

Année 2023

2023 TOU3 1144  
2023 TOU3 1145

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**M. BOUDJEMAA Jean et M. LE HYARIC Bastien**

Le 24 Octobre 2023

## VECU PERSONNEL ET PROFESSIONNEL DES MEDECINS GENERALISTES D'OCCITANIE PAR RAPPORT A L'EXERCICE EN MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE

Directeur de thèse : Dr Patrice CALMELS

### JURY :

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

**Monsieur le Docteur Patrice CALMELS**

**Madame le Docteur Florence DURRIEU**

**Madame le Professeur Assistant Anne FREYENS**

**Président**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Assesseur**

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine  
2022-2023

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

**Professeurs Associés**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie diagnostiques et thérapeutiques médicales
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Bactériologie-virologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Nutrition
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Pharmacologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Physiologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Médecine interne
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Physiologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Immunologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Pédo-psychiatrie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Biophysique et médecine nucléaire
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
M. GACHIES Hervé  
Mme LATROUS Leïla  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

## **Composition du jury**

### **Président du jury**

Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane

### **Membres du jury**

Monsieur le Docteur CALMELS Patrice (directeur de thèse)

Madame le Docteur DURRIEU Florence

Madame le Professeur FREYENS Anne

## **Remerciements communs**

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Votre intérêt pour notre travail nous touche et nous vous en sommes très reconnaissants.

A Madame le Professeur Anne FREYENS, merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse et ainsi de nous faire l'honneur de juger notre travail.

A Madame le Docteur Florence DURRIEU, nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. C'est un honneur pour nous.

Au Docteur Patrice CALMELS, merci d'avoir accepté de diriger notre travail de thèse, merci de nous avoir accompagné. Je ne pense pas que l'on puisse trouver quelqu'un d'aussi investi et disponible. Merci pour ta franchise, ton expérience et tes conseils avisés qui nous ont permis de mener à bien ce projet.

## **Remerciements de Jean**

Tout d'abord, à mon père, pour m'avoir accompagné tout au long de mes études médicales. Il a su me redonner la motivation dans les moments difficiles et m'apporter de belles valeurs. Son investissement et sa rigueur pour aider au quotidien ses patients ainsi que son amour de la médecine ont constitué une source de force inépuisable pendant ces années et encore aujourd'hui.

Aux sourires de ma mère et aux mots de ma sœur qui ont tout autant parsemé ce chemin me permettant de mettre un pied devant l'autre jusqu'au bout de mon internat. A ma mère qui me verra devenir docteur. A ma sœur et à nos conversations interminables.

A la présence de ma compagne qui m'a apporté amour et soutien dans mon quotidien. Sans elle, je n'aurais certainement pas autant grandi. Je suis heureux de pouvoir travailler à ses côtés chaque jour et au-delà, de partager cette vie ensemble. Je t'aime fort petit chat.

A mes amis, sans qui je n'aurais pas passé d'aussi bons moments pendant ces études. Entre entraide et fous rires, vos embuscades étaient et seront toujours de haute volée. Et plus particulièrement à Bastien, qui est aujourd'hui un frère d'armes. Cette traversée ensemble ne se sera pas réalisée en douze parsecs, mais l'équilibre de la force aura été restauré.

Jean Boudjema

## Remerciements de Bastien

A ma compagne et future femme Adèle, merci de m'avoir supporté dans les bons et mauvais moments. Merci d'essayer de me comprendre au quotidien, on sait tous les deux que ce n'est pas chose aisée. Ta présence à mes côtés est mon plus grand bonheur. Tu es la femme de ma vie, et j'ai hâte de passer le reste de cette dernière avec toi.

A mes parents adorés, qui m'ont toujours soutenu et encouragé à réaliser mes rêves. Si je suis l'homme et le médecin que je suis aujourd'hui c'est grâce à eux. Ils sont mon exemple et ma source d'inspiration. Je suis tellement fier d'être votre fils et je vous aime tellement !

A ma sœur Pauline, merci de ton soutien et de ta présence depuis de si longues années. Même si on est à l'autre bout de la France l'un et l'autre, tu resteras toujours ma grande sœur adorée. A mon beau-frère Flavien et mes petits neveux : toute votre petite famille est pour moi une source de joie et un exemple à suivre !

A ma grand-mère, ma tante, ma marraine, mes cousins et petits cousins. J'adore notre famille et ne la changerai pour rien au monde.

A Henri, Jocelyne, Louis, Edouard, ainsi que toute la famille Calvet et Claverie. C'est avec joie que j'ai appris à vous connaître ces dernières années et c'est un plaisir d'intégrer votre famille.

A tous mes Amis, Timothé, Emma, The boys, Léo, Aurelie, Emilie, Thibault, merci pour ces super moments passés avec vous et pour votre soutien au fil du temps.

Plus particulièrement merci à Jean et Simon pour votre amitié si importante pour moi. Merci pour toutes nos aventures. Nous avons dépassé le stade de la simple amitié, c'est la raison pour laquelle je vous ai choisis comme témoins.

Jean c'est un honneur de faire cette thèse avec toi. Après nous être battus de notre mieux, ensemble, lors de nos études de médecine, finir ensemble est une évidence: This is the way ! Tu as trouvé la partenaire idéale, Maxine, un grand merci à toi pour ton travail et ton soutien.

Merci aux médecins et personnels paramédicaux qui m'ont aidé pendant ma formation. En premier lieu le Dr Mathilde Radenne, les membres du cabinet de Vernerque, de Villeneuve Tolosane, du cabinet ORL de Muret, Dr Trudy Hall, Dr Jacques Marty, Dr Emilie Schmit, Dr François Sallerin, à Mr Samuel Régent, aux services de gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, radiologie de la clinique Occitanie de Muret, ainsi que les rhumatologues de Muret, grâce à qui j'ai acquis des compétences pour pouvoir soigner les patients.

Bastien Le Hyaric



## Table des matières

Index .....	6
I. Introduction .....	7
I.1. L'offre de soins .....	7
I.2. Impact sur la médecine générale .....	7
I.3. Les modifications de la pratique.....	7
I.4. Les maisons de santé pluriprofessionnelles .....	8
I.5. L'état des lieux.....	9
II. Méthode.....	9
II.1. Type d'étude.....	9
II.2. Population cible et méthode de recrutement .....	9
a) Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
b) Le mode de recrutement .....	10
II.3. Recueil des données : Le canevas d'entretien et les entrevues.....	10
a) Le canevas d'entretien .....	10
b) Les entretiens individuels .....	11
c) La retranscription.....	11
II.4. Analyse et traitement des données .....	11
II.5. Rôle des chercheurs.....	12
II.6. Ethique .....	12
a) Conflit d'intérêt.....	12
b) L'autorisation réglementaire.....	12
c) Consentement et anonymisation des données.....	12
III. Résultats .....	13
III.1. Echantillon .....	13
III.2. Les entretiens.....	14

III.3. Le codage .....	14
III.4. Analyse des résultats .....	15
A. La MSP : de sa création à l'impact des structures juridiques .....	15
B. Ce qu'implique une MSP en SISA au quotidien .....	19
C. Le travail en groupe .....	21
D. Les organisations supports.....	24
E. L'aspect bio-psycho-social chez le médecin généraliste .....	27
F. La médecine d'aujourd'hui et de demain.....	30
IV. Discussion .....	34
V. Conclusion.....	41
Bibliographie.....	42
Annexes .....	47

## **Index**

ACI : Accords conventionnels interprofessionnels

ARS Agence régionale de santé

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

Dr : Docteur

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PDSA : Permanence de soins ambulatoires

RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

# I. Introduction

## I.1. L'offre de soins

Depuis plusieurs années, la consommation de soins et de bien médicaux est en croissance continue représentant plus de 75% des dépenses totales de santé en 2020 (1). Soumis aux variations démographiques (2) et au contexte politico-économico-social, l'offre de soin ambulatoire et plus particulièrement l'exercice de la médecine générale sont sujets à de multiples changements.

## I.2. Impact sur la médecine générale

Premièrement, nous observons une diminution du nombre de médecins formé entre 1984 et 2002, entraînant une perte de 50 000 médecins (3). De plus, le vieillissement accru de la population (4) associé à la raréfaction de certaines spécialités y compris de la médecine générale (5) exerce une pression croissante sur le système de santé français. Les soins de premiers recours se voient désormais challengés (6) par la désinformation d'internet, une augmentation de la consommation de soins, la multiplication des déserts médicaux, le manque de remplaçant (7) ou encore le nombre de départs de médecins libéraux (5).

De surcroit, ces changements sont majorés au fil des années, conditionnés par la perception des futurs diplômés. La médecine générale, spécialité ambulatoire, actuellement dépréciée par les étudiants (8) est perçue comme une spécialité chronophage (9–11) (soixante heures par semaine en zone rurale, et cinquante-six heures en zone urbaine en moyenne et cinq semaines de vacances), supplémentée de tâches administratives rébarbatives et d'un faible revenu comparé aux autres spécialités médicales.

## I.3. Les modifications de la pratique

Nous observons que les jeunes médecins favorisent une activité de remplaçant ou salariale mixte (12), qui semblent plus attractives et moins contraignantes. Pour ceux choisissant la pratique libérale, l'installation en groupe, en zone urbaine ou semi-rurale paraît être privilégiée (5).

Ces nouveaux médecins, aux attentes différentes de leurs prédécesseurs, se questionnent davantage sur l'équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle (13). Leur qualité de vie est désormais au centre de leur décision de choix de carrière. Le projet d'installation de chacun est donc soumis aux conditions de travail et aux besoins de la vie privée, prenant par exemple en compte le lieu de travail du conjoint. Une tendance de ces omnipraticiens à se diriger en dehors des soins de premier recours se dessine grâce aux possibilités d'exercer en milieu hospitalier ou de passer d'autres diplômes. En libéral, le mouvement s'oriente vers un exercice de groupe (11,14), facilitant la continuité des soins et réduisant les charges administratives et financières.

#### I.4. Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Les modalités d'exercices à plusieurs se divisent principalement en deux : Les cabinets de groupe et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Au-delà de la mise en commun des locaux, du matériel et des dépenses retrouvée dans l'installation en groupe, les MSP favorisent la coordination des soins entre les différents professionnels de santé adhérents.

Défini en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), la MSP est définie comme un « regroupement d'au moins deux professionnels médicaux et d'un auxiliaire médical, ayant élaboré un projet de santé » (15). Son statut juridique de structure interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) permet l'accès à des financements publics via les accords conventionnels interprofessionnels (ACI) (15), valorisant ainsi l'offre de soins. L'accord se divise en parties socles obligatoires et en parties optionnelles donnant lieu à une rémunération majorée. En recrudescence, ces structures permettent une amélioration de la communication entre les différents praticiens et une répartition plus homogène de la patientèle. Cependant, le cahier des charges à respecter est soutenu : des horaires d'ouvertures des cabinets, au projet de santé, jusqu'aux actions de santé publiques ; les praticiens doivent remplir diverses tâches et sont évalués de manière rigoureuse sur leurs mises en place (16).

## I.5. L'état des lieux

En somme, bien que les autorités publiques tentent de favoriser ce mode d'exercice, il est pertinent de se demander si la MSP est la solution aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Pour répondre à cette problématique, nous allons dans un premier temps interroger des médecins généralistes d'Occitanie ayant exercé au minimum deux ans hors MSP et deux ans en MSP, sur leur ressenti global, professionnel et personnel vis-à-vis de ce mode d'installation.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à la gestion de ces maisons de santé et aux retours faits par les médecins sur les autorités qui les gouvernent.

Enfin, nous explorerons les diverses possibilités d'améliorations de l'exercice en MSP.

## II. Méthode

### II.1. Type d'étude

Dans le but de définir les conditions de vie et de travail des médecins généralistes en MSP, nous effectuons une recherche qualitative. Cette approche permettra de décrire la conjoncture et de la caractériser afin de mieux comprendre les enjeux de la vie de ces praticiens (17).

### II.2. Population cible et méthode de recrutement

#### *a) Les critères d'inclusion et d'exclusion*

Les critères d'inclusion ont été définis en amont, comprenant dans l'étude seulement les médecins généralistes installés ayant exercé au moins deux ans en maison de santé pluriprofessionnelle et deux ans en dehors de cette structure. Aucune limite d'âge n'était fixée, mais seuls les médecins encore en activité en Occitanie ont été recrutés.

Les critères d'exclusions regroupent ainsi les médecins ne répondant pas aux conditions d'exercices fixés ou les médecins retraités.

### *b) Le mode de recrutement*

Afin de recruter un échantillon le plus représentatif de la population générale des omnipraticiens, l'aide de l'Autorité Régionale de Santé (ARS) d'Occitanie et de différents Ordres Départementaux des Médecins Généralistes a été sollicitée. Cependant, ces organismes n'ont pas été en mesure d'apporter leur soutien. L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) n'a pu apporter son aide puisque la recherche menée ne nécessitait qu'un échantillon de faible taille, à savoir moins de vingt participants. Ainsi, les chercheurs ont fait le choix de diffuser leur requête largement grâce aux réseaux sociaux comprenant des groupes de discussions de médecins nationaux et des groupes de remplacements régionaux et départementaux. Devant le faible taux de réponses, ils se sont tournés vers différents confrères et anciens tuteurs de stage, ainsi que leurs contacts afin de solliciter leur participation sur la base du volontariat. Les participants ont tous été recrutés entre mars 2023 et juillet 2023.

## II.3. Recueil des données : Le canevas d'entretien et les entretiens

### *a) Le canevas d'entretien*

Le canevas d'entretien (18) (Annexe n°1) comprend tout d'abord un recueil de données permettant de placer le participant dans son contexte de vie et de travail. Le lieu d'exercice de chacun est caractérisé par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée qui évalue le potentiel accès pour chaque habitant à une consultation de médecine générale par an. Le zonage réalisé par l'ARS permet aussi de caractériser le soutien financier apporté à chaque territoire de vie-santé<sup>1</sup>.

Dans un second temps, des questions simples, ouvertes, au champ lexical neutre afin de ne pas orienter les réponses sont posées. L'expérience et le ressenti des participants sont sollicités. Ce canevas fait l'objet d'un test pilote auprès de deux médecins généralistes afin de s'assurer de sa pertinence et de sa compréhension. Par la suite, des modifications sont apportées si nécessaire. Il évoluera au fil des entretiens, afin d'ajuster le recueil des données, en fonction des réponses des participants et du niveau de saturation des idées.

---

<sup>1</sup> Territoire vie-santé : Zone regroupant plusieurs communes autour d'un équipement et d'un service d'accès aux soins.

#### *b) Les entretiens individuels*

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés avec chacun des praticiens, en présentiel, en visioconférence ou par téléphone, par l'un ou l'autre des chercheurs. Il a été demandé à chaque participant d'être seul dans un environnement calme. Les sujets étaient informés de l'objectif de notre entretien et de la problématique étudiée dans ce travail. Ils sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de pouvoir garantir l'authenticité et la véracité de chaque discours lors des retranscriptions verbatim. Les interviews sont réparties de manière aléatoire entre les deux chercheurs et réalisées entre les mois de mai et juillet 2023. L'arrêt des entretiens a lieu lorsque l'analyse des données, qui est effectuée au fur et à mesure, met en avant une saturation des idées sur les deux dernières interviews.

#### *c) La retranscription*

La retranscription des entretiens se fait en intégralité sur le logiciel Word. Les enregistrements sont retranscrits mot pour mot afin d'obtenir le verbatim de chaque participant. Les retranscriptions sont effectuées par les deux chercheurs et une relecture est effectuée.

### II.4. Analyse et traitement des données

Les deux chercheurs effectuent ensemble manuellement, un codage thématique, de manière séparée puis mettent en commun leurs idées. Le codage ouvert est choisi afin de valoriser l'aspect semi-directionnel des entretiens. Ainsi, l'encodage des données est effectué, permettant dans un premier temps de faire ressortir l'ensemble des thèmes abordés par les participants. Puis, un codage axial permet de regrouper ces thèmes dans de grandes catégories. Pour finir, les chercheurs réalisent un codage sélectif en attribuant à chaque catégorie les citations correspondantes, en les reliant entre elles afin de faire ressortir un plan de réflexion.

L'analyse qualitative débute dès le premier entretien afin de définir les thèmes abordés et de terminer la recherche lorsqu'arrive une saturation des idées.



## II.5. Rôle des chercheurs

Les chercheurs doivent adopter une posture d'écoute neutre lors des entretiens. En cas d'incompréhension, ils doivent demander au participant de reformuler son idée jusqu'à compréhension de celle-ci. Les chercheurs veilleront à ne pas influencer les participants dans leur réponse et à s'en tenir au canevas d'entretien.

## II.6. Ethique

### *a) Conflit d'intérêt*

Les chercheurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec l'étude menée.

### *b) L'autorisation réglementaire*

Cette étude suit la méthode de référence MR-004 sur les recherches n'impliquant pas la personne humaine dans le domaine de la santé. Ainsi, afin de respecter le cadre réglementaire, l'approbation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été obtenue. (Annexe n°2)

### *c) Consentement et anonymisation des données*

Le consentement des médecins (Annexe n°3) est recueilli au préalable de manière écrite. L'anonymisation des entretiens est assurée dès le commencement. Une fois retranscrits, les enregistrements sont définitivement supprimés afin de garantir l'anonymat de manière pérenne et de ne conserver aucune donnée nominative.

### III. Résultats

#### III.1. Echantillon

L'échantillon comprend douze participants 8 femmes et 4 hommes, d'âge compris entre 35 et 63 ans. Leur statut marital et familial est mentionné dans le tableau n°1.

Ils exercent tous la profession de médecin généraliste depuis plusieurs années en Occitanie et ont tous travaillé au moins deux ans en MSP et deux ans hors MSP. Parmi eux, 10 exercent actuellement en MSP, un sujet exerce en salariat et un autre en cabinet de groupe. Un seul participant travaille en zone urbaine tandis que les autres exercent en zone semi-rurale ou rurale. Donc dans la majorité des cas, l'accès aux soins de premiers secours pour les populations des bassins vie-santé est difficile. Leur temps de consultation est quantifié par heures/semaine et le nombre de jours travaillés par semaine est également indiqué. Toutes ces données sont regroupées dans le tableau 2.

Participants	Sexe	Age	Statut marital	Enfant	Nombre d'années d'exercices total	Mode d'installation précédent
A	F	35	Concubinage	2	9	MSP privée SISA (cogérante)
B	F	47	Mariée	2	17	Cabinet de groupe
C	M	63	Marié	2	34	Cabinet de groupe
D	F	40	Mariée	2	12	MSP publique SISA (cogérante)
E	F	61	Mariée	2	31	Salariat
F	F	54	Mariée	3	28	Cabinet de groupe
G	M	53	Marié	3	22	Salariat
H	M	58	Marié	3	24	Cabinet de groupe
I	M	59	Marié	0	31	Cabinet de groupe
J	F	39	Pacsée	2	11	Cabinet de groupe
K	F	39	Mariée	2	10	Cabinet de groupe
L	F	42	Mariée	2	11	Cabinet de groupe

F : féminin ; M : masculin ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; SISA : Structure interprofessionnelle de soins ambulatoires

Tableau 1: Données démographiques de l'échantillon

Participants	Zone d'installation	Indicateur APL	Zonage ARS	Mode d'installation	Jours travaillés / semaine	Nombre d'heures de consultation / semaine	Horaires de consultation
A	Semi - rurale	3,458	ZAC	Cabinet de groupe	4	34	9h-18h
B	Urbaine	4,085	ZAR	MSP privée SISA (cogérante)	4	46	8h-20h
C	Rurale	2,695	ZAC	MSP privée SISA (cogérant)	4	38	7h40-18h40
D	Rurale	3,583	ZAC	Salariat	4	39	9h -19h30
E	Rurale	3,073	ZIP	MSP privée SISA (cogérante)	5 - 5,5	60	8 h - 20 h
F	Rurale	3,514	ZAC	MSP publique SISA (cogérante)	4,5	60	7h30 - 21h30
G	Rurale	2,816	ZIP	MSP privée SISA (cogérant)	4	46	8h30 - 20h00
H	Rurale	3,686	ZAC	MSP publique Sans SISA	3,5	32	8h30-19h00
I	Semi-rurale	4,495	ZAR	MSP privée SISA (cogérant)	3,5	30	9h-19h
J	Semi-rurale	4,682	ZAR	MSP privée SISA (cogérante)	2,5	16	7h45-19h45
K	Semi-rurale	4,472	ZAR	MSP privée SISA	4	37	9h00-19h00
L	Rurale	3,91	ZAC	MSP privée SISA	4	43	8h00-19h00

Tableau 2: Descriptif de l'installation des sujets

### III.2. Les entretiens

Douze entretiens ont été effectués d'une durée comprise entre 32 minutes et 1h38. Les participants ont tous répondu à l'ensemble des questions posées, du début à la fin du canevas. Quatre entretiens ont été réalisés en présence du participant, trois par visioconférence et cinq par téléphone.

### III.3. Le codage

Le codage ouvert a fait ressortir sept grands thèmes représentés ci-dessous. Au total, 153 citations ont été choisies afin d'illustrer les résultats.

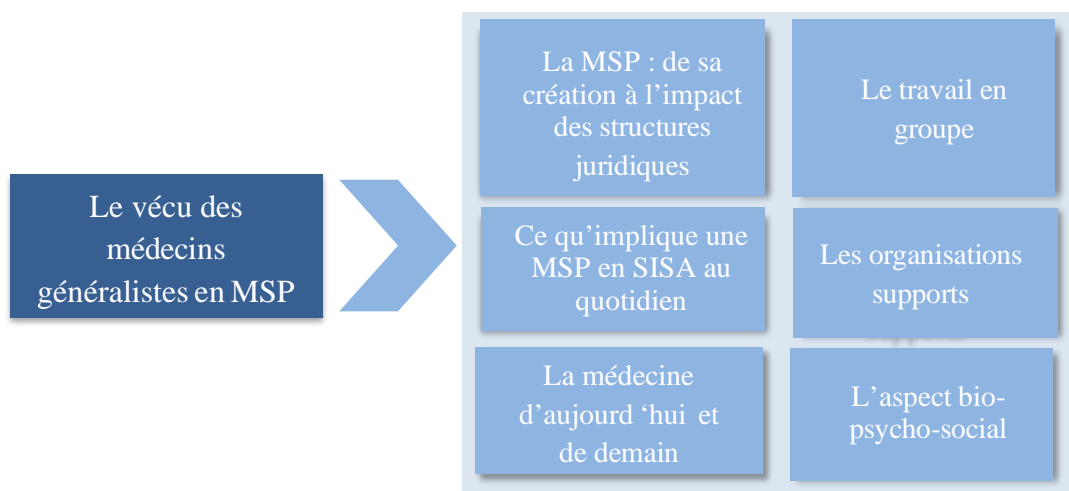


Figure 1 - Les thèmes définis

### III.4. Analyse des résultats

#### A. La MSP : de sa création à l'impact des structures juridiques

##### a. La création de la MSP : Une opportunité qui peut s'avérer complexe

La création de la maison de santé pluriprofessionnelle a permis à certains praticiens un **changement de locaux professionnels**, pour le mieux.

Dr B : « Mais on était dans une vieille maison, on n'était pas aux normes handicapées, on avait un étage avec des escaliers. Les handicapés et les mamans avec les poussettes c'était compliqué. On a eu une opportunité avec ce quartier, en créant une MPS. »

Dr C : « Ils ont commencé à me dire qu'il faudrait démolir mon cabinet médical pour en refaire un aux normes. Et là, on a dit : il ne faut pas le démolir, il faut construire quelque chose d'adapté où on travaille tous et on se retrouve tous ensemble. »

Dr H : « On est passé d'un cabinet pas bien du tout à quelque chose de vraiment plaisant. »

Cependant, **la mise en place reste fastidieuse.**

Dr A : « On a créé une maison de santé mais cela a été très compliqué avec la communauté des communes. »

Dr C : « Moi si j'ai un avis à donner c'est que la MSP ce n'est pas simple, surtout au début, c'est compliqué à mettre en route. »

Et n'est **pas au goût de tout le monde**.

Dr I : « Nous ça a dégoupillé une grenade en interne. C'est-à-dire qu'une médecin qui a compris à un moment que du cabinet de groupe où elle était où nous n'avions.... Elle risquait de se faire imposer des réunions , des RCP (Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles) et à devoir aborder une posture réflexive par rapport à sa pratique. Elle nous a quittés. »

### *b. Le projet de santé*

Le projet de santé reste une constante pour toute maison de santé. Il s'avère **être un canevas complexe**, chronophage et pas toujours en adéquation avec la réalité du terrain.

Dr B : « Ça a été assez long, il faut bien compter 4 ans de travail sur le projet de santé. (...) le projet de santé c'est quand même assez fastidieux. »

Dr D : « Le projet de santé c'est un peu particulier, car ça prend du temps de monter une MSP. Ça a débuté en 2015 et la MSP s'est montée en 2017, donc le projet de santé ne correspond plus vraiment à ce qui est fait en termes de projet sur la MSP, car en 2 ans, la demande et la problématique ont évolué. »

Dr J : « C'est du carcan administratif qui ne correspond absolument pas à la réalité du terrain.»

### *c. Le choix de la structure juridique*

Certains praticiens créent **une MSP selon une structure juridique différente de la SISA : Moins d'argent, plus de liberté**.

Dr H : « Non, on n'a pas fait de SISA. On a un statut de MSP, mais sans SISA. Ce n'était pas une obligation.(...) . » « Du coup on ne touche rien de la sécurité sociale. » « La « sécu » et l'Etat vous donnent des sous mais il y a des contreparties. »

Lorsqu'ils choisissent la SISA, la gestion est aussi assurée par les **cogérants qui sont des praticiens exerçant dans la structure**. Mais les rôles ne sont pas toujours répartis de manière équitable.

Dr A : « L'infirmière et le kiné se sentaient un peu inférieurs au médecin, et le médecin prenait les décisions seul .»

Dr I : « La coordination se passe bien, l'administratif c'est toujours le même qui s'y colle. »

Et la **charge administrative est conséquente**.

Dr D : « Et après, le gros point négatif c'est la partie administratif, gestion, notamment via cette SISA, qui est une horreur à gérer. (...) voilà donc tous ces projets c'est au prix de cette gestion qui est vachement compliquée, parce que c'est de l'argent public. »

Dr F : « C'est vachement plus lourd, je suis cogérante. C'est vachement plus lourd. »

Certains **membres peuvent se sentir exclus** quant à la manière de prendre les décisions.

Dr A : « Ensuite, avec les collègues et notamment, ceux qui géraient la MSP, c'était un peu de la dictature. (...) Des décisions prises un peu hâtivement, sans consulter tout le monde, notamment avec la période du covid qui est arrivée. »

Il faudra donc toujours veiller à conserver une **maison de santé à taille humaine**.

Dr G : « C'est que je pense qu'elle est un peu trop grande et qu'au départ (...) il y a avait des gens motivés un petit peu aux quatre coins du secteur (...) C'est vrai que pour une coordinatrice, je crois qu'on est soixante-dix professionnels, c'est quand même assez énorme. »

Dr I : « Le côté attractif de... il faut sécuriser... il y a des tailles à ne pas dépasser, administrativement ça peut être lourd.(...) Le nombre peut être dangereux si on n'a pas un volet juridique rectif parce que c'est lourd. »

#### *d. La gestion financière d'une MSP*

##### 1. La gestion des comptes

La **gestion comptable est spécifique**, dépassant parfois les cogérants.

Dr D : « Et après les financements de l'ARS tombent en avril quand on a du bol sinon en mai, donc ça veut dire que de janvier à mai, toutes les personnes qui vont travailler pour la SISA, et j'entends par là, la coordinatrice par exemple qui était payée par les ACI, d'avril à mai on n'a pas de quoi la payer, parce que les financements de l'ARS tombent en mai et qu'on a dû ventiler tous les budgets au 31 décembre. »

Ils décrivent un **sentiment de grande responsabilité** important vis-à-vis de ces budgets.

Dr C : « Nous on a un budget de 100 000 euros par an pour le fonctionnement. Donc il y a toute la gestion financière, ce n'est pas rien. »

Dr D : « Les budgets c'est assez important quand même, c'est 60 000€ par an les budgets pour une MSP. »

Et ils évoquent pour certains la nécessité d'un **investissement financier personnel**.

Dr A : « Au début de la MSP, quand on l'a créée, je crois que j'ai mis 2500€ dedans quand même d'avance puisque c'est à un n+1, on reçoit les financements après. Ce n'est quand même pas n'importe quoi, je vous avoue. »

Dr J : « Il fallait payer pour mettre en place la société. Donc ça veut dire que si on changeait des membres, il fallait repayer pour ça. »

## 2. Le financement par les ACI

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) permet à la MSP de recueillir les **financements annuels** au titre des accords conventionnels interprofessionnels dits ACI.

Dr I : « (...) ça a pour but de rémunérer un tiers de coordination, un tiers de système d'information, un tiers de nouveau mode de rémunération. »

Ils permettent **l'amélioration des conditions de travail** en contribuant aux financements des aides matérielles et humaines.

Dr B : « On partage ce logiciel, qui est grande partie payé par les accords conventionnels avec l'ARS et la CPAM. »

Dr C : « (...) ça apporte plus de moyens et donc de confort en termes de travail. »

Dr J : « On a une partie du secrétariat qui est pris en charge sur la base de la coordination parce que justement elles rappellent les patients, elles prennent des RDV pour les patients donc du coup on verse de l'argent de l'ACI par rapport à ça (...).»

Les financements ont aussi pour objectif de **valoriser la coordination des MSP**.

Dr I : « Les nouveaux modes de rémunération servent à payer le temps consacré au patient qui était gratuit avant. »

Les ACI sont versés à la SISA **sous certaines conditions**.

Dr C : « Oui, l'avantage c'est que comme on a tout un tas d'actions, on a des ACI. »

Dr H : « La « sécu » et l'Etat vous donnent des sous mais il y a des contreparties.»

## B. Ce qu'implique une MSP en SISA au quotidien

### a. Des tâches chronophages

Les médecins parlent de « **réunionite** ».

Dr C : « Il y a plus de paperasses et un peu de « réunionite », mais bon c'est intéressant de faire des RCP (...). Les réunions (...) Je pense une à deux par mois. »

Dr K : « Ca peut aller de 3 par semaine... En moyenne sur l'année sur douze mois... C'est au moins une par semaine. Toutes réunions confondues. C'est ce qui est un peu compliqué.»

Plus particulièrement lorsque **les réunions liées à la structure juridique se surajoutent** pour les cogérants.

Dr E : « En réunion de la SISA, une fois par mois normalement et une réunion RCP 1 à 2 fois par mois. Ça fait qu'on a au moins (...) quasiment une fois par semaine une réunion.

» Dr I : « C'est une demi-journée pour le noyau cogérant coordinateur c'est quasiment une matinée tous les 15 jours. »

Ils évoquent une certaine pénibilité quant aux **protocoles codifiés, paramétrés**.

Dr A : « Sauf que dans les programmes dans la MSP, c'est ce qui est refroidissant aussi pour moi, malheureusement, c'est qu'il faut rentrer dans des cadres. (...) Quand on voit qu'il ne reste plus que quelques mois et qu'il faut vite faire, inclure des gens, qui n'en ont peut-être pas envie, ni le besoin. »

Dr B : « Mais il y a quand même beaucoup de temps passé à paramétrer les choses, à rentrer les données et tous les patients qu'on va rentrer dans les protocoles.. Oui ça c'est toujours un peu chronophage. »

### b. Gestion des horaires

Les **plages d'ouverture sont imposées** et parfois vécues comme une contrainte.

Dr A : « Les horaires, c'est extrêmement contraignant. (...) » « Ce n'était pas possible pour moi de rester jusqu'à 20 heures, comme il serait décrit. Beaucoup de problèmes concernant cela. »

Dr B : « Parce que là en MSP on a une obligation dans le projet de santé de travailler de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h00. (...) C'est une des contraintes majeures de la MSP. Donc maintenant on est un peu plus contraint, en élargissant les horaires (...). »



De plus, au-delà des consultations, les médecins ramènent du **travail à leur domicile**.

Dr B : « Mais j'ai un peu plus de temps personnel le soir, car j'ai un logiciel en ligne, que je peux voir depuis chez moi. »

Dr L : « Oui, j'ai quand même envie d'avoir une vie de famille, donc les heures non médicales, je les fais à la maison. »

Lorsque les médecins généralistes **exercent seuls sur le site, alors la charge et les heures de travail peuvent s'accumuler**.

Dr F : « Oh mon dieu ! C'est extrêmement lourd. Je commence à 7h30 le matin et je finis en général vers 21h30. J'ai une pause d'un peu moins d'une heure le midi. (...) »

Outre les plages horaires imposées, **la Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA), soins non programmés**, est réparti entre les praticiens, afin de garantir une égalité d'accès aux soins sur le territoire.

Dr E : « J'ai la PDSA, c'est-à-dire la permanence des soins, les week-ends et la semaine. Je réponds aux urgences qui sont régulées, de 8h00 jusqu'à 22 heures. (...) Et après le samedi et les dimanches, on l'a une fois toutes les six semaines je pense. C'est de midi à 22 heures le samedi et de 8h à 22 heures le dimanche. »

Dr F : « J'ai une garde nuit par semaine et un week-end complet de garde au titre de la permanence de soins, tous les 4 week-ends. »

De plus, bien que la PDSA soit un devoir, **les gardes ne le sont pas**. Il en va de la **volonté** de chaque praticien.

Dr B : « On n'a pas de garde obligatoire. Ça c'est la maison médicale de garde, mais ça n'a rien à voir avec la MSP. »

Dr C : « Non car les gardes sont des gardes de territoires. C'est un système qui fonctionne à part. »

### *c. La rémunération du médecin généraliste*

Les médecins généralistes **ne décrivent pas d'amélioration significative de leurs revenus en MSP**, par rapport à un exercice hors MSP.

Dr A : « (...) la rémunération pour les réunions qu'on a, (...) partagée sur le nombre de réunions par rapport au peu qu'on reçoit, je ne suis pas convaincue que ça fasse une grosse différence. »

Dr K : « Je pense que je gagne moins. J'ai plus de charges et il y a beaucoup de temps de travail qui ne sont pas rémunérés. Beaucoup de coordo qui ne sont pas rémunérés. »

#### *d. Terrain de stage*

Les MSP sont des **lieux de stages pour les étudiants en médecine** : un avantage pour les apprenants et pour les médecins.

Dr B : « Des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> années, qui maintenant ont plaisir à voir ce qu'est une RCP en libéral. Ils ont l'habitude de voir les réunions hospitalières. Nous c'est différent, on discute beaucoup des problématiques du domicile, avec les infirmières etc... C'est une autre approche assez intéressante pour les étudiants. »

Dr C : « C'est pour ça que je suis devenu maître de stage aussi. Je pense que si j'avais continué à exercer seul, sans interne, je régresse. Du moins, tu n'avances plus. »

Dr I : « Cet exercice réflexif générationnel est à mon sens indispensable. »

#### *e. Une période particulière*

Il nous faut tout de même tenir compte de la **situation sanitaire toute particulière depuis 2020. La pandémie Covid 19** a mis tout le système de santé en difficulté, et les médecins ont dû **s'adapter** sur le moment.

Dr A : « Des décisions prises un peu hâtivement, sans consulter tout le monde, notamment avec la période du covid qui est arrivée. »

Dr I : « Si j'enlevais la pandémie, qui je pense est plus responsable de la fatigue que la création. Mais globalement, on a eu les statuts en 2018. Donc en 2019, six mois après on a eu la pandémie. On avait deux chantiers : s'habituer à deux changements, la MSP et la pandémie. La pandémie a rendu les choses ardues. »

### C . Le travail en groupe

#### *a. Une volonté de travailler en groupe et de développer des projets*

**Exercer seul** : un exercice parfois **écrasant**.

Dr C : « L'exercice seul, puisque je l'ai eu, je l'ai subi. (...) quand tu es tout seul, tu es tout seul. Tu portes tout quoi. Et puis il y arrive des moments où tu es fatigué et il n'y a pas de possibilité de relais ; C'est le bain. »

Dr I : « Ceux qui sont seuls veulent changer d'orientation, ou sont tombés malades. »

Dr J : « J'ai du mal à le voir différemment parce que d'un côté, être tout seul... arriver à

tout savoir tout seul. Je ne vois pas dans quel monde c'est possible. »

Le **partenariat pluriprofessionnel** est une **décision** prise par chacun d'entre eux.

Dr B : « C'était notre souhait de travailler en pluriprofessionnel. »

Dr J : « L'objectif premier c'était de fédérer les professionnels autour de projets de santé, et de pouvoir mettre en place des actions. »

Les médecins s'accordent pour dire que l'exercice de groupe est **plus intéressant sur le plan professionnel et organisationnel**.

Dr C : « Donc il y avait déjà cette émulation et ce plaisir de travailler ensemble. »

Dr H : « L'avantage quand on est 4 c'est que si l'un part en vacances, ce n'est pas la fin du monde. »

Il permet le **développement de projets** communs et l'**amélioration des prises en charge**.

Dr C : « Là, maintenant, le fait de pouvoir faire de l'éducation thérapeutique, c'est formidable. Et je pense que si tu n'es pas dans une MSP, tu ne peux pas le faire. »

Dr F : « Grâce aux équipes et aux RCP, d'avoir une vision de l'écologie du patient, de son mode de vie, de son environnement, de ses capacités, de ses difficultés beaucoup plus précises. Donc on affine beaucoup mieux (...) ».

### *b. Une communication de qualité*

La **communication** est toujours une des clés de réussite, en MSP ou hors MSP.

Dr A : « On n'est pas une maison de santé mais on communique facilement. Je vais facilement dans le box des kinés pour voir un patient, les infirmières me laissent des petits messages. Et juste à côté, j'ai les cardiologues qui viennent. J'ai les sages femmes obstétriques qui gèrent les femmes enceintes etc. (...). J'ai des collègues qui sont géniaux, on communique très bien sans MSP. »

Dr B : « Alors que là, en MSP, on a un logiciel commun entre médecins et avec les différents paramédicaux qui sont avec nous. (...) C'est vraiment le partage d'informations avec les autres professionnels de santé. Que ce soit via le logiciel, via les RCP. »

Dr L : « j'aurais tendance à dire la pluridisciplinarité. C'est vrai que depuis que je suis en MSP, je fais davantage de lien avec les paramédicaux comme les kinés et l'ergothérapeute. Le fait d'être dans la même structure ça facilite énormément les échanges. Avant je ne prenais pas forcément le temps de décrocher mon téléphone pour discuter avec eux. »

Et la **connaissance du travail de chacun** assure une prise en charge de meilleure qualité.

Dr D : « Les réunions (...) ça permet à l'équipe de se connaître et de voir comment on peut travailler ensemble.

Dr J : « Avant de m'installer je n'avais aucune idée du travail des autres professionnels de santé et de ce qu'on pouvait leur demander et du nombre de choses qu'ils savent et que nous on ne sait pas. »

### *c. De meilleures compétences professionnelles*

Les **compétences des praticiens se développent** au quotidien grâce aux discussions.

Dr D : « Pour la MSP, c'était pour le partage et dynamisme intellectuel. »

Dr E : « (...) c'est vraiment dynamisant intellectuellement car on peut se poser des questions (...). L'expérience des autres nous aide. »

Les **temps d'échanges** deviennent des **temps de formations**.

Dr C : « C'est ma formation médicale continue. »

Dr E : « On a aussi des formations le soir avec des intervenants avec lesquels on bosse. »

### *d. La délégation des tâches*

Les **infirmier(e)s font le relais** auprès des patients. ce qui libère du temps aux médecins.

Les infirmier(e)s en pratique avancée font des consultations de suivi et les ASALEE de l'éducation thérapeutique et de la prévention.

Dr D : « (...) du fait d'avoir l'équipe infirmière à côté, de se voir régulièrement, de faire une réunion par semaine, ça nous a permis admettons de basculer le suivi domicile à 3 mois (...) »

Les **secrétaires sont d'un grand soutien**. Parfois formées à l'**assistance médicale**, leurs champs de compétences augmentent et leur aide auprès des praticiens avec.

Dr H : « On avait deux secrétaires même quand on était trois. Elles sont très motivées. Elles nous allègent beaucoup. »

Dr J : « Là on a formé les secrétaires pour être assistantes médicales, ce qui fait qu'elles puissent faire davantage de choses et qu'elles s'emparent de tâches qu'on faisait (...).»

## D. Les organisations supports

### a. *Relation avec les acteurs du terrain*

#### i. La coordination

La coordination de la MSP est réalisée par **un ou une coordinateur(trice), acteur(trice) de santé primordial(e)** pour un exercice coordonné.

Dr B : « On est bien soutenu et accompagné par la coordinatrice. Heureusement qu'on a une coordinatrice sinon c'était compliqué. »

Dr C : « Elle est le chef d'orchestre et elle distribue les rôles. »

Dr E : « Et il gère plusieurs maisons médicales, donc c'est ça l'intérêt aussi parce qu'il voit la dynamique qui peut y avoir d'un côté et de l'autre, donc c'est bien. »

Cependant, la **réalité du terrain** ne lui permet pas toujours de soutenir les praticiens comme ils le souhaiteraient.

Dr J : « Dans notre cas, ça a été compliqué car c'est la coordinatrice qui était à la tête de la mise en place de la CPTS, ce qui fait que son temps de coordination elle le passait davantage au projet de la CPTS qu'à réellement la coordination sur site. Donc je n'aurai pas dit que ça a été particulièrement satisfaisant. »

Il faudra tout de même veiller à **différencier coordinateur et leader**.

Dr F : « Et effectivement, pour toutes MSP, il faut quelqu'un qui est un peu la place de leader. Ce n'est pas le directeur mais c'est un peu la place du leader qui va permettre d'harmoniser les équipes. »

Dr I : « Le leader c'est celui qui propose aux gens de ramer dans la même direction et le coordinateur c'est celui qui fait que tout le monde rame dans la même direction. »

#### ii. Les accompagnants juridiques

Dans un autre domaine, **notaires, comptables et avocats** sont des acteurs directs quant à la gestion de la SISA. Et leur **accompagnement n'est pas toujours à la hauteur** des attentes.

Dr D : « Donc il y a besoin d'une comptabilité propre, et c'est vrai que là-dessus... parfois les comptables ce n'est pas des choses très anciennes je crois, et donc certains découvrent un peu aussi je crois... on a l'impression d'essayer les plâtres à certains moments. »

*b. Relation avec les acteurs de santé à plus grande échelle*

*i. Les organismes de santé*

La MSP sous SISA est **subordonnée aux institutions de santé telles que l'ARS ou la CPAM**. Les relations entre tous ces acteurs sont de diverses natures.

Dr E : « On a de bons rapports avec la responsable informatique de la CPAM. » « Au niveau de l'ARS, j'ai fait un courrier j'attends toujours qu'ils me répondent. (...) Mais voilà, on ne peut pas dire qu'on en soit très, très entendu. »

Dr H : « La sécu et l'Etat vous donnent des sous mais il y a des contreparties. Alors oui on n'a pas de sous, mais à côté de ça, on n'a pas de compte à rendre. Après la SISA c'est un choix par rapport à la sécu. C'est un choix de dépendance qu'on accepte d'avoir par rapport à eux. »

Et les praticiens décrivent une **certaine absence de ces acteurs dans des domaines spécifiques** à la MSP.

Dr B : « Il a fallu que nous on aille chercher les informations auprès de l'ARS, de la CPAM. On s'est débrouillé par nous-même. On n'a pas été très accompagné dans ce domaine- là.»

Dr D : « (...) c'est qu'on a besoin d'accompagnement sur la gestion non médicale. (...) Après le gros point noir, c'est la gestion juridique de cette société où là il y a zéro accompagnement. Et on se retrouve dans le flou total. »

Ils peuvent aussi parfois avoir un sentiment **d'exploitation et d'incompréhension**.

Dr I : « Toujours pareil, quand vous êtes... quand les administratifs, l'ARS, la FORMS, un syndicat, voient que vous êtes inventif, que vous avez des projets, vous êtes repéré, sollicité, mais ça n'en finit plus et c'est ça le danger. La MSP c'est très bien, en lien avec le territoire. »

Dr G : « Tu vois, quand l'épidémie de COVID a commencé et qu'on a mis en place les vaccinations, les directives nationales c'étaient d'ouvrir un centre de vaccination de 8h à 20 h 7 jours sur 7. Je suis le seul médecin ici, ce n'était pas jouable. »

Dr L : « Difficilement ! Disons que moi j'ai un interlocuteur avec qui j'échange bien à la CPAM mais sinon c'est difficile au-delà de ça. Vous voyez bien avec les résultats des négociations conventionnelles qu'on n'arrive pas à se faire entendre auprès des pouvoirs publics. »

En somme, de l'aspect financier à l'organisationnel, les **praticiens manquent de support**.

Dr A : « Donc effectivement, j'ai des soucis des fois quand je fais des consultations longues

parce que je ne peux pas les payer à leurs propres valeurs. (...) Donc oui en effet je ne me sens pas soutenu. Je ne demande pas des milles et des cents. »

Dr I : « Ils sont pas encore sûrs d'avoir achevé les infirmières, ils insistent jusqu'à que mort s'en suive et les médecins, ils attendent qu'on crève aussi ou qu'on ait changé de direction.»

Et ils évoquent une **inadéquation** entre la gestion des ressources et les besoins réels.

Dr D : « On n'est pas très accompagné et le fait que voilà les subventions de l'ARS tombent en mai, ça n'aide pas. C'est compliqué à gérer au final, au quotidien. Donc oui là-dessus ce n'est pas optimal. »

Dr J : « Non parce que leur objectif est davantage qu'il faut remplir les lignes et si telle ligne n'est pas remplie, alors que ça ne correspond pas, alors qu'on fait davantage de travail de coordination que ce qu'ils demandent mais qu'on ne va pas remplir telle ligne parce qu'il n'y a pas telle personne. »

## ii. Les acteurs territoriaux

Cependant, les pouvoirs publics et les autorités telles que les **municipalités** ou les **régions** s'investissent pour aider à la création et au maintien des installations médicales.

Dr D : « Et puisqu'on a cherché pendant plus d'un an à remplacer nos collègues et on n'a jamais trouvé, et on s'est rapprochée de la région pour voir si eux pouvaient... ça a été comme ils le disaient un sauvetage. »

Dr H « Ça a été financé par les pouvoirs publics à hauteur de 80% environ. Les 20% restants, la mairie a fait un emprunt, qui lui serait remboursé par les loyers. Le coût était environ de 800 000€. C'est une sacrée somme pour une MSP. »

Ceci révèle l'**impact du regroupement** de plusieurs praticiens sur le déploiement des ressources territoriales.

Dr D : « Il y a quand même une dynamique d'équipe sur tout ce qui est (...) communication avec l'extérieur, la mairie, l'ARS ou autre, on n'est pas une personne toute seule et ça permet quand même d'avoir un poids plus important. Quelque chose qui n'est pas des moindres quand même c'est que ça permet d'avoir des financements qui permettent de développer certains projets. »

Dr I : « Politiquement conséquent. C'est deux mots sont méga importants. (...) Quand on s'aperçoit que sur un territoire la mairie se plie en quatre pour vous garder car ils vont ou y gagner ou y perdre à la prochaine élection, vous avez un méga enjeu. Et une reconnaissance pour vous, praticien soignant. Tout à coup vous devenez indispensable. »

## E. L'aspect bio-psycho-social chez le médecin généraliste

### a. Dans le cadre du travail

#### i. Les relations entre les praticiens

Les **relations** entre les praticiens sont au cœur de leur qualité de vie au travail. Elles peuvent être **source d'apaisement et de soutien psychologique**.

Dr C : « C'est-à-dire que j'ai eu une période de ma vie où j'étais tout seul, c'était l'enfer. C'était compliqué. Le poids psychologique d'être seul. (...) Il y a des situations qui sur le plan émotionnel sont assez compliquées. (...) C'était une vie de chien. (...) Le fait de pouvoir en parler en équipe c'est un soulagement énorme. La maison de santé ; c'est le fait d'être en équipe, à plusieurs, ça change tout. »

Dr G : « Je me sens moins stressé dans le sens où effectivement il y a une entraide plus importante, on peut discuter des patients, échanger (...) L'accès à d'autres professionnels permet d'échanger, de décharger sur des cas difficiles. »

D'autres fois, ces relations sont plus complexes et peuvent **entraver le moral de chacun**.

Dr A : « Et donc, je n'étais absolument pas libre à tel point que des collègues avec qui ça ne se passait pas trop mal au départ, et que je connaissais, fliquaient mon agenda quand même. (...) Quand j'étais en MSP j'étais stressée vis-à-vis de mes confrères. (...) . Je ne m'inquiétais même plus d'être présente pour mes patients, mais je m'inquiétais d'être autant présente que les collègues. »

Dr E : « Après dans la MSP, si tu veux, je pense qu'il faut que les médecins soient clairs par rapport à la patientèle. (...) Le collègue n'est pas là, tu prends en charge quelqu'un. Il n'y a pas de soucis, mais après tu le remets aux bons soins de ton confrère (...) il ne faut pas qu'il y ait de détournement. (...) Après améliorer... Alors c'est vraiment le seul truc à mon avis, c'est vraiment la non-concurrence entre nous. »

Il est donc nécessaire de trouver une certaine **harmonie au sein des relations de travail**.

Dr F : « (...) ça suppose un effort d'harmonisation et de coordination entre les personnes et les différents professionnels. (...) Je pense que si on est dans une équipe qui ne s'entend pas, ça doit être terrible. »

Car la **solidarité** entre confrères est source de bien-être au travail.

Dr G : « Et là on retrouve ce lien confraternel, on peut se dire les trucs quoi, même si quelquefois on n'est pas d'accord, mais on défend tous la même maison.

Dr H : « Il y a une sorte d'appartenance, en particulier chez les médecins. »

Dr I : « C'est la cohésion, donc ça apporte quelque chose d'autre à tout âge. »



D'autant plus lorsque le **rapport au patient n'est pas toujours idéal**.

Dr I : « Tu as deux rémunérations dans la vie : ton compte en banque et la valeur que tes patients te donnent quand ils te voient... La rémunération de 10 patients... et que la valeur de dix patients ne soit pas anéantie par le onzième qui nous démonte à la consultation. »

Dr K : « Pardon j'ai ma SASPAS qui est en train de se faire insulter par des patients... On continue je t'écoute. »

Les médecins semblent, en somme, **fatigués mais attachés à leur métier**.

Dr I : « Je suis épuisé... satisfait parce que reconnu.»

Dr J : « Il y a eu des moments où ça a été pénible.»

## *ii. La continuité des soins*

La coordination de l'exercice en groupe en MSP, permet **d'assurer la continuité des soins** ; une aubaine pour les patients et une sérénité pour les praticiens.

Dr D : « Il y a beaucoup de patients sans médecin traitant... ça allège le boulot quand même, le fait d'avoir les infirmières à côté ou une infirmière ASALEE, on peut arriver à débrouiller des situations qui ne nécessitent pas tout le temps une intervention médicale rapide. »

Dr E : « C'est une sécurité pour les patients. Moi, je leur dis c'est une sécurité pour vous. Parce que le jour où je ne suis pas là, le fait de la MSP, on a votre dossier médical partagé. De ce côté-là, peut-être une certaine sérénité par rapport aux patients. »

**L'élévation du nombre de médecins généralistes au sein d'une structure** est aussi un facteur important de la continuité des soins.

Dr A : « On n'est pas une maison de santé (...). A savoir, que pendant les vacances, oui en août je vais prendre une semaine de vacances et puis c'est comme ça, je ne serais pas remplacée. Il y a aura éventuellement mon collègue à côté pour les gros trucs, mais s'il ne peut pas, il ne peut pas. »

Dr H : « L'avantage quand on est 4 c'est que si l'un part en vacances, ce n'est pas la fin du monde. Il n'y a pas d'obligation à ce qu'il soit remplacé. On peut tout à fait gérer le truc, il en reste trois. »

*iii. Une équipe pour traiter les situations, même les plus complexes*

L'exercice pluridisciplinaire permet un **accompagnement plus complet du patient**, au plus proche de sa réalité, et ainsi **réduit la charge mentale du médecin**.

Dr C : « Il y a des situations qui, sur le plan émotionnel, sont assez compliquées : le jeune en fin de vie, les néoplasies, des enfants qui ne vont pas bien... Le fait de pouvoir en parler en équipe c'est un soulagement énorme. Alors que quand tu es tout seul, tu es tout seul. Tu portes tout quoi. »

Dr F : « Il y a une bien meilleure adéquation entre les soins qu'il nous est possible d'apporter et les besoins réels du patient. »

Dr I : « Qui dit MSP, dit pluridisciplinarité, dit prise en charge en groupe donc d'une façon plus pertinente. »

Les **situations délicates sont gérées avec plus d'aisance**, en incluant le patient, sa famille et l'ensemble des acteurs de santé.

Dr C : « Mais on met tout le monde autour de la table et notamment les familles pour qu'elles comprennent quelles décisions sont prises. »

Dr F : « On peut mettre maintenant en commun les compétences. On se retrouve à gérer des trucs que j'aurais imaginé. On a des chimiothérapies à domicile au fin fond du monde.»

Dr G : « On parle des cas complexes en réunion, avec les infirmières, les kinés, les pharmaciens. »

*iv. Un épanouissement professionnel*

Intégrer une MSP, c'est participer à des **projets et des actions de santé sur le territoire** ; une **valeur ajoutée** au travail de médecin généraliste.

Dr B : « Je suis très fière de faire partie de cette MSP. »

Dr F « Donc je suis plutôt fière de ce qui est possible de faire parce qu'on est en MSP et qu'on est une équipe. »

*b. Dans la vie personnelle : La santé physique, l'état psycho-émotionnel*

**Le mode d'exercice influe sur la qualité de vie privée des soignants.**

Dr C : « Je suis moins fatigué psychologiquement. J'étais tout seul (...) Et la vie pour l'entourage ce n'est pas possible. Tu es exécration, tu n'en peux plus, tu es toujours fatigué. C'est une vie de chien pour celui qui le fait et une vie de chien pour ceux qui vivent autour. Même si tu essaies de faire la part des choses. »

Dr H : « J'ai davantage de temps libre, donc je peux davantage me bouger. J'ai aussi beaucoup moins de stress. C'est tout « bénéf » quoi. »

Dr K : « Il y a moins d'impact de ma vie professionnelle sur ma vie personnelle sur le plan émotionnel, d'être en MSP parce que je peux échanger, je me sens en sécurité sur les compétences et d'échanger des points de vue, et le partage de pairs etc. »

**Cependant, le temps personnel ne peut pas toujours être utilisé comme ils le souhaiteraient.**

Dr D : « Sur le temps personnel (...) il y a tellement de trucs à faire entre la gestion du cabinet, de la MSP et tout ça. »

Dr K : « Finalement je ne gagne pas du temps perso. C'était un peu l'idée pourtant. »

**F. La médecine d'aujourd'hui et de demain**

*a. Etat des lieux de la médecine*

**D'après les participants, le système de santé d'aujourd'hui n'est pas optimal et les cabinets libéraux ferment.**

Dr A : « De toute façon, la médecine générale d'aujourd'hui, sans vouloir être défaitiste, elle va mal. »

Dr F : « (...) l'hôpital de notre secteur est en train de crever la bouche ouverte (...). »

Dr I : « Actuellement il y a une explosion...il n'y a pas d'autres termes...extrêmement rapide de tous les cabinets de groupes précédents parce qu'il y a une fuite des médecins vers la retraite, ou le changement de profession ou la réorientation professionnelle (...). On est au pire de la guerre là. »

Les médecins ont des **difficultés à se faire remplacer ou à trouver de nouveaux partenaires d'exercice.**

Dr C : « Et voilà, autrement après on a lancé un programme de recrutement, mais sans trop d'espoir. Ça va être très compliqué de recruter des jeunes qui veulent venir travailler ici. Je ne sais pas ce que ça va devenir. »

**Et leur charge de travail augmente.**

Dr E : « Il y a quand même moins de médecins, on est de plus en plus sollicités (...) »

Dr F : « Je suis toute seule dans la vallée et donc la charge de travail est énorme. (...) Là il faudrait qu'on soit deux. »

Dr J : « Je dirai qu'il y a davantage de stress ressenti maintenant parce qu'il y a moins de médecins sur la ville. »

En parallèle, les patients se comportent de plus en plus comme **des clients exigeants, consommant un service de santé instantané.**

Dr D : « Alors certains sont un peu réfractaires au début car ils veulent voir que leur médecin. »

Dr E : « Mais ce sont les gens qui sont comme ça, ils veulent tout de suite. Et toi tu donnes ce que tu peux. C'est peut-être un peu défaitiste. Mais je pense que les gens sont plus dans la consommation. »

Alors, les **médecins se regroupent pour pallier** autant que possible, les conditions imposées par la conjoncture actuelle.

Dr H : « Je crois que 8 à 10 kilomètres pour voir un médecin aujourd'hui en rural, en semi-rural ça va être la règle. Il y aura moins de cabinets mais davantage de regroupements. » « Je pense que le médecin tout seul c'est terminé. Même à deux ou à trois c'est terminé. Sans parler des charges, plus vous êtes, plus ça diminue. Un médecin avec une secrétaire ce n'est pas possible. »

#### *b. Des médecins engagés*

Malgré tout, les **généralistes sont attachés à leur profession**, à l'exercice pluriprofessionnel et délivrent des messages engagés.

Dr E : « Je pense que l'investissement en vaut la chandelle. (...) Je continue de penser que c'est le plus beau métier du monde. »

Dr H : « D'abord moi j'aime bien le libéral, j'aime bien ce que je fais. Les gardes ne sont

pas obligatoires... Mais bon, je ne connais pas de médecin qui ne fasse pas ses gardes. »  
Dr J : « Je n'envisagerai pas d'exercer la médecine générale en dehors d'une MSP. Ça c'est certain. »

### *c. La place de la MSP*

Le **travail pluridisciplinaire devient une nécessité** pour la pratique actuelle.

Dr B : « C'est une évolution de la médecine qui est indispensable maintenant de travailler en groupe et coordonné. Surtout pas de travailler tout seul. C'est indispensable.»

Dr D : « C'est un peu l'avenir. »

Dr G : « Je suis intimement convaincu que c'est un gage de meilleur soin et de moins d'isolement professionnel. »

Mais aussi pour la médecine à venir, puisque **les conditions de travail en groupe attirent les jeunes médecins.**

Dr H : « A la vue de l'état du marché, il faut être un peu concurrentiel par rapport aux jeunes médecins... si vous n'avez pas les locaux qu'il faut, le secrétariat, l'informatique etc.... ce n'est même pas la peine de désigner entrevoir une possibilité d'arrivée d'un jeune médecin. »

Dr L : « Et quand je vois qu'il y a de moins en moins de jeunes qui s'installent je me dis que c'est peut être la solution d'aujourd'hui mais pas celle de demain. »

### *d. Des solutions proposées pour l'avenir*

Afin **d'améliorer les conditions de travail en MSP**, les **praticiens proposent des idées**, particulièrement lorsqu'il s'agit de la charge administrative de la SISA.

Dr A : « Une MSP pourrait très bien fonctionner mais en laissant plus de liberté et de flexibilité que cette histoire-là, de comptabilité mois par mois. »

Dr B : « Est-ce qu'il faudrait sous-traiter ou avoir un assistant médical pour nous aider par rapport à ça. »

Dr D : « (...) c'est indispensable qu'ils modifient ce fonctionnement administratif de cette société la SISA, pour l'alléger, parce que sinon c'est ingérable. »

Mais aussi lorsqu'il s'agit des **tâches non médicales** en dehors de la SISA.

Dr I : « Limiter l'administratif. La tonne de choses qu'on nous demande en fin de journée ça reste énorme... après MSP ou pas MSP (...). En tout cas, au niveau de la charge de travail, il y a un paquet de choses qui sont à faire en dehors du temps de consultation. »

**L'accès aux soins** pourrait aussi être **amélioré**.

Dr H : « L'idéal serait d'avoir des consults de spé dans les MSP, voilà nous on est en rural, on est un peu loin de tout. Les dermato il n'y en a plus sur des dizaines de kilomètres »

Dr D : « L'idéal serait d'avoir un jour, une journée par mois, une journée de consults spécialisées donc oui je pense que c'est intéressant. »

Et les dépenses pourraient être **réparties différemment**.

Dr A : « Je pense qu'au lieu de mettre de l'argent à payer des réunions ou à obliger des gens à rentrer dans des cases (...) ce serait déjà bien qu'on mette des sous ailleurs pour pouvoir recevoir les gens qui ont vraiment des urgences. »

Dr H : « Disons que si vous voulez les charges augmentent d'années en années et on nous propose 1,50€ en plus. Donc le problème il est là. »

Les médecins pensent aussi que **l'approfondissement de leurs connaissances et compétences** faciliterait les prises en charge.

Dr E : « Si on arrive à monter le DPC local, je crois que ce sera bien. »

Dr F : « (...) il faut que nous on monte en compétences par rapport à l'accueil des urgences, mais ça correspond à mon territoire. »

Et qu'une **MSP à taille humaine** reste **indispensable**.

Dr G : « Je pense qu'aujourd'hui ce que j'améliorerais et ce que je changerais c'est peut-être la taille de cette MSP qui est quand même immense. »

Dr I : « Le côté attractif de... il faut sécuriser... il y a des tailles à ne pas dépasser, administrativement ça peut être lourd. »

Dr K : « Techniquement ça demande des investissements financiers et notamment mobiliers qui sont vraiment pas aidés par le... enfin nous en tant que libéral on s'engage sur la construction, l'achat de locaux avec des salles de réunions et sauf qu'il n'y a pas la rémunération des financeurs, on n'est pas sécurisés (...). »

Enfin, il leur semble essentiel **de garantir une certaine adaptabilité à chaque territoire**.

Dr F : « Je pense qu'il faut absolument que les MSP s'adaptent aux besoins de leurs territoires de santé. »

Dr I : « Cet enjeu pour votre territoire, vous êtes médecin généraliste, il va falloir réintituler médecin généraliste en médecin généraliste et de territoire. »

## IV. Discussion

D'après notre étude, l'ensemble des sujets interrogés apprécie l'exercice de groupe pluridisciplinaire et la majorité d'entre eux sont en faveur de la maison de santé pluriprofessionnelle, quel que soit l'âge, le sexe ou la zone d'installation. Parmi les dix MSP où exercent actuellement les participants, seulement une d'entre elles s'avère présenter une structure juridique différente de la SISA. Cela corréle au rapport publié en 2021 (19) précisant que deux tiers des 1300 MSP ont signé un accord conventionnel interprofessionnel avec les organismes de santé. Ainsi, bien que les médecins décrivent certains désagréments liés aux obligations imposées par ces institutions, nous pouvons penser qu'ils y trouvent des avantages plus importants. Une publication de 2019 (20) confirme cette conjecture, au travers d'une enquête de satisfaction révélant que 96 % des médecins exerçant en MSP en Occitanie (dont 80% sous SISA) accordent plus de bénéfices à ce mode d'exercice plutôt qu'à tout autre. Parmi ces avantages, ils évoquent les financements au titre des accords conventionnels interprofessionnels (ACI), créés en 2017 (20) qui contribuent au financement du secrétariat ou à la diminution des charges, selon leur mode de répartition. Le mode de partage de ces fonds est choisi par les gérants de la SISA, en accord avec les autres praticiens. Répartis de manière égale entre tous ou au prorata de leur investissement dans les missions de la MSP, leur distribution peut avoir un impact sur la dynamique de groupe (21). Choissant une répartition à parts égales, deux philosophies se dessinent. La première basée sur la confiance, la liberté et le sens des responsabilités de chacun, chaque praticien s'investit comme il le souhaite dans les tâches de la maison de santé, sans se soucier de quantifier la participation de ses confrères. Plus réticent, le second mode de pensée se soucie, parfois à l'excès, de l'implication égale de chacun dans les missions, entraînant des tensions dans le collectif et une suffocation de certains.

Malgré des relations quelquefois difficiles et au-delà des incitations financières, les médecins accordent un intérêt tout particulier au travail pluriprofessionnel et à l'exercice de groupe, qu'ils aient eu une expérience positive ou négative de la MSP. L'enthousiasme relevé au sein de notre enquête pour une pratique collective est le reflet de la pensée générale, dépeint par la Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Cette dernière nous indique que 69% des médecins généralistes exerçaient en groupe au début de l'année 2022 (22) et que parmi eux, 60% travaillaient avec d'autres types de professionnels de santé. De la découverte des autres professions, aux partages des

connaissances à une amélioration de la prise en charge des patients, les médecins interrogés ne tarissent pas d'éloges sur la pluri disciplinarité. Les temps d'échanges tels que les réunions de concertation, les conversations informelles ou encore l'accueil des étudiants leurs permettent de mieux appréhender le travail des autres soignants et d'améliorer leurs compétences (20) et la coordination de leur prise en charge. 78% des médecins en MSP en Occitanie confirment d'ailleurs l'évolution de leurs pratiques professionnelles (20). Cette coordination et pluriprofessionnalité sont au bénéfice du patient puisqu'elles permettent d'assurer une continuité des soins en déléguant des consultations médicales pour un même patient, notamment dans des prises en charge complexes ou chroniques (20,23). De fait, l'ininteruption de la prise en charge de leurs patients les rassurent et les médecins sont plus enclins à prendre des congés facilement. Ils précisent d'ailleurs que le système d'information partagé grâce au logiciel commun favorise le suivi des dossiers et la cohérence dans le suivi de la prise en charge malgré un potentiel changement de médecin.

Psychologiquement épuisés, les médecins généralistes mentionnent comme inhérents à leur profession une charge de travail extrême, un manque de temps personnel et une pression croissante de la demande. Grâce au fonctionnement de la MSP, les participants décrivent une diminution du stress, un sentiment de soutien et d'appartenance qui améliorent leur moral au travail. En effet, en 2004, la MSP apparaissait comme un facteur protecteur de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes (24) . Cependant, malgré une certaine cohésion, la MSP ne protègerait pas de tous les risques psycho-sociaux, comme le confirme une analyse quantitative de 2019, qui ne montre pas de différence significative sur le risque de burn-out du médecin exerçant en MSP et les autres (25). Nous retiendrons, en MSP, que l'émulsion intellectuelle, les échanges professionnels et l'intérêt pour les projets menés (26) sont des facteurs favorables au vécu positif du travail. Tandis que la charge administrative, la multiplicité des tâches chronophages, la gestion de la structure, le manque de soutien des administrations en santé et les obligations d'horaires concourent à l'épuisement psychique des omnipraticiens. Une étude révèle que 10% des médecins ne sont pas, voire pas du tout, satisfaits de leurs conditions de travail pour des causes principalement organisationnelles (20). Bien qu'elles soient citées comme un avantage pour la coordination des soins, les réunions devraient gagner en efficience et parfois en pertinence pour traiter cette « réunionite » évoquée à plusieurs reprises. De plus, le remplissage des critères liés aux protocoles de santé mis en place dans le cadre du plan de soin est chronophage et décrit comme loin de la réalité du terrain car il nécessite parfois



d'impliquer des patients dans des protocoles peu adéquats pour atteindre les objectifs chiffrés définis pour l'année. Le traçage des données pour chaque patient est un travail fastidieux (20) et d'après les participants, allonge le temps de consultation, sans bénéfice direct pour le patient. Cependant, il paraît intéressant de s'interroger sur l'aspect bénéfique pour les patients à long terme, si ces opérations permettent d'améliorer les recommandations de prises en charge (27). En ce qui concerne la gestion de la structure juridique interprofessionnelle, les cogérants paraissent avoir une charge administrative plus lourde que les autres praticiens. De la comptabilité à la gestion des statuts, ils ne se sentent pas correctement accompagnés dans ces missions, loin de leurs compétences médicales.

En outre, parmi les obligations de la MSP, socle requis aux versements des ACI (annexe n°4) pour obtenir leurs subventions annuelles, les consultations doivent être ouvertes sur des plages d'horaires larges en semaine et tous les samedi matin. De plus, la permanence des soins non programmés est une exigence, permettant d'assurer une certaine équité dans l'accès aux soins. Ces contraintes, qui ne sont pas toujours propices à la vie de famille et à une qualité de vie privée élevée, sont davantage tolérées lorsque le nombre d'omnipraticiens au sein de la maison de santé est grand. Bien que les sujets interrogés brossent, pour la plupart, un tableau plus positif de leur vie privée par rapport à leur exercice précédent, il n'en reste pas moins perfectible. 28% des généralistes exerçant en MSP d'Occitanie ne se disent pas, voire pas du tout, satisfaits de la qualité de leur vie privée (20). De reste, il apparaît une notion de « manque de temps » systématique, que ce soit au travail ou dans la vie privée.

Le médecin généraliste court après le temps et ne voit pas son travail récompensé sur le plan pécunier de manière significative. Entre 2008 et 2014, les généralistes exerçant en MSP montraient une augmentation des revenus plus importante que les autres omnipraticiens libéraux (28,29). Cependant, rapportée à la croissance de leurs patientèles, la DRESS précise que cette augmentation de revenus est significativement nulle (28,29). Cet élément est entériné par notre recherche puisque les participants se sont tous accordés pour dire que l'exercice en MSP n'a pas changé de manière significative leurs rémunérations. Bien que les ACI valorisent le temps de gestion et de coordination, les praticiens n'y voient là qu'un simple dédommagement (20) Nous pourrions penser que la rémunération des objectifs de santé publique (ROSP), mise en place en 2012, pourrait aujourd'hui contribuer à une augmentation des revenus des praticiens en MSP par rapport aux autres, de par leurs

pratiques permettant d'atteindre les objectifs de santé publique plus aisément (29). Or, les médecins généralistes ne sont globalement pas favorables à cette pratique basée sur des critères déclaratifs (30). En résumé, les participants ne soulignent pas d'amélioration de leur rémunération mais évoquent parallèlement l'accroissement de la patientèle, surtout dans les zones où l'offre de soins se fait rare.

Si le nombre de patients reçus par les médecins généralistes augmente, il paraît logique de penser que l'accès aux soins dans ces territoires sous dotés, soit amélioré. Une étude qualitative de 2019, interrogeant le vécu des patients de médecins en MSP, souligne un raccourcissement du délai pour obtenir une consultation (30). En effet, si les participants ne notent pas d'augmentation du nombre d'actes entre une activité en MSP (28,29) et hors MSP, il faut donc comprendre que le nombre de patients différents reçus au cours de l'année est majoré en MSP, comme l'explique un rapport de 2021 (20,29). De fait, le médecin est davantage disponible pour recevoir d'autres patients. La maison de santé est alors propice à l'amélioration de l'accessibilité en santé et à la continuité des soins, d'autant plus qu'elle est souvent installée dans des zones défavorisées sur le plan de l'accès aux soins (13,32). D'ailleurs, nous remarquons que la majorité des généralistes interrogés et exerçant en MSP sont installés dans des zones où l'accessibilité aux soins de premiers recours est difficile et nous nous interrogeons sur la comparabilité de leurs réponses avec les omnipraticiens urbains.

L'offre de santé publique est en déclin, lié à l'augmentation des départs à la retraite des généralistes et à un nombre de nouvelles installations incapables de compenser ces pertes. Ce phénomène majore la pression sur les omnipraticiens en activité. Or, il est nécessaire de prévenir l'épuisement des praticiens qui s'avère être un facteur de risque d'altération de la qualité des prises en charge (33). Ainsi, le regroupement des médecins au sein des MSP est d'autant plus bénéfique pour les patients puisqu'il permet d'optimiser les conditions de travail des généralistes, garantissant ainsi des soins de qualité.

A plus long terme, nous notons un autre bienfait pour les usagers du système de soins grâce à l'attrait que crée ces maisons chez les jeunes médecins (32,34,35). Nous notons que plus de 80% des médecins de moins de 50 ans prennent la décision de s'installer à plusieurs (35). D'ailleurs, les participants sont tous catégoriques quant à leur volonté de travailler en groupe et au fait qu'il leur est inenvisageable de travailler seul un jour, ou sans pluridisciplinarité. L'exercice de groupe est attractif (36). De la délégation de certaines

tâches non médicales grâce à la possibilité de payer une secrétaire, à la sécurité professionnelle que fournissent les échanges réguliers entre pairs, les jeunes médecins ne tendent plus à une installation seuls (20,34). Il s'agit là d'un point d'appui pour les médecins déjà en exercice, mais qui ne suffit pas à changer leur vision de l'état de la médecine actuelle. Lorsque nous interrogeons les généralistes sur l'état de notre système de santé, le vocabulaire se noircit. « pessimiste », « sans trop d'espoir », « consommation », ces mots reflètent leur représentation de la médecine (37, 38). Qu'ils exercent en groupe, en salariat ou MSP, ils se sentent peu écoutés et soutenus par les organismes de santé. La complexité d'accès aux informations ressources, la moindre disponibilité des autorités de santé, le manque d'accompagnement à la création ou encore les modalités de distribution des ACI ; les médecins clament une incompréhension générale et ont des idées pour améliorer leurs conditions de travail et plus largement le système.

L'allègement des tâches administratives est le consensus principal. Ce temps non médical qui représente de quatre à sept heures par semaine (36,39) doit être réduit par la délégation ou par la diminution des obligations afin d'améliorer la qualité d'exercice et son attractivité. La délégation de certaines tâches aux assistants médicaux permet de favoriser le temps médical. Cela pourrait permettre d'augmenter le temps de consultations par patient et/ou d'améliorer la qualité des soins. Cependant, l'augmentation conséquente de la patientèle constitue une lourde contrepartie. Ainsi, il paraît intéressant d'optimiser les moyens financiers permettant aux équipes de rémunérer des secrétaires et des assistants. La libération de ce temps permettrait au médecin de s'investir dans ses fonctions de coordination des soins et de leader de groupe, position dans laquelle il est souvent poussé par les paramédicaux et qu'il prend (40). Dans le même domaine, la réduction du délai de création d'une MSP, principalement liée aux obligations administratives, est un levier pour encourager le développement des maisons de santé. De plus, nous nous questionnons sur le potentiel intérêt du partage des protocoles entre les différentes maisons de santé afin de réduire le temps de préparation, de rédaction, pour se focaliser davantage sur la mise en place et la réalisation sur le terrain. La mise en commun des résultats, modifications et améliorations effectués sur ces protocoles entre les différentes MSP pourraient accroître leurs efficiences.

D'autre part, au-delà de favoriser l'accès des populations aux médecins généralistes, il est essentiel de les entourer de plus de spécialistes. Bien que certaines MSP aient réussi à

mettre en place des consultations spécialisées de manière régulière au sein de leurs murs, ceci est loin d'être une constante. Les généralistes se retrouvent isolés, à devoir gérer des situations complexes, face à des délais d'attente extrêmement longs ou parfois même à l'absence totale de spécialiste. Ce poids écrasant représente un frein majeur dans leur quotidien de travail, tout comme l'accroissement de la gestion des urgences causé par la diminution de l'offre de soins hospitalière. De fait, les médecins proposent d'augmenter leurs compétences dans ce domaine afin de pallier au mieux cette situation, qui pour l'instant, reste sans perspective d'amélioration. La revalorisation des actes est un axe de réflexion intéressant (36) puisqu'elle leur permettrait d'encourager les prises en charge qualitatives et entraînerait un cercle vertueux, des conditions de travail, à la psyché du médecin, jusqu'à la qualité des soins délivrés. Enfin, il est indispensable que les médecins au sein des MSP se voient garantir une certaine liberté afin de s'adapter aux besoins territoriaux.

Malgré ces difficultés, le système de soins français regorge, d'après notre étude, de médecins engagés et attachés à leur profession. Lorsqu'ils parlent de leur métier, le langage positif naît et les voix s'emplissent de sourire. Décrit comme « le plus beau métier du monde » par un des sujets, nous comprenons que cette profession est une vocation. Ces soignants s'investissent parfois au-delà de leurs propres limites pour prendre soin de l'humain (6,33) et sont enthousiastes à l'idée de partager leurs expériences, qui leur apparaissent comme un exercice réflexif. En effet, nous avons remarqué qu'en ce qui concerne la question facultative sur leur point de vue sur leur propre état de santé, les médecins ont tous souhaité y répondre, sans tabou. Ils discutent aisément de leur vécu qu'il soit professionnel ou personnel.

La qualité des entretiens met en avant l'intelligibilité du canevas d'entretien utilisé, bien que nous notions quelquefois des amalgames entre les termes « gérant » et « coordinateur », nécessitant une reformulation. A ce propos, la majorité des médecins interrogés ont été ou sont cogérants de la SISA. Or, sachant que cette structure majore la charge administrative des praticiens, nous pouvons considérer qu'ici se situe un premier biais de sélection. De plus, bien que nous souhaitions obtenir un échantillon important et à répartition égale entre les médecins pratiquant en MSP et hors MSP, nous remarquons que seuls douze médecins nous ont répondu, dont dix d'entre eux exercent actuellement en MSP. Le faible échantillonnage et l'inégalité de répartition constituent deux biais de sélection

supplémentaires. Nous pouvons penser que les résultats sont en majorité en faveur d'un exercice en maison de santé pluriprofessionnelle, d'autant plus qu'aucun de ces médecins ne souhaite changer d'exercice. Notre étude s'est portée sur la région Occitanie, ouvrant la voie à des travaux similaires sur le reste du territoire français. Nous noterons que les participants choisis couvrent l'ensemble du territoire étudié, avec un sujet dans chaque département afin d'obtenir une homogénéité de représentation départementale. La majorité des entretiens ont été réalisés par téléphone, ce qui peut créer un biais car cela ne nous permet pas d'ajouter une communication non verbale qui aurait pu être intéressante.

Nous nous interrogeons quant à l'influence de la zone d'exercice sur le vécu professionnel et personnel des omnipraticiens. Même si leurs lieux d'exercice étaient relativement similaires, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (40) nous a permis de mettre en avant les disparités d'offre en santé entre les différents participants. Selon une étude 80% des médecins soulignent la pauvreté de l'offre de soins sur leur territoire d'exercice (41), ils ne sont pas toujours confrontés aux mêmes problématiques (42) (manque de praticiens, répartition géographique inégale des équipements de santé...). Il serait donc intéressant de réaliser une étude comparative sur les expériences des praticiens de MSP en fonction de la densité médicale de leur territoire. L'intégration du paramètre régional (6) est aussi pertinente puisque les autorités territoriales contribuent à l'installation des maisons de santé et à la qualité des conditions de travail des soignants. De fait, la confrontation des expériences au sein des maisons de santé publiques et privées paraît être un point d'intérêt pour de futures recherches. En outre, nous retiendrons qu'indépendamment des inégalités de densité médicale, la majorité des médecins généralistes interrogés pourraient voir leurs vies professionnelles et personnelles améliorées.

## V. Conclusion

Au travers de cette étude, nous avons souhaité avoir un œil réflexif au-delà de l'analyse descriptive. Cette approche qualitative permet de mieux appréhender le quotidien des omnipraticiens exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle. Ce travail, complémentaire de recherches quantitatives effectuées par le passé, met en exergue le vécu des médecins généralistes dans leur travail et dans leur vie privée.

L'observation de la dichotomie dans le champ lexical des participants suggère un réel conflit interne entre « l'amour » de la profession et les difficultés rencontrées dans leur exercice. Un plus grand soutien de la part des organisations de santé serait un facteur aidant pour les professionnels, permettant d'améliorer leur qualité de vie au travail et in fine, la prise en charge des patients.

Nous retiendrons que cette étude révèle en majeure partie, un engouement pour la pratique en MSP et en totalité, un vif intérêt pour l'exercice en groupe. Ce mode d'installation paraît pallier au mieux la conjoncture actuelle, permettant aux médecins généralistes d'exercer leur profession de la manière la plus sereine possible, grâce au soutien des différents professionnels de santé les entourant.

Nous noterons enfin l'importance de la liberté d'exercice, notamment la liberté d'adaptation au territoire. La médecine générale est une médecine territoriale, qui doit s'adapter aux besoins et aux contraintes de son environnement afin d'apporter un service à la population, adapté et de qualité. La maison de santé pluridisciplinaire paraît donc répondre à ces caractéristiques et des améliorations pourraient être envisagées afin de soutenir les médecins dans leur exercice quotidien. Il serait d'ailleurs intéressant de réaliser une seconde étude dans la continuité de celle-ci, collectant les retours et commentaires de chaque participant sur les résultats obtenus. La mise en commun de leurs expériences, au travers de leurs territoires, de leurs schémas organisationnels et de leurs projets de santé pourrait s'avérer porteuse de nouvelles idées.

En somme, favorisant déjà l'accès aux soins des populations dans certains territoires, nous pouvons espérer que le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles soit une solution pérenne pour la qualité de vie des médecins généralistes et pour la santé des usagers.

Toulouse, le 12/10/23

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY

21/10/23  
Vu, le Président du Jury,  
Pr. Stéphane OUSIRIC

## Bibliographie

1. Arnaud F, Lefebvre G, Mikou M, Portela M. Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 15 sep 2022 [cité le 03 septembre 2022]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022#:~:text=La%20consommation%20de%20soins%20de%20sp%C3%A9cialistes%20en%202021%20d%C3%A9passe%20celle,six%20ann%C3%A9es%20cons%C3%A9cutives%20de%20baisse>. Athari E, Papon S, Robert-Bobée I. Accueil – Insee – Institut national de la statistique et des études économiques | Insee [En ligne]. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers – France, portrait social | Insee ; 19 nov 2019 [cité le 20 juillet 2023].
2. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781#:~:text=Depuis%2040%20ans,%20la%20population,regard%20des%20autres%20pays%20europ%C3%A9ens>.
3. Bouet P. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Paris : Ordre national des médecins ; juin 2014. 106 p.
4. Besbes M. Accueil – Insee – Institut national de la statistique et des études économiques | Insee [En ligne]. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee ; 27 fév 2020 [cité le 01 septembre 2023]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
5. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France [En ligne]. Paris : Ordre national des médecins ; jan 2022 [cité le 9 mai 2023]. 141 p. Disponible : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)
6. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique [En ligne]. 2009 [cité le 20 sep 2023];21(4):355. Disponible : <https://doi.org/10.3917/spub.094.0355>
7. Cambon C. SÃ©nat [En ligne]. Conditions de travail des mÃ©decins gÃ©nÃ©ralistes ; 13 juin 2019 [cité le 7 juin 2023]. Disponible : <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190610871.html>
8. MedShake : communauté médicale bien fraîche et un peu secouée ! [En ligne]. Statistiques générales sur les ECN 2020 ; 2020 [cité le 9 jan 2023].

Disponible : <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2020/>.

9. Marques A. Les Généralistes-CSMF [En ligne]. "Sous-coté", "chronophage", "chaotique" : vous racontez les galères du paiement à l'acte ; 25 mars 2019 [cité le 25 sep 2022]. Disponible : <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/03/25/sous-cote-chronophage-chaotique-vous-racontez-les-galeres-du-paiement-a-lacte/>.
10. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Aubry C, Colin C, Bonnet C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Rev Fr Aff Soc.* 2011;(2-3):29-47.
11. Chaput H, Monziols M. Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 7 mai 2019 [cité le 9 avril 2023]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>
12. Bachelet M, Anguis M. Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 11 mai 2017 [cité le 4 sep 2023]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
13. Boivin HL. Analyse des attentes des patients et des futurs médecins généralistes par rapport aux maisons de santé pluri professionnelles: à propos de l'exemple de la maison de santé pluri professionnelle du Val d'Ajol.
14. Anselm M, Mielcarek M. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. Strasbourg : [maison d'édition inconnue] ; juil 2016. 48 p. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Rev Fr Adm Publique.* 2017;164(4):887-902.
15. Paps. Accueil | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur [En ligne]. Créer ou exercer en maison de santé pluriprofessionnelle ; 27 juil 2023 [cité le 1 sep 2023]. Disponible : <https://www.paca.paps.sante.fr/creer-ou-exercer-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle?orig=recherche>
16. Arlet P, Brillac T, Gasc L. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. Définitions et principes. *Rev Etudiants En Soins Prim Amp Cherch Toulous.* 2014;(6):21-3.



17. Claude G. Scribbr. 2019 [cité 5 août 2023]. Le guide d'entretien : définition, caractéristiques, structure et exemple. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/guide-entretien/>
  
18. Cassou M, Mousquès J, Franc C. Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 11 mai 2021 [cité le 19 sep 2022]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/exercer-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-un-effet-positif#:~:text=Au%20cours%20de%20la%20période,forfaitaires%20qui%20y%20sont%20associées.>
  
19. Bringer L, Kabantchenko A, Manuello P, Leturgie D. Etat des lieux de l'exercice des médecins en Maison de Santé Pluriprofessionnelle Région Occitanie. Paris : [maison d'édition inconnue] ; mai 2019. 74 p.
  
20. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé: recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Paris: IRDES; 2014. (Les rapports de l'IRDES).
  
21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Les médecins généralistes exercent de plus en plus souvent en groupe et ont davantage recours à un secrétariat | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 26 oct 2022 [cité le 20 fev 2023]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-medecins-generalistes-exercent-de-plus-en-plus-souvent-en-groupe-et-ont>
  
22. Avenir des équipes coordonnées. AVECSanté [En ligne]. Les atouts des MSP - AVECSanté ; 2022 [cité le 11 mai 2023]. Disponible : <https://www.avecsante.fr/les-atouts-des-msp/>.
  
23. Didier F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle [résumé étendu de dissertation]. Poitiers : Faculté de médecine ; 2013. 156 p.
  
24. Ageron-Blanc C, Régent C. Apport des maisons de santé pluriprofessionnelles en prévention du risque de burnout chez les généralistes libéraux.
  
25. Bloch L. Stratégies de prévention du burn out proposées par des médecins généralistes d'Indre-et-Loire [résumé étendu de]. Blois : Faculté de médecine ; 2016. 156 p.

26. Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? Paris : [maison d'édition inconnue] ; fév 2015. 9 p.
27. DRESS. Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelle : des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Paris : [maison d'édition inconnue] ; 11 mai 2021 [cité le 14 aout 2023]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-en-maisons-de-sante-pluriprofessionnelle-des-revenus-en-hausse-et-des>
28. Cassou M, Mousquès J, Franc C. Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France. IRDES. 1 juin 2021;(84).
29. Dupré Q. La perception des médecins généralistes sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique [Thèse de doctorat]. Amiens : Université de médecine ; 2013.
30. Zienkiewicz M. Quel est l'avis des patients consultant en Maison de Santé Pluriprofessionnelle en Île-de-France sur ce type de structure d'exercice ? [résumé étendu de dissertation]. Paris : Paris ; 2019. 73 p.
31. Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *Quest Deconomie Sante*. 2020;(247):1-8.
32. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. *JAMA Intern Med*. oct 2018;178(10):1317-30.
33. DRESS. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. *Etudes Result DRESS*. 2022;(1244):1-4.
34. DRESS. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *Etudes Result DRESS*. 2019;(1114):1-3.
35. Bras PL. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? *Trib Santé*. 2016;50(1):67-91.
36. Pestiaux D, Vanwelde C. Devenir médecin généraliste. *Can Fam Physician*. mars 2007;53(3):391-2.

37. Medi Sphère. L'hebdo du généraliste - Medi-Sphere [En ligne]. Domus Medica présente son texte de vision pour la médecine générale à l'horizon 2030 ; 5 déc 2022 [cité le 15 avril 2023]. Disponible : <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/domus-medica-presente-son-texte-de-vision-pour-la-medecine-generale-a-l-rsquo-horizon-2030.html>
38. Mouronval R. Impact du travail administratif pendant les consultations de médecine générale : confrontation entre ressenti et réalité [résumé étendu de dissertation]. Nice : Faculté de médecine ; 2021. 40 p.
39. Sarradon-Eck A. “ Qui mieux que nous ? ” Les ambivalences du “généraliste-pivot” du système de soins. In: Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale [Internet]. 2010 [cité 18 août 2023]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03193316>
40. DRESS. Dataviz.Dress [En ligne]. Accessibilité potentielle localisée ; 2021 [cité le 1 août 2023]. Disponible : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>.
41. DRESS. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Sources Outil Enquetes. 202.
42. Silhol J, Legendre B, Monziols M. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire. Insee Anal. 2020;(51):1-4.

## Annexes

**Annexe n°1** : Le canevas d'entretien

**Annexe n° 2** : Autorisation de la CNIL

**Annexe n°3** : Le formulaire type de recueil de consentement

**Annexe n°4** : Les accords conventionnels interprofessionnels

## **Annexe n°1 : Le canevas d'entretien**

## **Canevas d'entretien**

**Sujet : Vécu professionnel et personnel des médecins généralistes d'Occitanie exerçant ou ayant exercé en maison de santé pluriprofessionnelle.**

### **I. Caractéristiques des participants**

- Quel âge avez-vous ? Depuis combien de temps exercez-vous ? \*
- Quel est votre statut marital ? Avez-vous des enfants ? Si oui, de quel âge ? \*
- Dans quelle zone êtes-vous installé ? urbain/rural/semi rural ?
- Caractéristiques de l'installation actuelle et durée d'installation (structure, nombre de professionnels médicaux et paramédicaux)
- Que pensez-vous de la taille de la MSP ? du nombre de praticiens ? \*
- Caractéristiques de l'installation précédente (différente du mode actuel) ?
- Circonstances et/ou objectifs qui ont amené à s'installer en MSP/ quitter MSP ?
- Quel est votre rythme de consultation ?
- Vous sentez-vous libre d'exercer les horaires que vous souhaitez en MSP ? \*
- Quels sont vos horaires de travail ? \*
- Combien de jours travaillés ? \*
- Nombre d'heures de travail par semaine ? \*

### **II. Vécu professionnel**

- Quel élément a le plus changé dans votre pratique depuis cette nouvelle installation ?
- Quels sont les avantages et quels sont les inconvénients de la MSP ?
  - Au cabinet (nombre de consultations, durée, horaires...).
  - En dehors du cabinet ? (Hospitalier, gardes...)
  - Approche différente avec les patients ? (Qualité de prise en charge)
  - Évolution de la rémunération ? (Prime, aide...)
  - Gestion des tâches non médicales ? Contraintes administratives, secrétariat, ménage...
  - Avez-vous des étudiants ? Est-ce un plus pour vous ?
- Que pensez-vous des échanges inter professionnels ? \*\*
- Que pensez-vous de la formation professionnelle en MSP ? \* (réunion /formation par collègues)
- Que pensez-vous des logiciels utilisés ? \*\*
- Avez-vous pris part à la création de la MSP ? \*\*
- Que pensez-vous du projet de santé ? \*
- Dans quelle proportion prenez-vous part à la gestion de la MSP ? \*\*
- Êtes-vous cogérant de la SISA ? Si oui, parlez-moi de votre vécu. \*

- Participez-vous aux réunions pluriprofessionnelles ? Est-ce intéressant pour les patients et les médecins ? A quel rythme ?
- Que pensez-vous de la coordination des soins par une seule personne ? \*\*
- Que pensez-vous de la coordination réalisée par le ou la coordinatrice ? \*
- Vous sentez-vous entendu et accompagné par les organismes de santé qui vous gouvernent ? \*\*
- Que pensez-vous de l'accompagnement par les notaires, avocats, comptables pour la SISA ? \*
- Que pensez-vous du poids d'une MSP vis-à-vis des pouvoirs publics ? \*
- Préférez-vous une MSP avec SISA ou sans SISA donc sans financement ? \*

### **III. Vécu personnel**

- Quelle différence faites-vous sur le plan psycho émotionnel entre votre activité actuelle et votre activité précédente ? \* Comment vous sentez-vous moralement ? Plus épanoui dans le travail ? (Stress ressenti)
- Quelles différences faites-vous sur votre état de santé entre ces deux activités ? \*
- Disposez-vous de votre temps personnel comme vous le souhaitez ? Au niveau du temps personnel ? (Congé, horaires) \*\*
- Que pensez-vous de la qualité de votre temps personnel en MSP par rapport à une activité hors MSP ? \*
- Travaillez-vous depuis votre domicile pour les patients et le cabinet ? \*

### **IV. Le futur**

- Par la suite, envisagez-vous de rester ou de changer d'exercice ? Avez-vous des regrets concernant votre choix ?
- Au vue votre expérience, que pensez-vous de la maison de santé pluriprofessionnelle pour l'exercice de la médecine générale ?
- Que pensez-vous de l'exercice d'un médecin généraliste seul pour la médecine à venir ? \*
- Pensez-vous qu'il y ait des améliorations possibles et/ou nécessaires ? \*\*
- Comment pensez-vous que la qualité des soins et vos conditions de travail pourraient – elles être améliorées ? \*

---

\*Question rajoutée lors de la modification du canevas

\*Question supprimée suite à la modification du canevas

## **Annexe n°2 : Autorisation de la CNIL**





**Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III**  
Facultés de Médecine de Toulouse  
**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)**  
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne  
31062 TOULOUSE Cedex

**Pr Pierre BOYER**

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)

[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

**M. BOUDJEMAA Jean**

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 04/07/2023

sous le numéro : **2023BJ93**

Fait à Toulouse, le 07/07/2023

  
Pr. BOYER

**Pr Pierre BOYER**

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)

[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

**M. LE HYARIC Bastien**

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 04/07/2023

sous le numéro : **2023LHB92**

Fait à Toulouse, le 07/07/2023



Pr P. BOYER

## **Annexe n°3 : Formulaire de consentement**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

**Thèse qualitative sur le vécu personnel et professionnel des médecins généralistes exerçant ou ayant exercé en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)**

Recherche qualitative auprès de Médecins généralistes ayant exercé au moins deux ans en MSP et deux ans hors MSP

### Conditions d'entretien

Cet entretien sera réalisé par M. BOUDJEMAA Jean et / Ou M. LE HYARIC Bastien suivant vos disponibilités, dans vos locaux ou par visioconférence. Il durera de 25 et 40 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

### Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu personnel et votre expérience professionnelle lorsque vous avez exercé au sein d'une MSP. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

### Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par M. BOUDJEMAA Jean et M. LE HYARIC Bastien. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse présentée pour le diplôme de Docteur de Médecine Générale et pourront éventuellement être publiés.

### Merci de cocher les cases après lecture :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) \_\_\_\_\_

Signature (investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## **Annexe n°4 : Les accords conventionnels interprofessionnels**

## Indicateurs de l'ACI MSP nombre de points et justificatifs au 3 aout 2022

Prérequis pour déclencher la rémunération : pas d'obligation de leur mise en place effective à la signature du contrat  
Mais respect obligatoire à la transmission des justificatifs pour déclencher le versement de l'ensemble de la rémunération.

CRITERES SOCLES		Nb de points	Justificatifs
1 - Accès aux soins	1. Ouverture de 8 heures à 20 h du lundi au vendredi, le samedi matin de 8h à 12h et pendant les congés scolaires 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré : organisation pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique) et possibilité de consultation dans la journée (plages horaires dédiées par médecin ou à tour de rôle).	800	Charte d'engagement de la MSP affichée et visible du public
	Si amplitude horaire d'ouverture entre 10h et 12h par jour du lundi au vendredi et le samedi matin.	-60	
	Si amplitude horaire d'ouverture entre 8h et 10h par jour du lundi au vendredi et le samedi matin.	-150	
	Si fermeture le samedi matin.	-120	
	Si fermeture au maximum de 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année.	-20	
	3. Réponse aux crises sanitaires graves (quelle que soit la situation sanitaire) : rédaction d'un plan de préparation et ses mises à jour	100	Copie du plan de préparation
	Part variable: votre structure met en place toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients et adaptation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles », en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS.	350	Tout document attestant de la mise en place des actions répondant aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation
2 - Travail en équipe	Fonction de coordination : temps identifié et dédié à cette fonction (que ce soit 1 personne exerçant au sein de la structure ou du personnel recruté spécifiquement) notamment pour les missions suivantes : • animation de la coordination interprofessionnelle, • coordination des parcours et des dossiers patients, • suivi de l'utilisation du système d'information et organisation du travail de production des données de santé, • relation avec les institutions ou collectivités.	1000	Contrat de travail, fiche de poste, etc.
	Part variable : 2 paliers cumulables → Nombre de patients inférieur ou égal à 8000 dans votre patientèle.	1700	
	→ Nombre de patients au-delà de 8000 dans votre patientèle.	1100	
3 - Système d'information	Système d'information labellisé par l'ASIP santé en "niveau standard" Dossiers des patients informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.	500	Copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats d'abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d'information fait bien partie des logiciels labellisés par l'ASIP santé, avec la date d'acquisition de l'équipement.
	Part variable : 2 paliers → nombre de professionnels de santé équipés du logiciel inférieur ou égal à 16,	200	
	→ nombre de professionnels de santé équipés du logiciel supérieur à 16.	150	

Socles : engagement nécessaire de la structure sur cet indicateur mais 1 progressivité dans le degré d'atteinte de l'indicateur est possible			Justificatifs
Travail en équipe	1. Protocoles pluriprofessionnels établis pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée des différents professionnels de santé et en priorité sur les thèmes listés*. Une étude au cas par cas pour 1 protocole hors de cette liste sera faite. ☞ Etablis sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés, ☞ Conformés aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (HAS, l'ANSM, Santé Publique France, etc.), ☞ Répondant à un vrai besoin, ☞ Adaptés à chaque équipe, ☞ Formalisation et harmonisation des pratiques existantes, ☞ Simples et facilement consultables lors des soins, ☞ Rôles et moments d'intervention de chaque professionnel impliqué dans la prise en charge, interactions (qui fait quoi quand ?) ☞ Réactualisation régulière.	100	Protocoles élaborés.. <b>Maximum 8 protocoes</b>
	Part variable : votre structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA	40	Par protocole
	2. Concertation pluriprofessionnelle : ☞ Au moins 6 réunions par an, ☞ nombre de situations à étudier déterminé sur la base de : 5% des patients de la MSP en ALD et 5% des patients de la MSP de + de 75 ans non ALD, ☞ Situations relevant des problématiques visées par le texte*, ☞ Compte-rendu intégré dans le dossier informatisé du patient. <i>Proratisation de la rémunération au regard de l'atteinte de ces différents éléments.</i>	1000	Calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés. A sa demande, mise à disposition du service médical de l'assurance maladie des comptes rendus des réunions de concertation anonymisés..
	Part variable : votre structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA	200	

CRITERES OPTIONNELS		Nb de points	Justificatifs
1 - Accès aux soins	1. Diversité de services de soins spécialisés parmi les associés : (Les points des 2 niveaux se cumulent) → Niveau 1 : 1 profession médicale ou 1 pharmacien en + de la médecine générale ou 3 professions paramédicales différentes.	300	Liste des professionnels de santé associés de la structure au 31 décembre de l'année indiquant : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité
	→ Niveau 2 : 1 profession médicale ou pharmacien en + de la médecine générale et 3 professions paramédicales différentes.	300	
	2. Diversité de services de soins spécialisés et second recours extérieurs à la MSP : (Les points des 2 niveaux se cumulent) → Niveau 1 : Consultations de 2nd recours (spécialité médicale hors médecine générale), sage-femme, dentiste ou pharmacien représentant en moyenne 2 jours par mois.	300	
	→ Niveau 2 : Consultations de 2nd recours au moins 2,5 jours par semaine.	300	
	3. Accueil dans la structure d'au moins 1 médecin ayant signé un Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (Article 7 de la Convention Médicale : contrat ayant pour objet d'inciter les médecins n'exerçant pas dans une zone en difficulté ou déficitaire à y consacrer une partie de leur activité libérale. Engagement à réaliser au moins 10 jours dans une zone en difficulté, sur une période de 3 ans, en contrepartie duquel le médecin perçoit une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires de cette activité et de la prise en charge des frais de déplacement.)	200	Liste des professionnels ayant réalisé des vacations au sein de la MSP au cours de l'année indiquant : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la MSP, intervention dans le cadre d'un CSTM ou non (production de la copie du CSTM).
	4. Réalisation de missions de santé publique à choisir dans la liste des thèmes listés ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) . 2 missions maximum peuvent être valorisées.	350	Fonction de l'annexe au contrat signé qui précise le contenu, les modalités de mise en œuvre de la mission et les justificatifs.
	Part variable : Dès lors que votre structure intègre parmi ses professionnels de santé un infirmier en pratique avancée (IPA) libéral ou salarié pour la réalisation de 2 missions	200	
	5. Implication des usagers : 2 niveaux qui se cumulent → Niveau 1 : mise en place d'outils ou actions visant à consulter, informer et sensibiliser les usagers sur les services offerts par la structure mais aussi dans le cadre de son parcours de soins. Il s'agit entre autres de permettre d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc...).	200	Questionnaire de satisfaction, sondage, boîte à idée, affichages, flyers, site internet, désignation d'un référent usager dans les groupes de travail ou des les ateliers ETP, présence d'un médiateur...
	→ Niveau 2 (part variable) : mise en place d'outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers.	300	
	6. Soins non programmés en lien avec le dispositif SAS : → Niveau 1 : L'ensemble des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS ou si la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur.	200	Transmission au SAS de la liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif ou vérification de la réponse aux sollicitations du régulateur du SAS opérée sur la base des informations issues des plateformes de régulation.
→ Niveau 2 : 50% des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS.	100		
2 - Travail en équipe	1. Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an) selon les modalités propres à chaque profession.	450	Attestations de stages ou conventions identifiant nom du stagiaire, profession concernée et dates de réalisation du stage.
	Réalisation d'un troisième stage	225	
	Réalisation d'un quatrième stage	225	
	2. Mise en place d'une procédure définissant la transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers des professionnels de santé extérieurs, des services et établissements sanitaires, des structures et services médico-sociaux, des intervenants sociaux dans le respect de la réglementation. Il s'agit notamment du VMS complété par les informations, recueillies par les autres professionnels de santé de la MSP, nécessaires à la continuité de la prise en charge.	200	Document(s) attestant de cette mise en place.
	3. Démarche qualité (points des niveaux cumulables) → Niveau 1 : le diagnostic de maturité	100	Tout document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité: Désignation d'un référent qualité de la démarche, état des lieux des forces et faiblesses de la dynamique pluriprofessionnelle et de la prise en charge des patients, grille d'autoévaluation remplie et synthèse des résultats, etc.
	→ Niveau 2 (part variable) : la planification et mise en oeuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité	200	Plan d'action (description du révérenciel/processus/détermination des indicateurs d'avancé/...), méthode mise en place, etc.
	→ Niveau 3 (part variable) : la production de résultats et les conclusions	300	Bilan des résultats de la démarche par rapport aux objectifs définis, données qualitatives et quantitatives
	4. Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés	100	Tout document attestant de l'inscription de la structure dans au moins un des 6 protocoles auprès de l'ARS.
5. Parcours insuffisance cardiaque (part variable)	100	Transmission à l'organisme d'assurance maladie de documents attestant de son intégration dans le parcours et comprenant notamment les informations concernant le nombre de patients insuffisants cardiaques, le nombre de patients insuffisants cardiaques « incidents », le nombre de patients nouvellement diagnostiqués au décours de l'implémentation du programme d'accompagnement....	
6. Coordination d'un parcours "surpoids ou obésité de l'enfant"	100	Documents attestant de son intégration dans le parcours	
3 - Système d'information	1. Système d'information labellisé niveau « avancé » par l'ASIP Santé (fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement d'une structure pluri-professionnelle).	100	Copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats d'abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d'information fait bien partie des logiciels labellisés par l'ASIP Santé, avec la date d'acquisition de l'équipement.

AUTEURS : BOUDJEMAA Jean et LE HYARIC Bastien

TITRE : **Vécu personnel et professionnel des médecins généralistes d'Occitanie par rapport à l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle**

DIRECTEUR DE THESE : Dr CALMELS Patrice

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine de Toulouse, le 24 octobre 2023

---

Soumise aux variations politico-économico-sociales, la médecine générale est une profession sous tension, décrite comme chronophage. Les praticiens s'orientent vers l'exercice de groupe et notamment vers l'installation en MSP. Nous avons évalué le vécu personnel et professionnel des médecins généralistes d'Occitanie vis-à-vis de l'exercice en MSP. Cette recherche qualitative regroupe des entretiens auprès de médecins installés exerçant ou ayant exercé en MSP au moins deux années. L'extraction des données a été réalisée grâce à un codage ouvert. La rédaction de l'étude est basée sur les recommandations IMRED. Douze médecins ont été interrogés. Les résultats révèlent que l'émulsion intellectuelle, les échanges professionnels et les projets de santé menés, permis par les ACI, (26) sont des facteurs bénéfiques aux conditions de travail. Cependant, le cahier des charges lié à l'obtention des ACI, la gestion de la structure juridique et le manque de soutien des instances publiques concourent à l'épuisement psychique des médecins. La majorité des participants accordent plus de bénéfices que d'inconvénients à la MSP. La pluridisciplinarité, la délégation des tâches et l'amélioration des prises en charge créent un réel engouement des praticiens pour cette structure. Cependant, il persiste des risques psycho-sociaux importants. Le manque de temps systématique et la non-valorisation de leur revenu ne sont pas favorables à leur perception du travail. Il existe donc une dichotomie entre la passion des médecins généralistes pour leur profession et la difficulté dans laquelle ils l'exercent. La MSP est une solution adaptée à la situation actuelle, palliant aux difficultés d'offre de soins. Cependant, des propositions plus pérennes doivent être faites pour garantir la santé des praticiens et des patients.

---

### **Occitanie GPs' personal and professional experience of working in a multi-professional health center**

---

Subject to political, economic and social variations, general practice is a profession under pressure, described as time-consuming. Practitioners are turning to group practices, and in particular to MSPs. We assessed the personal and professional experiences of general practitioners in Occitanie with regard to working in MHCs. This qualitative research involved interviews with established doctors who were practicing or had practiced in an MSP for at least two years. Data were extracted using open coding. The drafting of the study was based on Imrad recommendations. Twelve doctors were interviewed. The results reveal that the intellectual emulsion, professional communication and health projects, enabled by interprofessional conventional agreements (ICA), (26) are beneficial factors for working conditions. However, the terms associated with obtaining an ICA, the management of the legal structure and the lack of support from public authorities all contribute to the doctors' psychological exhaustion. The majority of participants see more advantages than disadvantages to MHC. Multidisciplinarity, the delegation of tasks and improved patient care have created a real enthusiasm for this structure among practitioners. However, significant psycho-social risks persist. The systematic lack of time and the non-valuation of their income are not conducive to their perception of work. In short, there is a dichotomy between GPs' passion for their profession and the difficulty in which they practice it. MHC is a solution adapted to the current situation, alleviating the difficulties of providing care. However, more permanent proposals are needed to guarantee the health of practitioners and patients alike.

---

**Mots-Clés** : Médecins généralistes, Maison de santé pluriprofessionnelles, Vécu professionnel, vécu personnel

**Keywords** : General practitioner, multi-professional health center, professional experience, personal experience

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France