

Liste des abréviations

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé Territoire
MDM	Matrice de Maturité
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NC	Non Connu
NMR	Nouveaux Modes de Rémunérations
PEC	Prise en Charge
PS	Professionnel(s) de Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

Population étudiée

Données recueillies

1. Les formes d'échanges pluriprofessionnels centrés patients au sein de la MSP

- 1.1. Une facilité d'échanges
 - 1.1.1. Fluides, simples, interactifs, à double sens
 - 1.1.2. Fréquents, quotidiens
 - 1.1.3. Disponibilité des PS
- 1.2. Une multiplicité des modalités d'échanges
 - 1.2.1. Des échanges formels comme informels
 - 1.2.2. Des échanges formels générateurs d'échanges informels centrés patients
 - 1.2.3. Des échanges par l'intermédiaire des patients présents
- 1.3. Des facteurs de variation des modalités d'échanges
 - 1.3.1. La nature de l'information et sa priorisation
 - 1.3.2. Le choix du PS
 - 1.3.3. La temporalité et le lieu

2. Les profils de patients discutés en pluriprofessionnalité

- 2.1. Le patient dans son environnement
- 2.2. Une multiplicité de situations patients évoquées
 - 2.2.1. L'ensemble des thèmes privilégiés par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)
 - 2.2.2. Apparition de thématiques patients non répertoriées dans l'ACI

3. Les facteurs influençant les échanges

- 3.1. L'impact personnel des PS
 - 3.1.1. Des dynamiques personnelles et personnalités qui impactaient les échanges
 - 3.1.2. Une dynamique d'équipe, un respect des compétences et places de chacun
- 3.2. Une interconnaissance personnelle, professionnelle et du patient
- 3.3. La structuration en MSP
 - 3.3.1. Du temps nécessaire
 - 3.3.2. Une proximité générée par le système MSP
 - 3.3.3. Une pression des instances supérieures

4. Les finalités des échanges

- 4.1. Un objectif commun : le patient
 - 4.1.1. Accompagner un patient acteur de soins
 - 4.1.2. Création d'un lien de confiance entre patients et PS
 - 4.1.3. Améliorer et accélérer la prise en charge des patients communs ou des patients de PS en difficulté
- 4.2. Une atmosphère positive et un bien-être au travail
 - 4.2.1. Un esprit de corps

- 4.2.2. Un esprit d'ouverture et de collaboration
- 4.2.3. Une amélioration des conditions de travail

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Le patient au centre de la prise en charge**
 - 1.1. Une prise en charge globale
 - 1.2. Un souci d'implication du patient : un patient acteur
- 2. Le cercle vertueux de l'interconnaissance et des échanges pluriprofessionnels centrés patients**
- 3. Les thèmes abordés en RCP dépassent la liste de l'ACI**
- 4. Les différents niveaux de collaboration**
- 5. Forces et limites**
- 6. Perspectives**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

ECHANGES PLURIPROFESSIONNELS CENTRES PATIENTS DANS UNE MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE

Gérard Clémence¹, Angoulvant Cécile¹

¹ Université d'Angers, UFR Santé, Département de Médecine Générale, Rue Haute de Reculée,
49045 Angers CEDEX 1 France

RESUME

INTRODUCTION : La modernisation des soins primaires se développe avec des modèles de coordination adaptés à chaque territoire. Les créations croissantes de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) font partie de cette dynamique. L'objectif principal de l'étude était d'explorer les échanges pluriprofessionnels centrés patients entre professionnels de santé (PS) au sein d'une MSP mature.

METHODES : Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés auprès des PS d'une MSP identifiée pour ses critères de maturité. L'échantillonnage des PS était raisonné en variation maximale en terme de professions, âges, et implication au sein de la MSP. Le guide d'entretien a été réalisé à partir des données de la littérature, et amélioré après les premiers entretiens. Après recueil du consentement écrit, ces derniers ont été enregistrés, retranscrits intégralement et anonymisés. L'analyse thématique en ouvert a été réalisée par deux chercheurs pour triangulation des données.

RESULTATS : Quinze entretiens de PS, représentant 9 professions, et d'une durée moyenne de 44 minutes, ont été réalisés. La saturation des données a été atteinte au 14^{ème} entretien. Les échanges pluriprofessionnels centrés patients y étaient quotidiens, simples et interactifs. Ils étaient formels comme informels, selon la priorisation des besoins de la situation, dans l'objectif d'une prise en charge globale et personnalisée du patient dans son milieu de vie. Les profils de patients discutés reprenaient les thèmes de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) et des thématiques non répertoriées dans l'ACI. La structuration en MSP, la dynamique de l'équipe et de chaque PS, sa personnalité et ses motivations, et surtout leur connaissance mutuelle influençaient les échanges. L'objectif commun des PS était le

patient, l'amélioration et l'accélération de sa prise en charge quelle que soit la problématique rencontrée. Ensuite venait une amélioration de leurs conditions de travail.

CONCLUSION : L'interconnaissance des PS et le temps semblent être des prérequis d'une dynamique positive d'échanges. Les personnalités et motivations des PS s'intègrent dans le processus et seraient à explorer. Les thèmes retenus dans l'ACI seraient à élargir à un plus grand nombre de patients.

INTRODUCTION

Le système de santé français est en pleine évolution. L'organisation des soins primaires évolue et se développe avec des modèles de coordination variés et adaptés à chaque territoire. Cela passe notamment par la création de nouveaux modes d'exercices collectifs, dont les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) font partie.

En France, c'est la réforme de 2004 de l'assurance maladie qui initie véritablement le développement des soins primaires (1). Les premières MSP sont expérimentées en 2007, sous la naissance de la dénomination juridique de « Maisons de Santé »(2). En 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (loi HPST) inscrit au niveau législatif pour la première fois la notion de « soins de premier recours » et conforte les créations des pôles et MSP (3). Ces nouveaux modes d'exercice sont redéfinis législativement par différents textes successifs, mais c'est la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de la santé qui achève de définir le terme de MSP (4). Plusieurs notions y apparaissent. Tout d'abord « la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. (...) ». Mono ou multi site, elle est composée de plusieurs professionnels de santé (PS) libéraux, dont les minima et types de PS dépendent des régions. Les MSP se différencient des cabinets de groupe par un exercice pluri professionnel et coordonné, c'est-à-dire dont la collaboration entre les différents professionnels de l'équipe est formalisée par un « projet de santé » validé par l'Agence régionale de santé (ARS). Les pôles de santé, eux, correspondent à des professionnels de santé libéraux et salariés, des secteurs de soins primaires ou secondaires, qui conservent leurs lieux respectifs d'exercice, mais qui se dotent, sur un territoire donné, d'un projet de santé et d'une organisation commune (5). Maisons et pôles ont pour point commun un projet de santé en faveur de la population du territoire qu'ils couvrent. Ce projet de santé fait partie intégrante de la définition de Maisons de Santé (6). Parallèlement

se mettent en place des équipes de soins primaires, organisées autour des médecins généralistes. La stratégie nationale est la mise en place de parcours de santé, dont la collaboration interprofessionnelle est la pierre angulaire. Un soutien logistique et financier via les Collectivités territoriales de chaque région, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et les ARS est assuré. Des aides au démarrage, des financements des frais de fonctionnement possibles et l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunérations (NMR) sont mis en place. La pérennisation des NMR est permise via la création de Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), société de moyen spécifique aux équipes de professionnels de santé libéraux exerçant en maison ou pôle de santé pluriprofessionnel. Un règlement arbitral a été approuvé par arrêté du 23 février 2015 (7). Il prévoit des rémunérations spécifiques pour les structures pluriprofessionnelles de premier recours en contrepartie de la réalisation d'engagements se portant sur 3 axes : l'accès aux soins, le travail en équipe, le système d'information partagé. En 2016, la loi de modernisation de santé (4) pérennise le développement de ces nouvelles structures. Puis en 2017, les organisations représentatives des différents corps de métiers des PS signent avec l'Assurance Maladie un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui remplace le règlement arbitral. Il porte sur la coordination des soins et l'exercice regroupé et reprend le principe d'une rémunération conventionnelle versée aux structures (8). La politique d'accompagnement des structures pluriprofessionnelles (maisons de santé et centres de santé) s'intègre ainsi au champ conventionnel.

Suite à ces différentes lois, le nombre de MSP a plus que quadruplé entre 2012 et 2016 (9). Les enjeux des MSP sont multiples : continuité des soins, accès aux soins et lutte contre la désertification médicale, articulation entre le sanitaire et le social, coopération entre les professionnels de santé, expérimentation de NMR soutenant la coordination des équipes pluriprofessionnelles, prise en charge des maladies chroniques, des situations de dépendance

ou de handicap, développement de la prévention, nécessité d'efficience de notre système de soins... (10)

L'existence de corrélations entre le degré de mise en œuvre des éléments clés des regroupements pluriprofessionnels et les résultats des soins a été démontrée aux Etats-Unis. Il en ressortait une plus grande satisfaction des patients, une meilleure conformité des pratiques aux recommandations, un moindre syndrome d'épuisement professionnel des équipes, un moindre recours aux urgences et une réduction du taux d'hospitalisation (11). L'étude met également en évidence que ces démarches prennent du temps. Plusieurs années sont souvent nécessaires pour voir les premiers changements significatifs. Les résultats obtenus ont souligné l'importance de l'élaboration du projet de santé par les structures d'exercice regroupé et de la démarche qualité. Ce sont des éléments abordés dans les MSP françaises via la Matrice De Maturité (MDM) publiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 (12). La MDM correspond à un référentiel d'aides formalisant un exercice coordonné pluriprofessionnel au sein d'équipes de soins primaires. Elle se compose de 4 briques élémentaires : le travail en équipe pluri professionnel, le système d'information, le projet de santé et l'accès aux soins, ainsi que l'implication des patients.

Une thèse d'exercice en médecine, exploratoire, a interrogé des professionnels de santé (PS) ayant le projet de créer un pôle de santé coordonné. Elle a mis en évidence une volonté de meilleures communication et coordination entre PS, avec l'amélioration de la prise en charge du patient pour objectif principal (13).

Et qu'en est-il pour des PS, non pas en projet mais déjà installés en MSP ? Qu'en est-il de la coordination entre les PS concernant les prises en charge de patients dits « complexes » ? Qui sont ces patients ? Comment les PS abordent-ils ces problématiques ? Il existe une liste de thèmes à privilégier dans les concertations et protocoles dans le cadre de l'ACI (8), mais il

n'existe pas de retour exhaustif des profils de patients qui bénéficient d'échanges entre les différents professionnels de santé en soins primaires coordonnés.

Pour répondre à ces problématiques, la réalisation d'une étude exploratoire portant sur les échanges pluriprofessionnels des PS centrés patients en MSP a été menée. L'objectif principal était d'explorer les échanges pluriprofessionnels des PS dans la MSP concernant les patients. Les objectifs secondaires étaient d'analyser les profils de patients concernés par ces échanges et les modalités et finalités de ces échanges.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire par entretiens individuels semi-dirigés de professionnels de santé composant une maison de santé pluridisciplinaire, entre septembre et décembre 2018.

Présupposés de recherche :

Les échanges pluri professionnels dans une MSP mature sont très formalisés, notamment par des réunions mensuelles et des protocoles. Les patients qui bénéficient d'échanges pluriprofessionnels sont les patients poly-pathologiques chroniques et complexes. Peu de profils de patients nécessitent une concertation pluriprofessionnelle. La motivation des PS à avoir des échanges pluriprofessionnels est d'améliorer la prise en charge des patients (13). Le retour attendu est une meilleure qualité de prise en charge pour les patients.

Population étudiée / stratégie d'échantillonnage et de recrutement :

La MSP sélectionnée répondait à des critères acquis de maturité pré définis tirés de la Matrice de Maturité de la HAS (Annexe 1). Son premier projet de soins, datant de décembre 2010, était relativement précoce dans la création des MSP, et témoin d'une expérience acquise. La population des PS étudiée était variée en terme de professions, d'âges, d'implication dans la MSP et de participation aux Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP). Elle ciblait les différents PS composant les MSP.

Recueil de données :

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés, avec un guide rédigé à partir des présupposés du chercheur et des données de la littérature. Le guide a été remanié après la réalisation des premiers entretiens (Annexe 2). Ceux-ci se sont déroulés lors de rendez-vous

dédiés, dans les bureaux des professionnels de santé, après signature du consentement du PS à l'enregistrement et l'analyse des données.

Les thèmes explorés dans le guide étaient les suivants : types et modalités d'échanges pluriprofessionnels au sein de la MSP, profils de patients et situations amenant des échanges, les facteurs influençant les échanges, les finalités de ceux-ci pour les PS et les patients.

Un entretien test dans une autre MSP a été réalisé préalablement, et au vue de l'analyse, celui-ci a été inclus dans l'étude.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, retranscrits en intégralité avec le logiciel N'vivo et anonymisés. Des pseudonymes ont été attribués à l'ensemble des interviewés, les noms des lieux ont été modifiés.

Une Matrice de Maturité de la MSP a été réalisée en parallèle des entretiens afin de définir le niveau d'organisation de la MSP étudiée (Annexe 1).

Analyse des données :

L'analyse thématique a été réalisée en méthode manuelle (Excel). Un double codage par un deuxième chercheur a été réalisé. La saturation des données a été obtenue au 14^{ème} entretien.

Considérations éthiques et réglementaires :

Au préalable des entretiens, un consentement écrit a été recueilli pour chaque interviewé (Annexe 3). La possibilité de révocation a été donnée à tous. L'avis du comité d'éthique n'a pas été sollicité dans la mesure où il s'agissait de l'analyse des pratiques des PS.

RÉSULTATS

Population étudiée

Les PS :

Les caractéristiques des 15 professionnels de santé interviewés sont répertoriées dans le tableau I. Quatorze entretiens ont été réalisés dans une MSP comptant 40 professionnels de santé. Neuf des 12 professions de santé que compte la MSP sont représentées. La durée moyenne des entretiens était de 44 minutes (minimum 14' – maximum 62').

Tableau I : Caractéristiques de la population

Sexe	Age (années)	Profession	Durée d'exercice professionnel (années)	Durée d'exercice en MSP (années)	Exercice antérieur en équipe de soins	Rôle dans la MSP	Durée entretien	Participation aux RCP
F	34	Médecin généraliste	4	4	non	Cogérante, responsable informatique	14'	NC
F	39	Pharmacienne	14	4	non	non	62'	non
M	54	Orthophoniste	29	8	oui	non	50'	non
M	40	Médecin généraliste	13	8	non	non	50'	oui
F	31	Diététicienne	8	2,5	oui	comité de gestion	38'	oui
M	60	Pharmacien	37	8	non	comité de gestion, Trésorier	31'	oui
F	38	Pédicure-podologue	16	8	non	non	32'	non
F	44	Orthophoniste	20	8	non	non	26'	non
F	45	Infirmière	25	8	oui	Cogérante, membre du bureau	60'	oui
M	38	Médecin généraliste	11	8	non	comité de gestion	38'	oui
F	37	Infirmière	17	7	oui	Cogérante, Vice-présidente CPTS	62'	oui
F	34	Masseur kinésithérapeute	11	5,5	NC	non	32'	NC
F	28	Orthophoniste	5	2	NC	non	48'	oui
F	62	Psychologue clinicienne	11	8	non	non	58'	NC
F	54	Sage-femme	32	8	oui	non	61'	non
<i>Moyenne</i>	<i>42,5</i>		<i>16,9</i>	<i>6,5</i>			<i>44'</i>	

La MSP :

Une matrice de maturité de la HAS a été réalisée le 18/10/2018 avec la coordonnatrice de la MSP (exclue des interviewés) afin d'avoir une évaluation témoin de la MSP au moment de la réalisation des entretiens avec les PS la composant (Annexe 1).

Données recueillies

1. Les formes d'échanges pluriprofessionnels centrés patients au sein de la MSP

1.1. Une facilité d'échanges

1.1.1. Fluides, simples, interactifs, à double sens

La simplicité et la fluidité des échanges pluriprofessionnels centrés patients ressortaient des entretiens. *E10 « c'est une conversation ... entre soignants, tout simple. »* De même que l'interactivité et la réciprocité des échanges entre différents PS. *E13 « y en a un qui dit quelque chose, l'autre va rebondir dessus, ça se fait assez naturellement. »* *E13 « quand je suis arrivée ici j'ai découvert (...) Qu'il y avait vraiment des vrais échanges, quand on avait un problème, on pouvait appeler facilement les médecins, et qu'ils nous rappelaient (rire), c'est pas forcément le cas quand on est en libéral, de façon isolée, un paramédical je veux dire. »*

1.1.2. Fréquents, quotidiens

La multiplicité des échanges et leur intégration au quotidien entre les PS ressortaient. *E11 « c'est quelque chose de quotidien. »*

1.1.3. Disponibilité des PS

Il apparaissait une disponibilité, une dynamique des PS en faveur des échanges. *E13 « tout le groupe (...) les échanges, on essaie de les privilégier quoi, pas les laisser traîner si y a une demande de l'un ou de l'autre. »* De même était reconnue aux médecins du pôle une disponibilité accrue envers les autres PS. *E13 « moi je le perçois comme ça que... ils se rendent disponibles un petit peu plus pour les paramédicaux ou les autres professionnels du pôle »*

1.2. Une multiplicité des modalités d'échanges

1.2.1. Des échanges formels comme informels

Une multiplicité de modalités d'échanges formels ressortait et était liée à la structuration en MSP. On y retrouvait des réunions aux thématiques multiples : concertation pluriprofessionnelle, gérance, plénière, élaboration de protocole pluriprofessionnel, réunion en rapport avec la CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) de la région. On retrouvait des échanges également via des séances d'Education thérapeutique du Patient (ETP), des bilans de protocole pluriprofessionnel et compte-rendu de réunion, des formations communes ...

Les échanges informels restaient cependant présents. Les communications téléphoniques étaient très fréquentes ainsi que les rencontres spontanées ou fortuites. On retrouvait également des échanges indirects informels par mails, messages sur répondeur téléphonique, ou par l'intermédiaire du patient.

1.2.2. Des échanges formels générateurs d'échanges informels centrés patients

Les réunions formelles, quelle que soit la thématique, étaient sources d'échanges informels centrés patients : *E13 « on a des réunions plénières aussi, (...) souvent au début ou*

à la fin il y a des temps d'échanges informels et donc on peut être amené, voilà si on a une question, comme on se voit du coup beaucoup »

1.2.3. Des échanges par l'intermédiaire des patients présents

Les échanges transmis par le patient lui-même restaient fréquents et concernaient une majorité de professionnels de santé. *E13 « le patient m'a prévenu que ... tel médecin allait me demander mon avis. Il m'a apporté un courrier du médecin. » E14 « je vais rarement leur dire "Ben écoutez j'en parlerai avec le Dr Untel." Je les invite à le faire eux-mêmes. »*

1.3. Des facteurs de variation des modalités d'échanges

1.3.1. La nature de l'information et sa priorisation

La nature de l'information avec notamment son degré de complexité et d'urgence, induisait le recours à des modalités d'échanges différentes. Les échanges téléphoniques étaient les plus fréquents en cas de priorisation. *E2 « Tout dépend de l'état d'urgence. » E11 « si c'était vraiment une urgence vitale je l'aurai appelé » E8 « ça faisait partie des personnes pour qui c'était trop complexe pour en parler entre deux portes. » E12 « si vraiment il y a quelque chose qui... sort du commun, on va fournir le bilan mais on va appeler en plus. Dès que y a un truc qui n'est pas courant... j'appelle. »*

A l'inverse la modalité d'échange pouvait également influencer sur le fond de l'échange. Par exemple le contenu des échanges fortuits était souvent superficiel car non propices à aborder une situation en profondeur. *E8 « on a des moments où l'on se voit et du coup on peut échanger sur les patients mais ce n'est pas pareil que ... que quand le temps était dédié à ça. Donc, c'est plus superficiel »*

1.3.2. Le choix du PS

Les modalités d'échanges varient selon les PS et leur pratique individuelle. Les PS choisissaient des modalités d'échanges qui leur convenaient. *E13 « j'ai trouvé ça plus simple de l'appeler pour lui expliquer de vive voix ce que j'avais constaté »* Ils s'adaptaient également à leur interlocuteur. *E5 « J'interpelle d'abord à l'oral finalement les médecins, et ensuite soit je leur fais un courrier, soit effectivement ils prennent des notes sur le dossier patient directement »*

1.3.3. La temporalité et le lieu

Dans cette MSP multi-site, le lieu d'exercice des PS et la temporalité influençaient la modalité d'échanges. *E3 « je vais pas téléphoner à ma voisine la psychologue parce qu'elle est vraiment à côté, mais ... on se voit comme ça entre deux portes et on va prendre le temps un peu de discuter »* *E8 « des fois ça s'organise autrement, donc c'est par téléphone, pour moi c'est par téléphone puisque je ne suis pas sur place. »* Le pause déjeuner dans un espace commun était un lieu d'échanges privilégié. *E5 « en salle de pause, voilà ouais exactement dans l'espace commun qu'on a pour, ben à une pause déjeuner en fait. On mangeait ensemble »*

2. Les profils de patients discutés en pluriprofessionnalité

2.1. Le patient dans son environnement

Les échanges étaient centrés sur les patients et non sur les pathologies. Ils prenaient le patient dans sa globalité. Y étaient intégrés son environnement de vie, sa situation personnelle, familiale et sociale. *E2 « proposer un soin adapté à une personne et en prenant la personne en elle-même, son entourage familial, son lieu, l'environnement. »*

2.2. Une multiplicité de situations patients évoquées

2.2.1. L'ensemble des thèmes privilégiés par l'Accord Conventionnel

Interprofessionnel (ACI)

Les situations patients évoquées au cours des entretiens couvraient l'ensemble des 7 grands thèmes privilégiés dans l'ACI de 2017 concernant les réunions de concertation et les protocoles en MSP.

On retrouvait par exemple des situations patients avec des pathologies chroniques nécessitant des soins répétés *E11 « une dame de quatre-vingt-quatre ans... diabétique, insuffisante cardiaque, insuffisante rénale » E11 « il y en a une qui passe le matin, qui fait son - sa glycémie, ses injections, qui la lève. ...Et une autre qui repasse dans la matinée pour faire toute la toilette complète, les pansements qui durent très longtemps. Le midi on repasse pour son - sa glycémie et l'injection d'insuline, et le soir repassage pour glycémie, insuline, toilette ».*

Des patients en perte d'autonomie avec un maintien à domicile fragilisé. *E4 « à domicile le maintien est très compliqué, notamment pour le monsieur »* Des pathologies dont la prise en charge était rendue complexe par des difficultés sociales *E15 « une patiente qui... que j'ai vu une fois et qui vraiment c'était très très ... au niveau social c'était très compliqué. »*

Des grossesses à risque ou évoluant dans un environnement psycho-social difficile. *E15 « une femme en surpoids, (...) c'est une femme qu'a été agressée sexuellement quand elle était jeune par son frère aîné, et donc voilà, donc avec tout ce qui s'ensuit avec ça etc. Et ... du coup une relation à son corps forcément pas facile. (...) Elle est enceinte de son troisième enfant quand moi je l'ai vue. »*

2.2.2. Apparition de thématiques patients non répertoriées dans l'ACI

Des situations patients n'appartenant pas aux thématiques de l'ACI ressortaient également des entretiens.

On retrouvait notamment les thèmes :

- « **Enfance et famille** » avec les troubles de la parentalité E3 « *avait relevé lui - enfin au moment, enfin aux moments des échanges avec les parents où il y avait un peu de défaillance de... de la maman par rap- enfin des parents, mais plus de la maman qui était pas... qui ne jouait pas trop son rôle éducatif. D'éducateur* », les troubles du développement E3 « *deux autres enfants qui ont été suivis aussi par [la psychologue] qu'ont des énormes retards de -dans l'apprentissage de l'écrit* », E8 « *les troubles d'oralité.* », les dépistages pédiatriques E4 « *J'ai plus de communication par exemple, je pense, avec les ophtalmos, hein dans les dépistages de l'enfant* ».
- « **Patients difficiles** » avec les refus de soins, les conflits soignant-soigné, la confrontation à une autre culture E10 « *enfin chez les ruraux y a vachement de pudeur, ou de ... on met vachement de barrières, y a vachement d'écrans. Il faut aussi y aller doucement pour ne pas brusquer les gens.* », la recherche de la mise en échec du corps soignant E14 « *il avait décidé de mettre tout le monde en échec* ».
- « **Soins non programmés** » appartenant à des urgences réelles ou ressenties et leur gestion : E2 « *parfois quand je vois qu'il y a une détresse et que la personne ne peut pas prendre sa voiture (...) je frappe à la porte d'à côté.* »
- « **Souffrance au travail** » E1 « *je l'avais mis en arrêt de travail pendant deux semaines (...) parce que les idées dépressives étaient majorées dans, avec un contexte, un mauvais contexte de travail* »

- « **Aspect médico-légaux** » E8 « on a échangé là-dessus, parce que c'est problématique quand c'est la grand-mère et c'est pas directement ... c'est pas directement ? C'est pas elle qui a l'autorité parentale, au niveau de ce qu'on transmet comme information »

3. Les facteurs influençant les échanges

3.1. L'impact personnel des PS

3.1.1. Des dynamiques personnelles et personnalités qui impactaient les échanges

Les personnalités et caractères des PS impactaient les échanges. E13 « je pense que ça dépend plus du - du tempérament de chacun et des envies de chacun. » Ils pouvaient à la fois être limitants : E13 « Je pense en fait on peut présenter n'importe quel cas. C'est moi qui me mets peut-être des barrières encore. » Ou au contraire facilitants : E13 « je me suis arrangée pour ne pas mettre de patients à ces horaires-là, je me suis dégagé du temps parce que j'avais envie d'y aller. »

Il ressortait l'idée que le premier facteur à influencer sur les échanges était le PS en tant que personne, et non le cadre structurel de la MSP. La dynamique d'implication et le caractère propre à chaque PS influent. E14 « si je veux des informations ou échanger, ça ne dépend que de moi, pas du cadre. » E9 « pour certaines personnes je pense que c'est - c'est sûr que c'est compliqué de concevoir en libéral, la notion d'équipe. »

3.1.2. Une dynamique d'équipe, un respect des compétences et places de chacun

Une bonne relation entre les PS et une volonté commune de travailler ensemble favorisaient également les échanges. E13 « Je pense que les gens de cette maison médicale sont dans l'optique de travailler vraiment ensemble. » « on est tous au même niveau en fait. (...) y a pas de rapports de pouvoir entre guillemets. Je trouve qu'on est tous - voilà les

médecins sont très à l'écoute des paramédicaux, les ... et les paramédicaux entre eux c'est pareil. Y a pas de - personne essaie d'être le chef entre guillemets. »

Dans un entretien ressortait cependant l'importance de PS moteurs, permettant d'améliorer la dynamique du groupe. *E10 « Y a toujours des meneurs ! (...) Sans s'imposer il arrive en fait, à mener un groupe en laissant la parole et tout. »*

3.2. Une interconnaissance personnelle, professionnelle et du patient

La connaissance des PS entre eux est apparue être un élément expliquant la facilité des échanges, et notamment des échanges non formalisés et spontanés. *E3 « En fait depuis qu'on - qu'existe le pôle de santé, je pense qu'on se connaît mieux. Alors je pense plus particulièrement avec les médecins. Et de fait, ben j'appelle plus facilement, plus aisément tel ou tel médecin » E6 « Parce qu'on se connaît tout simplement (rire). Parce qu'on se connaît bien » « On ne reste pas sur des a priori qui peuvent être ... qui peuvent me dire celui-là c'est une tête de con voilà (rire), non mais c'est vrai. D'emblée... de ... on reste pas sur des quiproquos qui peuvent ... qui peuvent... ou des impressions de premières impressions. »*

Cette connaissance des autres PS, personnellement et professionnellement, cette *E11 « interconnaissance »*, permettait ensuite de déboucher sur une relation de confiance et de respect entre PS. *E6 « à partir du moment où l'on se connaît, on connaît l'autre, on... on est plus à même, on est plus à même, plus à même de discuter, de ...de à partir du moment où on connaît l'autre on a une confiance, une ...à la fois une confiance et une... un respect mutuel. »*

La connaissance de l'autre engendrait également la compréhension et le respect de son champ de compétences. *E11 « chacun essaie de comprendre ... les besoins des autres professionnels. » E5 « on a chacun nos compétences et ça, on est vraiment bien reconnu là-*

dedans. C'est à dire on ne va pas forcément se placer sur les compétences de, d'un autre collègue » E11 « le but de mieux se connaître ce n'est pas de prendre la place de la profession de l'autre. »

La volonté d'une meilleure connaissance du patient favorisait également les échanges. *E13 « ça apporte une meilleure connaissance du patient dans sa globalité, d'échanger avec d'autres professionnels qui le suivent, dans un autre cadre. »*

3.3. La structuration en MSP

3.3.1. Du temps nécessaire

Il a été mis en évidence que du temps est nécessaire à la construction de ces échanges pluriprofessionnels intra MSP, via une connaissance mutuelle, et aboutissant à une concertation et coordination. *E11 « Je pense que ça vient qu'avec beaucoup de temps. (...) ce qu'on dit maintenant je pense qu'on ne l'aurait pas dit il y a cinq- six ans. Voilà, parce qu'on ne se connaissait pas assez tous. »*

De même la gestion du temps et la chronophagie du système pluriprofessionnel étaient évoquées comme des facteurs limitants. *E6 « ça prend trop de temps. ... C'est une des limites... une des limites à cette pluripro. »*

3.3.2. Une proximité générée par le système MSP

La structuration en MSP influençait de manière variable les échanges.

La proximité géographique des PS dans la MSP (3 sites à proximité) facilitait les échanges, notamment informels. *E3 « enfin dans les mêmes bâtiments, c'est plus facile d'échanger. On ... était un bureau à côté, bon, c'est sûr qu'on est amené à plus -à discuter plus facilement quoi. C'est plus sur l'histoire de proximité géographique »*

Les multiples actions organisées permettaient de se voir fréquemment et augmentaient ainsi les échanges. *E9 « nous c'est vrai qu'on est un pôle de santé qui est très actif, on fait beaucoup d'actions. Donc c'est pour ça aussi qu'on se voit aussi beaucoup »*

Le cadre formalisé des réunions, notamment des RCP pouvait aider les PS à échanger *E8 « quand il y a un cadre, quand on sait à tel jour, de telle heure à telle heure c'est le moment d'en parler, et ben on sait que ça ne dérange personne ». E11 « c'est plus facile, c'est un lieu identifié, enfin... sur un temps identifié. »*

A l'inverse le cadre formalisé des RCP et de leurs contenus, pouvait également être un frein. *E13 « je ne pensais pas que ça pourrait rentrer dans le cadre de la RCP. Et en en parlant avec ma collègue, elle m'a dit "Si si, ça comme il y a une problématique complexe, globale, avec d'autres troubles, ça peut rentrer dans ce cas-là". »*

La présence de lignes téléphoniques directes entre les PS d'un des sites de la MSP facilitait les échanges et leur rapidité. *E12 « la facilité elle est liée à ça, aux lignes directes » « on sait que si il y a cette sonnerie-là, c'est que c'est important. »*

Le manque d'un outil de communication partagé et sécurisé était souvent exprimé. L'attente d'un logiciel commun fonctionnel ressortait. *E1 « le manque aussi pour l'instant de logiciel pluripro qu'on est en train d'installer. »*

3.3.3. Une pression des instances supérieures

Le financement par les instances régionales de santé, telles l'ARS et la CPAM, des actions de coordination validant des objectifs définissant la MSP était stimulant. *E6 « Le volet financier "motive les troupes". »* Cependant on constatait l'émergence d'un sentiment de pression vis à vis de ces instances. *E8 « commencé à ressentir une pression de la part de la CPAM et de l'ARS, alors que ce n'était pas le cas au début de la MSP. » E4 « Parce que l'ARS*

nous en demande beaucoup. ... » L'importance de la traçabilité des échanges pour acquérir une rémunération était évoquée. E4 « tout noter, parce que les subventions qu'on reçoit de l'ARS dépendent aussi du nombre de patients qu'on a staffés dans l'année. »

4. Les finalités des échanges

4.1. Un objectif commun : le patient

4.1.1. Accompagner un patient acteur de soins

Le patient était unanimement central pour les PS. Les échanges se centraient sur les patients et non sur les pathologies. Le patient en tant qu'individu singulier, avec ses choix et ses attentes. Un patient qui restait un acteur central, à accompagner dans sa prise en charge. *E11 « on allait essayer de gérer au mieux... d'éviter l'hospitalisation si c'est possible, parce que ce n'est pas du tout le souhait de la patiente. » E14 « le patient il puisse savoir qu'il y a une équipe derrière lui, et qu'il n'est pas un élément, un malade parmi d'autres, mais que lui il est M. Untel ou Mme Untel. »*

4.1.2. Création d'un lien de confiance entre patients et PS

Les échanges pluriprofessionnels centrés patients créaient pour les PS une relation de confiance entre le patient et l'équipe soignante. *E11 « pour les patients c'est quand même ... voir qu'il y a une équipe qui se connaît, enfin voilà. Ça met un peu de confiance. »* Ce lien permettait d'améliorer la prise en charge.

4.1.3. Améliorer et accélérer la prise en charge des patients communs ou des patients de PS en difficulté

L'amélioration de la prise en charge des patients, quels que soient les PS le prenant en charge, était une idée centrale. *E11 « Pour toujours que le patient il soit mieux pris en charge... Quel que soit le professionnel qu'il voit en fait. »*

Dans cette amélioration ressortait également l'idée d'accélération des prises en charge. *E13 « gagner du temps pour la prise en charge du patient après plutôt que de rester avec un problème dans son coin » E9 « pour les gens ça ne traîne pas » « ça se règle dans la foulée »* Cette accélération était rendue possible, via les échanges entre PS, par la mutualisation des compétences : *E10 « il y a moyen d'apporter au patient quelque chose de qualité, adapté... plus rapidement, si on sait s'entourer du bon service »* Elle était également rendue possible par le partage des connaissances professionnelles et sur les patients concernés entre PS. Cela permettait l'acquisition d'une meilleure connaissance des patients avec une vision plus globale. *E13 « ça apporte une meilleure connaissance du patient dans sa globalité, d'échanger avec d'autres professionnels qui le suivent, dans un autre cadre. » E5 « on a chacun nos compétences et notre vision effectivement partielle du patient (...) J'ai pas forcément une vision globale. Et le fait de faire des retours du coup à des collègues qui le prennent en charge aussi, ben finalement ça permet de ... oui normalement d'améliorer la prise en charge clairement. »*

Le but étant d'avoir une meilleure prise en charge, adaptée et spécifique à chaque patient. *E10 « pour le patient, j'attends quelque chose qui soit plus... plus - plus juste, plus adapté, et peut-être plus ... plus rapide quoi. »*

4.2. Une atmosphère positive et un bien-être au travail

4.2.1. Un esprit de corps

Une modification de l'atmosphère de travail apparaissait. Un respect affiché entre les PS était ressenti. *E14 « y a un RESPECT mais ... et une espèce d'amitié, qu'est là. Y a une - c'est facile. C'est - voilà, y a pas de conflit, tout le monde s'entend bien, tout ... y a une ambiance vraiment très, très, très portante. »*

Un soutien mutuel, une solidarité étaient nés. *E14 « on peut s'appuyer les uns avec les autres. » E9 « ça fait vraiment du bien aussi moralement de pouvoir parler avec ses collègues »*

Un esprit d'équipe, une confraternité de l'ensemble des PS étaient présents. *E9 « là je retrouve vraiment l'ambiance d'équipe, ce qui est vraiment agréable parce que pourtant on est en libéral. »*

4.2.2. Un esprit d'ouverture et de collaboration

Une attitude d'ouverture d'esprit ressortait, *E9 « ça ouvre les yeux à tout le monde sur ce que font les autres aussi. »*, une curiosité, une envie d'une culture professionnelle commune. *E11 « des orthophonistes qui étaient là [réunion thématique], c'est ce qu'ils disaient, pour eux ça ne leur apporte pas forcément niveau ... professionnel. Mais d'un point de vue connaissance, culture professionnelle, ça permet aussi d'échanger sur des choses. »*

4.2.3. Une amélioration des conditions de travail

Les PS rapportaient une envie de temps convivial, festif au sein de leur travail. Cette convivialité existait bien dans les échanges. *E7 « il y a aussi le but aussi pour nous d'avoir ... des relations, c'est plus sympa de ... de se connaître et puis de ... de pouvoir discuter de gens facilement, de personnes -de patients facilement. » E10 « c'est aussi convivial et y a de*

l'humour ! » De plus cela permettait d'être moins isolé et mieux soutenu moralement face à des situations complexes ou difficiles psychologiquement. E9 « on parle de choses sérieuses, mais il y a aussi des blagues, et forcément je pense que ça nous fait tous du bien »

Un épanouissement et un bien-être au travail en ressortaient. E9 « c'est vraiment épanouissant de -de pouvoir discuter avec -avec ses autres collègues »

Ce travail en équipe avait également pour but de sortir de la routine du travail habituel et permettait de diversifier son activité. E9 « C'est d'autres conditions de travail quoi, vraiment. Ça n'a plus rien à voir. » E9 « ça permet, ça ouvre les horizons aussi. »

Le sentiment qui ressortait était que patients comme PS en tiraient bénéfice. E12 « je pense que tout le monde s'y retrouve, les praticiens et les patients. »

Rapport-Gratuit.com

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Le patient au centre de la prise en charge

1.1. Une prise en charge globale

Les soins n'étaient pas centrés sur des pathologies mais bien sur le patient dans son ensemble. C'est à dire en tant qu'individu singulier, avec son histoire bio-psycho-sociale et son environnement de vie, y compris ses proches. Les soins centrés patients ont de multiples définitions et formulations selon les pays et domaines de santé par lesquels ils sont étudiés (14). En France en 2015, la HAS a rédigé une fiche concernant la « démarche centrée sur le patient ». Celle-ci « s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. » « Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches. » (15) Dans les échanges et relations décrits par les PS au cours des entretiens on retrouve ces notions définies par la HAS.

1.2. Un souci d'implication du patient : un patient acteur

Le patient restait acteur de ses prises en charge. Il y avait le soin et une volonté de garder le patient acteur et décisionnaire de ses soins. Son consentement aux échanges était préalablement recherché. Des échanges se faisaient également régulièrement par son intermédiaire, oralement ou en étant le dépositaire d'une transmission écrite. Il pouvait également refuser que certaines informations soient transmises. Il gardait ainsi son libre choix avec les différents PS, lors des séances ou consultations avec les PS mais également en dehors.

Ces échanges pluriprofessionnels centrés patients, et réalisés par l'intermédiaire du patient, ne sont donc pas toujours quantifiables, ni objectivables pour les instances supérieures, mais sont bien réels. Cela permet également de laisser le patient maître de son parcours de soins. Et comme vient de le souligner une étude concernant la place des patients dans la coordination de leur parcours de soins en MSP, ceux-ci sont des acteurs inévitables ayant une vision personnelle de leur parcours de soins. Et ce parcours n'est pas toujours en adéquation avec celui coordonné d'une MSP, les patients pouvant préférer consulter les PS de leur choix hors MSP (16).

2. Le cercle vertueux de l'interconnaissance et des échanges pluriprofessionnels centrés patients

Les échanges pluriprofessionnels, quelles que soient leurs formes, et l'interconnaissance entre les PS étaient liés l'un à l'autre et induisaient l'autre réciproquement. Un cercle vertueux entre les échanges et l'interconnaissance a donc été mis en évidence. Le temps, la volonté des PS et leur implication étaient des facteurs nécessaires à la mise en place de ce cercle vertueux. En émergeait un partage de connaissances centrées patients, mais également de connaissances concernant les autres PS et leurs champs de compétences respectifs.

Cette interconnaissance naissante faisait émerger une amélioration des conditions de travail, avec une atmosphère, une ambiance et des conditions de travail positives. La confiance, le respect et la solidarité y semblaient prépondérants ce qui permettait également de renforcer l'interconnaissance et les échanges. Nous proposons une modélisation de ce cercle vertueux dans la figure 1.

C'est ce que retrouve également une étude de Policard, qui rapportait qu'une meilleure connaissance de l'autre était le terreau de la confiance, elle-même étant un déterminant de la

collaboration (17). La collaboration interprofessionnelle ritualisée en RCP permet une sorte de formation continue et favorise les échanges interprofessionnels hors RCP (18). Et le temps reste nécessaire à la mise en place de cette dynamique (11).

Dans leur article « *La réflexion sur la collaboration interdisciplinaire* », Gagnier et Roy, résumaient ainsi la dynamique retrouvée : « L'interdisciplinarité se construit au quotidien grâce aux patients et aux familles, dans la synergie avec les collègues de l'équipe soignante. » (18)

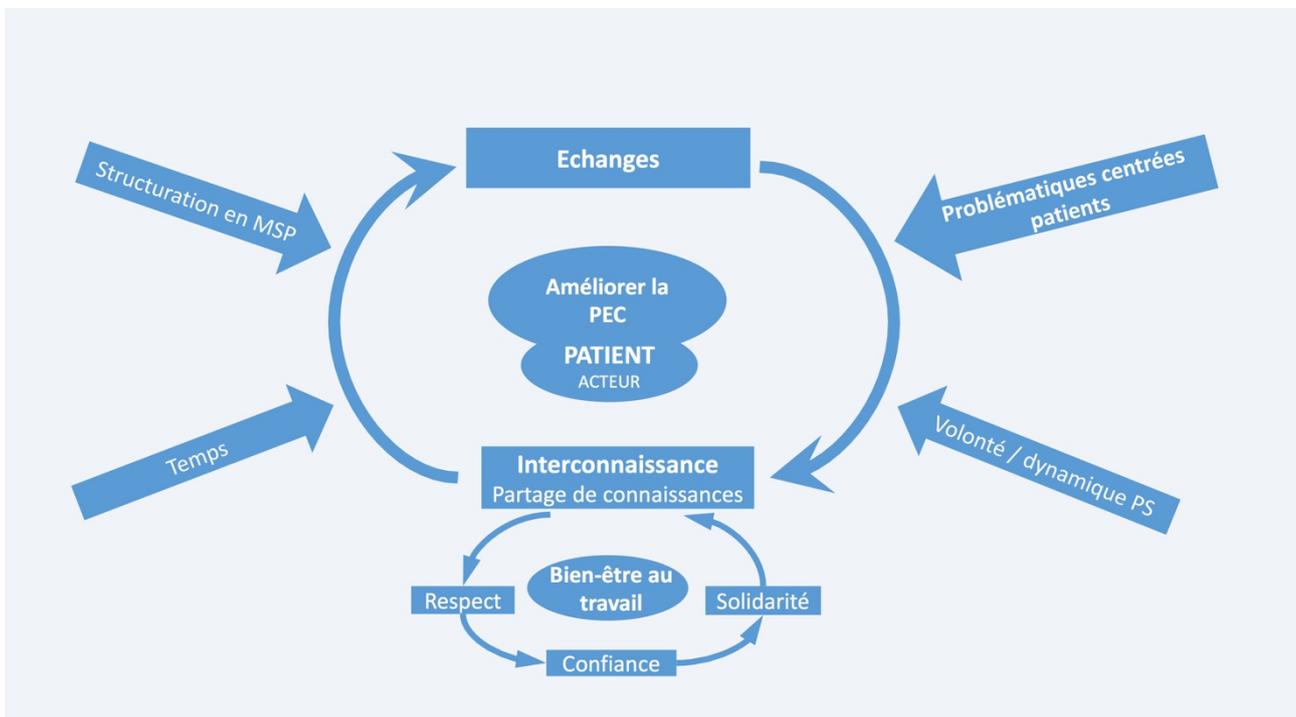


Figure 1 : Dynamique des échanges pluriprofessionnels centrés patients

3. Les thèmes abordés en RCP dépassent la liste de l'ACI

La création de cadres d'échanges structurés telles que les RCP favorisait ou limitait les échanges selon les PS. Des situations qui posaient questions aux PS n'entraient pas toujours dans le champ des thèmes attendus dans l'ACI. Les profils de situations patients discutés en pluriprofessionnalité couvraient et dépassaient la liste privilégiée pour les protocoles et RCP de l'ACI (8).

Cependant les situations décrites appartenait aux 11 familles de situation définies par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (19) correspondant à des situations de soins prévalentes en soins primaires et faisant partie du référentiel de compétence du médecin généraliste français.

Les profils de patients évoqués entre PS faisaient donc référence à des situations de :

- Patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence,
- Problèmes aigus non programmés, fréquents ou exemplaires,
- Problèmes aigus non programmés dans le cadre des urgences réelles ou ressenties,
- Problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent,
- Autour de la sexualité et de la génitalité, autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple,
- Problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail,
- Aspects légaux, déontologiques, juridiques et/ou médicolégaux au premier plan,
- Patients difficiles et/ou exigeants, où les problèmes sociaux sont au premier plan,
- Patients d'une autre culture.

Contrairement aux prérequis de recherche, on ne parlait donc pas que des pathologies chroniques. Les échanges pluriprofessionnels, formalisés ou non, dépassaient les pathologies complexes et/ou soins chroniques. Il s'agissait de situations concernant les patients, qui posaient problème à un ou des PS à un moment donné. La problématique ou le questionnement des PS amenaient les échanges.

Plusieurs questions se posent donc : cette liste était-elle connue des PS ? Ne faudrait-il pas l'allonger à nouveau ou la rendre plus flexible ? Ou préciser la possibilité de parler de toute thématique entraînant des demandes de la part des PS concernés ?

On parle de toutes sortes de patients fragiles. Mais qu'est-ce qu'un patient fragile ? Un patient dont on discute en pluriprofessionnalité ? La définition actuelle de fragilité chez les patients fait référence à un syndrome gériatrique (20). Il ne peut se définir que chez les patients de plus de 65 ans. Cette définition ne fait pas consensus (21). De même les concepts de vulnérabilité, même s'ils s'articulent avec le sanitaire et le social sont trop réducteurs pour s'appliquer à l'ensemble des situations discutées (22). Pourtant le panel de profils patients évoqués en pluriprofessionnalité concernait bien des personnes de tous âges avec des fragilités, dans des situations et environnements très variables.

On pourrait tout à fait imaginer un nouveau concept de fragilité en soins primaires. Il évoquerait des situations momentanées ou pérennes, où le patient, son entourage ou son environnement, seraient fragilisés : ces profils de patient posant questions aux PS et suscitant des échanges pluriprofessionnels, parce que porteurs d'une problématique pour le patient.

4. Les différents niveaux de collaboration

Le *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle* (23) permet d'établir des liens entre des situations patients, les interactions et le degré d'interdépendance entre PS d'une part et le but recherché par les PS d'autre part. Il permet de déterminer un niveau de collaboration atteint pour une situation donnée.

Dans notre étude, l'extrapolation des résultats au tableau du continuum montrait que les PS naviguaient sur le continuum à différents niveaux de collaboration selon les patients et leurs situations, ce qui est en adéquation avec l'étude canadienne (23). Plus de deux tiers des PS évoquaient des situations qui correspondaient à un niveau de collaboration maximum « de soins et services partagés » dans des situations d'élaboration de protocole, en RCP, en réunions

spécifiques, en gestion de soins non programmés, en ETP et avec les services sanitaires et sociaux.

Les entretiens réalisés ont mis en lumière que le niveau de collaboration interprofessionnelle atteint était variable selon les échanges. Cette variation dépendait bien des situations patients, mais aussi des PS eux-mêmes.

A la lumière de la pyramide de Maslow (24) (25) et des résultats de recherche, on pourrait rapprocher en partie ce niveau de collaboration aux besoins individuels de chaque PS. De manière ascendante, on peut comparer :

- Les besoins physiologiques : le travail permet d'acquérir un salaire et de subvenir à ses besoins. On peut l'apparenter aux besoins nourriciers.
- Les besoins de sécurité : un environnement de travail structuré, un salaire minimum assuré. On permet une diminution de l'angoisse du lendemain.
- Les besoins d'appartenance : un sentiment d'appartenance au groupe, un environnement de travail agréable.
- Les besoins d'estime : une reconnaissance et appréciation de l'activité produite. Elles permettent une confiance en soi et un sentiment d'utilité.
- Le besoin d'accomplissement de soi : un accomplissement au travail, un sentiment d'avoir trouvé sa place. Le travail réalisé donne un sens à la vie.

En fonction d'où se situaient les PS sur les strates de la pyramide, leurs implications globales dans les échanges pluriprofessionnels pouvaient correspondre au niveau de leurs besoins à un moment donné.

5. Forces et limites

L'originalité de ce travail tenait dans la réalisation d'entretiens individuels au sein d'une équipe de soins primaires et non d'une profession isolément. La population était variée en âges, en professions, en niveau d'implication dans la MSP et en participation aux RCP. Le nombre et la longueur des entretiens a permis d'atteindre la saturation des données, et le double codage réalisé en ouvert, une triangulation des données. L'écart entre les présupposés du chercheur et les résultats obtenus permettait de confirmer le caractère inductif du travail.

La sélection des interviewés s'est effectuée sur la base du volontariat, dans une MSP unique connue pour avoir une dynamique positive, un biais peut donc être discuté. La position de médecin généraliste de l'interviewer et la réalisation de cette première recherche qualitative ont pu influencer le recueil. La réalisation d'une Matrice de Maturité a permis des comparaisons ultérieures avec d'autres MSP similaires. Cela reste cependant une auto-évaluation, donc avec une part de subjectivité.

6. Perspectives

La structuration en MSP s'avérait être une aide aux échanges pluriprofessionnels et interprofessionnels pour une prise en charge globale des patients. Cependant il apparaissait que ce cadre pouvait être une pression pour les PS (chronophage, instances supérieures). Se pose la question d'un cadre législatif trop restrictif concernant les thématiques patients à privilégier en MSP, et de la nécessité de l'élargissement ou de l'assouplissement de ce cadre.

L'interconnaissance au sein de la MSP est apparue être un pilier central pour les échanges et la concertation pluriprofessionnelle. Même si les motivations personnelles de chaque PS apparaissaient prépondérantes pour initier ce cercle de l'échange et de

l'interconnaissance, il pourrait être intéressant de favoriser des rencontres entre PS de même région pour faciliter ensuite la collaboration dans l'intérêt du patient. On pourrait également imaginer cibler les motivations et besoins personnels des PS en amont de la création de MSP ou d'autres équipes de soins primaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Legifrance. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>
2. Legifrance. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 - Article 44 [Internet]. 2007-1786 déc 19, 2007. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=BD77048D853E400B019336B5A6DB8459.tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000017726554&idArticle=LEGIARTI000017730769&dateTexte=20071221&categorieLien=cid
3. Legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
4. Legifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
5. Legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 40. 2009-879 juill 21, 2009.
6. Legifrance. Code de la santé publique - Article L6323-3 [Internet]. Code de la santé publique janv 26, 2016. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5697539C0DF4079E62DDCC4486531F13.tplgfr25s_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031929923&dateTexte=20180626&categorieLien=id#LEGIARTI000031929923
7. Legifrance. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835&categorieLien=id>
8. Legifrance. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. JO n° 0182 du 05/08/2017 p. 55. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000035374159
9. CGET (Commissariat Général à l'Égalité des Territoires). Maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Commissariat Générale à l'Égalité des Territoires. 2018 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur:

<http://www.cget.gouv.fr/taxonomy/term/5133>

10. Beaucourt C, Kustosz I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions, *Coordination in Health Homes: From a search for consistency to an animation of interactions*. *Gestion et management public*. 20 oct 2014;me 2/n°4(2):61-79.
11. Nelson KM, Helfrich C, Sun H, Hebert PL, Liu C-F, Dolan E, et al. Implementation of the patient-centered medical home in the Veterans Health Administration: associations with patient satisfaction, quality of care, staff burnout, and hospital and emergency department use. *JAMA Intern Med*. août 2014;174(8):1350-8.
12. HAS. Matrice de maturité en soins primaires [Internet]. 2014 [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_maturite.pdf
13. Quéant N. *Création d'un Pôle de Santé au Mans : représentations des professions médicales et paramédicales*. UFR Médecine Angers; 2016.
14. Nolte E, Merkur S, Anell A, Lind J. Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé. *Revue française des affaires sociales*. 19 avr 2017;(1):97-115.
15. HAS. Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. 2015 [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
16. Pedrot F, Fernandez G, Borgne-Uguen FL. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens. *Journal de gestion et d'économie de la santé*. 12 avr 2019;N° 1(1):110-26.
17. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives, *Learning together for working together Interprofessionalism in simulation training for collaborative skills development*. *Recherche en soins infirmiers*. 10 juill 2014;(117):33-49.
18. Gagnier J-P, Roy L. Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire, *Reflection on interdisciplinary collaboration*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 12 oct 2013;(50):85-104.
19. CNGE. Les 11 familles de situation [Internet]. Département de médecine générale, Université Paris Diderot; [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-11-familles-de-situation>

20. Béland F, Hervé M. La fragilité des personnes âgées : Définitions, controverses et perspectives d'action - Livre [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/la-fragilite-des-personnes-agees/>
21. KAGAN Y. Fragilité : un concept. fragile ! GERONTOLOGIE PRATIQUE. janv 2012;(233):5-6.
22. Brodiez-Dolino A. Vulnérabilités sanitaires et sociales. Le Mouvement Social. 14 mars 2013;n° 242(1):3-8.
23. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux; 2014.
24. Joly B. Chapitre 2. La communication interpersonnelle. Le point sur. Marketing. 2009;11-68.
25. Maslow AH. Devenir le meilleur de soi-même: besoins fondamentaux, motivation et personnalité. Editions Eyrolles; 2008. 383 p.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Dynamique des échanges pluriprofessionnels centrés patients	27
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population	10
---	----

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
INTRODUCTION	4
MÉTHODES	8
RÉSULTATS	10
Population étudiée	10
Données recueillies	11
1. Les formes d'échanges pluriprofessionnels centrés patients au sein de la MSP	11
1.1. Une facilité d'échanges	11
1.1.1. Fluides, simples, interactifs, à double sens	11
1.1.2. Fréquents, quotidiens	11
1.1.3. Disponibilité des PS	11
1.2. Une multiplicité des modalités d'échanges	12
1.2.1. Des échanges formels comme informels.....	12
1.2.2. Des échanges formels générateurs d'échanges informels centrés patients.....	12
1.2.3. Des échanges par l'intermédiaire des patients présents	13
1.3. Des facteurs de variation des modalités d'échanges	13
1.3.1. La nature de l'information et sa priorisation	13
1.3.2. Le choix du PS.....	13
1.3.3. La temporalité et le lieu	14
2. Les profils de patients discutés en pluriprofessionnalité	14
2.1. Le patient dans son environnement	14
2.2. Une multiplicité de situations patients évoquées.....	15
2.2.1. L'ensemble des thèmes privilégiés par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)	15
2.2.2. Apparition de thématiques patients non répertoriées dans l'ACI.....	15
3. Les facteurs influençant les échanges	17
3.1. L'impact personnel des PS.....	17
3.1.1. Des dynamiques personnelles et personnalités qui impactaient les échanges.....	17
3.1.2. Une dynamique d'équipe, un respect des compétences et places de chacun	17
3.2. Une interconnaissance personnelle, professionnelle et du patient.....	18
3.3. La structuration en MSP	19
3.3.1. Du temps nécessaire	19
3.3.2. Une proximité générée par le système MSP	19
3.3.3. Une pression des instances supérieures	20
4. Les finalités des échanges	21
4.1. Un objectif commun : le patient	21
4.1.1. Accompagner un patient acteur de soins	21
4.1.2. Création d'un lien de confiance entre patients et PS	21
4.1.3. Améliorer et accélérer la prise en charge des patients communs ou des patients de PS en difficulté	22
4.2. Une atmosphère positive et un bien-être au travail	23
4.2.1. Un esprit de corps.....	23
4.2.2. Un esprit d'ouverture et de collaboration	23

4.2.3. Une amélioration des conditions de travail	23
DISCUSSION ET CONCLUSION	25
1. Le patient au centre de la prise en charge	25
1.1. Une prise en charge globale	25
1.2. Un souci d'implication du patient : un patient acteur	25
2. Le cercle vertueux de l'interconnaissance et des échanges pluriprofessionnels centrés patients	26
3. Les thèmes abordés en RCP dépassent la liste de l'ACI.....	27
4. Les différents niveaux de collaboration	29
5. Forces et limites	31
6. Perspectives	31
BIBLIOGRAPHIE	33
LISTE DES FIGURES.....	36
LISTE DES TABLEAUX	37
TABLE DES MATIERES.....	38
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1 : Matrice de Maturité de la MSP étudiée réalisée le 18/10/2018

AXE : TRAVAIL EN EQUIPE PLURI PROFESSIONNELLE	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Réunion de concertation pluriprofessionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protocoles pluriprofessionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Coordination avec les autres acteurs du territoire	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dynamique d'équipe	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AXE : SYSTÈME D'INFORMATION	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Partage de données	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestion des données cliniques	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analyse des pratiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

AXE : PROJET DE SANTE ET ACCES AUX SOINS	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Projet de santé de l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès aux soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Continuité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestion du projet de santé de l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

AXE : IMPLICATION DES PATIENTS	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Information des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éducation thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan Personnalisé de Santé	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en compte de l'expérience des patients	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soutien aux aidants	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Guide d'entretien

Introduction / présentation :

Bonjour,

Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien et de m'accorder de votre temps.

Cet entretien rentre dans le cadre de ma thèse, pour laquelle je souhaite étudier les échanges pluri professionnels concernant les patients dans les MSP. Je m'intéresse tout particulièrement à vos retours en tant que professionnels de santé composant une MSP. Ce qui m'intéresse c'est votre point de vue de PS. Si à un moment vous souhaitez mon avis cela sera possible, mais dans un 2^{ème} temps de partage après l'entretien.

Comme annoncé cet entretien sera enregistré et retranscrit. Vous pourrez y avoir accès si vous le souhaitez. Il sera anonymisé. Voici une fiche de consentement à signer de votre part. Ce consentement est par ailleurs révocable sous 30 jours si vous le souhaitez.

Juste, pour finir, je me permets de vous demander : est-ce que vous avez pensé à couper votre téléphone ?

Question 1 :

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Relance : Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose d'autre à votre présentation ?

Question 2 :

Est-ce que vous pouvez me raconter un des derniers échanges que vous avez eu concernant un patient avec d'autres collègues de la MSP ?

Contexte ? formel / informel

PS présents / A qui s'adresse l'échange / De qui, de quoi parle l'échange

Quel problématique patient ? Médicale ? Sociale ? Psychologique ? Professionnelle ?

Relance : et avec des professionnels autres que votre profession ?

Question 3 :

Est-ce que vous pensez à d'autres situations pour lesquelles vous avez eu des échanges avec vos collègues de la MSP ? (Toujours au moins 1 collègue dont 1 d'une PS différentes)

Contexte ? De qui ? A qui ?

Relance : Qu'est-ce qui vous a posé question dans ce cas ? Et comment s'est passé l'échange ?

Et finalement de quoi avez-vous parlé ?

Question 4 :

Est-ce que vous échangez à plusieurs professionnels de santé à propos de tous les patients pour lesquels vous aimeriez le faire ?

Oui → **Comment l'expliquez vous ?** *Contexte, De qui ? A qui ?*

Non → **Quelles en sont les raisons ?** *Pourquoi non ? Quels freins ?*

Relance : Vous me parlez du « ... » « ... » : c'est ce que vous ressentez ? Pouvez-vous m'en dire plus ?

Vous voulez me dire que c'est « ... » ...

Question 5 (induite de la 4) :

Pour vous, quelles sont les situations, les conditions qui pourraient faciliter les échanges pluriprofessionnels centrés patient ?

ou

Et s'il y avait des choses à changer, qu'est-ce que vous aimeriez ?

Contexte : Physique / matériel : lieux / locaux

Organisationnel : réunions ... Accueil / Ecoute...

Question 6 :

Quelles sont vos attentes personnelles concernant les échanges pluriprofessionnels centrés patient ?

Question 7 :

Et pour vos patients, qu'en attendez vous ?

(Et pour vos patients qu'attendez-vous de ces échanges pluriprofessionnels ?)

A la fin de l'entretien, faire préciser :

Profession ; Age / sexe

Date de début d'exercice au sein de la MSP (durée d'exercice au sein de la MSP)

Mode d'exercice antérieur à la MSP ?

Statut de MSU / encadrement de stagiaire-étudiant ?

Age / nombre d'année d'exercice professionnel ?

Rôle particulier dans la MSP (*dans l'organisation structurelle ? Gérance ? Coordination ? Bureau ? ...*)

Présence lors de ma présentation en réunion plénière ?

Qu'est-ce qui vous a fait décider de participer à mon travail de recherche ?

MERCI ! Après sortie de l'entretien : en off, à noter dans le carnet de bord, les impressions, le non verbal, contexte ...

<p>Consentement à l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées</p>
--

Présentation

Cette enquête menée par des entretiens individualisés, est réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale. Le but est d'explorer les échanges pluriprofessionnels entre professionnels de santé au sein d'une MSP.

Cette recherche est menée par Clémence GERARD, chercheuse en médecine générale et Dr ANGOULVANT Cécile, Médecin généraliste et directrice du projet.

Elle n'est cependant possible uniquement grâce aux personnes qui acceptent d'être enregistrées, et à qui nous demandons donc une autorisation écrite.

Autorisation

(Rayer les paragraphes ou les termes qui ne conviendraient pas)

Je soussigné(e)

-Autorise par ce document à enregistrer en audio, l'entretien réalisé ce jour, le (date et heure)

-Autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée :

- a) à des fins de recherche scientifique (thèses, mémoires, articles scientifiques, exposés à des congrès ou séminaires)
- b) à des fins d'enseignement universitaire

-Prend acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi recueillies seront **anonymisées**.

Ceci signifie que :

a) les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;

b) dans l'hypothèse où des bandes audio qui pourraient être présentées à des conférences ou des cours, celles-ci seraient modifiées afin que la mention d'un nom, d'une adresse ou d'un numéro de téléphone identifiables soient remplacées par un « bruit » qui les effacerait ;

-Prend acte que ce consentement est révoquant sous 30 jours, le cachet de la poste faisant foi, par retour de ce document en ajoutant la mention « Révocation de ce consentement », la date et votre signature.

Révocation qui serait à envoyer à l'adresse suivante : Clémence GERARD 49000 Angers¹.

Lieu et date : _____

Signature :

¹ Adresse tronquée pour la publication.

Echanges pluriprofessionnels centrés patients dans une Maison de Santé
Pluriprofessionnelle

Etude qualitative exploratoire par entretiens

RÉSUMÉ

Introduction : La modernisation des soins primaires se développe avec des modèles de coordination adaptés à chaque territoire. Les créations croissantes de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) font partie de cette dynamique. L'objectif principal de l'étude était d'explorer les échanges pluriprofessionnels centrés patients entre professionnels de santé (PS) au sein d'une MSP mature.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés auprès des PS d'une MSP identifiée pour ses critères de maturité. L'échantillonnage des PS était raisonné en variation maximale en terme de professions, âges, et implication au sein de la MSP. Le guide d'entretien a été réalisé à partir des données de la littérature, et amélioré après les premiers entretiens. Après recueil du consentement écrit, ces derniers ont été enregistrés, retranscrits intégralement et anonymisés. L'analyse thématique en ouvert a été réalisée par deux chercheurs pour triangulation des données.

Résultats : Quinze entretiens de PS, représentant 9 professions, et d'une durée moyenne de 44 minutes, ont été réalisés. La saturation des données a été atteinte au 14^{ème} entretien. Les échanges pluriprofessionnels centrés patients y étaient quotidiens, simples et interactifs. Ils étaient formels comme informels, selon la priorisation des besoins de la situation, dans l'objectif d'une prise en charge globale et personnalisée du patient dans son milieu de vie. Les profils de patients discutés reprenaient les thèmes de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) et des thématiques non répertoriées dans l'ACI. La structuration en MSP, la dynamique de l'équipe et de chaque PS, sa personnalité et ses motivations, et surtout leur connaissance mutuelle influençaient les échanges. L'objectif commun des PS était le patient, l'amélioration et l'accélération de sa prise en charge quelle que soit la problématique rencontrée. Ensuite venait une amélioration de leurs conditions de travail.

Conclusion : L'interconnaissance des PS et le temps semblent être des prérequis d'une dynamique positive d'échanges. Les personnalités et motivations des PS s'intègrent dans le processus et seraient à explorer. Les thèmes retenus dans l'ACI seraient à élargir à un plus grand nombre de patients.

Mots-clés : Soins de santé primaires, Maison de santé, Equipe soignante, Relations interprofessionnelles, Gestion des soins aux patients

Multi-professional patient-centered exchanges in a Multi-professional Primary Care
Home

Exploratory qualitative study by interviews

ABSTRACT

Introduction : The modernization of primary care is developing with coordination models adapted to each territory. The growing creations of Multi-professional Primary Care Homes (MPPCH) are part of this dynamic. The main objective of the study was to explore the patient-centered multi-professional exchanges between health professionals (HP) within a mature MPPCH.

Methods : This was a qualitative study conducted by semi-directed interviews with HPs of an MPPCH identified for its maturity criteria. HP sampling was aimed at maximum variation in terms of occupation, age, and involvement within the MPPCH. The interview guide was based on literature data and improved upon after the first interviews. After obtaining written consent, the interviews were recorded, transcribed in full and anonymized. Thematic open analysis was carried out by two researchers to triangulate the data.

Results : The interviews of 15 HPs, representing 9 professions were carried out with an average duration of 44 minutes. The saturation of the data was reached at the 14th interview. Multi-professional patient-centered exchanges were daily, simple and interactive. They were formal as well as informal, according to the prioritization of the needs of the situation, with the aim of comprehensive and personalized care of the patient in their living environment. The patient profiles discussed included Conventional Interprofessional Agreement (CIA) themes and themes not listed in the CIA. The structuring in MPPCH, the dynamics of the team and each HP, their personality and motivations, and especially the team's mutual knowledge influenced the exchanges. The common goal of the HPs was the patient, the improvement and acceleration of the latter's care regardless of the problem encountered. Then came an improvement in their working conditions.

Conclusion : The shared knowledge of the HPs and time seem to be prerequisites for a positive exchange dynamic. The personalities and motivations of HPs are part of the process and should be explored. The topics selected in the CIA should be expanded to a larger number of patients.

Keywords : Primary health care, Community health centers, Patient care team, Interprofessional relations, Patient care management