

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

DELPEUCH Sébastien et VIARD Patrick

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2020

Éléments facilitants et difficultés repérés par les professionnels de santé des Maisons de Santé
Pluriprofessionnelles du Puy-de-Dôme dans la réalisation des réunions de concertation
pluriprofessionnelles et l'élaboration de protocoles de soins

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur Associé des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers de 1ère classe, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand
- Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur des Universités, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE**

: JOYON Louis
: DOLY Michel
: TURPIN Dominique
: VEYRE Annie
: DULBECCO Philippe
: ESCHALIER Alain

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL**

: CABANES Pierre
: FONTAINE Jacques
: BOUTIN Christian
: MONTEIL Jean-Marc
: ODOUARD Albert
: LAVIGNOTTE Nadine

**PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES**

: BERNARD Mathias
: DEQUIEDT Vianney
: WILLIAMS Benjamin
: HENRARD Pierre
: PEYRARD Françoise
: PAQUIS François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: DETEIX Patrice
: CHAZAL Jean

**DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

: CLAVELOU Pierre
: ROBERT Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUTVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoit	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

**MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE**

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

**MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE**

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOURMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Vorilhon : vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions de nous avoir guidés et de votre disponibilité. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Gerbaud et à Monsieur le Professeur Clément : vous nous faites l'honneur de faire partie de notre jury. Nous vous en remercions sincèrement.

À Monsieur le Professeur Tanguy, notre directeur de thèse : nous vous remercions de votre aide et votre soutien tout au long de ce travail avec une disponibilité sans faille.

Aux professionnels médicaux et paramédicaux qui ont participé aux *focus groups* : nous avons apprécié votre disponibilité et la motivation dont vous avez fait preuve lors du partage de vos expériences.

À nos maîtres de stage bienveillants, envers qui nous serons toujours reconnaissants pour leurs enseignements, leurs soutiens et leurs partages de l'expérience acquise au fil du temps.

Sébastien :

J'exprime ma gratitude à Patrick pour sa collaboration et son soutien durant toutes les étapes de ce projet. J'adresse mes plus sincères remerciements à mes parents, l'ensemble de ma famille et tous mes amis, qui m'ont accompagné, aidé et encouragé tout au long de mes études. Et enfin, je dédie cette thèse à feu mes grands-parents qui ont toujours cru en moi.

Patrick :

Je tiens à remercier Sébastien d'avoir participé à cette aventure à mes côtés. Je remercie toute ma famille qui m'apporte une grande joie de vivre et F-X et Laura qui me font l'honneur de témoigner de leur mariage. Je remercie mes amis et mes collègues qui ont adhéré à mon humour décalé et à mes sujets de discussion alternatifs dès le début. Je remercie Justine, sans elle rien n'a de sens.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	13
1.1. Contexte.....	13
1.2. Objectif	14
2. Méthodes.....	14
2.1. Schéma d'étude	14
2.2. Population.....	15
2.3. Recueil des données	16
2.4. Analyse des données	16
3. Résultats.....	17
3.1. Difficultés.....	19
3.1.1. Caractère chronophage.....	19
3.1.2. Interprofessionnalité.....	19
3.1.2.1. Différences d'implication	19
3.1.2.2. Patientèle non partagée	19
3.1.3. Management	20
3.1.3.1. Gestion des acteurs.....	20
3.1.3.2. Support de communication	21
3.1.4. Secret professionnel.....	21
3.1.5. Thématique	22
3.2. Éléments facilitateurs	23
3.2.1. Convivialité	23
3.2.2. Interprofessionnalité.....	23
3.2.2.1. Approche multidisciplinaire	23
3.2.2.2. Communication.....	24
3.2.2.3. Harmonisation des pratiques et des discours	24
3.2.3. Management	25
3.2.3.1. Cadre de travail	25
3.2.3.2. Gestion des acteurs et des tâches	25
3.2.3.3. Rémunération	26
3.2.3.4. Support de l'information.....	27
3.2.3.5. Formation des acteurs	27
3.2.4. Qualité de travail.....	27

3.2.5.	Qualité des soins	28
3.2.5.1.	Approche globale du patient	28
3.2.5.2.	Satisfaction du patient	29
3.2.5.3.	Continuité des soins	29
3.2.6.	Maturation dans le temps	30
4.	Discussion.....	30
4.1.	Forces et limites.....	31
4.1.1.	Choix méthodologiques	31
4.1.2.	Recrutement.....	31
4.1.3.	Recueil des données.....	33
4.1.4.	Analyse des données.....	33
4.2.	Comparaison des résultats avec la littérature.....	34
4.2.1.	Caractère chronophage.....	34
4.2.2.	Interprofessionnalité et maturation	34
4.2.3.	Management	35
4.2.4.	Rémunération.....	36
4.2.5.	Secret professionnel.....	37
4.2.6.	Thématique	37
4.2.7.	Convivialité	38
4.2.8.	Qualité de travail	38
4.2.9.	Qualité des soins	39
5.	Conclusion.....	41
6.	Références bibliographiques	42
7.	Annexes.....	46
7.1.	Annexe I - Réunion de concertation pluriprofessionnelle.....	46
7.2.	Annexe II - Protocole de soins	48
7.3.	Annexe III - Guide d'entretien	50

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Échantillonnage	18
-----------------------------------	----

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI : Accords Conventionnels Interprofessionnels

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Bronchite Chronique Obstructive

COREQ : *C*onsolidated *c*riteria for *R*Eporting *Q*ualitative research

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PS : Protocole de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

1. Introduction

1.1. Contexte

En France, l'essor des maladies chroniques (1) et le vieillissement de la population (2) sont des problèmes de santé publique qui conduisent, depuis plusieurs années, à une réorganisation de notre système de soins. Les professionnels de santé doivent prendre en charge une proportion croissante de patients souffrant de pathologies multiples et intriquées. La coordination des intervenants devient, alors, incontournable.

Devant ce contexte, une réflexion autour de la coopération en ambulatoire s'est initiée au fil des années (3–6). Elle a pour finalité de faire évoluer les pratiques grâce au travail pluriprofessionnel ; en encourageant entre autres l'exercice en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Celles-ci ont été introduites dans le Code de la Santé Publique en 2007 (7) pour permettre aux professionnels libéraux d'avoir une activité collective. Une MSP est définie comme « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent* » (8). Il existe à l'heure actuelle une forte dynamique d'implantation des MSP qui traduit une attirance des professionnels vers les modes d'exercice collectifs (9). On en recensait 910 en mars 2018 (10). Cette évolution étant cohérente avec les orientations de la stratégie nationale de santé (11).

Les MSP ont pour but de permettre aux différents acteurs des soins primaires de travailler ensemble au sein d'une même structure pour remplir leurs différentes missions. Les Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI) des MSP sont pilotés par l'Agence Régionale de

Santé (ARS) qui attribue des rémunérations aux acteurs en fonction de différents objectifs (12). L'activité pluriprofessionnelle se décline, notamment, sous deux formes dans les MSP :

- Les Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP) (*Annexe I*),
- Les Protocoles de Soins (PS) (*Annexe II*).

Ce travail passe par un partage d'informations entre les différents acteurs et peut aller jusqu'au transfert de tâches et de compétences (13). Il a pour objectif de favoriser la qualité des soins. Il semble avoir également un rôle positif sur la qualité de travail des intervenants ; aussi bien en termes d'organisation, de qualité d'exercice ou encore de prévention de l'épuisement professionnel (14–17).

Malgré une volonté forte des acteurs de santé de s'engager dans cette voie, l'expérience du monde libéral est limitée dans ce domaine (3). Ils rencontrent de nombreux obstacles dans cette nouvelle manière d'exercer (18–21). Les ACI sont alors difficilement appliquées, impactant le fonctionnement et la maturation même des MSP (13,22).

1.2. Objectif

Le but de notre étude était de mettre en évidence les éléments facilitants et les difficultés repérés par les professionnels de santé des MSP du Puy-de-Dôme dans la réalisation des RCP et l'élaboration de PS.

2. Méthodes

2.1. Schéma d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par *focus groups* (23,24) au sein de différentes MSP du Puy-de-Dôme.

2.2. Population

Les professionnels de santé exerçant en MSP du Puy-de-Dôme, et répondants au cahier des charges demandé par l'ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), étaient éligibles (12). Une liste les identifiant, en date d'octobre 2018, avait été récupérée auprès de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Le choix des MSP était fondé sur un échantillonnage non probabiliste raisonné, en veillant à la diversité en matière d'ancienneté de la structure, de fonctionnement en mono ou multisite, de mode d'exercice urbain ou rural, et de variété des professions.

Dans un premier temps, un contact téléphonique était pris auprès des secrétariats ou des médecins pour obtenir les coordonnées d'un référent. En résultait avec lui soit une mise en rapport téléphonique, soit un échange de courriels afin d'évoquer le thème de l'étude et son déroulement. Les membres de la MSP étaient ensuite contactés soit par le référent, soit par nous-mêmes, de la même façon, dans l'intention d'organiser un *focus group*.

Le nombre de sujets par session était fixé entre quatre et 12. Le minimum tendait à assurer une dynamique de groupe. Le maximum était défini pour permettre à chacun de s'exprimer au sein du groupe et de rendre possible la modération (25). Afin de garantir une diversité d'échantillonnage, au moins trois professions devaient être représentées dans chaque groupe parmi : médecin, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, maïeuticien, podologue, psychologue, diététicien, infirmier de pratique avancée, orthophoniste, orthoptiste, dentiste, secrétaire médicale. La participation se faisait sur la base du volontariat.

2.3. Recueil des données

Les entretiens étaient réalisés par les deux chercheurs, internes en médecine générale, avec l'un tenant le rôle de modérateur et l'autre d'observateur tout au long de l'étude. Ils avaient lieu dans les salles de réunion des MSP en présence uniquement des investigateurs et des participants.

Le guide d'entretien (*Annexe III*) comportait trois parties. Premièrement, une introduction qui exposait le déroulement et le thème. Ensuite, des questions ouvertes sur les RCP et les PS. Enfin, des questions ouvertes qui revenaient sur des problématiques ayant émergées lors de précédents *focus groups*. Le guide était utilisé uniquement par les investigateurs. Des notes de terrain étaient prises pendant et après le défilement des sessions. Il en était de même avant et pendant les analyses. Ainsi, au fur et à mesure, cela permettait une évolution constante du guide d'entretien, mais aussi de la manière de modérer.

Les *focus groups* étaient enregistrés avec l'accord oral et écrit des participants ; à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS DM-720® et d'un téléphone mobile HUAWEI P10®. Une anonymisation était ensuite effectuée. En fin de séance, un questionnaire de recueil des caractéristiques de l'échantillonnage était rempli par les participants. Concernant le stockage et l'utilisation des données, il a été réalisé un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

2.4. Analyse des données

Les *focus groups* étaient retranscrits intégralement, puis analysés après chaque session. Le codage et l'analyse thématique étaient appuyés par le logiciel NVIVO 12®. Ils étaient faits par les deux investigateurs permettant une triangulation dans l'analyse des données des

verbatim. Les thèmes étaient modélisés selon une approche par théorisation ancrée (26), aboutissant à un arbre de codage (ou *codebook*) qui évoluait au fil de chaque *focus group*.

3. Résultats

Trois *focus groups* ont été faits entre mars et décembre 2019. Cinq MSP ont été contactées, mais deux n'ont pas pu prendre part : une à cause de difficultés de coordination, et l'autre par non-respect des critères d'échantillonnage (réalisation ni de RCP, ni de PS). Les séances duraient entre 59 min et 1 h 35 min. La saturation des données était atteinte au troisième *focus group*. L'échantillon comportait à la fin 24 participants, avec neuf professions différentes.

Tableau 1 : Échantillonnage

Anonymisation	Focus N°	Profession	Sexe	Tranche d'âge	Ancienneté d'installation en libéral	Ancienneté d'installation en MSP	Mode d'exercice	Type de MSP	Statut marital	Nombre d'enfants à charge	Temps de travail hebdomadaire (heure)	Autre activité parallèle	Expérience personnelle de RCP	Expérience personnelle de PS	Activité de maître de stage
F111	1	Infirmier	Masculin	30-40	6,0	4,0	Rural	Monosite	En couple	2	50	Non	Oui	Oui	Oui
F1M1	1	Médecin généraliste	Féminin	30-40	2,0	2,0	Rural	Monosite	En couple	1	26	Non	Oui	Oui	Oui
F1M2	1	Médecin généraliste	Féminin	40-50	11,0	4,0	Rural	Monosite	En couple	3	26	Oui (maître de conférence)	Oui	Oui	Oui
F1M3	1	Médecin généraliste	Masculin	30-40	6,5	4,0	Rural	Monosite	En couple	2	45	Oui (consultation de mémoire)	Oui	Oui	Non
F1P1	1	Pharmacien	Féminin	40-50	7,5	4,0	Rural	Monosite	En couple	2	48	Non	Oui	Oui	Non
F1S1	1	Secrétaire	Féminin	50-60	33,0	4,0	Rural	Monosite	Célibataire	0	26	Non	Non	Oui	Non
F211	2	Infirmier de pratique avancée	Féminin	30-40	13,0	5,0	Rural	Multisite	En couple	3	50	Oui (ASALEE)	Oui	Oui	Oui
F212	2	Infirmier	Féminin	50-60	30,0	5,0	Rural	Multisite	En couple	1	40	Non	Oui	Oui	Non
F2K1	2	Kinésithérapeute	Masculin	20-30	6,0	2,0	Rural	Multisite	En couple	0	45	Non	Oui	Oui	Oui
F2K2	2	Kinésithérapeute	Féminin	50-60	33,0	5,0	Rural	Multisite	En couple	0	60	Non	Oui	Oui	Oui
F2M1	2	Médecin généraliste	Masculin	60-70	33,0	5,0	Rural	Multisite	En couple	0	60	Oui (faculté de médecine)	Oui	Non	Non
F2M2	2	Médecin généraliste	Féminin	30-40	5,0	5,0	Rural	Multisite	En couple	0	60	Non	Oui	Oui	Non
F2P1	2	Pharmacien	Féminin	50-60	23,0	5,0	Rural	Multisite	Célibataire	1	45	Non	Oui	Non	Oui
F2P2	2	Pharmacien	Féminin	50-60	23,0	5,0	Rural	Multisite	En couple	2	45	Non	Oui	Oui	Non
F2P3	2	Pharmacien	Masculin	50-60	15,0	5,0	Rural	Multisite	En couple	2	40	Non	Oui	Oui	Oui
F2PSY1	2	Psychologue	Féminin	60-70	7,0	5,0	Rural	Multisite	Célibataire	0	8	Oui (foyer d'accueil)	Oui	Oui	Non
F311	3	Infirmier	Féminin	40-50	20,0	3,0	Urbain	Monosite	Célibataire	2	40	Non	Oui	Oui	Oui
F312	3	Infirmier	Féminin	40-50	14,0	3,0	Urbain	Monosite	En couple	3	40	Non	Oui	Oui	Oui
F3K1	3	Kinésithérapeute	Féminin	30-40	13,0	3,0	Urbain	Monosite	En couple	2	45	Non	Oui	Non	Non
F3M1	3	Médecin généraliste	Masculin	30-40	3,5	3,5	Urbain	Monosite	En couple	2	55	Non	Oui	Oui	Oui
F3M2	3	Médecin généraliste	Masculin	50-60	34,0	3,0	Urbain	Monosite	En couple	2	42	Non	Oui	Oui	Oui
F3M3	3	Médecin généraliste	Féminin	40-50	11,0	3,0	Urbain	Monosite	En couple	2	39	Non	Oui	Oui	Oui
F3O1	3	Orthoptiste	Féminin	30-40	1,0	0,5	Urbain	Monosite	En couple	2	35	Non	Oui	Non	Non
F3PO1	3	Podologue	Masculin	60-70	38,0	3,0	Urbain	Monosite	En couple	0	48	Non	Oui	Oui	Non

3.1. Difficultés

3.1.1. Caractère chronophage

Le manque de temps était au centre des difficultés. Les emplois du temps professionnels, mais aussi personnels étaient différents pour chaque acteur, en plus d'être bien chargés. Il était alors compliqué pour eux d'en libérer pour l'activité de groupe.

F2I1 : « Après si quelqu'un veut le faire, ça prend quand même un petit peu de temps. Après ça ne me dérange pas, j'aime bien le faire aussi, mais c'est quand même du temps. Il faut penser aux [notes], après il y a les comptes-rendus... Là, il faut quand même que je relise ce que j'ai écrit mardi soir vite fait. Puis l'autre fois, j'avais préparé un [document informatique] sur les addictions. Là le diabète, je n'ai pas eu le temps. »

3.1.2. Interprofessionnalité

3.1.2.1. Différences d'implication

L'état d'esprit et la manière de travailler différaient selon les professionnels. Certains étaient plus passifs par un manque d'adhésion. Cela pouvait avoir un effet négatif, voir déstabilisant, entravant le fonctionnement des groupes. Sur un autre versant, l'absence des meneurs pouvait favoriser une inaction.

F2I1 : « Non, mais c'est comme pour tout. Il y a des gens qui adhèrent, il y en a qui n'adhèrent pas. Mais ils sont quand même bien contents, je pense, au fond. »

3.1.2.2. Patientèle non partagée

Chaque professionnel au sein de la structure avait une patientèle qui ne se recoupait pas forcément avec celle des autres. Certains ressentait une illégitimité, voire une curiosité mal

placée, à participer aux réunions de groupe si les problèmes présentés ne les concernaient pas.

F2K2 : « Moi je le dis très franchement, quand ça parlait de patients que je n'avais pas... J'avais l'impression d'être indiscret si je venais. »

De plus, des cas ne pouvaient pas être abordés en RCP ou inclus dans un PS car certains intervenants, auprès d'un patient, ne faisaient pas partie de la MSP.

F1M3 : « C'est le fait, par exemple, que nous on peut avoir des questionnements sur des patients dont... que les infirmiers ne prennent pas en charge. Et vice-versa, les infirmiers prennent des patients en charge que... dont nous ne sommes pas les médecins traitants. Et du coup, on n'en parle pas. »

3.1.3. Management

3.1.3.1. Gestion des acteurs

La supervision des équipes n'était pas aisée. L'organisation et la modération des réunions étaient difficiles. Les acteurs, aux mentalités différentes, pouvaient avoir tendance soit à s'écarter des thématiques, soit à ne se concentrer que sur un patient. L'enthousiasme pouvait aussi s'avérer compliqué à canaliser.

F1I1 : « Pour les premières réunions, c'est vrai qu'il y avait pas mal de débordements. C'est-à-dire que tout le monde partait un peu n'importe comment. [...] éviter justement que l'on parle pendant... d'un patient pendant une demi-heure et qu'il ne reste plus beaucoup de temps après pour parler du reste. »

Le recours à un coordonnateur de MSP pouvait entraîner un obstacle supplémentaire. Étant extérieur au corps médical, il faisait naître un sentiment d'illégitimité quant à son implication, notamment vis-à-vis du secret professionnel.

F2I1 : « Mais un coordonnateur, il n'est pas coordonnateur de soins quoi. Il est... administratif. Il n'a rien à voir... Moi, des fois, ça me gêne qu'il soit à des réunions où l'on parle de patients. »

3.1.3.2. Support de communication

L'échange et la diffusion d'informations étaient compliqués en l'absence d'outils techniques dédiés ; comme un logiciel commun. Ce logiciel, même s'il était présent, n'était pas forcément ni accessible, ni maîtrisé, ni fonctionnel.

F2I1 : « Oui, [l'infirmière] fait partie de l'association, du pôle santé, mais vu qu'elle est dans une structure, ils ne peuvent pas avoir [logiciel partagé]. »

3.1.4. Secret professionnel

Les partages d'informations et de dossiers médicaux étaient responsables d'une réticence à la collaboration. Ils étaient interprétés, par certains, en tant que « rupture » du secret médical. Notion qui apparaissait souvent comme mal comprise. La recherche du consentement du patient semblait être une solution à cette réticence, mais il était rarement sollicité en pratique. De plus, il pouvait être source d'une scission dans la confiance de la relation « soignant-soigné » ; soit réelle, soit crainte par les professionnels.

F2K1 : « Moi clairement sur le secret professionnel, d'une part au sein du pôle ça n'a jamais été un problème, par contre ça en reste un vis-à-vis du patient par rapport au dossier. Il y a quasiment aucun patient qui sait que nous on a accès à tout le dossier. Et je suis persuadé que si demain je dis à chaque patient " vous savez j'ai droit à l'accès, etc. ", les trois quarts me

disent “ mais attendez c’est inadmissible “, et ils montent tous au créneau. Et alors, en particulier quand en plus on leur dit qu’on c’est tous réunis pour parler de lui, alors je pense que là il y aura plus un blocage. »

3.1.5. Thématique

Les membres des MSP connaissaient mal le cadre légal des RCP et des PS. Il s’en suivait un sentiment de flou quant aux tâches à accomplir ; impression très critiquée par les équipes. Ainsi se posait la question de la légitimité des sujets à aborder ; restreignant le champ des thématiques.

Pour les RCP, certains patients plus complexes devenaient le fil rouge. Ils diminuaient l’intérêt et occupaient une grande partie du temps consacré. Sur un autre versant, des RCP thématiques pouvaient avoir tendance à mettre de côté certaines professions qui se retrouvaient moins concernées.

F211 : « En fait avant c’était un peu les patients « fourre-tout », enfin les patients à problèmes quoi. Et on s’est dit qu’on allait faire deux réunions à thèmes, je pense que c’était très bien, mais je pense qu’il faut quand même qu’on en refasse une un peu « fourre-tout ». Parce que, du coup, on perd... on perd peut-être souvent [F2PSY1], même les kinés, ben parce que tout ce qui touche le diabète, ça vous concerne sans plus. »

Pour les PS, la reprise d’un thème proposé ou imposé au niveau national s’avérait être un échec. N’ayant pas pour point de commencement un problème local, il était perçu loin de la pratique et devenait peu utilisé. Par ailleurs, les acteurs de santé semblaient toujours penser qu’un PS ne se limitait qu’à un transfert de tâche entre les professions de la structure. Cette confusion en restreignait la création et les champs de possibilités.

F1M2 : « On était parti sur BPCO (Bronchite Chronique Obstructive), l'intervention de chacun. On avait fait un truc... glycémie aussi. Voilà, mais c'était plus... On prenait des PS pluriprofessionnels qui existaient déjà et on essayait de les calquer sur nous. Mais en fait, on a compris que ce n'était pas ça qu'il fallait faire. Il fallait qu'on parte de nous. »

F1M1 : « De nos problèmes. »

3.2. Éléments facilitants

3.2.1. Convivialité

Une bonne entente entre les professionnels ressortait comme un élément important. Elle passait par une ambiance conviviale, un état d'esprit positif, voir même une véritable amitié. Elle se reflétait également à travers l'humour aussi bien verbalisé à travers de nombreuses blagues, que non verbalisé par de multiples rires référencés au cours des différents échanges. Le fait de vivre un moment agréable en groupe favorisait l'intégration, l'envie de se retrouver et accentuait la motivation pour travailler sur des projets communs.

F2PSY1 : « Ça lève les obstacles, les tabous à la parole, les inquiétudes aussi. Je pense qu'on se fait confiance, on se connaît. Puis, on rigole aussi beaucoup dans les réunions. Il y a beaucoup d'échanges. »

3.2.2. Interprofessionnalité

3.2.2.1. Approche multidisciplinaire

Les apports de l'expérience et des réflexions de chaque profession étaient importants. La pluralité des angles de vue face à un problème facilitait sa prise en charge. La solution pouvait très bien venir d'une personne extérieure à la situation. Dans ce cadre, la connaissance du rôle de chacun favorisait un véritable travail d'équipe.

F3PO1 : « Moi je pense que l'œil de l'infirmière ou du kiné est différent de l'œil du médecin. Et puis, le patient n'aura pas la même attitude en fonction des praticiens qu'il aura face à lui. Mais, il y a des choses qui pourront paraître évidentes aux infirmières et que le patient ne va peut-être pas montrer aux médecins. Et dans ces réunions, ça permet peut-être de dévoiler des choses qui auraient pu passer un petit peu à l'as. »

3.2.2.2. Communication

La communication apparaissait comme un élément clé du fonctionnement en MSP ; avec une importance de l'égalité d'expression. Elle facilitait le travail de groupe en rendant, au fil du temps, les discussions de plus en plus aisées et efficaces. Elle permettait aussi de passer outre la barrière hiérarchique entre les professions.

F3M2 : « Ce que j'apprécie là dans les réunions, c'est que contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, ce n'est pas articulé autour du médecin qui serait au sommet d'une pyramide. Ou qui aurait un rôle de chef d'orchestre justement, qu'on a dans la vraie vie. Mais dans les réunions, non. C'est vraiment je trouve, absolument paritaire, chacun prend la parole à parts égales. Il n'y a pas un avis qui est prépondérant, je pense, et on se respecte bien de ce point de vue là. Ce n'est pas autour de nous [médecins] que ça se passe. »

3.2.2.3. Harmonisation des pratiques et des discours

L'harmonie des différentes professions dans la manière d'exercer était facilitante. Notamment lorsque le discours et la prise en charge du patient allaient dans la même direction et sans divergence. Cela était bénéfique à la fois pour le patient, mais aussi pour la pratique de chaque soignant dans son domaine et en groupe.

F1M1 : « Mais c'est important ! Parce que quand le patient il ne va pas bien et qu'il voit arriver " Pierre, Paul, Jacques " et que chacun dit un truc différent... »

3.2.3. Management

3.2.3.1. Cadre de travail

Un environnement de travail comportant un lieu dédié, avec du matériel adapté aux réunions (grande table, tableau blanc, ordinateur, projecteur, etc.), facilitait les échanges.

F3M3 : « Ben c'est plus convivial quand même. Que ce soit ici que dans un bureau. Plus pratique. »

3.2.3.2. Gestion des acteurs et des tâches

La supervision des acteurs semblait primordiale. Elle s'adaptait à chaque groupe. Différents rôles pouvaient être décidés. Ils pouvaient être sur la base du volontariat ou à tour de rôle.

En amont, les réunions, qui n'étaient pas obligatoires, étaient fixées à une date régulière, par exemple chaque mois. Une personne assurait la coordination et elle favorisait le dynamisme du groupe. Elle permettait de confirmer les dates, de s'adapter en cas d'indisponibilité, de former des équipes de travail, d'établir le cadre des concertations.

F2M2 : « Il y a [F2I1] qui a fait des [notes] depuis quelque temps pour nous rappeler la date, voilà. Commencer à réfléchir de quel patient on allait parler. Et puis on se fixe un lieu, une date, une heure. Alors comme nous on est en pôle santé, nous on essaye de varier les lieux et les horaires. Pour que ça puisse correspondre à tout le monde de temps en temps. »

F2P1 : « Tu (l'organisatrice) fédères. Oui, tu fédères. Parce que des fois au démarrage c'est un peu long, personne ne répond. Tu refais une petite piqûre. Tu n'hésites pas à en faire une troisième. Et en général, ça part. »

Ensuite durant la séance, un modérateur pouvait être désigné afin d'encadrer le déroulement des réunions, d'éviter les hors-sujets et de gérer le temps dédié à chaque cas. Un rapporteur pouvait s'occuper de la prise de notes.

F1I1 : « Surtout que... qu'il canalise... les gens. Pour éviter justement qu'il y en ait qui parle d'un patient d'un côté, et l'autre d'un autre patient de l'autre. »

Enfin, la gestion des modalités administratives et l'articulation avec l'ARS pouvaient être facilitées par le recours à un coordonnateur de MSP.

F2M1 : « Ben il est compétent... Il nous fait ce qu'on ne sait pas faire. [...] Ce qui est infernal à faire. »

3.2.3.3. Rémunération

Les professionnels considéraient les rémunérations versées par l'ARS comme une reconnaissance de leur travail en MSP. Les sommes étaient réparties en visant l'équité, tout en récompensant l'implication et le temps consacré par chacun. Elles devenaient de même un élément moteur a posteriori en finançant, par exemple, du matériel commun pour les RCP, le fonctionnement de PS, ou des formations.

F2K2 : « Par contre, moi je trouve quand même des fois quand tu réfléchis par rapport à quelqu'un qui est salarié. Tout son temps qu'il passe au travail, il est forcément compté. [...] Il faut que ce soit juste aussi, à un moment le temps passé c'est normal qu'il soit aussi rémunéré.

[...] Nous si on faisait tout en dehors de notre temps, c'est un petit peu plus... Moi je le vois plutôt comme une reconnaissance quoi. »

3.2.3.4. Support de l'information

Il était essentiel d'avoir une rédaction des comptes-rendus des RCP et des PS. Ils étaient souvent transmis ou mis sur un support simple et rapide d'accès. Rôle qui pouvait être joué par un logiciel commun. Logiciel qui facilitait également le recoupement d'informations entre les professionnels.

F2K2 : « Puis, je trouve quand même [logiciel], l'outil informatique, il a eu beaucoup d'importance parce que, moi je sais qu'on ne savait pas grand-chose sur les patients, qu'on ne pouvait pas envoyer des infos. Je trouve quand même que l'outil informatique, il a vraiment... »

F2P3 : « Ah ouais, je l'utilise pas mal pour les ordos, les renouvellements, consulter des dossiers en fonction des posos, des machins... Il est très bien en plus. »

3.2.3.5. Formation des acteurs

Réaliser des RCP et élaborer des PS n'étaient pas naturellement évident. Participer à des formations était d'une grande aide pour les professionnels de santé. Elles pouvaient passer au travers de cours, d'atelier, de congrès ou d'échanges avec des groupes de pairs.

F3M3 : « Là cette année, ça me faisait trop de trucs, mais à chaque fois on apprend des trucs. Ça remotive, c'est pas mal. »

F3M1 : « Ça peut permettre de booster je dirai. »

3.2.4. Qualité de travail

La perception d'une amélioration et d'un confort dans son exercice professionnel était motivante. Dans la vie professionnelle : gain de temps dans sa pratique, enrichissement de sa culture médicale, autocritique de son activité, autonomie, développement de son champ de compétence, sécurité sur le plan médico-légale.

F2K1 : « En tout cas, moi, pour avoir travaillé dans d'autres cabinets où il n'y avait pas ce fonctionnement-là, il y a vraiment un manque à gagner pour nous. Humainement, dans notre savoir et nos savoir-faire, et puis pour le patient en particulier quoi. »

Mais aussi personnelle : développement de sa culture générale, réassurance, rompre l'isolement, possibilité d'évoquer en groupe ses difficultés au cours des RCP. L'entraide entre les professionnels pouvait alors aller jusqu'au soutien psychologique face à certaines situations.

F1M1 : « Par contre, ça aide, je pense. C'est bête à dire, mais si c'est des patients qui sont durs quand t'es solo... Quand t'es seul à gérer, à porter ça et que tu ne parles pas... Là le fait peut-être de voir que tu n'es pas le seul qui est en échec avec ses patients aussi... [soupir de soulagement] ... »

F1P1 : « Ça allège ta peine ! »

3.2.5. Qualité des soins

3.2.5.1. Approche globale du patient

Les professionnels cherchaient constamment une amélioration de la qualité des soins. Pour cela, ils privilégiaient une approche du patient dans sa globalité et sa complexité. Ainsi, la volonté de connaître le contexte biopsychosocial et culturel était un moteur au travail de groupe.

F3M2 : « Après, nous on a le retour alors qui est différent. Mais, l'échange apporte en particulier, mais pas uniquement, beaucoup sur la connaissance du contexte sociofamilial et, etc. On parle souvent de ça, puisque c'est quand même un déterminant important en médecine générale. [...] On passe du temps il me semble là-dessus sur heu... sur le profil psychologique, l'histoire humaine de cette famille ou de cette personne au sein de sa famille ou de son métier. »

3.2.5.2. Satisfaction du patient

La satisfaction du patient, au décours d'une prise en charge pluridisciplinaire de ses problèmes ou la mise en place pour son cas d'un protocole encadrant les soins, était un moteur pour les professionnels. Un retour positif des patients était vécu comme un bénéfice concret du fonctionnement en MSP.

F3O1 : « Moi qui vais jusqu'à [lieu] pour l'orthoptie, parce qu'il n'y a pas grand monde à part moi. Le retour que j'ai majoritairement c'est : " est-ce qu'on peut faire la même chose là-bas ? ", " mais c'est vachement bien ce que vous avez ici, nous on n'a pas ça là-bas ", " ce serait bien d'en faire une quand même, vous ne pouvez pas venir ? ". Voilà, donc c'est plutôt ça. »

3.2.5.3. Continuité des soins

La continuité des soins était un moteur puisqu'elle nécessitait une collaboration des acteurs. Les RCP étaient l'occasion de suivre l'évolution et l'accompagnement des patients dans leurs pathologies. Les PS, eux, en posaient le cadre. Cette « veille sanitaire » à une échelle locale était vécue positivement par les professionnels ; avec la volonté, par exemple, de diminuer la iatrogénie ou de garantir le maintien à domicile.

Il découlait également de ces démarches une facilitation de la prise en charge par un individu extérieur (remplaçant, collaborateur, etc.) en l'absence d'un titulaire. Ce facteur rassurant était, de même, une source de motivation.

F3M2 : « Et tiens on va reparler de madame Machin ou monsieur Trucmuche. Et en fait, on a des nouvelles comme ça. On a une espèce de suivi ponctuel qui est acté et qui est aussi intéressant. [...] Tandis que là, on est vraiment je trouve dans un suivi. “ Qu’est-ce qu’elle est devenue et, etc. “. Enfin, je pense qu’on suit la cinétique de l’évolution des pathologies mieux du fait de la réunion mensualisée, que si c’était à la demande ou au coup par coup. Je trouve qu’il y a cette dimension qui est intéressante. »

3.2.6. Maturation dans le temps

Enfin, la capacité des équipes à se laisser du temps pour progresser était essentielle. Celui-ci facilitant, au fur et à mesure, le travail de groupe dont la réalisation des RCP et l’élaboration des PS.

F2P2 : « Ça ne s’est pas fait du jour au lendemain. Voilà. La difficulté, ça a été de se structurer. Voilà, ça a mis du temps. »

4. Discussion

Notre étude apporte un éclairage sur, d’une part, ce qui facilite la tâche de coordination des RCP et d’élaboration de PS au sein des MSP. Il s’agit de : la convivialité entre les membres, le bénéfice éprouvé de l’activité interprofessionnelle, un bon management des équipes, la sensation d’amélioration de la qualité de travail et des soins, et l’importance de se laisser un temps de maturation pour progresser.

D'autre part, concernant le volet des facteurs limitants : le caractère chronophage, le fait que le travail en groupe n'est pas naturellement évident, de même que la supervision des personnes et des tâches, le possible non-respect du secret médical, et enfin la limitation du champ des thématiques à aborder en RCP et pour les PS.

4.1. Forces et limites

4.1.1. Choix méthodologiques

Notre choix d'une étude qualitative est adapté pour examiner le ressenti des professionnels de santé. Le *focus group* est pertinent pour explorer les éléments facilitants et les difficultés à travailler ensemble au sein d'un groupe. En effet, « *les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées* » (25).

Le concept de théorisation ancrée permet idéalement que « *l'attention [soit] portée sur ce qui émerge du terrain, en tenant compte des contextualités et des acteurs qui vivent les phénomènes et de la manière dont ils les vivent* » (26).

4.1.2. Recrutement

Les critères de diversité de l'échantillon, que nous avons fixés au départ, sont atteints en termes d'ancienneté de la structure (trois, quatre et cinq ans), de fonctionnement en mono et multisite, de mode d'exercice urbain et rural, et de variété des professions (au moins quatre professions différentes à chaque groupe ; soit neuf représentées).

Toutefois, ils sont tous issus d'un même département, et l'extrapolation des données à l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes doit être prudente.

Notre échantillon comporte une bonne distribution entre les professionnels médicaux et paramédicaux avec un rapport de 50 %. Il y a 66,67 % de femmes ce qui correspond à la féminisation des acteurs de santé (27). Des tranches d'âge très variées sont représentées ; avec une médiane dans les différents groupes respectivement de 38,5, 52,5 et 41 ans. Cela permet d'étudier des groupes avec des reculs divers sur leurs métiers.

Cependant, nous n'explorons pas le point de vue de certaines professions (maïeuticien, diététicien, orthophoniste, dentiste). Malgré nos relances lors des *focus groups*, deux interventions sont peu productives : l'orthoptiste et la secrétaire. La première n'était présente dans la structure que depuis six mois, d'où un manque d'expérience dans ce domaine. Pour la seconde, il nous paraissait important au départ d'inclure le métier devant une faible représentation dans les études sur les MSP. De plus, nous avons retrouvé lors de nos recherches bibliographiques une ouverture dans la diversification de leur pratique, avec notamment une place émergente dans le fonctionnement de certaines MSP (19,28). Mais dans les groupes explorés, un seul a recours à la secrétaire ; et de manière récente et limitée. Les autres groupes, eux, ne voient pas l'intérêt en considérant qu'il ne s'agit pas de sa mission. Il ressort de cela que la perception des professionnels de santé, sur ce que peut être le métier de secrétaire, joue un rôle dans son inclusion au sein des RCP et des PS.

Notre recrutement sur la base du volontariat peut être limitant dans la recherche des difficultés. Il favorise un biais de sélection en privilégiant les MSP où ce type d'activité fonctionne ; et les personnes motivées à travailler ainsi. Les MSP rencontrant des obstacles auraient peut-être tendance à ne pas participer.

Une relation antérieure entre les participants et les investigateurs peut être un biais dans le recrutement et le recueil des données des deux premiers groupes. Le premier lieu est un

ancien terrain de stage et maintenant un endroit de remplacement pour un des investigateurs. Afin d'en limiter l'impact dans la dynamique de discussion, l'enquêteur en question a joué le rôle d'observateur. Le deuxième groupe compte comme intervenant notre directeur de thèse, qui est médecin dans la structure.

4.1.3. Recueil des données

Notre recueil des données est fait de manière académique avec un modérateur et un observateur. Rôles conservés au cours de l'étude afin d'entretenir la maîtrise acquise au fil du temps. Nous utilisons comme outil méthodologique les critères COREQ (29). Nous atteignons la saturation au troisième *focus group*. Un biais d'investigation est possible par manque d'expérience.

Notre recueil s'étend sur plusieurs mois, avec un débriefing et une analyse des résultats après chaque groupe, octroyant une véritable modélisation et une évolution du guide d'entretien. Pour commencer, celui-ci comporte une présentation succincte de la thèse afin de rester sur une discussion ouverte. Ensuite, nous veillons à l'instauration d'un climat amical, notamment par le biais de conseils favorisant l'expression de chacun. Puis, la proposition de récit par un des membres d'une RCP ou d'un PS permet d'amorcer la conversation collective.

Nous essayons d'obtenir chaque fois des conditions de recueil optimales afin de limiter les biais externes. Pour cela, nous utilisons un lieu calme, fait pour accueillir des réunions, et au sein des locaux des MSP ; le contexte familial favorisant les échanges. Une plage horaire étendue est prévue ; ainsi nous n'écourtons jamais un *focus group*. Deux facteurs peuvent être la cause de pertes d'informations : un retard d'un participant lié à une erreur d'horaire, et une sonnerie de téléphone.

4.1.4. Analyse des données

Le codage est réalisé à l'aide d'un logiciel dédié. Cependant, notre interprétation des données est limitée du fait qu'il s'agit de notre première expérience en recherche qualitative. Même si notre compétence s'est développée au fil de l'étude. La pertinence des résultats est favorisée par la présence de deux investigateurs ; octroyant un double codage et une triangulation dans l'analyse. De plus, nous avons fait une retranscription intégrale des *focus groups*, et avec une relecture répétée par chacun des enquêteurs. Cela permet de limiter le biais d'interprétation. Une faiblesse réside dans l'absence de triangulation des méthodes avec, par exemple, la complétion par des entretiens semi-dirigés des professions non représentées dans l'échantillon.

4.2. Comparaison des résultats avec la littérature

4.2.1. Caractère chronophage

Le manque de temps est une problématique récurrente que nous nous attendions à retrouver. Que ce soit au niveau professionnel ou personnel, en trouver pour travailler ensemble n'est pas simple. Cela peut paraître comme une contrainte en premier lieu (18) et rebuter certains à s'investir dans un projet de santé (20). Mais finalement, le temps consacré aux RCP et aux PS permet, à fortiori, d'en gagner par la suite. De la même manière que le fait remarquer F3M3 : « *et pour [les infirmières], le fait de nous appeler, d'avoir la secrétaire, de nous rappeler, etc. Ça prendrait beaucoup plus de temps* ».

4.2.2. Interprofessionnalité et maturation

L'interprofessionnalité est au cœur du projet des MSP. Elle est souvent un moteur initial au regroupement des acteurs de santé (15,18). Le fonctionnement interprofessionnel n'est pas forcément inné dès le départ. La difficulté réside, en effet, dans l'initiation d'une activité entre

des professionnels libéraux ayant peu d'expérience dans ce domaine (3). Cela nécessite du temps. Fournier précisait d'ailleurs que « *c'est le plus souvent après une première phase de travail collectif monoprofessionnel que le travail pluriprofessionnel émerge* » ; et que cette évolution exigeait « *entre trois et cinq ans* » (13). Une fois installés, ses bénéficiaires sont mis en avant comme garant d'une meilleure qualité de travail pour la réalisation des RCP et des PS. Toutefois en 2017, l'étude de Sebai (19) relevait un très faible développement de la coopération interprofessionnelle. Seulement 12 MSP sur les 956 recensées disposaient d'un projet de ce type formalisé. Mais les données étaient basées sur l'enquête nationale de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de 2014 avec, de plus, une ancienneté moyenne des MSP de trois ans. Il pourrait être intéressant d'effectuer un nouvel état des lieux pour évaluer la maturation et l'évolution.

4.2.3. Management

Il est essentiel au sein d'une structure pluriprofessionnelle. Cet aspect faisant défaut dans la formation initiale et continue actuelle des professionnels de santé, le développement d'un enseignement approprié apparaît comme indispensable (30). D'ailleurs, notre étude trouve qu'ils retirent un grand bénéfice à participer à des apprentissages sur le travail en MSP, particulièrement sur la réalisation des RCP et des PS.

La modération d'un groupe peut être compliquée, notamment par la présence de personnalités déstabilisantes (18). Mais, comme nous l'avons retrouvé, les acteurs regorgent d'idées pour pallier cela à travers la mise en place de règles ou l'attribution de différents rôles. Toutefois, il faut rester attentif au fait que, de même que le soulignait Nguyen, le management d'une équipe peut représenter « *une charge mentale, avec une confusion des rôles entre le soin et la gestion* » (14).

Certaines structures ont recours à un coordonnateur de MSP qui a pour fonction de faciliter la communication entre les professionnels de santé. Il est aussi un intermédiaire auprès de l'ARS permettant de diminuer l'impact négatif des modalités administratives (14). Cependant, nous retrouvons que sa place au sein du travail collectif n'est pas forcément toujours claire pour les acteurs. Sa présence peut être ressentie comme illégitime au cours des RCP, comme nous le rapporte F211 : « *des fois, ça me gêne qu'il soit à des réunions où l'on parle de patients* ». D'ailleurs, l'étude de Nguyen constatait une dégradation de la qualité de vie des professionnels si cette présence était vécue négativement (14). Par contre, l'approche de la fonction de coordonnateur est limitée dans notre travail. Une seule des MSP a recours à cet intervenant. De plus, il s'agit d'un rôle au statut officiel récent et en cours de développement.

Sur un autre versant, un cadre de travail adéquat est important. Le partage d'un endroit commun facilite les échanges (15). Chaque MSP adapte son lieu d'activité à son équipe et son environnement. Par exemple, il est intéressant de noter que pour le deuxième *focus group*, marchant en multisite, la localisation des réunions change fréquemment pour favoriser l'équité.

L'accès aux informations du patient, par tous et pour tous, est également essentiel. Le logiciel commun apparaît indispensable. Mais, comme le faisait remarquer Léger, à condition qu'il soit fonctionnel, correctement maîtrisé et largement accessible (18).

4.2.4. Rémunération

La rémunération pour la participation aux RCP et aux PS n'est pas forcément initialement une attente des soignants (20,21). Nous trouvons pourtant qu'elle est vécue par les acteurs comme une reconnaissance de leur activité. D'ailleurs, Loizeau retrouvait un effet positif sur la diminution du risque de lassitude et d'épuisement des intervenants (20). Le financement

étant collectif, la répartition est variable selon les MSP. Mais, toujours dans un souci d'équité pour ne pas fragiliser le travail d'équipe (18). De plus, la rémunération contribue à la maturation des MSP (22) en favorisant le développement en quantité et en diversité des actions pluriprofessionnelles (9). L'accès aux soins primaires est ainsi étendu. Par exemple dans notre investigation, une des MSP a facilité par ce biais l'accès à des consultations avec une psychologue à des personnes aux revenus modestes.

4.2.5. Secret professionnel

La problématique liée au secret professionnel a émergé lors de notre premier *focus group*. Nous avons cherché à en savoir plus par la suite. Mais, uniquement le deuxième groupe rencontrait également cette difficulté. À notre connaissance, cette notion n'apparaît pas dans d'autres études. Dans notre travail, il ressort de cela que c'est surtout le partage d'informations médicales qui pose obstacle. Le blocage peut venir aussi bien du professionnel de santé, que du patient. Une grande majorité des patients sont quand même favorables à ce partage. En outre, certaines limites se présentent concernant la compréhension, de la même manière que nous le rapporte F1M3 à propos des dires d'un de ces patients : « *j'ai pas tout compris, mais moi évidemment que je suis d'accord* ». Le manque d'informations et de compréhension autour du secret professionnel et du partage du dossier médical nous apparaît comme la base du problème.

4.2.6. Thématique

Notre enquête, centrée sur les RCP et les PS, met en avant la difficulté du choix du thème à aborder. À notre connaissance, aucune étude ne fait ressortir cette difficulté. Il paraît important que le cadre légal, détaillé par les ACI, soit expliqué et saisi par tous les intervenants. Une confusion sur la légitimité des thèmes pouvant limiter la discussion et la réflexion.

Concernant particulièrement les PS, les exemples de la Haute Autorité de Santé (HAS) apparaissent souvent comme inapplicables localement. De plus, il s'ajoute une lourdeur dans le processus de validation par l'ARS (21). Nous remarquons, en concordance avec la littérature (31), qu'un PS doit avant tout répondre à un problème spécifique de l'équipe, être court, simple et facilement appropriable par les différents intervenants.

4.2.7. Convivialité

Lors des *focus groups*, nous avons été témoins d'instantanés de convivialité entre les membres et d'une ambiance chaleureuse. À leurs yeux, cet élément est important. Cette proximité favorise par la suite l'activité pluriprofessionnelle (13). De plus, leur qualité de vie s'en trouve améliorée (14). Toutefois, comme expliqué précédemment, un biais de sélection est possible à travers le recrutement par volontariat. Même si, le regroupement initial en MSP semble souvent effectué par des personnes souhaitant travailler ensemble.

4.2.8. Qualité de travail

Elle est une préoccupation majeure des acteurs. Dans son étude, Fournier retrouvait que la prévention de l'épuisement professionnel et de la dégradation de l'exercice de soins primaires était au premier plan des discours ; et vecteur de regroupement en MSP (16). De plus, une des motivations au travail collectif est la rupture de l'isolement (14,20). Nous constatons que les RCP et les PS sont des moments propices, aux professionnels, pour discuter entre eux. Ces instants consacrés sont très appréciés. Nguyen retrouvait que les échanges informels, la diversité des contacts, l'intérêt et la variété dans l'activité sont des facteurs protecteurs d'épuisement (14). De plus, d'après l'étude de Zalmaï, l'exercice en MSP répondait en grande partie aux attentes des professionnels sur le plan de l'organisation de travail, le temps personnel et la qualité de l'exercice coordonné (15). Mais attention, l'activité regroupée ne

s'improvise pas et n'est pas systématiquement synonyme d'amélioration. Tout dépend du projet mené (14). Les RCP sont aussi l'opportunité pour les soignants de partager des situations complexes. D'ailleurs, notre premier *focus group* relève qu'elles ont été l'occasion de faire intervenir une psychologue pour gérer au mieux les difficultés psychologiques que certains membres avaient rencontrées.

4.2.9. Qualité des soins

Le patient a une place centrale pour les professionnels. Prodiguer des soins de meilleure qualité est un moteur dans la modification de leurs pratiques. L'exercice regroupé en MSP est retrouvé comme une réponse à cette attente (15). De plus, une des six compétences du médecin généraliste est l'approche du patient dans sa globalité et sa complexité (32). Compétence facilitée par les échanges pluriprofessionnels, particulièrement au cours des RCP. La continuité des soins est un enjeu majeur pour les acteurs. Ils ont la volonté de développer une véritable « veille sanitaire locale ». Ils veulent, par ce biais, limiter « *la iatrogénie* » (F1M1), « *les hospitalisations* » (F1P1), « *les décès* » (F1M1), favoriser le « *maintien à domicile* » (F1S1), « *l'observance* » (F2P3), ou encore détecter précocement « *les troubles cognitifs* » (F1P1). Cette notion est une des attentes dans leur motivation à l'installation en MSP (15). Fournier expliquait d'ailleurs au sujet des PS que la finalité n'est pas l'écriture en soi, mais « *l'émergence d'une plus grande vigilance et d'une responsabilité partagée par tous les professionnels vis-à-vis des facteurs considérés par tous comme source de rupture dans le parcours du patient* » (13). D'autre part, les acteurs de santé, mais aussi les patients (33), attendent de ce type de structure que les soins puissent être mieux assurés en l'absence du médecin référent.

Un retour positif des patients vis-à-vis du fonctionnement en MSP ressort comme important pour les professionnels. L'étude de Jeanmaire, au sein de deux MSP, montrait que les patients

en étaient globalement satisfaits (à 79 % pour l'une et 59 % pour l'autre) (34). La recherche de Rimetz (33) retrouvait que, paradoxalement, les usagers n'estimaient pas être mieux pris en charge dans leur MSP. Pour eux, la qualité des soins était surtout inhérente au professionnel de santé avec entre autres : la relation médecin-patient, les explications délivrées, l'écoute et la compétence. Mais cette analyse se limitait à une seule structure. Nous n'avons pas trouvé d'études traitant de la satisfaction du patient par une gestion au travers de RCP et de PS. Il pourrait être intéressant d'évaluer cet angle de vue avec, notamment, la conscience d'une telle prise en charge grâce aux MSP.

5. Conclusion

Notre étude apporte un éclairage sur la réalisation des RCP et l'élaboration de PS dans les pôles et maisons de santé du Puy-de-Dôme. Lors des *focus groups* ont été identifiés des facteurs favorisant et des facteurs limitants. Les éléments facilitants relevés étaient : la convivialité, le bénéfice éprouvé de l'activité interprofessionnelle, un bon management des équipes, la sensation d'amélioration de la qualité de travail et des soins, et l'importance de se laisser un temps de maturation pour progresser. Les principales difficultés étaient : le caractère chronophage, le fait que le travail en groupe n'est pas naturellement évident, de même que la supervision des personnes et des tâches, le possible non-respect du secret médical, et enfin la limitation du champ des thématiques à aborder en RCP et pour les PS.

La prise en compte de ces éléments pourrait permettre aux professionnels de santé exerçant en MSP de mieux analyser et gérer les obstacles ressentis lors de l'activité interprofessionnelle. Au-delà d'un bénéfice éprouvé d'amélioration de la qualité du travail interprofessionnel, celle de la qualité des soins délivrés au patient reste encore à démontrer.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury,

Philippe VORILHON

6. Références bibliographiques

1. Assurance maladie. Prévalence des ALD en 2017 [Internet]. Ameli.fr. 2018 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
2. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. INSEE Prem [Internet]. 11/16 [cité 19 nov 2019];(1619). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
3. Berland Y. Coopération des professions de santé : Le transfert de tâche et de compétences [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 10/03 [cité 29 nov 2018]. (Rapport « Transfert de Compétences »). Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf>
4. HAS, ONDPS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Droit Déontologie Soins. 09/08;8(3):278-330.
5. Article 51 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Code de la Santé Publique, SASX0822640L juill 21, 9avr. J.-C. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000020879543&cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
6. HAS. Coopération entre professionnels de santé - Mode d'emploi [Internet]. 04/12. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf
7. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 [Internet]. Code de la Santé Publique, BCFX0766311L déc 19, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554&categorieLien=cid>
8. Article L6323-3 [Internet]. Code de la santé publique juill 27, 2019. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=84B72404FFD5884D49F07FC3BE73DAAE.tplgfr43s_1?idArticle=LEGIARTI000038886477&cidTexte=LEGITEXT00006072665&categorieLien=id&dateTexte=
9. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Bousset B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. Santé Publique. 5 nov 2015;Vol. 27(4):539-46.
10. Direction Générale de l'Offre de Soins. Les chiffres clés de l'offre de soins - Edition 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
11. Marie-Odile Safon. La loi de modernisation du système médical français. Synthèse documentaire. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. oct 2018;107.

12. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Guide méthodologique - Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017 [Internet]. 10/17. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400390/document/annexe_6_guide_methodo_ra_contrat_struture_pluripro-.pdf
13. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Questions D'économie de la Santé [Internet]. juill 2014;(200). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>
14. Nguyen A, Joachim F, Lancret S-L, Duhamel S. L'exercice regroupé et coordonné en maison de santé pluriprofessionnelle est-il protecteur de l'épuisement professionnel ? Remise en question d'un paradigme. Médecine [Internet]. 01/19 [cité 27 mars 2019];15(1). Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/lexercice_regroupe_et_coordonne_en_maison_de_sante_pluriprofessionnelle_est_il_protecteur_de_lepuisement_professionnel_remise_en_question_dun_paradigme_313857/article.phtml?tab=texte
15. Zalmaï D. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : attentes, réalités et perspectives. Étude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains [Internet] [Thèse de doctorat]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016 [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412394/document>
16. Fournier C. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours. Place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Internet] [Thèse de doctorat]. [Paris]: Université Paris-Sud; 2015. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149605/document>
17. Ministère de la santé et des solidarités. Stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail - Prendre soin de ceux qui nous soignent. Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire. [Internet]. 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_volet_ambulatoire.pdf
18. Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle [Internet] [Thèse de doctorat]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01648011/document>
19. Sebai J, Yatim F. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue Française d'Administration Publique. 2017;N° 164(4):887-902.
20. Loizeau F. Motivations et freins à la réalisation de projets de prévention au sein des maisons de santé : étude à partir d'un exemple vendéen [Internet] [Thèse de doctorat]. [Nantes]: Université de Nantes; 2016 [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=0af8e903-499a-4c50-a9f4-99f90dfcf9fb>

21. Husser M. Protocoles de soins et travail collaboratif interprofessionnel en soins primaires [Internet] [Thèse de doctorat]. [Lyon]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2015. Disponible sur: http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/73487a27-68f5-4e42-92ee-01764d5692f9/blobholder:0/THm_2015_HUSSER_Marion.pdf
22. Didelot A. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles du Grand Est : quelles différences la matrice de maturité révèle-t-elle entre celles adhérentes ou non au règlement arbitral ? Etude comparative transversale [Internet] [Thèse de doctorat]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2018. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_DIDELOT_ALEXANDRE.pdf
23. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs [Internet]. Nathan; 2004. 134 p. Disponible sur: https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00841629/file/SD_Haegel_entretiens_collectifs_ouv._2004.pdf
24. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Rainaud C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale : Expérimenter le focus group. *Exercer*. 2011;22(98):129-35.
25. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. [Internet]. Département de Santé Publique CHU de Nice; Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
26. Oude-Engberink A, Lognos B. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;24(105):8.
27. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2005;(1):17-33.
28. Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes : étude qualitative auprès des secrétaires [Internet] [Thèse de doctorat]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2018. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1393/fichier_these_sebastien_de_lestapis0b850.pdf
29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
30. Druais P-L. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 03/15. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
31. Desgrées du Loû G. Protocoles pluriprofessionnels - Viser l'utilité. *Le Concours Médical*. 09/17;139:10.
32. Compagnon L, Bail P, Huez J-F. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(408):148-55.
33. Rimetz-Pal A. Maison de Santé Pluriprofessionnelle et qualité des soins : quels critères du point de vue des patients ? Étude préliminaire par méthode qualitative au sein de la

Maison de Santé Pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey [Internet] [Thèse de doctorat]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2018 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831248>

34. Jeanmaire T, Jendoubi K, Vuattoux P, Chazerand P. Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients. Santé Publique 1 oct 9apr. J.-C.;Vol. 21(HS n°1):91-101.

7. Annexes

7.1. Annexe I - Réunion de concertation pluriprofessionnelle

Objectif : Organiser des réunions avec les professionnels de la structure qui ont pour rôle de définir la stratégie de prise en charge du patient et de coordonner sa mise en œuvre.

Nécessité : Les RCP nécessitent la présence de professionnels médicaux et paramédicaux. Il faut au minimum six réunions par an. Le nombre de patients abordés doit au moins représenter 5 % des patients « médecins traitants » en Affection de Longue Durée (ALD) ou âgés de plus de 75 ans (pour avoir la rémunération maximale). Les patients évoqués doivent être atteints des pathologies listées ci-après.

La structure doit transmettre le nombre de cas examinés à chaque RCP ainsi que le calendrier sur l'année civile au service médical de la CPAM. De plus, les RCP doivent être formalisées par des comptes-rendus qui sont tenus à la disposition du médecin-conseil, et intégrés dans le dossier informatisé du patient sous une configuration paramétrable permettant une requête informatique et une alimentation du dossier médical partagé.

Rémunération : L'indicateur est sous forme de 1000 points variables proratisés en fonction de la patientèle de référence, du nombre de dossiers étudiés et de la date d'adhésion au contrat dans l'année civile (hors dérogation particulière). Il est à atteinte progressive, la structure a donc une marge d'amélioration dans la tenue des réunions et dans l'analyse des dossiers.

Thèmes des pathologies à étudier en priorité :

- Affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves...

- Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxiodépressif...
- Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialiste...) : antivitamine K, insulinothérapie...
- Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition...), plaies chroniques (escarres, ulcères veineux ou mixtes, plaies du diabétique), patients polyopathologiques, soins palliatifs, suivi post-accident vasculaire cérébral...
- Patients obèses
- Grossesses à risque (pathologie sous-jacente, antécédents, grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement, précarité, addictions...)
- Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales, maltraitance intrafamiliale

Source : AMELI. Centres de santé médicaux ou polyvalents : fiches par indicateur [Internet].

2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/textes-referance/accord-national/avenant-1>

7.2. Annexe II - Protocole de soins

Objectif : Élaborer des PS pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie requérant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.

Nécessité : Les PS doivent s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés. Ils doivent être conformes aux recommandations en vigueur élaborées par les agences sanitaires. Ils doivent être adaptés à chaque équipe, répondre à un vrai besoin, formaliser et harmoniser des pratiques existantes. Simples, ils sont aisément consultables lors des soins et précisent le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, ainsi que les différentes interactions entre eux. Ils ne doivent pas se limiter à formaliser une simple dérogation de tâches entre professionnels impliqués, ni à un rappel sur les conduites à tenir dans certaines situations, ni non plus à un adressage vers un médecin correspondant. Ils seront ensuite réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.

Les PS doivent porter en priorité sur les pathologies listées ci-après. Les protocoles pour d'autres pathologies seront examinés au cas par cas par le service médical. Ils doivent répondre à une amélioration de la prise en charge pluriprofessionnelle de certains patients complexes. Le justificatif qui correspond à une copie du protocole doit être transmis au service médical de la CPAM. Ils n'ont pas besoin d'être transmis à la HAS pour validation.

Rémunération : L'indicateur est sous forme de points fixes et est déclaratif. Chaque protocole transmis à la caisse d'assurance maladie de rattachement du centre de santé équivaut à 100 points. Seuls huit sont revalorisés au maximum.

Thèmes des pathologies à étudier en priorité :

- Affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves...
- Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxiodépressif...
- Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialiste...) : antivitaminé K, insulinothérapie...
- Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition...), plaies chroniques (escarres, ulcères veineux ou mixtes, plaies du diabétique), patients polyopathologiques, soins palliatifs, suivi post-accident vasculaire cérébral...
- Patients obèses
- Grossesses à risque (pathologie sous-jacente, antécédents, grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement, précarité, addictions...)
- Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales, maltraitance intrafamiliale

Source : AMELI. *Centres de santé médicaux ou polyvalents : fiches par indicateur [Internet].*

2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/textes-referance/accord-national/avenant-1>

7.3. Annexe III - Guide d'entretien

Focus group n°...

Date : .././....

Bonjour à toutes et à tous,

Premièrement, nous vous remercions de votre présence ici dans le cadre d'une étude pour notre thèse sur les MSP.

Le groupe d'étude consiste simplement à discuter, entre nous et vous, de votre mode de fonctionnement en pluriprofessionnel. Nous nous intéresserons aux avantages, mais aussi aux difficultés pouvant être rencontrées. Nous aborderons notamment cela par le prisme du déroulement des **réunions de concertation pluriprofessionnelles** (RCP) et l'élaboration de **protocoles de soins** (PS).

Nous sommes donc deux pour animer cette réunion avec des rôles différents. Moi, Patrick, je serai le modérateur avec pour fonction principale d'animer le groupe. Sébastien aura quant à lui un rôle d'observateur avec une fonction de prise de notes.

Nous tenons à vous rappeler l'importance de chacune de vos interventions pour que l'on puisse recueillir le plus d'idées possibles. Toutes les informations vont être enregistrées en fichier audio pour permettre une analyse ultérieure. Ces informations seront traitées de façon anonyme.

Nous vous invitons à faire preuve de bienveillance les uns envers les autres. Exprimez ce que vous avez à dire ; tout en prenant le temps d'entendre ce que disent les autres. Donner votre point de vue, mais ne pas donner d'appréciations positives ou négatives sur ce qui est dit par les autres. Tout ce que vous exprimerez aura un intérêt.

Si vous venez à évoquer des noms de patients ou des lieux, sachez que nous les rendrons anonymes lors de la retranscription de la séance.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Demande verbale d'autorisation d'enregistrement et d'exploitation des données audio.

Début de l'enregistrement.

Tour de table : Chacun se présente à tour de rôle en donnant son nom, son prénom, sa profession et son lieu d'exercice. Nous leur demandons de suivre la phrase « Je m'appelle X, je travaille dans la MSP de X, en tant que X » ; en leur expliquant l'intérêt d'avoir un échantillon vocal avec le nom pour la retranscription par la suite. Puis, nous commençons pour montrer l'exemple.

Questions ouvertes :

- Amorçage

« Pouvez-vous nous raconter le déroulement de la dernière RCP ou de l'élaboration du dernier PS ? »

- Définition/représentation personnelle

« Comment se passe en pratique une RCP ? »

« Que représente pour vous un PS ? »

- Apport dans la pratique

« Comment vous aide une RCP dans votre pratique ? »

« Les PS vous aident-ils sur d'autres points ? »

- Éléments facilitants à la réalisation

« Qu'est-ce que vous appréciez au cours de la réalisation des RCP et des PS ? »

- Difficultés à la réalisation

« Quelles sont les difficultés à la réalisation ? »

« Quelles hésitations avez-vous lors du déroulement de ces éléments ? »

En compléments si non abordés spontanément (données ressorties lors des analyses précédentes à explorer ou à compléter) :

- Secrétaire : quelle est la place de la secrétaire dans le fonctionnement de la MSP ?
- Coordonnateur : avez-vous un coordonnateur au sein de la MSP ? Si oui, quelle est sa place dans la structure ? Sinon, quelles sont les raisons ?
- Étudiants : accueillez-vous des étudiants ? interviennent-ils dans les RCP et PS ?
- Génération : vous êtes appartenez/n'appartenez pas à la même classe d'âge, pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet ? C'est plutôt une facilité ou une difficulté pour travailler ensemble ?
- Rémunérations : comment gérez-vous les rémunérations via les ACI ?
- Cadre de travail : espaces et outils dédiés ?

Observateur : questions complémentaires ?

Signature de l'autorisation d'enregistrement et recueil des données d'échantillonnage en fin de séance.

Remerciements.

SERMENT D'HIPPOCRATE (version longue)

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;
que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE (version courte)

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Éléments facilitants et difficultés repérés par les professionnels de santé des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles du Puy-de-Dôme dans la réalisation des réunions de concertation pluriprofessionnelles et l'élaboration de protocoles de soins

Résumé :

Contexte : Devant l'évolution de la démographie médicale, les professionnels de santé se regroupent en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Le travail collectif se décline sous deux formes : les Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP) et les Protocoles de Soins (PS). Mais, ils rencontrent des difficultés dans cette nouvelle manière d'exercer.

Objectif : L'objectif de notre étude était de mettre en évidence les éléments facilitants et les difficultés des professionnels de santé exerçant en MSP dans le Puy-de-Dôme pour la réalisation des RCP et l'élaboration de PS.

Méthodes : Étude qualitative par *focus groups* de professionnels de santé de trois MSP du Puy-de-Dôme.

Résultats : Le nombre d'intervenants était de 24, de neuf professions différentes. Les éléments facilitants relevés étaient : la convivialité entre les membres, le bénéfice éprouvé de l'activité interprofessionnelle, un bon management des équipes, une sensation d'amélioration de la qualité du travail et des soins, et l'importance de se laisser un temps de maturation pour progresser. Les principales difficultés étaient : le caractère chronophage, les difficultés à travailler en groupe, à gérer les personnes et les tâches, le possible non-respect du secret médical, et enfin la limitation du champ des thématiques à aborder en RCP et pour les PS.

Conclusion : Notre étude apporte des informations utiles à la réalisation des RCP et l'élaboration de PS en MSP. Au-delà d'un bénéfice éprouvé d'amélioration de la qualité du travail interprofessionnel, celle de la qualité des soins délivrés au patient reste encore à démontrer.

Mots-clés :

- maison de santé pluriprofessionnelle
- équipe des professionnels de santé
- soins de santé primaires
- médecine générale
- *focus groups*
- concertation
- processus de groupe