matérialistes, considèrent tout de même que le bâtiment doit répondre à leurs attentes en terme de fonctionnalité et d'organisation. Ce n'est pas au travailleur de s'adapter à l'outil, mais bien à l'outil de répondre aux besoins et attentes des PS. Sur ce plan, monter un bâtiment sans connaitre les attentes des PS, simplement à partir d'un cahier des charges aussi fourni soit-il, est un risque très grand que malgré tout certaines collectivités prennent ou souhaitent prendre, aveuglées par l'illusion que le bâtiment fera venir les PS. Or il n'en est rien, nos interlocuteurs recherchent avant tout une « aventure humaine » qui ne se résume pas à quatre murs, aussi beaux soient-ils. Nous pensons que l'attractivité d'une MSP par rapport aux jeunes PS est surtout le fruit de la dynamique de l'équipe autour d'un projet de santé formel ou informel.

Le choix des professionnels du bâtiment ayant la charge de la réalisation nécessite une attention particulière. Concernant le travail architectural, l'organisation technique d'une MSP pouvant avoir une répercussion sur le fonctionnement, nous pensons qu'il faut encourager les démarches visant à faire connaitre, au plus grand nombre, les éléments architecturaux et d'organisations pertinents. Cette démarche a été entreprise par la MSA (65), nous pensons qu'elle doit être poursuivie et surtout mise à jour en fonction des éléments nouveaux qui seraient reconnus pertinents sur le terrain.

II.5. Financement du projet

Dans le cadre de notre étude, la répartition entre financement privé et public est équilibrée. Quatre projets sont majoritairement financés par des fonds privés, quatre par des fonds publics. Cet élément est à nuancer puisque pour deux projets il existe une option de rachat à distance des bâtiments financés au départ par la collectivité.

Nous constatons qu'il existe des éléments favorisants en lien avec ces deux modes de financement.

a) Le financement privé.

Celui-ci apparait favorisant du fait de l'implication qu'il induit mais aussi dont il témoigne de la part des PS financeurs, en comparaison à un financement public décrit comme moins engageant. Les projets sont donc plus à même d'être menés à terme. Les arguments avancés par nos interlocuteurs sont multiples. La participation financière accroit l'implication dans le projet, motive par l'obligation de réussite. Les délais sont vus raccourcis, la réflexion sur le projet plus profonde, la tolérance vis-à-vis des autres membres du groupe plus

importante en raison de l'interdépendance des financeurs. Les financeurs privés n'investissent pas pour une courte période mais souhaitent rester, ce qui assure une certaine pérennité de l'offre de santé sur le territoire. Une personne chargée de l'accompagnement suspecte que le financement privé limite de plus le risque inflationniste. Les financeurs privés calculent au plus juste, sans les débordements toujours possibles du fait d'un financement public. Le financement privé présente certains avantages qui renforcent le choix des professionnels: possibilité rassurante d'être chez soi, de choisir son cadre de travail, optimisation fiscale, retour sur investissement par la vente des parts en fin d'exercice.

b) Le financement public

Il a été perçu favorisant pour deux projets.

Pour le premier qui est composé de jeunes professionnels s'installant sur un territoire qu'ils ne connaissaient pas, le financement public a été décrit comme une sécurité. Il a permis de se prémunir des tracas financiers et il offre la possibilité d'un essai, avec retrait du projet local, dans le cas où l'installation serait un échec ou ne correspondrait pas à leurs attentes.

Pour le second, l'adossement de la MSP à un hôpital local dans le cadre d'un projet de rénovation de celui-ci, a eu pour avantages de réduire les coûts par la mutualisation. Le partage de locaux (salle de réunions, studio pour étudiant) et d'infrastructures communes a eu pour effet d'aboutir à une MSP avec un coût relativement plus faible en comparaison d'une MSP « classique », c'est-à-dire non adossée à un hôpital local. Ce faible coût se répercute sur les loyers demandés aux professionnels, qui sont plus enclins à intégrer la structure. La MSP, rayonnant sur un petit secteur attire tout de même des vacataires à temps partiel qui profitent eux aussi des faibles loyers, proportionnels au temps de travail. Ces mêmes vacataires sont un atout pour l'hôpital local, qui seul ne serait pas en mesure de les attirer. Dans ce projet, le portage public et les faibles coûts ont aidé les professionnels à se regrouper sous l'impulsion d'un leader investi. Nous pensons que là où existe un hôpital local, il est bon de réfléchir à une MSP adossée.

Le financement public est pertinent dans certaines situations. Il est intéressant pour les jeunes professionnels sans capacité d'investissement ou pour les projets offrant un service important à la population, mais en carence d'investisseur privé. Néanmoins il fait courir certains risques qui doivent être considérés.

Les professionnels, moins tenus par leur engagement financier et parfois moins impliqués sont plus à même d'abandonner le projet en cours de route, ce qui à l'extrême pourrait conduire à l'apparition de « coquilles vides »(36).

Les possibilités d'évolution des projets, dépendantes des financements publics, ne sont pas garanties. Une communauté de communes ou une commune ne souhaitera peut-être plus investir quelques années après la fin d'un montage de MSP. S'il existe des besoins nouveaux ou une véritable dynamique au sein de l'équipe, comment y répondre si le financeur ne souhaite plus engager de moyens. Une réponse financière à court terme ne doit pas occulter les implications qui en découlent à long terme.

Propositions pour limiter le risque des financements publics :

- encourager des modes de financement mixtes. Ils permettent d'apporter une aide financière en réponses aux carences d'investisseur privés avec des obligations pour les professionnels contractualisés. Cela garanti à la collectivité d'investir en sécurité et avec des professionnels engagés ne cherchant pas à bénéficier simplement d'un effet d'aubaine.(44)

- contractualiser l'engagement des collectivités locales sur le moyen et long terme pour garantir l'évolutivité nécessaire, en rapport avec les besoins de la population et des PS.

III. Eléments favorisants en lien avec le territoire

III.1. Implication des collectivités et partenariats avec les élus locaux

Dans la majorité des projets que nous avons étudiés il est possible de discerner une implication des collectivités, décrite comme favorisante. Pour deux projets urbains les collectivités locales sont restées neutres. L'origine de l'implication des collectivités est fréquemment l'identification d'une problématique de démographie médicale, à laquelle celles-ci souhaitent répondre, bien que la santé ne fasse pas partie de leurs prérogatives.

- Une implication communale à plusieurs niveaux

Cette implication, parfois forte peut porter sur plusieurs versants d'un projet. Dans une commune un maire a participé à une dizaine de réunions de l'équipe des PS afin d'aider à créer une dynamique et de fédérer le groupe. Dans une autre les élus ont accompagné un médecin et l'ont soutenu dans ses démarches auprès des instances régionales de la santé. Dans une troisième, l'équipe municipale a exprimé son objectif de « ramener des médecins », pour cela elle a initié une démarche de recherche active de PS associée à un début de réflexion foncière. Une fois l'équipe médicale constituée la commune a financée le projet de MSP. Dans une quatrième, l'implication de la commune c'est inscrite dans une politique communale globale d'offre et de maintien de services.

Ces différents exemples d'implication ont pour la majorité été décrits comme favorisants. L'implication donne à certains PS le sentiment d'être reconnus, ce qui encourage leur démarche. Dans d'autres situations la collectivité permet d'obtenir des avantages matériels, elle facilite l'installation des PS et parfois même sort le « tapis rouge ». Les domaines d'implication des collectivités sont donc multiples.

- Une collaboration synchronisée entre commune et PS

L'implication des collectivités apparait donc favorisante, mais ce propos est à nuancer car selon nous, ce rôle favorisant ne peut être obtenu que grâce à un véritable partenariat entre les différents interlocuteurs.

Pour deux projets en particulier où nous avons pu rencontrer le couple maire et PS, ce fonctionnement sur le mode du partenariat nous est apparu évident. Il ne s'agissait pas d'une implication aveugle, mais bien d'un partenariat qui respectait chacun des interlocuteurs. Pour un des deux projets en particulier, il nous est apparu qu'il existait une synergie pertinente entre le noyau des PS et la commune. Dans cette commune, l'équipe municipale, confrontée à une baisse préoccupante de la démographie médicale, s'est emparée du dossier pour tenter de répondre à un problème qu'elle considérait comme « quelque chose de vitale ». La commune a donc en premier lieu mené une politique active de recherche de PS en s'adressant aux instances régionales de la santé. Ensuite elle a réussi à nouer des contacts qui ont aussitôt été exploités. Une réflexion commune s'est engagée qui a permis de faire évoluer les positions de chacun est a aboutie à la constitution d'une MSP, ce qui n'était pas l'objectif entrevu initialement. Le travail en commun des interlocuteurs est vu comme un travail « à quatre mains », qui s'appuie sur l'écoute de chacun afin d'éviter les incompréhensions sources de blocages. Les professionnels bénéficient d'aides et d'avantages, mais en contrepartie s'engagent réellement.

Nous pensons que cet exemple est pertinent car il témoigne d'une suite logique d'enchainements. La solution MSP n'a pas été plaquée dès le départ, elle s'est construite progressivement par l'engagement réciproque des différents interlocuteurs. Ceux-ci ont progressé de manière synchrone, sans décalage, évitant ainsi incompréhension et pertes de temps. Le projet a été réfléchi, s'est appuyé sur une équipe de professionnels accompagnés par la municipalité. Ceux-ci ont bénéficié d'une liberté suffisante pour constituer leur groupe et leur outil de travail, tout en prouvant un engagement envers la population.

- **Concernant les élus locaux, que nous considérons comme des intervenants potentiellement très facilitateurs, nous faisons quelques propositions :**

Les élus locaux peuvent être très ouverts et compréhensifs vis-à-vis des changements qui s'opèrent dans l'organisation des soins de premiers recours. Ils sont même parfois très investis. Nous pensons donc qu'il est pertinent de démocratiser les séminaires ou les réunions d'informations à leur égard, dans le but de faire connaitre les nouveaux modes d'exercice au plus grand nombre d'élus. Les fédérations régionales des maisons et pôle de santé ont un rôle important à jouer à ce niveau. Nous espérons que cette diffusion de l'information puisse même parfois donner aux élus locaux un rôle de facilitateur et d'initiateur. Initiateur en allant répandre l'idée d'une organisation coordonnée des soins de premiers recours, vis-à-vis de professionnels non encore informés ou frileux, mais qui ont juste besoin d'un petit « coup de pouce » pour engager une démarche.

Il faut inciter les PS à ne pas perdre de vue que les élus locaux ont un rôle de diplomate, important et difficile. En effet ceux-ci font l'interface entre des professionnels souvent exigeants et une population qui parfois ne comprend pas les avantages octroyés aux professionnels. Les PS, confrontés à ce genre d'incompréhensions ont bien peu de chance de les solutionner seuls.

La réflexion avec les élus locaux doit s'envisager si possible à l'échelle des communautés de communes. En effet celles-ci disposent de plus de moyens et amènent à une réflexion plus large en termes de territoire d'influence de la MSP. Certes le consensus est parfois plus difficile à obtenir au sein d'une communauté de commune, mais les possibilités offertes nous apparaissent plus nombreuses et conséquentes.

III.2. Analyse territoriale

L'analyse territoriale, largement encouragée dans la littérature (13) (37) est paradoxalement un élément relativement peu représenté dans notre étude.

Nos interlocuteurs ont évoqué trois éléments favorisants en lien avec l'analyse territoriale.

- **L'évaluation de la démographie des PS.**

Pour certains professionnels, la réflexion concernant la pertinence de leur installation s'est appuyée sur l'évaluation de la démographie des PS. Il est à noter que les professionnels s'intéressent principalement aux effectifs de leur profession. Les territoires sous-dotés en PS sont perçus comme offrant une garantie de travail. Pour certains l'engagement sur ces mêmes territoires s'inscrit dans une volonté d'offrir un service pertinent à la population qui est considérée fragilisée, démunie face à la pénurie de PS. L'exercice en zone déficitaire nous a été décrit par un intervenant médecin comme plus stimulant, permettant une prise en charge des petites urgences et rendant de fait le travail plus intéressant.

- **Les relations avec les professionnels du territoire.**

Hormis pour un projet urbain, les relations avec les PS du secteur non adhérents à la MSP sont considérées comme bonnes ou neutres. Les professionnels des MSP font la démarche de rencontrer leurs confrères, de les informer de leur projet. Une MSP n'ayant pas vocation à intégrer tous les PS du secteur, les PS extérieurs peuvent continuer à participer à diverses actions avec les membres de la MSP. Pour un projet urbain, un médecin regrette de ne pas être suffisamment allé à la rencontre de ses confrères non inclus dans le projet de MSP. Des conflits ont découlés d'incompréhensions, que le médecin interrogé pense évitables grâce à une meilleure information des professionnels qui restent hors du projet.

Nous pensons qu'il est important que les membres d'une MSP conserve de bonnes relations avec les professionnels du secteur, et ceci depuis les premiers temps du projet. En effet ces bonnes relations luttent contre les incompréhensions qui sont parfois source de tensions allant jusqu'à freiner les choses.

- **Evaluation du besoin populationnel en santé**

L'évaluation du besoin populationnel auquel pourrait répondre la MSP est évoquée. Cette évaluation permet de vérifier la pertinence du projet de MSP, en analysant le territoire, son dynamisme et les possibilités en termes d'évolution, de « volume » de travail pour les professionnels. Cette évaluation du besoin est une démarche qui est reconnue comme appartenant au domaine de compétences des PS « l'étude du besoin c'est le travail des professionnels de santé » mais aussi parfois des élus locaux. L'évaluation du besoin, réalisée par les professionnels nous semble pertinente puisqu'elle s'appuie sur les acteurs de terrain qui connaissent bien la population dont ils ont la charge.

Pour les équipes en recherche de financements publics, l'étude du besoin doit s'appuyer à l'heure actuelle sur des diagnostics de territoire réalisés par des sociétés d'audit. Ces diagnostics de territoires ne nous ont pas été décrits comme des éléments favorisants. Ils nous sont apparus comme des éléments neutres, ni favorisants ni freinants, principalement commandités pour justifier le versement de fonds public. Le coût important de ces diagnostics et à mettre en balance avec l'intérêt faible qu'ils semblent avoir aux yeux des PS. Ils sont de plus perçus comme s'appliquant à des échelles inadaptées, trop vastes.

Nous pensons que pour l'évaluation du besoin il est important de faire confiance aux PS. Certes ceux-ci résonnent sur de petits territoires, mais qu'ils connaissent bien. Il est donc important selon nous de considérer les diagnostics de territoires comme des éléments capables d'informer sur les caractéristiques d'une population, d'un territoire. Mais ces diagnostics ne doivent pas être un élément de contrainte. En effet nous pensons qu'il est préférable de privilégier la dynamique et la motivation des acteurs locaux, à la logique territoriale.

III.3. Circulation de l'information à destination des professionnels

L'étude d'un projet nous a fait remarquer que l'information concernant les possibilités et offres d'installation circulait parfois mal entre professionnels et les territoires en recherche de soignants. Dans ce projet, la prise de contact entre élus locaux et un médecin remplaçant,

s'est faite grâce au hasard, alors que la municipalité avait engagé une recherche active auprès des instances régionales de la santé et que le médecin était intéressé par le travail dans cette région. Pour un des interlocuteurs, une meilleure circulation de l'information entre les territoires et les PS aurait un rôle facilitateur, en permettant la rencontre de volonté commune.

La démarche de la Franche-Comté nous apparait sur ce versant tout à fait pertinente. En effet depuis plusieurs années une politique innovante a vu le jour dans la région afin d'accompagner et de favoriser l'installation des jeunes médecins en Franche-Comté. Cette démarche intervient à différents stades de la vie des internes, accueil et fin de cursus, et fait intervenir différents interlocuteurs dont le CHU, l'ARS et le CRGE. Des réunions d'informations sont proposées dans le but d'éclairer le parcours professionnel des jeunes médecins (52)

Si cette démarche nous apparait pertinente, on ne saurait que conseiller de renforcer la communication à destination des médecins remplaçants. En effet ceux-ci sont des professionnels à même de s'installer rapidement en fonction des opportunités. Faire connaitre les offres d'installation plus efficacement et à plus grande échelle serait pour nous un élément facilitant la rencontre de dynamiques locales et de désirs d'installations.

III.4. Existence d'un hôpital local

L'existence d'un hôpital local nous a été décrite comme une situation favorable au montage d'une MSP adossée. Différents éléments jouent ce rôle favorisant : habitude du travail pluriprofessionnel, attractivité pour les PS qui voient leurs champs d'exercice s'accroitre, mutualisation de moyens avec des répercussions positives en termes de coûts.

Dans son travail de thèse Lise-Marie Deschamps(66), nous montre que cette association est aussi bénéfique pour l'hôpital. En effet la permanence des soins et en particulier la gestion de l'urgence se trouve améliorée par la proximité des professionnels. Les multiples

compétences professionnelles au sein de la MSP sont utiles à la prise en charge globale du patient.

Certes quelques inconvénients sont à signaler pour les deux structures : c'est souvent l'hôpital qui prend le risque financier, les PS voient leurs obligations administratives s'accroitre.

Mais, nous pensons que cette association sur un mode « gagnant-gagnant » est une association logique et favorisante pour le montage d'une MSP.

Discussion : les freins

I. Eléments freinants en lien avec l'équipe professionnelle

I.1. Professionnels de santé du secteur

Neuf des onze projets n'ayant pas conduit à l'ouverture d'une MSP ou ayant conduit à l'ouverture d'une MSP en plus de 3 ans ont rencontré des soucis liés aux professionnels de santé. Le **manque de motivation des professionnels de santé** pour le montage des MSP est le frein le plus retrouvé dans notre étude. Il est aussi le plus difficile à surmonter. Comme dit le proverbe : on ne saurait faire boire un âne qui n'a pas soif ! Sans la motivation des professionnels, les élus peuvent construire toutes les maisons de santé qu'ils veulent, elles resteront des « coquilles vides » (36).

Tout d'abord, une MSP sans un médecin dans l'équipe ne répond pas à la définition (22)(45)(46). Le projet est voué à l'échec ou au mieux à un allongement considérable du temps de montage.
Et puis, sans médecin, il est plus difficile de motiver voire recruter d'autres professionnels de santé. Il ne faut pas oublier que la plus part des professionnels paramédicaux travaillant en maison de santé sont dépendants de la prescription du médecin. Il est donc légitime qu'avant de s'investir dans un projet, ils souhaitent connaitre le ou les médecins avec qui ils vont travailler. Sans médecins, il n'est pas possible d'obtenir un financement public puisque par définition sans médecin, le projet ne correspond pas à celui d'une MSP.

Alors pourquoi certains médecins ne sont pas motivés par un projet de MSP ?

- Pour des raisons personnelles, ils ne souhaitent pas travailler en équipe.
- Certains ont des investissements professionnels privés qu'ils ne pourront pas valoriser s'ils vont s'installer en MSP. Un local professionnel ne se reloue pas facilement en milieu rural, surtout si tous les professionnels se regroupent dans la MSP. Il peut naitre ainsi un sentiment de jalousie à l'égard des médecins qui

s'installent en MSP, surtout si celle-ci bénéficie de fonds publics. « Moi, personne ne m'a aidé ».

- Les frais de fonctionnement étant plus élevés en maison de santé qu'en cabinet individuel(12)(14)(13)(47), ils sont un frein pour les médecins mais surtout pour les paramédicaux.
- Les médecins proches de la retraite n'ont plus envie de s'investir dans quelque chose de nouveau. Ils souhaitent une fin de carrière douce. Souvent leurs charges sont moins importantes.

Et puis, par effet boule de neige, des professionnels peuvent se décourager si plusieurs collègues ne sont pas motivés. Un médecin motivé face à des paramédicaux non motivés ne pourra pas élaborer correctement un projet de MSP. La motivation de chaque professionnel est importante pour que le groupe reste dynamique. Il est important de ne pas juger les personnes moins motivées et de ne pas leur fermer la porte. Le contact doit être maintenu régulièrement en informant toujours sur les possibilités immédiates de collaboration. Il est aussi nécessaire de valoriser chaque profession souhaitant adhérer au projet.

Dans un entretien réalisé, sans que cela soit explicité, nous avons ressenti en interrogeant le médecin leader et une personne de la communauté de communes qu'un des médecin du secteur avait un profil psychologique particulier rendant impossible son intégration dans une équipe de soin. Les risques d'éclatement ultérieur de l'équipe sont importants. Sur ce secteur en particulier, nous avons clairement l'impression qu'y construire une maison de santé pour l'instant est difficile. Il est toutefois important de ne pas mettre cette personne à l'écart. Les informations sur le travail en MSP doivent continuer à être diffusées de manière bienveillante de façon à « préparer le terrain », un pôle de santé peut être mis en place. Ainsi, lorsque le moment propice à l'ouverture d'une MSP sera venu, l'ensemble des professionnels du secteur sera sensibilisé.

Deux des projets étudiés avaient été marqués par une rupture au sein de l'équipe initiale des professionnels de santé. Ceci entraine un ralentissement du projet, augmente les risques de jalousie et peut faire encore diminuer la démographie médicale du secteur si ceux qui se retirent du projet quittent le secteur.

Alors comment faire pour donner envie, pour motiver les professionnels de santé à travailler en MSP ?

- On peut supposer que ce qui donne envie de travailler en maison de santé ce ne sont ni les administrations, ni les élus locaux mais ce sont les pairs. Ce qui peut faire germer l'idée de travail en MSP dans la tête d'un professionnel c'est lorsqu'il écoute le témoignage d'un de ses pairs. **Une des missions essentielle des fédérations régionales des maisons de santé est justement de donner envie de travailler en MSP**. Les fédérations accompagnent ces envies afin de les concrétiser et de favoriser le développement des MSP. De plus, au sein d'une fédération régionale, les pairs sont proches géographiquement. Il est donc facile de les rencontrer.
- Il est absolument important de respecter la volonté des professionnels. Certains ne souhaitent pas travailler en équipe. Il faut respecter ces individualités. Cependant, il est possible de laisser une porte ouverte en proposant **initialement un pôle de santé** dans lequel le professionnel serait le bienvenu à tout moment. Le fonctionnement en pôle de santé permet également aux personnes ne souhaitant pas investir dans l'immobilier (soit parce qu'elles ont déjà investi dans un local, soit parce que la retraite est proche) d'adhérer au projet. La priorité est toujours de tendre la main, de proposer de travailler sur un thème en commun. Il faut essayer à tout prix de ne laisser personne en dehors du projet et surtout ne pas fermer de portes. Chacun doit s'y retrouver. Cela a pour but d'éviter les jalousies ou les départs de PS en cours de projet.
- Les frais de fonctionnement sont plus élevés en maison de santé. C'est une réalité. Au sein de ces structures, l'équilibre économique n'est jamais stable. Les charges sont payées par les professionnels selon des clés de répartition. Il est logique que les charges soient réparties proportionnellement aux revenus des professionnels. Il est donc indispensable que les professionnels les mieux payés fassent preuve de tolérance afin de rendre le coût du travail en MSP acceptable. Il est important aussi de solliciter la solidarité du groupe lorsqu'un des membres est en difficulté temporaire (santé, décès, divorce). Il est donc important de se poser la question : jusqu'où va-t-on pour épauler quelqu'un qui est en difficulté ?

(importance du contrat d'exercice en commun). Sur ce point également, les fédérations régionales sont là pour soutenir.

Lors des entretiens, nous avons pu nous rendre compte que les professionnels de santé libéraux tant médicaux que paramédicaux n'avaient pas l'habitude de travailler en équipe. Il persiste une vision hiérarchique avec d'un côté les prescripteurs et de l'autre côté les prescrits. Peut-être que cet état d'esprit changerait si des cours communs aux filières médicales et paramédicales étaient dispensés lors de la formation initiale ? Le Professeur Penfornis envisage dans un article un enseignement multiprofessionnel pour l'éducation thérapeutique ou les sciences humaines afin de préparer les futurs professionnels à un exercice coopératif.(28)

I.2. Difficulté d'attirer de nouveaux médecins

Même doté au mieux d'une MSP sinon d'un projet de MSP, certains secteurs peinent à attirer de nouveaux médecins. Il y a plusieurs raisons à cela.

Nous remarquons que les jeunes médecins sont peu nombreux à s'installer en libéral et plus particulièrement en milieu rural.

Ceci est le fait de la **baisse de la démographie médicale**, avec un nombre de médecins entrant sur le marché plus faible que celui des sortants(3)(48). La baisse de la démographie n'est pas la seule responsable.

On remarque que **la médecine de premier recours fait peur aux jeunes médecins**. Elle n'est pas attractive : ils lui préfèrent le salariat. Il est vrai que lors de nos entretiens, on nous a plusieurs fois parlé de médecins du secteur qui avaient arrêté leur activité professionnelle précocement ou avaient accepté un poste salarié suite à un épuisement professionnel. C'est

une réalité. L'état d'épuisement de ces professionnels les empêche d'être attractifs, les jeunes ne souhaitant pas vivre comme leurs pairs un burn out. Ne pourrait-on pas **envisager un système de veille de l'état d'épuisement des professionnels de santé** dépistant le burn out, la dépression et les idées suicidaires(49) ? Cette veille pourrait être organisée par des pairs, une psychologue, un médecin du travail…. Le dépistage pourrait être fait à l'aide des tests existant pour évaluer l'épuisement professionnel. Les médecins peuvent avoir besoin de parler avec un psychologue. Lors de la gestion des cas difficiles, il n'est pas toujours facile d'en parler avec les collègues. Ces derniers doivent gérer eux aussi leurs difficultés. On peut penser que le fait d'appartenir à une équipe pluriprofessionnelle dans le cadre d'un pôle de santé ou d'une MSP peut être un moyen de protection de l'épuisement professionnel.

L'exercice de la médecine générale est peu enseigné à la faculté. Nous pouvons déplorer que les étudiants en médecine et plus particulièrement les internes en médecine générale soient encore trop peu en contact avec les soins ambulatoires de premier recours. Il existe désormais un stage au cours du deuxième cycle des études médicales et les internes de médecine générale ont 6 mois de stage obligatoire chez un praticien et 6 mois facultatifs s'ils choisissent de faire un SUMGA. Le reste de la formation est suivi en secteur hospitalier. Six mois ou 1 an sur neuf années d'études c'est très peu pour choisir de manière éclairée de s'installer en médecine générale(14). Il est donc important de rééquilibrer les études médicales en termes de stage ambulatoire. Les MSP sont un terrain de stage privilégié pour les étudiants en médecine. L'accueil et la formation des étudiants devrait être inscrite dans le cahier des charges de ces structures surtout lorsque ces dernières ont bénéficié de financements publiques. Ceci s'inscrit dans le **développement de la filière universitaire de médecine générale**. Les MSP en plus d'être des terrains de stage privilégié sont aussi un des lieus de recherche potentiel en médecine générale. Les outils informatiques performants de ces structures peuvent être utilisés à ces fins là. La restructuration des soins de premier recours passe aussi par le développement de cette filière.

Néanmoins, nous avons remarqué que la médecine générale pratiquée de manière isolée, à son domicile en milieu rural n'attire pas les jeunes.(50) Ils plébiscitent l'activité en groupe, l'exercice en MSP en est une déclinaison possible.(39)(2) Ils ne se battent plus comme leurs

ainés pour « racheter une patientèle ». Certains secteurs peinent à recruter même avec une MSP. Pourquoi ? Il persiste encore probablement des préjugés sur l'exercice libéral en campagne, tels : « les médecins sont de garde 24h sur 24h, ils ne peuvent pas prendre de vacances ». Un médecin interrogé avançait le fait que les vieux médecins se vantaient de beaucoup travailler durant des journées interminables, d'être réveillés toutes les nuits et de garde tous les WE. En exagérant ainsi, ils ont fait peur aux jeunes qui ne veulent pas de cette vie-là. On peut penser aussi que **ce n'est pas la structure qui attire les jeunes médecins mais la dynamique humaine du groupe** à l'intérieur. Encore une fois, sans la motivation des professionnels créant cette dynamique, une MSP n'attire pas de jeunes médecins.

Il nous a été avoué lors de deux entretiens, l'hésitation d'une élue comme d'un professionnel à recruter des médecins étrangers. Une élue avançait comme explication une part non négligeable d'électeurs du front national dans sa communauté de communes. Elle craignait que la population réserve un mauvais accueil à un médecin étranger et préférait ne pas envisager cette solution.

I.3. Leader du projet

Il est définit de la manière suivante par Pierre de Haas :

Le leader professionnel de santé est la pièce principale de l'édifice. Sans un tel pilote, peu de projets aboutissent. Dans le meilleur des cas, le leader prend « naturellement » son rôle. Il s'agit le plus souvent d'un médecin généraliste, mais aussi parfois d'un autre professionnel de santé. Il doit être suffisamment convaincu par le projet pour y consacrer du temps et de l'énergie et amener les autres professionnels à le suivre. Il lui faut des qualités d'écoute et de communication. Il doit être capable de donner du sens au projet en tenant compte des attentes de tous les participants.(13)

La bibliographie est riche pour définir et décrire le travail de leader (12)(14)(13). Elle insiste sur la présence indispensable de ce dernier dans chaque projet. A l'inverse l'absence de leader dans le montage d'une MSP est systématiquement un frein. Les personnes interrogées confirment les tendances bibliographiques et permettent de les préciser.

Il se dégage des entretiens que l'absence de leader professionnel et plus précisément l'absence de leader médecin ou l'absence de médecin soutenant le leader non médecin est un frein au montage. En effet, le médecin étant le prescripteur, les administrations refusent de financer des projets dans lesquels ils sont absents. Le médecin semble avoir plus de poids face aux interlocuteurs rencontrés pour le montage d'une MSP. Sans médecin leader, les autres professionnels de santé se sentent moins investis, certains rapportent ne pas se sentir la légitimité de porter le projet. Pour les paramédicaux qui « osent » être leader, le soutien d'un médecin est indispensable. Un kinésithérapeute porteur de projet estime qu'il a été moins pris au sérieux par les élus locaux et l'administration du fait de l'absence de médecin dans son équipe.

En analysant ces résultats, on remarque que la notion de leader n'est pas correctement comprise par les porteurs de projet. Trop de responsabilités sont mises à tort sur le dos du leader rendant la tâche lourde et décourageante. Par exemple, des élus locaux nous ont dit que le leader doit être un professionnel pour la rédaction du projet de santé. Mais la rédaction de ce dernier n'est pas dévolue au leader spécifiquement mais à toute l'équipe des professionnels. Le leader est avant tout celui qui donne le sens au projet. Il ne faut pas confondre leader, manageur et animateur de l'équipe de montage du projet. On peut supposer que des projets sont en échec ou rencontrent des difficultés parce que **la définition de leader n'est pas bien comprise**. Le leader ainsi chargé de responsabilités s'essouffle. Le leader donne la direction, le sens du projet mais il ne le porte pas seul. Il a besoin de toutes les personnes concernées par le projet. Chacune a sa place et son rôle. Sans le soutien de l'équipe, le leader ne peut rien. Le leader ne doit pas être celui à qui l'on donne tout le travail mais au contraire celui à qui chaque personne de l'équipe va prendre une part du travail afin de le décharger.

Le rôle du leader est complexe, il doit à la fois être celui qui émerge du groupe pour impulser la dynamique sans distancer trop le reste de l'équipe au risque de voir des professionnels

quitter le projet. Un leader ayant une personnalité trop forte et manquant d'écoute vis-à-vis des autres va faire fuir des professionnels pourtant motivés. Le leader doit savoir reconnaitre les compétences de chaque personne de son équipe afin de les mettre à contribution. C'est la notion de roue des compétences décrite par Claude Flück.(51) Un leader a besoin de capacités managériales qui ne sont pas dispensées lors de la formation initiale. Peut être que durant leur cursus les étudiants en santé et plus particulièrement les étudiants en médecine pourraient être formés au management d'équipe ? Cette formation doit être dispensée mais à quel moment ? Pour les étudiants en médecine, il paraît opportun de les former à l'issue de l'internat car ce dernier est réservé à l'acquisition des compétences médicales pures. Encore une fois les fédérations régionales et maintenant la toute nouvelle PAPS pourraient se charger de cet enseignement. Si cette formation apparait importante elle ne doit pourtant pas être réservée aux jeunes mais doit être accessible à toutes personnes intéressées.

Le problème du leader trop fort a aussi été soulevé par un médecin. Celui-ci a porté le projet quasiment seul et se retrouve maintenant avec une équipe peu motivée et donc une MSP qui fonctionne mal.

Il est ressorti aussi des entretiens que le travail de leader est très lourd et s'inscrit dans la durée, car les projets sont longs. Plusieurs leaders nous ont dit être épuisés par cette prise en charge. Une personne nous a déclaré avoir sombré dans une dépression suite à ce travail de leader. Encore une fois, nous pensons que la définition du rôle de leader est mal comprise. Leader ne doit pas être synonyme de surcharge de travail. Il est néanmoins important de rappeler qu'un leader doit rester motivé et motiver son équipe et ce dans la durée. Le temps passé à cela est important. Jusqu'à présent les porteurs de projet étaient souvent des militants du travail en MSP. Si on veut développer les MSP rapidement et à grande échelle, il est important que le rôle de leader ainsi que celui de gérant, d'animateur, etc. ne relève plus du militantisme. Il parait donc souhaitable que ces fonctions fassent l'objet d'une reconnaissance de la part de l'administration et pourquoi pas d'une rémunération. Peut-être pourrait-on envisager des facilités d'exercice ou la mise en place d'un nouveau mode de rémunération pour les professionnels endossant avec courage le rôle de leader ?

I.4. Les accompagnants

En Franche comté, il existe une équipe d'appui « territoire et santé » crée de manière avant-gardiste en 2008 pour les porteurs de projet de MSP. Elle est composée de la fémasac, l'ARS, la MSA et la région Franche-Comté.(52)(53)(43)

Plusieurs personnes interrogées sont très reconnaissantes du soutien apporté par l'équipe d'appui et en particulier par la FEMASAC. On a pu remarquer d'ailleurs que quand on posait la question : par qui avez-vous été soutenu ? La réponse suivante venait spontanément : la FEMASAC.

Nous avons pu remarquer aussi que la plupart des personnes interrogées (10 sur 11) ne différencient pas FEMASAC et équipe d'appui : elles ne connaissent pas le terme d'équipe d'appui.

Dans 3 dossiers, les porteurs de projet ont déploré un retard d'environ 6 à 8 mois dans le montage de leur MSP du fait de difficultés à prendre des rendez-vous avec la FEMASAC. Ces 3 personnes évoquent des demandes de rendez-vous restées sans réponse.

Nous avons l'impression que la FEMASAC est victime de son succès et manque de temps et de moyens pour répondre à toutes les demandes. Comment faire pour que les idées et actions de la FEMASAC soient connues de tous les porteurs de projet ? Comment faire pour démocratiser ses idées et les rendre plus accessible ? On peut penser que le rôle primordial des fédérations régionales est **l'accompagnement de pairs à pairs** où qu'en soit l'évolution du projet. Or actuellement, la FEMASAC remplit une part non négligeable d'aide au travail administratif pour le montage des dossiers de MSP. Ce dernier pourrait être assuré par l'ARS en lien avec la fédération régionale. Or cette aide administrative détourne la fédération régionale de son rôle premier. Il est regrettable que les moyens précieux de la FEMASAC soient utilisés pour aider à rédiger des projets de santé par exemple. Alors que nous verrons plus bas que l'obligation de projet de santé dans une MSP peut être remise en cause.

Le travail d'accompagnement apparait donc nécessaire au montage des MSP. L'accompagnement de pairs à pairs apporté par les fédérations régionales doit suivre l'évolution de la vague d'ouverture des MSP. Au début, il fallait donner envie aux

professionnels de travailler en MSP, puis il fallait les aider lors de la phase de montage. Maintenant que plusieurs MSP ont été créés et fonctionnent, elles ont besoin d'aide et de conseil pour le bon fonctionnement. Et puis ensuite, probablement que les équipes auront besoin d'aide pour gérer le départ à la retraite d'un professionnel, l'arrivée d'un nouveau, l'extension du bâtiment, etc.….Les fédérations régionales doivent être à l'écoute des besoins des professionnels travaillant au sein des MSP afin de les accompagner et de les soutenir lors des moments charnières. Elles sont une ressource pour l'échange entre pairs. Il apparaît aujourd'hui que la FEMASAC a peu de moyens humains pour répondre à tous ces besoins. Elle doit rester une ressource de pairs que des spécialistes en accompagnement ou l'ARS peuvent solliciter. Elle doit rester vigilante pour ne pas être instrumentalisée par les institutions. Peut-être serait-il intéressant que chaque personne ayant bénéficié du soutien de la FEMASAC apporte elle-même son soutien à une équipe et ainsi de suite. Cela permettrait d'avoir un roulement et une légitimité des pairs accompagnants Cela crée également une dynamique avec des personnes de terrain. On pourrait imaginer une chaine d'accompagnement entre personne soutenue qui devient ensuite un soutien et ainsi de suite. C'est juste après la réussite d'une épreuve qu'on est le plus compétant sur le sujet. C'est donc juste après le montage d'une MSP qu'on peut donner les meilleurs conseils, ensuite on oublie. C'est également après avoir surmonté des difficultés de fonctionnement qu'on sera le plus à même d'aider quelqu'un qui a les mêmes difficultés. On peut donc imaginer différents paliers dans l'accompagnement : donner envie, partager l'expérience, mutualiser les moyens, accompagner les porteurs de projet, faire fonctionner, gérer l'arrivée ou le départ d'un professionnel, agrandir la structure, faire face aux changements législatifs impliquant les MSP….

I.5. Difficultés avec les administrations

Les élus, comme les professionnels de santé, ont éprouvé des difficultés à l'égard des administrations. Les reproches concernent la lenteur, la lourdeur et la complexité des démarches.

Actuellement, il existe des facilités d'installations dans des zones qualifiées de sous médicalisées. Certains porteurs de projet critiquent le mode de calcul de ces zones ainsi que leur manque de prospective. Les acteurs de terrain reprochent à ces zones de ne pas être en adéquation avec la baisse de la démographie médicale à certains endroits.(54)(48)(55)(3) Une zone est définie comme désertifiée selon plusieurs critères (56)(54): « l'activité moyenne des médecins généralistes de la zone, l'âge, le nombre de médecins de plus de 65 ans, les consultations et visites des personnes de 75 ans et plus, les déplacements hors de la zone pour se faire soigner, de manière générale et pour les plus de 75 ans en particulier ».(54). On peut reprocher à ce mode de calcul de ne considérer l'âge des médecins comme une fragilité qu'à partir de 65 ans. Nous avons rencontré dans nos entretiens plusieurs personnes qui avaient eu à faire face sur leur secteur à des arrêts précoces de l'activité des médecins bien avant 65 ans. De plus, le départ d'un médecin peut entrainer par effet boule de neige d'autres départs à la retraite par peur d'une suractivité. Il serait donc justifié de considérer avec plus d'attention les zones où les médecins arrivent à 57, 58 ans.

Nous avons rencontré des professionnels amers, à qui l'administration refusait des subventions pour le montage d'une MSP parce que le secteur n'était pas considéré comme désertifié. Or au vue des critères actuels, il le sera dans moins de 5 ans du fait du départ à la retraite de plusieurs médecins âgés de plus de 60 ans. Encore une fois, la motivation des professionnels n'est pas récompensée. Un professionnel et/ou un élu qui décide d'anticiper la baisse de la démographie médicale en montant une MSP ne sera pas aidé car la zone n'est pas encore sous dotée en médecin. A l'inverse, les secteurs où les professionnels ne se sentent pas concernés par l'offre de soin et où la démographie baisse et qui vont devenir inexorablement désertifiés, ceux-là auront droit à des aides. Certains porteurs de projet peuvent être tentés d'attendre le désert médical pour agir et ainsi être aidés. Il est pourtant

capital que les subventions aident à enrayer le phénomène de désertification. Mais encore une fois, subventionner des projets dans lesquels les professionnels ne seraient pas motivés est voué à l'échec. De plus, il n'est pas suffisant de s'intéresser à l'âge des médecins, il faut s'enquérir aussi de leurs intentions. A quel âge ont-ils envisagé de prendre leur retraite dans quel état d'esprit sont-ils ? Sont-ils épuisés ? Encore une fois, un **système de veille de l'épuisement des médecins** serait pertinent et permettrait d'anticiper les départs précoces. Egalement, l'élaboration d'une **échelle qualitative d'évaluation de la motivation des professionnels de santé**, le recours à plus de sciences humaines permettrait de mieux coller à la réalité.

Une autre difficulté administrative réside dans la différence existant entre un territoire administratif, suivant un découpage électoral et le secteur couvert par une MSP qui occupe un bassin de vie. Un médecin exerçant dans une MSP et ayant une grosse activité expliquait que le secteur couvert était tel que les environs pouvaient apparaitre comme désertifiés au premier abord. **L'administration devrait donc s'appuyer sur l'existant pour définir des bassins de santé** et non sur le découpage électoral du territoire. Ne pourrait-on pas proposer un découpage basé sur la durée séparant un patient d'un médecin ? Attention toutefois à ne pas reproduire l'erreur de créer une structure à tout prix à un endroit donné pour répondre au besoin « administratif ». On peut imaginer ce découpage mais la priorité est donnée à la motivation des professionnels.

II. Eléments freinants en lien avec le projet de santé et projet immobilier

II.1. Projet immobilier

Le versant immobilier est la partie visible de tous du projet de MSP. Ce versant intéresse tout le monde mais plus particulièrement les élus surtout s'ils sont porteurs du projet. Ils ont tendance à occulter tout le reste. C'est encore plus gênant lorsque ce sont les professionnels qui gèrent le projet immobilier et qui le considère comme une fin en soi. Il ne doit pas être prépondérant sous peine de compromettre le travail en équipe. Il faut quand même rappeler que ce projet immobilier peut être l'élément motivant les professionnels de santé pour travailler en MSP. Néanmoins, ils doivent ensuite dépasser ce stade et se concentrer sur l'élaboration du projet de santé.

Dans cette étude nous avons été confrontés deux fois à la prise en charge de l'immobilier par une société privé. Dans un premier cas, cela a retardé le projet par manque de réactivité de la société. Dans un deuxième cas, la société a fait faillite, ce qui a failli anéantir le projet de MSP en cours.

Lorsque les élus décident de porter un projet immobilier de MSP, même s'ils sont les financeurs, ils doivent absolument se concerter avec les professionnels car sinon ils risquent de construire une coquille vide dans laquelle les professionnels ne voudront pas travailler.(36) Il est important également que les élus qui portent le projet immobilier et les professionnels de santé se concertent et collaborent de façon synchronisée à l'instar de la relation existant entre le leader et l'équipe des professionnels de santé. S'ils n'avancent pas au même rythme celui qui se sent distancé risque de perdre sa motivation est d'abandonner le projet.

Dans le portage immobilier par les collectivités, il faut différencier le portage communal (porté par une commune) et le portage communautaire (porté par une communauté de communes). Le portage communal peut être un avantage sur le portage communautaire, lorsque la commune est motivée et volontaire car les prises de décision sont plus simples et

impliquent moins de personnes. Dans les projets communautaires, on nous a rapporté que les décisions étaient plus difficiles à prendre, car il fallait convaincre plus de personne.

A l'inverse, un projet communautaire peut être avantagé par rapport à un projet communal du fait de plus grandes ressources. Dans un cas étudié, l'offre médicale existante a été déstabilisée. Deux médecins exerçaient sur une commune et souhaitaient créer une MSP. Ils souhaitaient un financement public, car le financement privé avait échoué. La commune ne pouvait pas les aider par manque de moyens et la communauté de communes correspondante refusait ce projet. Les professionnels se sont donc adressés à la communauté de communes voisine. Cette dernière a accepté. Le village initial voit donc partir ses médecins et sa pharmacie

II.2. Projet de santé

« Le projet de santé définit l'offre de soins proposée à la population par la maison de santé.il précise : les modalités de la réponse aux demandes de soins programmés, les modes de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire du suivi épidémiologique. Enfin, il indique la participation à des réseaux existants, les relations aux établissements de santé et l'implication éventuelle dans des projets locaux de santé »(13)

Lors des entretiens réalisés auprès des personnes n'ayant pas réussi le montage de MSP ou l'ayant monté en plus de 3 ans, nous n'avons que peu d'éléments dans les résultats sur le projet de santé. Les personnes interrogées ne pouvaient pas en parler car ne savaient pas ce que c'était. Le projet de santé est un élément important de la maison de santé, il est décrit comme l'âme de la MSP. La rédaction du projet de santé est certes longue, mais elle impose à l'équipe des professionnels de se réunir, de réfléchir ensemble sur les priorités de santé dans la MSP, sur les principes éthiques partagés. Ces réunions sont souvent l'occasion pour l'équipe de faire connaissance. Dans 2 projets, les professionnels de santé s'étaient scindés lors de l'élaboration du projet de santé. Ils se sont rendu compte qu'ils n'avaient pas les

mêmes objectifs. A part ces ruptures, peu d'éléments apparaissent au sujet du projet de santé dans les résultats liés au frein. Les personnes interrogées ne peuvent pas les formuler car par définition, il n'y avait pas de projet de santé. Lors des entretiens cela se traduisait par des réponses hors sujet aux questions. Par exemple, quand on demandait : « avez-vous un projet de santé ? », on nous a répondu : « oui, nous nous organisons pour embaucher une femme de ménage commune à tous les professionnels, nous organisons des tours de tonte de la pelouse l'été… ».

En l'absence de projet de santé, nous pouvons penser que l'équipe des professionnels se connait peu, n'a pas réfléchi à ce que représente le travail en équipe, n'a pas d'objectif de santé communs. Ceci constitue un frein au montage puisque le projet de santé dénote d'une motivation du travail en équipe et nous avons vu plus haut l'importance de la motivation des professionnels. Mais surtout si on regarde plus loin que le simple montage de la MSP, ceci constitue ou constituera un frein au bon fonctionnement de la MSP et à la pérennité de l'équipe des professionnels.

Il est cependant important d'apporter un bémol à ces propos. Nous avons rencontré des personnes qui à la question : « avez-vous un projet de santé ? » répondaient « non ». Puis au fil de la discussion, on s'apercevait qu'ils avaient un protocole oral entre médecins et kiné en cas de bronchiolite, qu'il n'existait pas de réunion formelle pluriprofessionnelles mais qu'entre deux portes ou en se croisant dans un couloir les professionnels échangeaient les difficultés rencontrées et les conduites à tenir avec les patients communs. Alors, certes un protocole n'est pas un projet de santé mais le fait de protocoliser une prise en charge fait partie du projet de santé. (57) Quelque fois donc, le projet de santé n'est pas codifié ni écrit mais il existe au sein de l'équipe une réelle dynamique de travail en équipe.

D'ailleurs ces personnes voient la rédaction du projet de santé comme un cadre rigide imposé par l'ARS. Elles pensent que n'importe qui peut l'écrire, qu'il peut être « recopié » sur d'autres. Il est bien entendu évident que les institutions ont besoin de repères objectifs pour accorder ou non des aides financières. Nous pouvons déplorer que ces critères objectifs soient plus d'ordre quantitatif que qualitatif. Peut-être serait-il judicieux d'élaborer un moyen qualitatif d'évaluation de la motivation des professionnels de santé et de la dynamique humaine abordant plus des notions de sciences humaines que de démographie ou de

diagnostic de territoire ou de rédaction d'un projet de santé…. ? Peut-être que les fédérations régionales par l'intermédiaires des professionnels les représentant pourraient occuper plus de place au sein des commissions de l'équipe d'appui accordant ou non les aides au montage ? On peut voir les fédérations régionales comme des traducteurs entre le langage des professionnels de santé et celui des institutionnels.

Un aparté pour dire que les professionnels de santé qui ne gèrent pas le projet immobilier ont plus de temps et d'énergie à consacrer à l'élaboration du projet de santé. Dans le cadre de projet immobilier privé, il est difficile pour les professionnels de mener de front le suivi de la construction et la réflexion autour du projet de santé.

Il est vrai que les projets longs durant plus de 3 ans sont considérés comme des échecs. Un médecin ayant un projet de MSP correspondant à ces critères, nous a expliqué que la longueur de son projet, suite à une rupture entre les différents professionnels de l'équipe, avait permis aux membres restant de se recentrer sur le projet de santé. Au final, la durée de ce projet a permis au projet de santé de gagner en qualité et en richesse.

On peut donc penser que l'existence spontanée d'un projet de santé est toujours preuve de la motivation des professionnels et de la volonté du travail en équipe. Par contre l'inverse n'est pas toujours vrai. Lorsqu'il est absent, les professionnels peuvent quand même avoir une dynamique de coordination des soins. S'il est absent, parce que les professionnels n'ont pas envie de travailler ensemble, probablement que sa rédaction « contrainte et forcée » aboutira à un projet de santé en bonne et due forme, mais il n'est pas sûr que les professionnels de santé travailleront pour autant en équipe et surtout de façon pérenne.

II.3. Montage juridique difficile

Ce thème est énormément développé dans la bibliographie (12)(14)(13)comme étant un frein important au montage des MSP, or dans nos entretiens, il n'a été cité qu'une seule fois. Ce

frein est plus conceptuel que pragmatique. Il existe donc une différence entre les freins retrouvés dans la bibliographie et ceux vécus réellement par les porteurs de projet.

II.4. Financement

Dans la bibliographie, nous ne retrouvons pas de jugement sur le financement privé ou public des MSP. Nous y lisons la description des différents plans de financement possibles : public, privé, partenariat public/privé. Des conseils sont donnés, par exemple : si un médecin envisage de travailler au moins 15 ans dans la structure il lui est recommandé de choisir un financement privé.

Au regard de la bibliographie(13), de nos entretiens avec les professionnels accompagnant de la fédération régionale et avec une chargé de mission au sein d'une communauté de commune nous avons noté que le financement privé était préféré. Pourquoi ?

D'une part, parce que les accompagnants ou représentant des administrations comme les élus voient dans les professionnels de santé qui s'investissent financièrement, des professionnels qui restent. L'investissement privé personnel est alors le garant de la pérennité de l'offre de soin. Nous avons cependant étudié trois projets dans lesquels le financement privé avait été un gros frein. Le premier concernait des professionnels qui souhaitaient investir personnellement dans une MSP, or, les prêts nécessaires leurs ont été refusés pour cause d'âge avancé et/ou de maladie. Dans le deuxième cas, les professionnels avaient fait appel à une société privée pour construire une MSP financée par leurs soins. Malheureusement, cette société a fait faillite avant la fin de la construction, laissant les professionnels dans des soucis financiers et logistiques. Dans ce cas, les professionnels de santé ont été victimes d'une escroquerie. Il existe en Franche-Comté des sociétés « mixtes » privées mais dans lesquelles la collectivité a des parts. Travailler avec ce genre d'entreprise peut être un moyen de se prémunir des escrocs. Dans le troisième cas, le coût du projet était tellement élevé que la banque refusait de prêter la totalité de la somme

aux professionnels. Dans ces trois cas c'est un partenariat public/privé qui a permis à ces MSP de voir le jour. Par ailleurs, le financement privé représente une surcharge de travail pour l'équipe de professionnels en particulier pour le leader.

D'autre part, le financement public est mal vu par la population et par une partie des élus locaux. Ceci a été retrouvé quatre fois dans les entretiens. « On finance une profession, qui n'a pas besoin d'argent », « on finance une profession qui s'achète des chevaux de course ». Un projet étudié était financé à 50% par la communauté de communes à fonds perdus. L'offre de soin sur un territoire est importante mais à quel prix ? Dans des zones très désertifiées le financement public permet d'être attrayant. Les collectivités doivent cependant être vigilantes lorsqu'elles financent des projets : attention à ne pas attiser les jalousies, attention à ne pas déclencher de guerre de clocher, veiller à communiquer à la population les raisons du financement, mettre en avant l'amélioration du service rendu à la population par cet investissement.

Un projet de MSP a été déplacé sur une autre communauté de communes parce que l'équipe de professionnels souhaitait un financement public qui était refusé par la communauté de communes initiale. Ceci a pour conséquence de déséquilibrer l'offre de soin existante. Un financement public peut aussi être un frein à long terme pour les professionnels qui désirent acquérir du patrimoine. En effet, les patientèles ne se revendant plus actuellement, les professionnels aidés financièrement espèrent revendre ce patrimoine à un successeur en cas de cessation d'activité dans un avenir plus propice. Les fonds publics investis dans les MSP peuvent créer des jalousies chez les professionnels ne participant pas aux projets. Ils peuvent ensuite être enclins à s'opposer au montage de la MSP.

Les partenariats public/privé sont mal connus et incompris de la population. Dans un secteur ou un partenariat public privé a permis le montage de la MSP, un communiqué à du être fait pour détailler le plan de financement et bien spécifier que l'argent n'était pas donné aux professionnels de santé mais « prêté ». D'après les entretiens réalisés, ce type de financement parait bien fonctionner. La commune ou la communauté de communes se charge du projet immobilier, emprunte à son nom puis récupère l'argent engagé sous forme de loyer et par la revente du bien aux professionnels. L'équipe de professionnels ainsi

déchargée du projet immobilier peut se concentrer sur le projet de santé. Par ce partenariat, les professionnels se sentent soutenus par les collectivités locales.

III. Eléments freinants en lien avec territoire

III.1. La MSP délocalise l'offre de santé existante pour la concentrer ailleurs

En réalisant les entretiens, nous nous sommes aperçu qu'une MSP n'était pas forcément la solution idéale pour chaque secteur. Elle peut avoir un effet d'absorption énorme et mettre en péril des activités de soins très éloignées.(58)

La restructuration des soins de premiers recours passe par le développement rapide et à grande échelle des MSP. Ceci est soutenu par une volonté politique gouvernementale.(38) Par contre c'est une erreur de penser que la solution serait de construire des MSP partout et pour tout le monde. Un des médecins interrogé dénonce « le côté on veut des maisons de santé ». Les MSP peuvent être vues comme des « caprices » d'élus ou de professionnels de santé. Caprices qui ne tiennent pas compte de ce qui est préférable pour l'accès aux soins de la population. Dans deux des entretiens, nous avons ressenti que la MSP souhaitée n'était pas forcément une bonne solution et qu'elle apporterait même des problèmes aux professionnels comme aux élus. L'approbation du projet par un représentant d'usagers donnerait de la pertinence et de la légitimité à une MSP et permettrait d'éviter les écueils cités plus haut. (59)(60)

Dans le premier cas, une MSP est souhaitée sur un secteur où il existe 2 pharmacies. La plus éloignée de la MSP va forcément perdre de la clientèle et devra peut-être même fermer. Deux pharmacies ne peuvent pas se regrouper l'une à côté de l'autre. Par ailleurs, dans ce projet, trois médecins et une pharmacie vont changer de village pour des raisons de querelles de clocher. La MSP va se monter au milieu d'une zone commerciale alors qu'avant les professionnels étaient au centre du village. Ce village perd clairement en attractivité. Ce projet bénéficie également de 50% de financement public. Dans ce cas la MSP est-elle la solution ? Ne pouvait-on pas imaginer un fonctionnement en pôle de santé ?

Un regroupement professionnel sous-entend que les professionnels quittent un lieu géographique initial pour s'installer dans un autre. Forcément les villages qui perdent leur

professionnel sont moins contents mais souvent l'offre de santé est ensuite meilleure et permet d'accepter la « délocalisation ». Dans tous les projets étudiés sauf celui-là, la MSP se construisait là où les professionnels initialement étaient les plus nombreux. Est-il justifié dans ce cas de « déshabiller une commune pour en habiller une autre ». Le service rendu dans ce cas à la population est-il bon ? Est-il justifié de faire appel à des fonds publics pour cela ? On ne peut pas dans ce cas en vouloir aux élus de la commune déshabillée de s'opposer au projet.

Dans le deuxième cas, nous en avons parlé plus haut, un des médecins du village avait un caractère très difficile. Actuellement, les médecins s'entendent bien malgré tout en travaillant chacun de leur côté. Un regroupement en MSP ne viendrait-il pas déstabiliser cet équilibre ? Le travail en équipe risque d'être difficile sous le même toit. Un des médecins du secteur reconnait d'ailleurs avoir envie de travailler en MSP mais pour lui il est plus important de ne pas rompre l'équilibre existant. Pour lui, le montage de la MSP est secondaire par rapport à l'entente avec ses collègues. Il préfère entretenir de bonnes relations avec ses collègues en travaillant seul, plutôt que de s'associer et de faire naitre des différents, en partie liés au caractère difficile de ce médecin.

Il est donc parfois judicieux de choisir de ne pas faire de MSP et d'attendre une conjoncture plus propice. L'obtention de cette conjoncture plus propice peut prendre du temps, elle est un travail de longue haleine.(61) En aucun cas, il ne faut précipiter les choses.

III.2. Élus locaux

Dans quatre des projets étudiés, les élus ont réagi et se sont emparés de la question car la démographie médicale de leur commune ou communauté de commune baissait et qu'ils étaient inquiets pour leur population. La question de la santé n'est habituellement pas de leur ressort. Le temps passé à s'informer sur les MSP retarde les projets. D'ailleurs 3 élus interrogés nous ont avoué avoir refusé de faciliter initialement un projet parce qu'à ce

moment-là, ils n'avaient pas compris ce qu'était une MSP. Ils ont ensuite accepté un partenariat public/privé mais les projets ont été retardés.

On a retrouvé aussi des élus opposés au projet de MSP sur leur commune du fait de conflits d'intérêts. Dans une commune, un médecin installé depuis longtemps et opposé à l'ouverture d'une MSP a eu plus de poids auprès des élus que le jeune kiné qui voulait la construire. Dans un autre secteur, une élue locale était opposée à l'ouverture d'une MSP car son mari médecin n'y était pas favorable. Il craignait une baisse d'activité. Deux autres maires s'opposaient activement à un projet de MSP car elle était située sur une autre commune que la leur. Ils privilégiaient des intérêts électoralistes à l'intérêt général. Deux projets ont du attendre un changement de maire pour obtenir le soutien de la municipalité ou du président de communauté de communes.

Il est quand même important de rappeler que quatre élus rencontrés avaient à cœur de maintenir l'offre de santé sur leur territoire. Bien que ne faisant pas parti de leurs attributions, ils se sont familiarisés avec la question de la santé. Tous les quatre sont situés en zone désertifiée. Ils sont favorables à un financement public. Malgré tout, dans deux des quatre projets aucun médecin n'est intéressé par une installation dans ce secteur. Le projet de MSP est donc caduc.

La non motivation ou l'opposition des élus n'est pas un frein insurmontable, elle peut néanmoins retarder les projets. Par contre la non motivation des professionnels de santé rend vain le travail des élus. Des élus seuls ne peuvent pas monter une maison de santé. Un cas a fait école dans la région, la MSP est restée vide pendant quelque temps. Nous avons contacté les élus de cette commune qui n'ont pas donné suite à notre demande.

Le meilleur cas de figure c'est lorsque l'élu prend le rôle de facilitateur de projet et gère le projet immobilier tout en étant à l'écoute des attentes des professionnels de santé. Il doit éviter de prendre les décisions à la place des professionnels de santé.

III.3. Diagnostic de territoire

Le diagnostic de territoire consiste à étudier le contexte géographique, économique, socio démographique, l'état de santé de la population du territoire et la démographie des professionnels de santé.

Sur ce point, il existe une discordance entre ce que l'on peut lire dans la bibliographie et ce qu'on a pu entendre dans les différents entretiens réalisés. En effet, dans son livre « Monter et faire vivre une maison de santé », Pierre de Haas, insiste sur l'importance du diagnostic de territoire qu'il appelle « étude d'opportunité » et qui souvent est réalisé par une société extérieure et privée.

Le diagnostic de territoire est nécessaire lorsqu'un financement public est souhaité. Il est en effet légitime que les financeurs aient une preuve de la nécessité de la MSP.

D'un point de vue bibliographique(13), la nécessité du diagnostic de territoire parait évidente. Les acteurs de terrain rencontrés lors des entretiens approuvaient l'idée du diagnostic de territoire mais le trouvait en pratique inutile. Ils se sentent les mieux à même de connaitre les besoins de leur secteur. Ils pensent qu'une personne extérieure sera moins performante. Dans des lieux où la démographie médicale est préoccupante, il saute aux yeux qu'une structure de soins primaires devrait voir le jour. Le diagnostic de territoire est alors chronophage et onéreux : il semble inutile !

Un autre reproche est que ces diagnostics sont faits à l'échelle d'un pays et non à l'échelle du secteur d'une MSP. Les porteurs de projet sont intéressés par leur secteur uniquement, ils n'obtiennent donc pas de réponse précises à leurs questions. Le diagnostic de territoire doit se faire à l'échelle « microscopique » plutôt que « macroscopique ».

Ces diagnostics étudient la géographie, l'économie, la socio démographie du territoire, la santé des habitants, la démographie des professionnels de santé et les perspectives de départ à la retraite. Ils ne prennent pas en compte la motivation des professionnels du secteur qui est la condition sine qua none permettant le montage puis le fonctionnement d'une MSP.

A l'échelle d'un pays, aux vues de toutes les données statistiques, l'emplacement idéal d'une MSP peut être défini. Mais en pratique, si les professionnels de cette commune ne sont pas motivés, le montage sera difficile voire impossible. Par contre si dans la commune voisine les professionnels sont motivés, la MSP se montera, bien que non située idéalement sur le territoire.

Bien sûr les financeurs doivent s'appuyer sur des données concrètes pour justifier les subventions, il est dommage qu'ils n'étudient pas la motivation des professionnels de santé du secteur. Cette motivation constitue le principal facteur favorisant le montage des MSP. A l'inverse, l'absence de motivation des professionnels est le principal facteur d'échec de montage de MSP.

On pourrait imaginer aussi que le diagnostic de territoire prenne en compte les besoins de la population par le biais de représentants d'usagers formés. Ce concept n'est que balbutiant pour les soins ambulatoires alors qu'il est développé pour les hôpitaux et les cliniques. Il donnerait plus de pertinence et de légitimité aux professionnels aux MSP et à la réorganisation des soins de premier recours.

Dans notre étude, le diagnostic de territoire apparait dans les freins mais pas dans les moteurs. Il ne favorise pas l'émergence de MSP.

III.4. Démographie médicale et paramédicale en baisse

La baisse de la démographie médicale a été abordée par toutes les personnes interrogées, professionnelles de santé ou non. Dans la majorité des dossiers étudiés, la baisse locale de la démographie médicale est une réalité qui constitue le point de départ de l'histoire de la MSP. Souvent tout débute lorsque le ou un des médecin(s) du village prend sa retraite. La question se pose alors pour ceux qui restent : « comment va-t-on faire ? », « il faut faire quelque-chose ». Lorsque d'autres médecins sont encore en activité sur le secteur, ils

s'organisent alors pour trouver un successeur, pour attirer un nouveau médecin. Ils se rendent compte alors que favoriser la venue d'un nouveau n'est pas chose facile lorsque chaque professionnel travaille à son domicile et de manière isolée. Si ces derniers accueillent des étudiants, ils perçoivent que les jeunes générations aspirent majoritairement à une activité pluriprofessionnelle, et ne sont pas enclin au rachat de patientèle. Ceci peut les aider à voir plus loin et avoir un projet.

Lorsque les professionnels restant ne réagissent pas à cette baisse de démographie médicale, les élus inquiets, pour leur population se chargent alors du dossier. Le domaine de la santé n'est pourtant pas habituellement de leur ressort. Ils se renseignent alors sur le sujet.

Les professionnels comme les élus découvrent alors le concept de maison de santé pluriprofessionnelle.

La baisse de la démographie médicale est une réalité.(55)(48)(62) Néanmoins, elle pose le problème du manque d'attrait de la médecine de premier recours pour les plus jeunes. Même dotée d'une MSP certains secteurs ruraux sont quand même désertifiés. Certains porteurs de projet déchantent, ils espéraient qu'en montant une MSP, ils seraient plus attractifs. Comment peut-on rendre attractive l'activité en médecine générale ? Dans ce contexte, on espère beaucoup de la filière universitaire de médecine générale. On attend d'elle l'ouverture de plus de terrain de stage en ambulatoire, la formation de chefs de cliniques et de professeurs en médecine générale, le développement de la recherche en soins primaires. Cette dernière permettra également d'améliorer la qualité de la formation reçue par les internes de médecine générale. Elle acquiert ainsi toute sa légitimité.

La baisse de la démographie médicale par arrêt précoce de l'activité d'un médecin est le reflet de la difficulté d'exercice de la médecine générale en milieu rural. Les arrêts précoces remarqués dans nos entretiens concernaient des médecins exerçant en zone désertifiée rurale et surchargés de travail. L'arrêt est précoce pour cause de surmenage professionnel. Soit le médecin arrête complètement son activité, soit il choisit un lieu d'exercice moins désertifié, soit il choisit une activité salariée. D'où l'importance d'un système de veille de l'épuisement professionnel des médecins.

Propositions communes

Dans les suites de notre étude, des éléments forts à même de favoriser le montage des MSP nous sont apparus.

Agir très en amont de l'idée même de regroupement des PS au sein d'une MSP. Pour cela nous proposons de :

- Ne pas attendre la désertification médicale pour agir. En effet une fois désertifié nous pensons que les territoires deviennent stériles à toute tentative de correction de la démographie.
- Ré-enchanter la médecine générale, la rendre attractive pour les jeunes générations en développant la FUMG. Valoriser le temps médical, les actes de préventions et de coordinations pour permettre aux MG de continuer à exercer dans de bonnes conditions. Renforcer la solidarité des PS, prendre efficacement et collectivement en compte le risque d'épuisement des PS afin d'éviter les arrêts précoces et impromptus d'activités en créant un système de veille des PS.
- Favoriser la création de liens entre les professionnels bien en amont de l'idée de MSP. Les liens et l'histoire commune entre professionnels sont des éléments fondamentaux pour engager une réflexion sur le regroupement ou la collaboration des PS. A ce propos nous encourageons un maximum d'acteurs à s'engager dans cette voie en proposant des thématiques porteuses comme la formation continue, l'accueil des étudiants, la pédagogie et la recherche en soins primaires. Mais en proposant aussi des thématiques nouvelles pour les professionnels avec pourquoi pas le développement d'activité de loisirs, d'échange culturel… Laisser s'exprimer l'originalité pour créer du lien.

Donner envie aux PS de se regrouper et d'étoffer le sens qu'ils donnent à leur rôle de soignants.

- Accepter que certains PS ne souhaitent pas entrer dans cette démarche, mais garder le contact et ne pas créer de jalousie.
- Favoriser le témoignage par les pairs. Encourager la FFMPS et les fédérations régionales à accroître leurs actions d'informations à destination de tous les PS.
- Encourager les PS à donner plus de sens à leur rôle de soignant. Pour cela, faire apparaître dans le débat public que l'investissement dans le soin n'est pas qu'une question de disponibilité des professionnels, mais inclus aussi des notions d'approche populationnelle, de permanence des soins, de prévention…
- Développer l'échange entre les PS et la population par le biais de représentants d'usagers, afin que les attentes de chacun soient entendues.

S'interroger sur la façon d'organiser les soins de premiers recours sur les « micros » territoires concernés, puis éventuellement augmenter l'échelle pour prendre en compte un « macro » territoire.

- La MSP n'est pas forcément la solution.
- Prendre garde à l'effet d'aubaine que peuvent générer les subventions.

Définir une stratégie d'accompagnement et réfléchir à l'organisation de l'équipe dès la naissance du projet

- Encourager les PAPS à coordonner efficacement les différents acteurs de l'accompagnement.
- Ne pas vouloir créer un accompagnateur unique, respecter les champs de compétences et particularités de chaque acteur de l'accompagnement tout en luttant contre la redondance.

- Définir et répartir les rôles au sein de l'équipe de la future MSP afin d'éviter les problèmes liés au surinvestissement de certains et à la perte de la dynamique pour d'autres.

Prendre son temps et ne pas brûler les étapes.

- Commencer par créer du lien entre les PS et faire naître une histoire commune.
- Considérer qu'une dynamique humaine est un préambule nécessaire aux différents projets : de santé, immobilier et professionnel.
- S'assurer que les membres de l'équipe avancent de la manière la plus synchrone possible afin d'éviter de perdre des PS et pour permettre d'engager un fonctionnement collectif le plus efficace possible.
- Prendre conscience que le montage n'est pas une fin en soi, mais considérer montage et vie des MSP comme un continuum.
- Garder à l'esprit que la qualité du montage influera sur la vie de la MSP.

Encourager les administratifs à plus de :

- Flexibilité, en acceptant des modèles différents de projet de santé, en acceptant des temps de maturation lents et variables d'une équipe à une autre.
- Confiance envers les PS qui sont à mêmes de juger leur motivation et leur chance de réussite.
- Critique vis-à-vis des critères de définition statistiques des territoires, qui souvent ne reflètent pas la réalité du terrain que connaissent bien les PS.

S'appuyer sur les élus locaux.

- Encourager l'implication des collectivités locales mais dans le cadre de partenariat avec les PS.
- Vulgariser les nouvelles alternatives d'exercice (MSP) auprès des élus locaux

- Encourager les élus locaux à témoigner de leur bonne connaissance de la population et de l'offre de soin.

Considérer que le financement doit répondre à des attentes avant tout.

CONCLUSIONS

Si les premières MSP ont été créées par des PS militants notamment en Franche Comté, région pionnière, actuellement la conjoncture est différente. Si l'on souhaite le développement rapide et à grande échelle des MSP, il est nécessaire d'adjoindre au petit effectif des militants du début, le plus grand nombre de professionnels de santé.

L'organisation des soins de premiers recours fait face en France comme ailleurs à de nouvelles contraintes : baisse de la démographie médicale, majoration de la demande de soins. Dans le même temps des attentes nouvelles s'expriment de la part des professionnels et de la société en générale. Celle-ci souhaite rendre pérenne l'accès aux soins pour tous et partout. Les professionnels recherchent un exercice du soin coordonné, une meilleure qualité de vie et les jeunes plébiscitent le travail en groupe. Tout ceci sur fond de crise économique mondiale qui impose d'optimiser les dépenses.

Dans ce contexte les MSP apparaissent comme un élément clef de la structuration des soins de premiers recours à même de répondre aux attentes de chacun.

Notre travail a donc toute son importance puisqu'il dégage des propositions issues de l'analyse de différentes situations concrètes de montage de MSP. L'étude de ces expériences de terrain, nous l'espérons, permettra d'optimiser l'accompagnement dans le but de développer à grande échelle les MSP.

Nous avons été surpris de découvrir la puissance du facteur humain. Malgré l'existence d'une volonté politique locale et gouvernementale accordant des aides financières, nonobstant l'engagement des acteurs de l'accompagnement, la réussite d'un projet est essentiellement liée à la dynamique humaine des professionnels de santé.

Le chantier des années à venir doit se faire non pas autour de solutions techniques ou financières, mais autour des leviers à même de créer ou de renforcer la dynamique humaine essentielle à chaque projet.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 36 [Internet]. Légifrance. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000020879483&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id

2. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale [Internet]. 2010 . Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/article/conclusions-de-la-mission-legmann-definition-d-un-nouveau-modele-de-la-medecine-liberale-970

3. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats [Internet]. 2009 févr [cité 2012 févr 17];(679). Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf

4. Budowski M, Gay B. Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. La revue Exercer. 2005;(75):142-4.

5. Bourgueil Y, Mousques J, Marek A, Tajahmadi A, IRDES. Améliorer la répartition géographique des médecins: les mesures adoptées en France. Questions d'économie de la santé. 2007 mai;(122).

6. INSEE. Consommation de soins et de biens médicaux en 2010 [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06302

7. Bras P-L. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. Pratiques et Organisation des soins. 2011 mars;42(1):27-34.

8. Autès M, Dufay M-G. Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager. Santé publique. 2009 janv;(21):17-25.

9. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Revue française des affaires sociales. 2011;2-3:9-28.

10. Polton D. Accroître la qualité et l'efficience du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France. Revue française des affaires sociales. 2010;3(3):97-101.

11. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. Santé publique. 2009 janv;(21):27-38.

12. Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallencien G. Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement [Internet]. 2010 . Disponible sur : http://www.ump-senat.fr/Jean-Marc-Juilhard-remet-son.html

13. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Brignais (Rhône): Le Coudrier; 2010.

14. Hubert E. Rapport du Docteur Elisabeth HUBERT : Mission de concertation sur la medecine de proximité - Présidence de la République [Internet]. 2010. Disponible sur :

http://www.elysee.fr/president/les-actualites/rapports/2010/rapport-du-docteur-elisabeth-hubert-mission-de.10088.html

15. HAS. Haute Autorité de Santé - Délégation, transfert, nouveaux métiers… Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

16. Bras P-L. Les réformes des systèmes de santé, ici et ailleurs. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours? Les tribunes de la santé. 2011 printemps;(30).

17. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières - L'apport d'expériences européennes et canadiennes - Série Études et Recherche publiées en 2006 - Documents de travail - Publications - Etudes recherches et statistiques - DREES - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé) [Internet]. 2006. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/soins-primaires-vers-une-cooperation-entre-medecins-et-infirmieres-l-apport-d-experiences-europeennes-et-canadiennes.html

18. Lautru M-A. Coopération et loi HPST: perspectives du déploiement des coopérations. adsp [Internet]. 2010 mars [cité 2011 juin 7];(70). Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/personne?ae=personne&clef=2602&menu=111282&classe=personne

19. Fourcade J-P. l'article 2 de la proposition de loi de Jean-Pierre Fourcade [Internet]. 2011. Disponible sur : http://www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-pourquoi-comment-/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-textes-legislatifs-et-reglementaires/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-csp/191-larticle-2-de-la-proposition-de-loi-de-jean-pierre-fourcade

20. Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la santé [Internet]. 2009 ;(147). Disponible sur : http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/Recherche.html?cx=007387993133100041965%3Akmtpe1wenja&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8&q=%C3%A9valuation+exploratoire+&sa.x=11&sa.y=7&siteurl=www.irdes.fr%2FEspaceRecherche%2FEquipe%2FBourgueilBiblioComplete.htm#1013

21. Cément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Santé publique. 2009 janv;(21):79-90.

22. HAS. Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôles de santé et centres de santé. 2007.

23. LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 44. 2007.

24. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 , article 39 [Internet]. Légifrance. 2009. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=54417A448773A2DE62FA52131AEEFB

7C.tpdjo02v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890196&dateTexte=20120519&categorieLien=id#LEGIARTI000020890196

25. LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2. 2011.

26. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2011. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id

27. Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premiersrecours: quelles perspectives économiques en termes deperformance? Revue française des affaires sociales. 2011;2-3:253-75.

28. Penfornis A. La coopération des professions de santé: une triple nécessité et une triple exigence. adsp [Internet]. 2010 mars;(70). Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/personne?ae=personne&clef=2501&menu=111281&classe=personne

29. Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiels et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaire. Pratiques et Organisation des soins. 2011 juin;42(2):101-9.

30. Silber D. Comment réssusciter un système public de santé: l'exemple inattendu des Vets [Internet]. 2007 . Disponible sur : http://www.institutmontaigne.org/medias/documents/vets_sante_internet.pdf

31. Rich EC, Lipson D, Libersky J, Peikes DN, Parchman ML. Organizing Care for Complex Patients in the Patient-Centered Medical Home. Ann Fam Med. 2012 janv 1;10(1):60-2.

32. Ortiz G, Fromer L. Patient-Centered Medical Home in chronic obstructive pulmonary disease. J Multidiscip Healthc. 2011;4:357-65.

33. Tralongo P, Borsellino N, Ferrau' F, Verderame F, Butera alfredo, Giuffrida D, et al. Cancer patient-centered home care: a new model for health care in oncology. Therapeutics and Clinical Risk Management. 2011 sept;387.

34. Serin M. Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? Santé publique. 2009 janv;(21):67-71.

35. Garros B. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? Santé publique. 2009 janv;(21):7-16.

36. Bachelot R. «Les médecins n'ont pas désavoué le gouvernement» [Internet]. 2010.Disponible sur : http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2010/10/05/04016-20101005ARTFIG00643-les-medecins-n-ont-pas-desavoue-le-gouvernement.php

37. Baudier F, Clément M-C. Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé. Santé publique. 2009 janv;(21):103-8.

38. Bachelot R, Mercier M, Hortefeu B. Lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural. 2010.

39. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousques J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. 2010 sept;(157).

40. Gauthier A, Brunelle Y. Comment naît une « équipe » de soins ? Le cas des premiers Groupes de médecine de famille au Québec. Santé publique. 2009 janv;(21):39-47.

41. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011. Disponible sur: http://www.urps-oi.net/MG/enquete_souhaits_mg-instalation.pdf

42. Monneraud L. Les médecins «promoteurs» dans l'action publique de la santé: un nouveau type de sacerdoce. Revue française des affaires sociales. 2011;2-3:276-96.

43. MSA. Maisons de santé rurales, vos 10 questions, nos 10 réponses. Une solution d'avenir aux problèmes de démographie des professionnels de santé. 2007. Disponible sur: http://maisonsdesanterurales.msa.fr/wp-content/uploads/msr10questions10reponses1.pdf

44. Beauté J, Bourgueil Y, Mousques J. Baromètre des pratiques en médecine libérale Résultats de l'enquête 2006 « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons ». IRDES; 2007 août. Report No.: 5.

45. Vayssette P. Maisons de santé: professionnels et régions aux manettes. Réseaux, santé & territoire. 2012 janv;(42):18-27.

46. Article L6323-3 du code de santé publique. 2011.

47. Colin M-P, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. Santé publique. 2009 janv;(21):57-65.

48. Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois Gwenaelle. Atlas de la démographie médicale en région Franche-Comté: situation au 1er janvier 2009 [Internet]. CNOM; 2009 janv. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Franche%20Comte.pdf?download=1

49. Médecins : stress, burnout, tentatives de suicide, us et abus de drogues, d'alcool et de médicaments, selon plusieurs études parues dans le BMJ et ailleurs [Internet]. Disponible sur : http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/11/29/medecins-stress-burnout-tentatives-de-suicide-us-et-abus-de.html

50. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale: premiers résultats d'un panel dans 5 régions françaises. 2007 nov;(610).

51. Flück C. La roue des compétences [Internet]. Disponible sur : http://www.fluck-competences.com/methodologie/roue-des-competences.html

52. Baudier F. Les nouvelles formes d'offres de santé : l'engagement de la Franche-Comté. Santé publique. 2009 janv;(21):109-111.

53. MSA. Créer une maison de santé, introduction à l'accompagnement. 2010.

54. Juilhard J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? - Sénat [Internet]. 2007. Disponible sur : http://www.senat.fr/notice-rapport/2007/r07-014-notice.html

55. Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois gwenaelle. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Franche-Comté [Internet]. CNOM; 2011 juin. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Franche-Comte_2011.pdf?download=1

56. Juilhard J-M. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale [Internet]. 2007 oct. Disponible sur : http://www.ump-senat.fr/Jean-Marc-Juilhard-remet-son.html

57. HAS. Coopérations entre professionnels de santé : une nouvelle dynamique. lettre de la HAS [Internet]. 2011 avr;(26). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1027348/cooperations-entre-professionnels-de-sante-une-nouvelle-dynamique?xtmc=nouvelles%20coop%C3%A9rations&xtcr=4

58. Trouillard M. La place d es maisons de santé dans l'accès aux soins. 5 expériences de maisons de santé en Lorraine: entre dynamisme et réalité. 2009.

59. Drielsma P. Les maisons médicales belges, un accident de parcours post-soixante-huitard ou un mode d'organisation inoxydable? Santé Publique. 2009;21(hs1):49-55.

60. Jeanmaire T, Jendoubi K, Vuattoux P, Chazerand P. Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients. Santé publique. 2009 janv;(21):91-101.

61. Vuattoux P, Magnin C. Une Fédération Régionale des Maisons de Santé : regards sur l'expérience franc-comtoise. Santé publique. 2009 janv;(21):73-78.

62. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats [Internet]. 2009 févr. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/PDF/er679.pdf

63. France, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009 page 12184, texte n°1

64. Dauberton JO. Maison de santé pluridisciplinaire : enseignement aux internes de médecine générale. Th : Med : Reims ; 2012.

65. MSA Franche-Comté. Boite à outils maisons de santé rurales. ©2006 Disponible sur : http://www.msafranchecomte.fr/files/msafranchecomte/msafranchecomte_1148291941507_BO_TE___OUTILS.pdf

66. Deschamps LM. Collaboration entre un hôpital local et une maison de santé. Th : med : Besançon ; 2011. 11-104

Plan détaillé

Sommaire *29*

Liste des abréviations *31*

INTRODUCTION *33*

Qu'appelle-t-on soins de premiers recours ? **35**

Pourquoi la réorganisation des soins de premiers recours est-elle nécessaire ? **36**

Se pose donc la question de « comment faire ? » **37**

Qu'est-ce qu'une MSP ? **39**

Quels sont les facteurs favorisant et freinant leur développement retrouvés dans la littérature ? **43**

MATERIEL ET METHODE *47*

RESULTATS *51*

Résultats : les moteurs *53*

I. Eléments favorisants en lien avec l'équipe professionnelle *53*

I.1. Volonté d'association et de travail en groupe. **53**

a) Objectif personnel conduisant vers l'exercice en MSP 53

b) Source de motivation dans la réalisation des projets 54

I.2. Partage de valeurs communes **54**

I.3. Dynamisme et bonne entente au sein de l'équipe **55**

a) Dynamique d'équipe 55

b) Bonne entente au sein de l'équipe 57

I.4. Histoire commune et liens au sein de l'équipe **58**

a) constitution de cette histoire par une habitude de travail en commun 58

b) Constitution de cette histoire par l'investissement dans le projet 59

I.5. Accompagnement de l'équipe. **60**

a) Limite le risque d'épuisement 61

b) Apporte des réponses à des besoins définis 61

c) La FEMASAC 62

d) Communauté de communes 62

e) Echange entre professionnels 63

f) L'ARS 64

g) Accompagnement pour le montage et le début d'activité 64

I.6. Absence de hiérarchie 64

I.7. Accueil des professionnels de santé en formation 65

a) Effet facilitateur par la création de liens entre professionnels 65
b) Facilitateur par l'image donnée du monde rural 66
c) Facilitateur par la propagation de l'idée de MSP 66

I.8. Existence d'un leader professionnel 66

a) La nécessité d'un leader 67
b) Le rôle du leader 68
c) Leader médecin 69
d) Histoire et vécu local du leader 72

I.9. Management et délégation 73

II. Eléments favorisants en lien avec le projet 75

II.1. Les bases humaines d'un projet 75

II.2. Le projet de santé 76

II.3. L'évolutivité du projet immobilier 77

II.4. Le projet immobilier de la MSP 78

a) Source de motivation 78
b) Délégation aux professionnels du bâtiment 78
c) Pertinence du travail architectural 79

II.5. Financement du projet 80

a) Financement majoritairement privé 80
b) Financement majoritairement public 82
c) Place des subventions 83

III. Eléments favorisants en lien avec le territoire 84

III.1. Partenariat et implication des collectivités locales 84

a) Implication des collectivités locales 84
b) Partenariat entre les professionnels de soins et les acteurs locaux 85

III.2. L'analyse territoriale 86

a) Evaluation de la démographie des professionnels de santé 86
b) Evaluation du besoin 87
c) Relations avec les professionnels du secteur 88

III.3. Circulation de l'information à destination des professionnels 88

III.4. Existence d'un hôpital local 89

Résultats : les freins 91

I. Eléments freinants en lien avec l'équipe professionnelle 91

I.1. Professionnels de santé du secteur 91

a) Aucun médecin intéressé par le projet 92
b) Démotivation des professionnels devant la durée du projet ou l'absence de motivation des élus 92
c) Médecin opposé au projet 92
d) Médecin non intéressé par le projet 94

e) Paramédicaux non intéressés 94
f) Rupture entre les différents professionnels ou divergence de points de vue 95
g) Pas de valorisation du patrimoine préexistant 96
h) Surcoût lié aux charges communes en MSP 96

I.2. Difficulté d'attirer de nouveaux médecins 97
a) L'exercice libéral fait peur aux jeunes générations 97
b) Obsolescence du rachat de patientèle 97
c) Refus d'accueillir un médecin étranger 98

I.3. Leader du projet 98
a) Leader absent, non médecin ou non soutenu par un médecin 98
b) Manque d'écoute envers les différentes personnes de l'équipe 99
c) Leader bicéphale 100
d) Travail non rémunéré 100
e) Solitude, souffrance et lourde charge de travail pour le leader 100

I.4. Les accompagnants 101
a) Longs délais et malentendus pour les rendez-vous 101
b) Cadre rigide de l'équipe d'appui 101
c) Les idées de la FEMASAC ne sont pas connues du grand public 101

I.5. Difficultés avec les administrations 102
a) Lenteur et lourdeur des dossiers administratifs 102
b) Manque d'anticipation des difficultés démographiques, pas de considération des prospectives 103
c) Pas de corrélation entre le secteur couvert par une MSP et le découpage administratif territorial 103
d) Rigidité 103

II. Eléments freinants en lien avec le projet de santé et le projet immobilier 104

II.1. Projet immobilier 104
a) Difficulté d'obtention du permis de construire 104
b) Projet pharaonique, loyers trop élevés 104
c) Porté par la collectivité 105
d) Porté par les professionnels de santé 106
e) Porté par une société privée 106
f) Prépondérant 107
g) Réhabilitation d'anciens bâtiments 108
h) Respect du Grenelle de l'environnement 108
i) Terrain difficile à obtenir 109
j) Absence d'évolutivité du projet architectural 109

II.2. Projet de santé 109
a) Absent 110
b) Inutile, ressenti comme une contrainte administrative 110
c) Difficile à élaborer en même temps que le projet immobilier 110
d) Etape longue et surcharge de travail 111
e) Non partagé par l'ensemble des professionnels 111
f) Elaboration compromise par les difficultés de travailler en équipe 112

II.3. Montage juridique difficile 112

II.4. Financement 113
a) Privé 113

b) Public ou partenariat public privé 114

III. Eléments freinants en lien avec le territoire 117

III.1. La MSP délocalise l'offre de santé existante pour la concentrer ailleurs 117

III.2. Élus locaux 118

a) Favorables au projet mais manquent de compétence dans le domaine de la santé 118
b) Opposés 118
c) Veulent prendre des décisions à la place des professionnels 120
d) Font passer l'intérêt politique avant l'intérêt général 120

III.3. Diagnostic de territoire 120

III.4. Démographie médicale et paramédicale en baisse 121

a) Par arrêt précoce de l'activité ou par déménagement professionnel 121
b) Par départ en retraite effectif ou à venir 121
c) Sans l'arrivée d'un médecin supplémentaire, le projet est ralenti ou stagnant 122
d) Ne devrait pas être régulée par les professionnels mais par l'état 122
e) Une MSP n'est pas systématiquement attrayante pour des nouveaux médecins 122

DISCUSSION 123

I. Pourquoi une thèse collective ? 125

II. Discussion de la méthode 125

II.1. La population étudiée 126

II.2. Le choix de l'étude qualitative et des entretiens semi-directifs 126

III. Les limites de l'étude 127

Discussion : les moteurs 129

I. Eléments favorisants en lien avec l'équipe 129

I.1. Volonté d'association et de travail en groupe 129

I.2. Partage de valeurs 131

I.3. Histoire commune et dynamique d'équipe 132

I.4. Accompagnement de l'équipe 135

a) La FEMASAC 135
b) Les communautés de communes 137
c) Echanges entre professionnels 138
d) L'ARS et les services qui l'ont précédée 139

I.5. Absence de hiérarchie 140

I.6. Accueil des professionnels en formation 141

I.7. Leader professionnel 142

I.8. Management et délégation 146

II. Eléments favorisants en lien avec le projet 149

II.1. Les bases humaines d'un projet 149

II.2. Le projet de santé 150

II.3. Evolutivité du projet architectural 152

II.4. Le bâtiment de la MSP 154

II.5. Financement du projet 156

a) Le financement privé. 156

b) Le financement public 157

III. Eléments favorisants en lien avec le territoire 159

III.1. Implication des collectivités et partenariats avec les élus locaux 159

III.2. Analyse territoriale 162

III.3. Circulation de l'information à destination des professionnels 163

III.4. Existence d'un hôpital local 164

Discussion : les freins 167

I. Eléments freinants en lien avec l'équipe professionnelle 167

I.1. Professionnels de santé du secteur 167

I.2. Difficulté d'attirer de nouveaux médecins 170

I.3. Leader du projet 172

I.4. Les accompagnants 175

I.5. Difficultés avec les administrations 177

II. Eléments freinants en lien avec le projet de santé et projet immobilier 179

II.1. Projet immobilier 179

II.2. Projet de santé 180

II.3. Montage juridique difficile 182

II.4. Financement 183

III. Eléments freinants en lien avec territoire 186

III.1. La MSP délocalise l'offre de santé existante pour la concentrer ailleurs 186

III.2. Élus locaux 187

III.3. Diagnostic de territoire 189

III.4. Démographie médicale et paramédicale en baisse 190

Propositions communes 193

CONCLUSIONS 197

BIBLIOGRAPHIE.....***201***

Plan détaillé.....***209***

ufr SMP Sciences médicales & pharmaceutiques
UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ UFC

PERMIS D'IMPRIMER

****

Thèse collective pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

Présentée par :

Cécile Cairey-Remonnay
Née le 23 mars 1981 à Pontarlier

Samuel Bruchon
Né le 18 mai 1979 à Belfort

Et ayant pour titre : LES FACTEURS FAVORISANT ET FREINANT LE MONTAGE DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN FRANCHE-COMTE

Vu,

Besançon, le 29-5-12

Le Président de jury de Thèse,

Professeur A. MENGET
Médecin Consultant
Pédiatrie 2
CHU - 25030 BESANCON Cedex

Vu et approuvé,

Besançon, le 29 5 2012

Le Directeur de l'UFR SMP,

Le Professeur E. SAMAIN

UFR SMP 19 rue Ambroise Paré F-25030 Besançon cedex | Tél. +33 (0)3 63 08 22 00 | Fax +33 (0)3 81 66 56 83
| http://medecine-pharmacie.univ-fcomte.fr

RÉSUMÉ

Noms – Prénoms : Cairey-Remonnay Cécile et Bruchon Samuel
Thèse soutenue le : 14 juin 2012

Titre de la thèse : LES FACTEURS FAVORISANT ET FREINANT LE MONTAGE DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN FRANCHE-COMTE

Résumé :
Introduction : Les soins primaires sont en cours de réorganisation suite à la baisse de la démographie médicale, à l'augmentation de la demande de soins et au besoin de revalorisation et de recentrage de la médecine ambulatoire dans le système de soins. Dans ce contexte, se développent les Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) qui sont portées par les acteurs de terrain depuis quelques années, puis encouragées par nos dirigeants secondairement. Créer une MSP n'est ni simple ni évident. Chaque MSP est unique. Il n'en existe pas un modèle standard applicable partout et à tous. Quels sont les moteurs et les freins rencontrés par les porteurs de projet ?

Méthode : Nous avons utilisé une étude qualitative par entretiens semi structurés en face à face.

Résultats : Les principaux moteurs rencontrés sont l'existence d'une équipe humaine partageant une histoire et des valeurs communes. Dans la meilleure des configurations, cette équipe est guidée dans son cheminement par un leader, bénéficie d'un accompagnement efficace et est soutenue par les élus locaux. Les principaux freins rencontrés sont l'absence de motivation des Professionnels de Santé(PS) et le manque d'attrait de la médecine générale pour les jeunes générations.

Discussion : Ré enchanter la médecine générale pour la rendre plus attractive pour les jeunes générations en développant la FUMG. Valoriser le temps médical, les actes de prévention et de coordination pour permettre aux MG de continuer à exercer dans de bonnes conditions. Renforcer la solidarité des PS, prendre efficacement et collectivement en compte le risque d'épuisement des PS afin d'éviter les arrêts précoces et impromptus d'activités en créant un système de veille des PS.
Favoriser la création de liens entre les professionnels bien en amont de l'idée de MSP, en proposant des thématiques porteuses comme la formation continue, l'accueil des étudiants, la pédagogie et la recherche en soins primaires. Mais en proposant aussi des thématiques nouvelles pour les professionnels avec pourquoi pas le développement d'activité de loisirs, d'échange culturel… Les liens et l'histoire commune entre professionnels sont des éléments fondamentaux pour engager une réflexion sur le regroupement ou la collaboration des PS.

Conclusion : Nous avons été surpris de découvrir la puissance du facteur humain. Malgré l'existence d'une volonté politique locale et gouvernementale accordant des aides financières, nonobstant l'engagement des acteurs de l'accompagnement, la réussite d'un projet est essentiellement liée à la dynamique humaine des professionnels de santé.

Mots clés : Maison de santé pluriprofessionnelle, professionnels de santé, soins de santé primaires, relations interprofessionnelles