



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard  Lyon 1

ANNÉE 2018

N° 101/102

**ETUDE DE LA COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE  
ENTRE MEDECINS ET INFIRMIERS EXERÇANT EN MAISONS  
DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES**

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 22 mai

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

CARNEIRO DE QUEIROZ Cécile, née le 26 septembre 1986 à Maisons Laffitte

TY Richard, né le 19 juin 1987 à Grenoble

Sous la direction du Docteur FARGE Thierry

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2017-2018

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND
<b><u>SECTEUR SANTE</u></b>	
UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<b><u>SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE</u></b>	
UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directrice : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

## **U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX**

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)**

ADHAM Mustapha

Chirurgie Digestive

CARNEIRO DE QUEIROZ ; TY  
(CC BY-NC-ND 2.0)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie

CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
RUFFION Alain	Urologie
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

ALLAOUCHICHE	Anesthésie-Réanimation Urgence
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques

CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHO Tae-hee	Neurologie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
REIX Philippe	Pédiatrie
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques

TRINGALI Stéphane	O.R.L.
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie
YOU Benoît	Cancérologie

**PROFESSEUR ASSOCIE NON TITULAIRE**

FILBET Marilène	Thérapeutique
-----------------	---------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRES**

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

**PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE**

DUPRAZ Christian
------------------

**PROFESSEUR ASSOCIE SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE**

BONIN Olivier
---------------

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène .hospitalière.
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D’ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PETER DEREK	Physiologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie
ROLLAND Benjamin	Psychiatrie d'adultes
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUBTIL Fabien	Biostatistiques
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne
SUPPER Irène

### **PROFESSEURS EMERITES**

*Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique

PACHECO Yves

PEIX Jean-Louis

PERRIN Paul

SAMARUT Jacques

Pneumologie

Chirurgie Générale

Urologie

Biochimie et Biologie moléculaire

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

### Professeurs des Universités – Praticiens

#### Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

### Professeurs des Universités –

### Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale

Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

### Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

### Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et
stomatologie Chayvialle		Jean-Alain Gastroentérologie ;
hépatologie ; addictologie	Cordier	Jean-François
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine
d'urgence		
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ;
addictologie Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### Maîtres de Conférence – Praticiens

#### Hospitaliers Hors Classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférence – Praticiens**

#### **Hospitaliers Première classe**

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens**

#### **Hospitaliers Seconde classe**

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

## Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## **REMERCIEMENTS**

**Au président du jury,**

**Mr le Professeur Cyrille COLIN,**

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, et nous vous en remercions. Nous avons apprécié votre expertise, ainsi que nos échanges riches en remarques et conseils. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**Aux membres du jury,**

**Monsieur le Professeur Yves MATILLON,**

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail, et de l'enrichir de votre expertise. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et notre profonde estime.

**Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER**

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail, veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

**A notre directeur de thèse,**

**Monsieur le Docteur Thierry FARGE,**

Merci d'avoir accepté de diriger notre travail de thèse, ainsi que pour ta patience, et le temps que tu nous as accordé. Ton soutien, tes conseils avisés, et ta pédagogie nous ont été d'une grande aide pour la réalisation de notre travail. Sois assuré de notre profonde estime et de notre grand respect.

Nous tenons également à remercier toutes les infirmières, infirmiers et médecins qui nous ont reçus pour les entretiens, parfois longs, de notre étude.

## **Richard souhaite remercier :**

**Cécile**, pour avoir accepté de me rejoindre dans cette aventure. Nous avons débuté l'internat ensemble et nous le terminons également ensemble. Merci pour ta patience, ton sérieux, et la rigueur que tu as su apporter dans cette thèse. Je retiens aussi et surtout les moments, difficiles ou non, hors contexte de travail, qui ont permis de sceller une belle amitié. L'aventure de la thèse découlera sur d'autres moments agréables à passer avec toi, j'en suis sûr.

**Lolita**, avec qui je partage ma vie. Merci de tout l'amour que tu me portes, de ton soutien, ta bonne humeur, ton attention. J'aime notre complicité, j'aime nos épreuves, j'aime être heureux avec toi, je t'aime, tout simplement. L'heureuse prochaine étape de notre vie sera un tremplin vers de nouvelles aventures.

**Mon futur enfant**, je suis tellement fier et j'ai tellement hâte du bonheur que tu vas nous apporter.

**Ma famille**. Maman, je suis sûr que tu serais fier de moi ; je ne serais jamais là, aujourd'hui, sans toi. Papa, merci pour m'avoir transmis l'esprit de travail que tu affectionnes tant. Nina, pour tous ces moments partagés.

**Mes amis d'enfance du « CDD »**, Tacu, Mathilde et Kris, mes partenaires de ski du Vercors. Fab, Laure, Eric « Champi », Simon, Ju, Virg, Jay, Djé, Yo. Toujours un plaisir de refaire le monde avec vous, et autour de nous, évidemment !

**Manu, Hakim**, mes amis de la « section Chartreuse ». Sans oublier Cris, Cata et Doriane. Pour tout l'amour qu'on a de Grenoble, et du Vercors. « Formidable ! ».

**L'équipe du « Caesug »**, Denis and co, j'espère qu'on va encore passer de mémorables 3<sup>e</sup> mi – temps avec vous, et qu'on sera encore la saison prochaine un des leaders ... des bas – fonds du championnat !

**Ceux qui m'ont accompagné durant mes études**, les Grenoblois Oliv, J-Lo, Gilles, Carlito, Vibs pour ce mémorable road – trip aux USA. Hélo et Boris, pour les super moments passés ensemble, et j'espère encore dans la campagne drômoise ! Et durant mon internat : Florian le fanfaron, Valérie « smoothie », Axel, Elsa, Toto et Marine.

**A mes amis de la Drôme**, Audrey et Steve pour les potins de Valence. Amélie et Yoyo, pour le prochain Vert Mi Sel. Et tous ceux qui ont égayé mon parcours : Anne Charlotte, Julie, Geoffrey, Charlotte, Aurore, Camille.

**Et aux médecins** que j'ai eu l'honneur de rencontrer durant mon parcours : Didier, Thierry, Emmanuel, Ludo, Albert, Loïc, Emmanuelle, Patricia, Nicole et Isabelle.

Et une pensée particulière pour mes anciens maîtres de stage : Thierry, pour les escapades du vendredi matin, en visite à domicile, à travers la Galaure. Et Robert, pour sa rigueur et sa pédagogie.

### **REMERCIEMENTS** de Cécile

A Richard, un grand merci pour ce travail, ton énergie, ta patience. A ces années depuis le début de l'internat. C'est avec émotion et fierté que je prononcerai le fameux serment avec toi. J'espère partager, avec Lolita et toi, encore longtemps, nos aventures culinaires, professionnelles, nos voyages... A Lolita, merci pour tes bons petits plats. Félicitations à tous les deux pour l'heureux évènement à venir. J'ai hâte de le ou la rencontrer !

A Mathilde, merci pour ton écoute attentive, ton renforcement positif, ta patience, ton soutien sans faille, pour tes relectures. A ton tour maintenant de faire ce travail de thèse qui clôture nos longues années d'études. Tu sais que tu peux compter sur moi, dans les moments difficiles mais aussi pour décompresser !

A Amandine, Noélie, Grégoire, Caroline, et à nos sorties valentinoises, ces bouffées d'oxygène! Mon agenda va bientôt se libérer de nouveau! Merci Amandine pour ton dépannage de dernière minute. Merci Noélie pour ton écoute et tes conseils.

A Delphine, merci pour tes encouragements, et relectures. Merci de partager ton expérience professionnelle, tes connaissances, et ta passion pour la médecine.

A Annabelle, merci pour ton soutien et nos séances de méditation.

A Anne Charlotte, Audrey, co-internes de choc, merci pour votre soutien.

A Adrien, merci de m'avoir supporté pendant ces longs mois pas toujours faciles. Merci pour tes petits plats (j'aime les pâtes), ton aide pour la mise en page et tes conseils avisés.

A Vincent en souvenir d'Aube et tous les copains rencontrés pendant l'internat.

Aux Leyenda Flamenca, ces moments passés à vos côtés sont précieux, et indispensable à mon équilibre !

A mes amis de collège et lycée, vous n'allez pas le croire... mais c'est enfin fini, ou plutôt ça ne fait que commencer!

A Mathilde, ma « Mellon », ton amitié de si longue date est précieuse !

Aux Guapas : Audrey, Céline, Flore, Leslie, Luciana, Marine. A toutes ces années partagées depuis la P2. A nos voyages inoubliables, à nos soirées déguisées! Merci d'avoir fait cette longue route ensemble. A l'amitié que je partage avec chacune d'entre vous. Nos vies prennent des chemins différents, mais j'espère que nos routes se croiseront encore longtemps ! Je vous aime.

#### **A ma famille adorée :**

A mes parents, mes chers parents qui m'ont toujours soutenu. Merci pour tout votre amour, votre générosité. J'espère vous rendre fiers...

A mon frère, mon Frééric, merci pour ton soutien et ta présence aujourd'hui, qui me touche beaucoup.

A ma sœur, Adeline, merci pour ta générosité, ton enthousiasme, ton pétillant, tes encouragements quotidiens. Je t'aime et j'admire la femme que tu es devenue.

A ma marraine et son Jean-Pierre, merci pour tous ces moments partagés ensemble, nos réunions familiales chaleureuses. A ma Zouzou d'amour !

A mon parrain, Daniel, Christine, Carla et Raphaël, merci de partager tous ces moments importants d'une vie.

A mes grands-parents, Rose et Arlindo duo de choc, pour votre amour et votre soutien.

A mi Yaya querida, te quiero tanto. Muchos besitos.

A Martine Lalande, de m'avoir mis sur la voie de la médecine générale.

Merci à tous les médecins, infirmières, aides-soignants et patients qui m'ont inspirés et font de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>24</b>
I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS EN FRANCE.....	25
1. <i>Offre de soins</i> .....	25
2. <i>Demande de soins</i> .....	28
II. LES SOLUTIONS PROPOSEES : LES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES.....	28
1. <i>Définition</i> .....	29
2. <i>Les autres formes de regroupement</i> .....	30
3. <i>Les cahiers des charges</i> .....	31
4. <i>Les financements</i> .....	32
5. <i>Les NMR</i> .....	32
6. <i>Structure juridique</i> .....	34
7. <i>Les autres formes de regroupements de soins primaires à l'étranger</i> .....	35
8. <i>L'accroissement des MSP en France</i> .....	36
III. LES INTERACTIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	37
IV. LA PROBLEMATIQUE.....	39
V. L'ETUDE.....	40
1. <i>Question de recherche</i> .....	40
2. <i>L'hypothèse</i> .....	40
3. <i>Les objectifs de l'étude</i> .....	40
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>41</b>
I. CHOIX DE LA METHODE.....	42
II. LES CRITERES D'INCLUSION.....	42
III. LES CRITERES D'EXCLUSION.....	42
IV. RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON.....	43
1. <i>Les entretiens</i> .....	44
2. <i>Les enregistrements</i> .....	44
V. LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	45
VI. L'ANALYSE DES DONNEES.....	46
VII. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	46
<b>RESULTATS.....</b>	<b>48</b>
I. RESULTATS CONCERNANT LA POPULATION IDE.....	49
1. <i>Caractéristiques de l'échantillon</i> .....	49
2. <i>Intégration</i> .....	50
3. <i>Place de l'infirmier dans le soin</i> .....	54
4. <i>Caractéristiques de la MSP/PSP</i> .....	58
5. <i>Communication interprofessionnelle</i> .....	63
6. <i>Evolutions des pratiques</i> .....	81
7. <i>Axes d'amélioration</i> .....	95
II. RESULTATS CONCERNANT LA POPULATION « MEDECINS ».....	98
1. <i>L'échantillon</i> .....	98
2. <i>L'intégration du projet</i> .....	99

3.	<i>Les caractéristiques des MSP</i> .....	101
4.	<i>La communication actuelle</i> .....	103
5.	<i>Evolution de la communication depuis l'installation en MSP</i> .....	111
6.	<i>Les modifications dues à la pratique pluri - professionnelle</i> .....	113
7.	<i>Pour le futur des MSP</i> .....	118
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>126</b>
I.	DISCUSSION DE LA METHODE .....	127
1.	<i>Forces de l'étude</i> .....	127
2.	<i>Limites de l'étude</i> .....	128
II.	DISCUSSION POUR LA POPULATION DES IDE .....	129
1.	<i>Facteurs influençant la communication</i> .....	129
2.	<i>Modifications des pratiques</i> .....	136
3.	<i>Perspectives d'amélioration</i> .....	142
III.	LA DISCUSSION CONCERNANT LA POPULATION « MEDECINS » .....	145
1.	<i>Les facteurs influençant la communication</i> .....	145
2.	<i>L'amélioration de la qualité des soins</i> .....	153
3.	<i>La délégation de tâches</i> .....	154
4.	<i>La fin du « médecin de famille » ?</i> .....	159
IV.	LA DISCUSSION COMMUNE .....	161
1.	<i>Les convergences</i> .....	161
2.	<i>Les différences</i> .....	163
3.	<i>Les propositions</i> .....	165
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>172</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>176</b> <a href="#"><u>9</u></a>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>186</b>
ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN .....		186
ANNEXE 2 : IPC 65 .....		188

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins

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

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

INF1 : Infirmier.e.s numéro un, interrogée pour les entretiens. Numérotations de 1 à 14.

IDE : Infirmier.e.s Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier.e.s de Pratique Avancée

M1 : Médecin numéro un, interrogé pour les entretiens. Numérotation de 1 à 12.

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSP : Pôle de Santé Pluriprofessionnelle

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile professionnelle

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire

# INTRODUCTION

Les soins de premier recours en France connaissent actuellement une mutation. D'après la loi, elle se définit de la manière suivante(1) :

*« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article [L. 1434-2](#). Ces soins comprennent :*

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

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

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

*4° L'éducation pour la santé.*

*Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article [L. 162-5-3](#) du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »*

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la nécessaire modification des soins de premiers recours en France.

## **I. Etat des lieux de l'offre et la demande de soins en France**

Afin de mieux comprendre la mutation actuelle des soins de premier recours en France, nous allons nous intéresser aux déterminants de l'offre et de la demande de soins en France.

### **1. Offre de soins**

#### **→ Une augmentation paradoxale des effectifs de médecins**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, d'après l'Atlas de la démographie médicale (2) 2017, la France n'a jamais connu autant de médecins en activité : 290 974 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre, avec une augmentation des effectifs de 15% de 2007 à 2017.

Mais cette augmentation est majoritairement du fait de l'activité des médecins retraités (sans activité ou en cumul emploi – retraite) : 75 033 retraités, ce qui représente une hausse de 93,6% en 10 ans. Le nombre de médecins en activité totale s'est plutôt stabilisé : 215 941, soit 0,9% de plus en 10 ans.

### → Un vieillissement de la population médicale

La moyenne d'âge d'un médecin actuellement en France est de 51,2 ans. La part des plus de 60 ans, susceptible de partir à la retraite dans les prochaines années, représente 28% des effectifs en 2017 (versus 8,6% en 2007).

### → La féminisation de la population médicale

On assiste également à une féminisation des médecins : en effet, les femmes représentaient 47% des médecins en activité régulière en 2017 contre 38% en 2007.

### → La répartition inégale au niveau national

On constate en France, des disparités dans la répartition territoriale des médecins. Et la baisse plus marquée des médecins dans certaines régions a tendance à les aggraver.

Ainsi, à titre d'exemple, d'après le rapport de la CNOM, le département de la Provence Alpes Côte d'Azur a une densité 1,7 fois plus importante (353,2 médecins/100 000 habitants) que le département de l'Ain (207,8 médecins/100 000 habitants). De manière globale, ils sont plus nombreux au Sud de la France.

### → Le manque d'attrait de l'exercice libéral : augmentation du nombre de médecins salariés et remplaçants

On constate une diminution progressive de la part des médecins exerçant en libéral. En effet, en 2017, la CNOM relève 42,8% de médecins libéraux (-10,5% par rapport à 2007) et 46,5% de médecins salariés (+10,7% par rapport à 2007). Le reste des médecins exerçant en activité dite « mixte ».

Concernant les médecins généralistes, en 2017, 56% exercent en libéral, 37% sont salariés et 7% ont une activité mixte.

Il est noté une augmentation progressive au fur et à mesure des années du nombre de médecins remplaçants (+ 24,6% entre 2007 et 2017, soit 12011 médecins actuellement). Le rapport du Dr Legman (3) en 2010 expliquait cette augmentation comme « une tentative d'évitement de l'installation en secteur libéral ». Certains choisissent ce type d'activité avant de s'engager sur une installation, d'autres comme une activité pérenne.

### → La baisse du nombre de médecins généralistes

Le Conseil de l'Ordre recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution des effectifs de 9,1% depuis 2007. D'après le rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins, la tendance à la baisse devrait se confirmer jusqu'en 2025 avec l'estimation d'une baisse de 10 % par rapport à 2017. (2)

Dans ce contexte de baisse du nombre de médecins généralistes croissant, se pose la question pour la population française de l'accessibilité aux soins. Elle est même devenue un enjeu de santé publique, si on ajoute, à la baisse de la démographie médicale, le nombre croissant de pathologies chroniques.

### → Démographie des infirmier.e.s

Selon le conseil national de l'ordre des infirmiers, la profession infirmière est la plus nombreuse des professions de santé exerçant en France. Cependant, les données statistiques sont peu fiables. En effet l'ordre national des infirmiers existe depuis seulement 2006, institué par la loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006. Malgré l'obligation légale d'inscription au tableau de l'ordre national de cette profession, confirmée par la loi de modernisation du système de santé de 2016, tous les IDE ne sont pas encore inscrits au tableau de l'Ordre. Ce qui ne permet pas de publier des statistiques fiables. Les données publiées par la DREES sont donc à prendre avec précautions. Selon les dernières données disponibles datant de 2014, 600 170 IDE exercent en France métropolitaine, auxquels il convient d'ajouter 16 626 IDE exerçant dans les départements d'outre-mer (17% en libéral ou mixte et 83% en salariat). Cette profession a vu ses effectifs multipliés par 2 en 24 ans.

Cette profession, très majoritairement féminine (87 % des effectifs), travaille principalement à l'hôpital public (49 % des effectifs). L'âge moyen est stable, contrairement aux médecins. Les IDE, et

notamment les IDE libéraux, sont répartis de manière inégale entre les régions. Ces fortes inégalités spatiales ne se sont pas réduites depuis 10 ans.

## **2. Demande de soins**

### **→ Le vieillissement de la population**

Selon un rapport de l'INSEE du 16 janvier 2018 (4), la population française comptait 67,2 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2018, avec une croissance de 0,3% en un an.

La population française vieillit sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie : 79,5 ans chez les hommes et 85,3 ans chez les femmes en 2017, et de l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans : 19,6% de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2018. On constate alors un nombre croissant de pathologies chroniques liées à l'avancée en âge.

### **→ L'augmentation du nombre de patients suivis pour des pathologies chroniques**

En France, en 2016, 16,9% des personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficient d'une prise en charge en Affection Longue Durée (ALD), dont 52% de plus de 65 ans (5). Selon un rapport de la cour des comptes en 2016 (6), ce nombre croissant de patients suivis pour une ALD serait lié au vieillissement de la population et de la prévalence des pathologies chroniques liées à l'âge.

## **II. Les solutions proposées : les Maisons de Santé Pluridisciplinaires.**

Dans ce contexte de démographie médicale et d'augmentation de la demande de soins, l'Etat et l'Assurance Maladie ont décidé d'adapter l'offre de soins afin d'améliorer la qualité des soins, l'accessibilité et l'économie du système en s'intéressant à l'exercice regroupé sous forme de « Maisons de Santé Pluridisciplinaires ».

## 1. Définition

En 2007, dans le rapport d'informations de Mr Juilhard (7), des mesures sont proposées en ce sens. En effet, le développement de l'exercice regroupé est encouragé. Le terme de « Maison de Santé Pluridisciplinaire » apparaît pour la première fois. Selon le rapport, les MSP pourraient « favoriser une meilleure organisation du travail, constituer une solution appropriée au manque d'attractivité de certains territoires, et répondre aux aspirations professionnelles des jeunes médecins généralistes ».

La loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008 (8) a donné une première définition des MSP, inscrite dans le Code de Santé Publique:

*« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ».*

La loi HPST du 21 juillet 2009 a complété la définition précédente, en y abordant la notion de projet de santé par une coordination des soins, conforme aux orientations de l'ARS (8) :

*« Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article [L. 1434-2](#). Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »*

La définition des MSP a été une nouvelle fois modifiée, avec la loi du 12 août 2011, dit « Loi Fourcade ». Elle a inclus les pharmaciens dans les professionnels constituant les MSP et a défini un exercice de soins de premier recours avant tout.

La loi Touraine de « modernisation du système de santé » du 26 janvier 2016 a modifié une dernière fois la définition des MSP (8). Elle a introduit la notion de lieu de formation universitaire et de recherche médicale dans les soins de premiers recours, sous la tutelle des ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur. Ces modifications ont abouti à la définition en cours :

*La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.*

*Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de [l'article L. 1411-11](#) et, le cas échéant, de second recours au sens de [l'article L. 1411-12](#) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.*

*Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.*

*Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à [l'article L. 1434-2](#). Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.*

## **2. Les autres formes de regroupement**

En plus des MSP, il existe d'autres formes de regroupement entre professionnels de santé en France qu'il faut différencier :

- **Les centres de santé** sont, d'après le Code de Santé Publique (9) des lieux de soins de premier recours et de proximité, qui font appels à des professionnels de santé salariés. Les professionnels y « mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales ». Ils sont gérés en général par des associations, l'Assurance Maladie, des mutuelles ou des collectivités territoriales.
  
- **Les pôles de santé** sont, d'après le Code de Santé Publique (10), des lieux où sont « assurés des soins de premier recours [...], de second recours [...]et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire [...]. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-

*sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ».*

Donc les pôles de santé constituent un réseau dont peuvent faire partie une ou plusieurs MSP, entre autres. Elles constituent la même diversité professionnelle, mais répartie sur plusieurs sites. Les professionnels de santé y exerçant peuvent avoir un objectif commun, tout en exerçant dans leurs cabinets respectifs.

### **3. Les cahiers des charges**

Il n'existe pas de réelle labellisation « MSP ». Les professionnels de santé ont tendance à utiliser ce terme lorsque leur projet est « validé » par l'ARS (11). Ainsi, même si les critères présentés dans la définition ci – dessus ne sont pas remplis, toute structure peut prendre ce nom.

Mais une structure ne peut prétendre toucher les financements publics que si elle remplit un cahier des charges défini par la DGOS en septembre 2010 (12):

- Présence d'au moins 2 médecins et d'un professionnel paramédical (IDE, podologue etc)
- Formation et encadrement des étudiants
- Coordination des soins entre les acteurs de la structure et ceux du territoire de santé.
- Continuité des soins (large amplitude d'horaires d'ouverture, consultations non programmées)
- Engagement de mise en place d'un dispositif d'informations sécurisé pour la continuité des soins.
- Un projet de santé commun partagé par les soignants
- Actions de prévention
- Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée sous forme de réunions, protocoles etc.

Les MSP ayant rempli ce cahier des charges pouvaient prétendre à un financement via le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Il s'agit d'une enveloppe créée afin de moderniser des actions de santé publique, les hôpitaux, et les soins primaires, et donc des MSP. Ce fonds était géré par les ARS (13).

## 4. Les financements

Ainsi, chaque MSP pouvait prétendre à des financements d'origine différents (13) :

- Financements publics via le FIR, si le cahier des charges était respecté. Un montant de 50 000 € au maximum (jusqu'à 100 000 € en zone urbaine sensible) (12) en 2 temps : une première fois durant l'élaboration de la MSP, et une deuxième fois lorsqu'elle est en cours de fonctionnement.
- Financement personnel par les membres de la MSP.
- Financements privés par des investisseurs
- Financements par les collectivités territoriales (communes, communautés de communes, conseils régionaux et généraux).
- Financements via les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)

## 5. Les NMR

La rémunération des professionnels de santé libéraux repose dans sa grande majorité, sur le paiement à l'acte, dont le montant est fixé par une convention entre les syndicats de médecins et l'Assurance Maladie. D'autres rémunérations complémentaires existaient également : les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), les forfaits pour les patients en ALD, les forfaits de garde et les forfaits « médecin traitant ».

Ce paiement à l'acte, majoritaire, ne permettait pas de valoriser le temps de coordination, la prise en charge globale des patients présentant de plus en plus des pathologies chroniques, ni les actions de prévention ou de dépistage. Il y avait donc une inadéquation entre ce mode de rémunération et le changement d'exercice inhérent à l'installation d'un médecin en MSP. Une mutation du mode de rémunération semblait nécessaire.

En 2009, a débuté l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR), dans le but de valoriser le temps de coordination, piloté par le ministère de la Santé. Elle porte 3 particularités importantes (13) : elle s'adresse à une équipe de soins de proximité dans sa totalité, elle introduit une rémunération forfaitaire en partie calculée sur le nombre de patients inscrits auprès des médecins de la MSP, et elle distribue des sommes forfaitaires sans imposer un poste de dépense précis pour leur utilisation. L'ENMR a connu plusieurs étapes.

D'abord au stade d'expérimentation (14)(15) , elle s'est progressivement élargie (16) à toutes les structures de santé pluri professionnelles, présentant un projet de santé validé par l'ARS, et constituées en SISA.

En avril 2017, un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) (17) pour 5 ans est signé entre l'Assurance Maladie et les représentants de différentes professions de santé (médecins, IDE, sage – femmes, pharmaciens etc) afin de se substituer au règlement arbitral de 2015. Cet accord prévoit des moyens supplémentaires notamment en termes de coordination.

Les modalités des NMR étaient calculées sous forme de points, fixés pour un critère précis par l'ACI, consultable sur le site du Journal Officiel de La République Française:

- Il y avait, d'une part, une liste d'obligations minimales à respecter, appelée « **la partie socle** », auxquelles peuvent se rajouter d'autres critères optionnels, et donc une rémunération supplémentaire :
  - Ouverture de la MSP de 8h à 20h, samedi matin et vacances scolaires
  - Avoir des créneaux de consultation pour des soins urgents
  - Nommer une coordinatrice
  - Elaboration de protocoles pluri professionnels pour des pathologies définies
  - Avoir un système d'information partagé et labellisé (nombre de points en fonction du nombre de professionnels partageant le système)
- Une rémunération supplémentaire pouvait être prévue si les équipes s'engageaient dans les « **parties optionnelles** » suivantes :
  - Consultations ponctuelles de spécialistes extérieurs à la MSP
  - Formation d'au moins 2 étudiants en santé par an
  - Missions de santé publique
  - Mise en place d'une procédure pour la transmission des données vers des professionnels de santé extérieurs à la structure
  - Avoir un logiciel de santé labellisé et la satisfaction des patients.

Il est demandé de justifier chaque critère rempli selon les modalités de l'ACI.

Le calcul est effectué pour une patientèle de référence de 4000 patients. L'ensemble du dispositif comprend au total 7400 points (5050 points pour la partie « socle » et 2350 points pour la partie « optionnelle », et 200 points par professionnel partageant le système d'informations partagé), variable en fonction du nombre de professionnels partageant le système informatisé labellisé, du nombre de patients et du nombre de patients en CMU ou AME dépassant la moyenne nationale (majoration de précarité). Chaque point équivaut à 7€.

Ainsi, à titre d'exemple, pour une patientèle de 4000 patients pour une MSP de 15 professionnels partageant tous le même système d'informations labellisé, le versement de la « partie socle » pouvait atteindre 56350€ par an. Si l'équipe complète la partie « optionnelle » en plus, le versement pourrait atteindre 72800 € par an.

L'équipe pluri professionnelle n'avait pas à justifier l'utilisation des NMR. Elle peut décider d'utiliser cette enveloppe pour diverses raisons (logistique, indemnisation du temps de coordination, équipement informatique, secrétariat, formation etc).

## 6. Structure juridique

Les MSP peuvent prendre plusieurs montages juridiques différents (11), il n'y a pas de statut spécifique défini. Elles sont souvent constituées sous la forme d'une loi 1901, qui permet de représenter différents professionnels autour d'objectifs de coordination, d'amélioration de la qualité des soins, ou d'objectifs de santé publique. Cette dernière permet l'échange entre les professionnels de santé.

En parallèle, ils constituent fréquemment une société d'exercice : SCI, SCM, SCP, (13) où ils peuvent exercer leur activité professionnelle, car l'association ne permet que la coordination de leurs soins :

- La SCI, que les professionnels de santé ont créée s'ils ont acheté la structure ensemble. Les copropriétaires devront ensuite s'occuper de la gestion immobilière (travaux, entretien, charges des parties collectives).
- La SCM, que les professionnels de santé peuvent constituer s'ils mettent en commun leurs moyens (charges, salaire du personnel, achat de matériel etc). La répartition de ces moyens doit être discutée entre les différents protagonistes.

- La SCP, si les professionnels de santé de même spécialité choisissent de mettre en commun les bénéfices de l'activité. Elle règle également les dépenses, et répartit les bénéfices selon les modalités définies initialement par les bénéficiaires.

Seulement, une association « loi 1901 » n'a pas un but lucratif, et ne permet pas un versement de dividendes à ses membres. Elle n'est donc pas adaptée au versement des NMR pour les MSP.

Le rapport ministériel de 2009 (11) de Mr Juilhard proposait un « statut juridique spécifique » autorisant la « perceptions des subventions et leur souple répartition entre les professionnels ».

La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA) a été créée en ce sens par la loi du 10 août 2011 (18). Elle devait compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Elle permettait notamment de percevoir les financements, de gérer les dépenses collectives (acheter des prestations, indemnisation des professionnels la constituant) et de mettre en commun des moyens dans le but d'un exercice partagé. En 2012, suite à un décret d'application (19), c'était la seule forme de société reconnue par les ARS pour inscrire les MSP aux NMR.

Le montage juridique d'une MSP comporte régulièrement une SISA + une SCM et une association loi 1901.

## 7. Les autres formes de regroupements de soins primaires à l'étranger

Si on s'intéresse aux soins primaires à l'étranger, on constate que le concept de regroupement de professionnels existait déjà depuis longtemps, avant que ne se développent les MSP en France.

Les travaux de Mr Bourgueil en 2009 ont eu pour objectif de comparer les différents modèles de regroupement dans le monde (20).

- **Dans les pays nordiques comme la Finlande ou la Suède**, les regroupements de professionnels existaient depuis les années 1970-1980, dus à la volonté des pouvoirs publics de promouvoir les soins primaires. Les différents professionnels (médecins généralistes, spécialistes, IDE, kinés etc) sont regroupés afin de constituer une équipe interdisciplinaire décentralisée. Ils exercent dans des centres de santé gérés et financés par des collectivités locales. Les soins de premiers recours y sont dispensés : prévention, dépistage, curatifs. Les médecins sont soit salariés, soit rémunérés à la capitation.

- **Au Royaume - Uni**, les médecins, conventionnés par la National Health Service (NHS), sont des professionnels indépendants et exercent dans des cabinets de groupe (21). Les médecins généralistes sont au cœur du système. Les cabinets privés dépendent obligatoirement des « Clinical Commissioning Groups» (CCG), qui sont des groupements loco – régionaux de santé, chargés d’organiser et de financer les besoins en santé pour une population d’un territoire. Ces regroupements résultent, à l’origine, d’une politique menée les années 1960, face à la forte pénurie de médecins généralistes. Ces derniers sont rémunérés à la capitation et à la performance.
- **Aux Etats Unis**, les « Patient Centered Medical Home » (PCMH) (22) sont des structures pluriprofessionnelles qui ont été créées afin de promouvoir le travail en équipe et de réduire les dépenses de santé. Le parcours de soin du patient est sous l’autorité du médecin généraliste, également en collaboration étroite afin des IDE. La rémunération provient du paiement à l’acte et à la performance.
- **Au Québec**, les soins primaires sont organisés autour d’équipes composées de médecins et d’IDE en collaboration étroite. Ils sont regroupés dans des cabinets pluriprofessionnels, et sont rémunérés à l’acte, pour des soins dispensés pour des patients inscrits, sur une base non géographique. Ces équipes sont appelées « Groupement de Médecins de Famille » (GMF) (23).

## 8. L’accroissement des MSP en France

Selon un état des lieux établi par la DGOS (24), il existait 910 MSP en fonctionnement en mars 2017 et 334 MSP en projet.

Le rapport mettait en évidence une expansion progressive des MSP : 17% de MSP en plus par rapport à mars 2016 et 26% en plus entre 2015 et 2016.

La tendance était plutôt à la baisse concernant les MSP implantées dans un milieu rural (43% des MSP ouvertes en 2017 versus 55% en 2016).

Selon la même source, dans la région Rhône Alpes Auvergne, il existait, en mars 2017, 144 MSP en fonctionnement et 24 en projet.

### III. Les interactions entre les professionnels de santé

Avant d'aborder le reste de l'étude, nous allons définir les termes « communication », « coopération », « collaboration » et « regroupement » et les liens qu'il peut exister entre eux.

Une équipe de chercheurs canadiens, a proposé la définition du terme « **communication** » en santé, comme la suivante (25) :

*« Un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé ou avec un public. La communication professionnelle en médecine comporte essentiellement deux fonctions : 1) l'échange d'informations ; 2) le développement d'une relation [...] en utilisant des moyens tels la parole, le geste, l'écriture ou des supports techniques comme le téléphone, le système de dictée, l'ordinateur, l'Internet, les courriels, etc. [...] La communication interpersonnelle réussie, dans une relation professionnelle, suppose une coopération entre les participants. »*

La coopération entre professionnels de santé découlerait ainsi d'une communication réussie.

D'après la loi HPST de 2009 (15), la **coopération** se définit comme : « *une démarche ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience.* »

La **collaboration**, d'après D'Amour (26), se définit par : « *les relations et les interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, au service des patients* ».

La différence entre les termes de « **collaboration** » et « **coopération** » est très nuancée, si on entre dans le cadre des MSP.

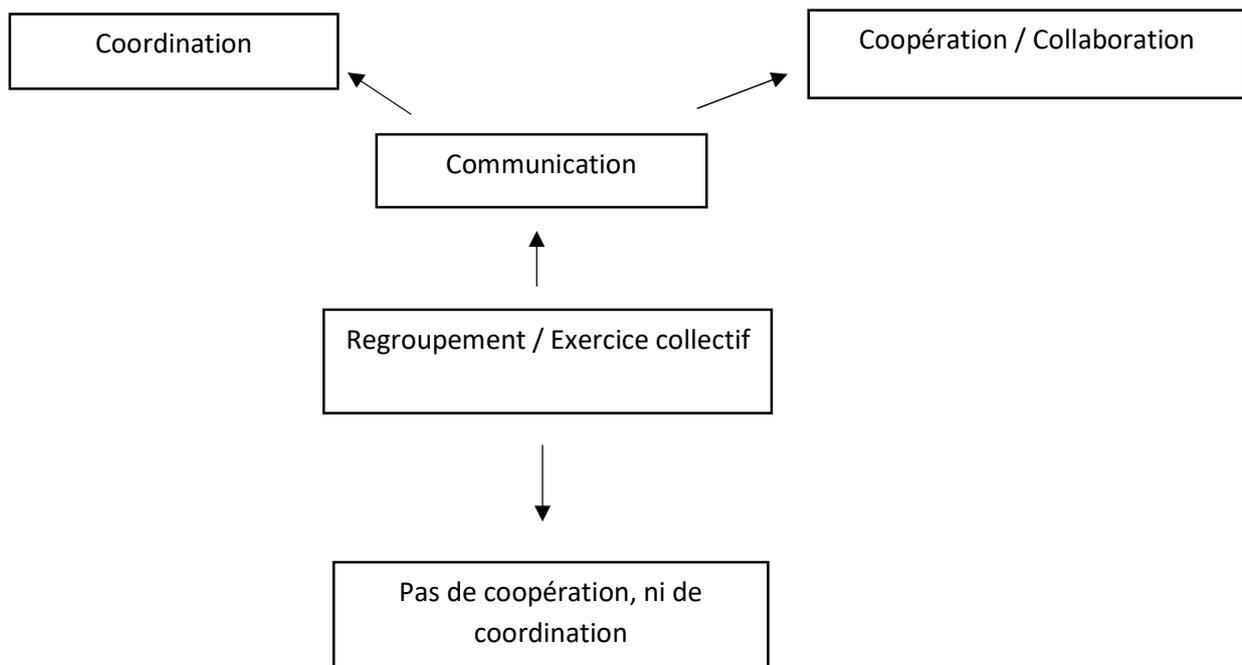
Il est important de pouvoir différencier les termes de coopération/collaboration, avec celui de l'exercice collectif. D'après l'IRDES(18), les termes **d'exercice collectif** ou de **regroupement** sont équivalents :

*Le terme de regroupement, qui se définit par l'exercice dans un même lieu d'au moins deux professionnels de santé, recouvre des formes variées : monodisciplinaires (médecins d'une même discipline), pluridisciplinaires (médecins de disciplines différentes) et enfin pluriprofessionnelles, qui*

*associent des médecins avec d'autres professionnels de santé, médicaux (notamment sages-femmes, dentistes), paramédicaux (IDE, masseurs-kinésithérapeutes, etc.), voire d'autres professions comme les secrétaires médicales. Dans cette forme [...], l'exercice peut être libéral, notamment sous la dénomination de maison ou pôle de santé pluriprofessionnel. L'exercice peut être également salarié dans le cadre des centres de santé qui sont des structures de soins ambulatoires régies par l'Assurance maladie.*

Le regroupement de professionnels n'entraîne donc pas nécessairement de coopération entre professionnels. Il peut se limiter à une coordination, dans le cadre d'un projet médical commun. La coopération est donc à différencier de l'exercice regroupé des médecins.

Nous avons résumé sur un schéma les liens entre ces différents termes :



## IV. La problématique

Dans ce contexte de baisse de l'offre de soins et de demande croissante, la solution d'adapter l'offre de soins par les Maisons de Santé Pluridisciplinaires a fait l'objet de quelques études. En particulier, des études (25) (27) ont été effectuées « en amont » de l'installation en MSP sur les attentes des professionnels de santé. Elles ont notamment mis en évidence que la communication entre professionnels de santé était une motivation importante pour intégrer une MSP, mais que cette communication pouvait aussi être un frein à son développement. Source de beaucoup d'espoirs, elle suscite aussi une appréhension pour les plus récalcitrants.

Pierre De Haas, président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé de France de 2008 jusqu'à décembre 2016, déclarait en juin 2015 dans la revue « Le Concours Médical » (28) : « les freins [au développement des MSP] sont d'abord humains. Passer d'un exercice isolé pour lequel on a été formé à un exercice collectif, c'est un vrai travail sur soi. Par ailleurs, chaque profession a une représentation des autres et des craintes qu'il faut réussir à adapter ».

En 2016, la thèse (29) de Crosnier A. et Morio B. a étudié les attentes en matière de communication des professionnels de santé en amont de la construction de la MSP. Elle a montré que les espoirs étaient importants en termes de communication, dans le but de favoriser la coopération et l'amélioration de la prise en charge du patient. Des craintes liées à l'émergence de conflits internes ou à un risque d'essoufflement à long terme ont également été notées.

La communication entre les professionnels de santé est donc un enjeu important pour l'expansion et la pérennité des MSP.

Aucune étude « en aval » n'a été retrouvée sur le vécu des professionnels de santé, exerçant en MSP, en matière de communication.

Le personnel infirmier, particulièrement concerné, est un des acteurs incontournables de la MSP : par son rôle de professionnel actif dans les soins primaires, et de par sa relation pivot avec le médecin.

Notre étude a donc concerné la communication entre médecins et IDE exerçant en MSP.

## **V. L'étude**

### **1. Question de recherche**

La communication interprofessionnelle est – elle un élément moteur à l'intégration d'une MSP en ce qui concerne les médecins et les IDE ?

### **2. L'hypothèse**

Les MSP sont des éléments efficaces à l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

### **3. Les objectifs de l'étude**

**L'objectif principal** est d'identifier les freins et les facteurs facilitants de la communication interprofessionnelle

**L'objectif secondaire** est d'identifier les modifications de pratiques induites par ce nouveau mode d'exercice sur la prise en charge du patient.

# **MATERIEL ET METHODES**

## I. Choix de la méthode

Il a été décidé d'opter pour le choix de la **méthode qualitative**, qui nous paraissait être la méthode adaptée.

En effet, cette dernière est justifiée par l'exploration d'un ressenti, d'un témoignage, d'une attente, par rapport aux conditions de communication et d'exercice des professionnels de santé interrogés.

Cette étude qualitative a été effectuée par des entretiens semis – dirigés. Le sujet étant vaste, il a été décidé d'effectuer cette thèse à deux. Le recueil des données a été réparti de la manière suivante : Mlle CARNEIRO Cécile a effectué les entretiens du groupe « IDE » et Mr TY Richard a traité les entretiens du groupe « médecins ».

Elle a été réalisée auprès de médecins généralistes libéraux du 26 mai 2017 au 12 septembre 2017. Les entretiens pour les IDE ont été effectués du 19 juin 2017 au 10 octobre 2017.

## II. Les critères d'inclusion

Les médecins et IDE inclus dans l'étude étaient des:

- Médecins généralistes en activité exerçant une activité libérale en MSP/PSP
- Médecins généralistes installés depuis au moins 1 an en Maison ou Pôle de Santé Pluridisciplinaire en activité, en région Rhône – Alpes.
- IDE libéraux en activité exerçant en MSP ou PSP
- IDE salariés en activité exerçant en MSP ou PSP

Nous avons choisi d'interroger des médecins et des IDE de MSP mais aussi de PSP pour avoir une plus large perception de la communication interprofessionnelle, au-delà du partage de locaux communs.

## III. Les critères d'exclusion

- Médecins remplaçants ou en collaboration
- Médecins n'exerçant pas en Maison de Santé Pluridisciplinaire.
- Médecins d'autres spécialités médicales
- IDE remplaçants
- IDE n'exerçant pas en MSP/PSP

#### IV. Recrutement de l'échantillon

Nous avons limité géographiquement notre étude à la région Rhône – Alpes.

La liste des Maisons de Santé Pluridisciplinaires en fonctionnement, de la région Rhône – Alpes, a été consultée via leur site internet PAPS Rhône Alpes.

Le recrutement des médecins exerçant dans ces MSP a ensuite été effectué de plusieurs manières :

- Certains ont été recrutés au hasard, à l'aide de l'annuaire des pages jaunes, par voie téléphonique.
- D'autres ont été sollicités par courriel, obtenus sur le site internet de la plateforme des Maisons de Santé Pluridisciplinaires de Rhône – Alpes.
- D'autres ont été contactés via une coordinatrice FACILIMED, pour les MSP qui ont choisi cet organisme pour leur gestion. Les coordonnées de plusieurs coordinatrices ont été communiquées sur des conseils de médecins précédemment interrogés ou par des connaissances du chercheur. Le contact a été réalisé par mail ou par téléphone direct.
- Enfin, lors des entretiens de médecins interrogés, des confrères du même cabinet ont été présentés pour faire partie de l'échantillon.

Le recrutement des IDE s'est fait de la manière suivante :

- Appel téléphonique : recherches des coordonnées sur internet
- Contact par mail figurant sur le site internet PAPS Rhône-Alpes
- Les professionnels d'une MSP ont été rencontrés au préalable lors d'une réunion pluri-professionnelle. Nous nous sommes présentés et la coordinatrice a récupéré nos coordonnées et nous a envoyé le mail des personnes intéressées.
- Des coordonnées d'IDE d'une MSP ont été retrouvées directement via leur site internet de la MSP

Les IDE ont été recrutés dans des MSP de plusieurs départements de la région Auvergne-Rhône Alpes : Drome, Ain et Isère. Comme le montre l'étude sus citée (30), il existe une dynamique d'implantation récente en région Rhône Alpes. La région Rhône Alpes semble donc être un lieu de choix pour étudier ce type de regroupement de professionnels.

Des difficultés de recrutement ont été rencontrées, liées à la disponibilité limitée des IDE en cette période estivale.

Les médecins et les IDE ont été recrutés dans les mêmes MSP pour pouvoir superposer au mieux les données.

La méthodologie d'**échantillonnage raisonné** sur des critères socio-démographiques (âge, sexe, lieu et mode d'exercice) a été utilisée pour collecter les opinions les plus variées et correspondre au mieux à la population d'IDE. La parité n'a pas été respectée. Nous avons interrogés 3 hommes sur 14 entretiens (21 %). Les dernières données statistiques disponibles sur la démographie infirmière, publiées par la DREES au 1<sup>er</sup> Janvier 2014, faisaient état de 13% d'hommes. Ce qui explique que la population masculine soit si peu représentée dans notre étude.

Afin d'obtenir la plus grande diversité possible des données, les médecins ont été sélectionnés selon certains critères : âge, sexe, exercice en milieu rural ou urbain, années d'exercice en MSP.

## **V. Le recueil de données**

### **1. Les entretiens**

Il a été réalisé 12 entretiens auprès des médecins et 14 entretiens auprès d'IDE pour obtenir la saturation des données. Les entretiens avec les médecins ont été fixés par rendez – vous, après prise de contact par téléphone ou courriel, selon les disponibilités. Ils ont tous eu lieu dans le cabinet du médecin interrogé ou dans la salle de pause de la MSP.

A noter qu'un médecin a été contacté par téléphone durant son entretien, l'enregistrement a donc été suspendu. De même, un autre enregistrement a dû être interrompu suite à un changement de lieu d'entretien au sein du cabinet, en raison de nuisances sonores.

Les entretiens avec les IDE ont été fixés également par mail ou téléphone, selon leurs disponibilités. L'entretien se déroulait sur le lieu de leur convenance. Deux entretiens ont eu lieu dans un café. Un entretien a eu lieu en présence du jeune fils de l'IDE interrogée et a été interrompu.

### **2. Les enregistrements**

Les enregistrements ont été réalisés à l'aide de 2 dictaphones numériques (« ETEKCITY Voice Recorder » et « APPLE Iphone 5 »), avec l'accord du médecin recruté.

Les enregistrements des IDE ont été réalisés à l'aide de deux dictaphones numérique (« ETEKCITY Voice Recorder » et « SONY IC RECORDER »), avec accord oral et écrit.

## V. Le guide d'entretien

Un questionnaire a été établi à partir des recherches bibliographiques afin de cibler les sujets abordés. (annexe 1)

Les entretiens débutaient par une courte introduction comprenant une présentation de l'étude et des explications sur le déroulement de l'entretien. Un consentement oral et enregistré pour l'enregistrement des données a été sollicité par le chercheur, ainsi que pour l'utilisation des données. La suite de l'entretien comportait un recueil de données biographiques (âge, sexe, année d'installation).

Puis l'entretien se poursuivait par des questions ouvertes, avec parfois des relances, afin d'aider le sujet à développer ses idées.

La grille d'entretien comprenait les parties suivantes :

- Les raisons pour lesquelles le médecin a été amené à intégrer/ créer une MSP
- Le fonctionnement de la MSP
- La communication avec les professionnels de la MSP
- L'impact de la communication pluri-professionnelle sur la prise en charge du patient
- Les pistes pour améliorer la communication entre professionnels de santé

Un premier canevas d'entretien (Annexe 1) a été établi, puis testé pour un 1<sup>er</sup> entretien d'un médecin et d'un IDE, pour une validité interne. A l'issue du 1<sup>er</sup> entretien, et après retranscription et analyse des verbatims, il a été admis que le contenu permettait de répondre aux problématiques posées sur le fond.

Le canevas a ensuite été modifié sur la forme d'une question, suite à la suggestion du médecin interrogé (M1). Le fond des questions n'a pas été changé.

Une question portant sur « l'outil SAED » a également été rajoutée à la grille d'entretien sur la demande du président du jury, le Pr COLIN (Annexe 2).

Une question concernant « l'évolution des revenus depuis l'installation en MSP » n'a été posée qu'aux médecins ayant exercé une activité libérale avant l'installation en MSP. En effet, nous étions partis du principe que les médecins n'ayant jamais exercé en libéral, avant l'installation en MSP, n'avaient pas le vécu nécessaire pour pouvoir répondre à cette question.

## **VI. L'analyse des données**

L'investigateur unique pour chaque population a permis l'uniformisation des entretiens ainsi que leurs retranscriptions.

Les enregistrements ont été retranscrits mot par mot, sans correction des fautes de langage. Les éléments non verbaux (pauses, hésitations, rires, soupirs) ont été également notés. Le support a été le logiciel « Word Office ». Seuls les noms, les villes et communes cités durant les entretiens ont été volontairement supprimés afin de garantir l'anonymisation des données. Ont également été supprimés les jurons.

L'analyse des données a été réalisée manuellement par un codage d'abord longitudinal, via la méthode du « Grounded Theory ». Les mots et phrases clés (Verbatim) ont été codés, regroupés et classés par thèmes principaux.

Puis ensuite, une analyse transversale a permis de croiser, regrouper et hiérarchiser les verbatims afin de faire émerger les concepts de l'étude.

Le nombre d'entretiens n'a pas été défini en avance, mais jusqu'à saturation des données. Cette dernière a été obtenue lorsqu'une interview ne nous donnait aucun nouvel élément par rapports aux précédentes : il n'y avait donc pas de nouveaux codes dans l'analyse.

Les données de 3 enregistrements de médecins et de 3 enregistrements d'IDE ont été triangulées avec le directeur de thèse, le Dr FARGE T. afin de garantir la validité interne de l'étude. En effet, nous voulions vérifier la validité du codage et de l'analyse des chercheurs. Ces 6 enregistrements (M2, M7 et M12 ; INF2, INF5, INF10) ont été choisis par le chercheur en raison de la richesse des données ou de la difficulté de codage.

## **VII. Recherche bibliographique**

Les recherches se sont effectuées sur internet grâce à des moteurs de recherche spécialisés : Pubmed, CiSMef, Google Scholar et Sudoc, BDSP, Science direct, CAIRNS.

Les mots - clés utilisés pour orienter notre recherche ont été les suivants:

« skill mix general practice », « interprofessional relationship » (communication, cooperation)  
« Interprofessional communication », « Interprofessionnal collaboration », « Nurse-doctor relationship »

« Maison de santé pluridisciplinaire », « relation », « communication » dans google scholar

« Maison de santé pluridisciplinaire » dans Sudoc.

Nous avons également consulté des ouvrages.

Les sites internet de la PAPS Rhône Alpes, de la FFMPS et HAS ont été consultés.

Des textes de lois ont aussi été consultés.

Les références bibliographiques de thèses et d'articles en lien avec notre sujet ont également été consultées.

Nous avons également consulté la presse médicale, devant ce sujet d'actualité.

# RESULTATS

## I. Résultats concernant la population IDE

### 1. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon se composait de 14 personnes de 23 à 60 ans (moyenne d'âge 43 ans) dont 3 hommes et 11 femmes. Les caractéristiques de l'échantillon sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Les caractéristiques de l'échantillon

Entretien	Age	Sexe	Milieu d'exercice	Age au diplôme	Durée expérience en MSP/PSP	Durée d'entretien	Expérience antérieure
INF1	36	F	rural	22	2ans	17 : 15	Hôpital et libéral
INF2	56	M	rural	23	3ans	47 : 04	Hôpital et libéral
INF3	59	F	Urbain	22	4ans	15 : 13	Salariat
INF4	29	F	Urbain	22	4ans	26 : 35	Salariat
INF5	25	F	Urbain	22	2ans 1/2	16 : 02	Hôpital et salariat
INF6	23	M	Urbain	23	1mois	28 : 16	Salariat
INF7	54	F	Rural	23	6ans	25 : 59	Hôpital et libéral
INF8	36	F	Rural	23	5mois/2ansPSP	34 : 56	Hôpital et libéral
INF9	50	F	Rural	20	5mois/2ansPSP	35 : 33	Interim et libéral
INF10	41	F	Rural	31	1an1/2	28 : 23	Hôpital, EHPAD et libéral
INF11	28	M	Rural	23	6mois	39 : 49	Hôpital et Interim
INF12	60	F	Rural	20	14ans	32 : 03	Hôpital et libéral
INF13	50	F	Rural	22	3ans	28 : 44	Hôpital et libéral
INF14	51	F	Urbain	20	6ans	30 : 00	Clinique et libéral

I : Infirmier/Infirmière ; F : Féminin ; M : Masculin ; Durée moyenne d'enregistrement : 29 : 00

## 2. Intégration

### a. Les motivations

#### ▪ **Motivations personnelles**

##### ➤ **Rester en lien avec les médecins et autres professionnels de santé**

Six infirmiers sur quatorze ont évoqué comme motivation à l'intégration d'une MSP la volonté de rester en liens avec les médecins et autres professionnels de santé.

INF 1 : « *Alors en fait c'était essentiellement pour rester en lien avec les médecins et les autres professionnels du plateau... [...] Et c'était surtout voilà pour rester en lien avec eux* »

##### ➤ **Sortir de l'isolement géographique**

Deux infirmières ont exprimé vouloir sortir de l'exercice solitaire. La volonté de se regrouper au sein d'une même construction était également une des motivations, « *le fait qu'on soit tous dans le même lieu matériel comme dans une copropriété ça m'allait très bien.* » (INF 2)

INF 9 : « *Et bien pour ne plus être isolé ! (rires)* »

##### ➤ **Expérience temporaire satisfaisante**

Une expérience positive de travail en MSP a été décisive pour deux infirmiers.

INF 13 : « *Bah je remplaçais de temps en temps l'infirmière qui était là auparavant. Et puis ça m'a plu. Et donc ça c'est la première raison.* »

##### ➤ **Enrichissement de l'exercice professionnel**

La perspective de travailler autrement était une motivation pour une infirmière. En effet l'exercice en MSP permettait un enrichissement de l'exercice professionnel, en valorisant et développant des compétences non exploitées habituellement en exercice libéral isolé.

INF 10 : « *ils peuvent nous demander de faire toutes les consultations pour les patients diabétiques* »

##### ➤ **Travail en autonomie**

Un infirmier évoquait l'adéquation du travail en MSP avec ses valeurs. La volonté d'être autonome était une motivation du travail en ambulatoire.

INF 6 : « *C'est certaines valeurs, il y a le relationnel, il y a aussi une partie en autonomie* »

### ▪ **Motivations interprofessionnelles**

La volonté de « **travailler en équipe** » a été évoquée six fois comme élément moteur à l'intégration d'une MSP. (INF 5, 9, 11, 12, 13, 14) La majorité d'entre eux avaient travaillé à l'hôpital ou en clinique, « *et du coup retrouver cet esprit d'équipe et du coup pouvoir en tirer le meilleur je trouvais ça très profitable.* » (INF11)

Par ailleurs le souhait de travailler avec différents professionnels de santé a été évoqué à quatre reprises. La perspective de travailler en pluridisciplinaire dans la gestion des cas complexes étaient un élément mobilisateur.

INF 14 : « *Et là ce qui m'intéressait c'est justement le travail en pluridisciplinaire. Le travail pluridisciplinaire.* »

### ▪ **Pour le patient**

Travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé dans l'intérêt du patient était une autre motivation à l'intégration d'une MSP. Il y avait une volonté « *de prendre le patient de manière on va dire, le patient chronique -c'est plus pour le patient chronique que c'est très intéressant- de manière plus globale.* »

Une autre motivation était de maintenir les gens à domicile. INF 12 : « *Du coup on maintient beaucoup plus les gens à domicile, c'est indéniable on l'a toujours fait c'est la politique à nous au niveau du village et au niveau de notre structure et d'ailleurs c'est pour ça qu'on a fait ça* »

## **b. Les réticences**

### ▪ **Réticences personnelles**

#### ➤ **Réticences financières**

L'aspect financier et les frais engendrés dans la construction de la MSP étaient un frein pour trois des infirmiers. INF 1 : « *Alors les réticences qu'il y a pu y avoir bien c'est surtout financier parce qu'en même temps il y a avait la construction du bâtiment.* » Par ailleurs, une infirmière évoquait le temps de travail non rémunéré.

INF 13 : « *C'est que moi il me semble que pour être, travailler dans une maison de santé, il faut quand même être motivée, quoi. Parce qu'il y a des réunions qui sont pas rémunérées* »

➤ **Lourdeur administrative**

Pour INF 2 la lourdeur et la complexité administrative étaient si importantes qu'elles étaient une raison suffisante à ne pas renouveler l'expérience en connaissance de cause. En évoquant la gestion administrative on sentait l'agacement de certains exprimée par les gestes.

INF 2 : « *C'est une gestion et c'est des frais. Donc nous on en avait pas et si je devais recommencer je le ferai ptet pas hein* »

➤ **Changement d'habitudes de travail**

Le changement d'habitude de travail, d'exercice isolé à un exercice pluri professionnel, pouvait être une réserve à intégrer une MSP.

INF 1 : « *Je pense que certains infirmiers libéraux sont encore... on va dire pas de la vieille école mais qui ont l'habitude de travailler de manière solitaire.* »

➤ **Manque de temps**

Une des craintes était d'être pris dans l'engrenage des réunions sans qu'il y ait de projet concret, dans un contexte de surcharge de travail. (INF 2, INF 10, INF 13)

INF 2 : « *La réunionnite on essaye d'éviter parce qu'on est tous blindés* »

➤ **Projet professionnel différent**

Travailler en MSP pouvait se révéler être plus une opportunité professionnelle qu'un réel objectif. Cela dépendait du projet professionnel de chacun.

INF 6 : « *Le domicile c'est pas quelque chose qui me déplaît mais je suis attiré pour le moment par autre chose.* »

▪ **Relations interprofessionnelles**

L'inquiétude sur les relations interprofessionnelles a également été évoquée. Travailler avec des professionnels qu'elle ne connaissait pas était une des craintes pour INF 3. « *On se trouvait avec des libéraux qu'on ne connaissait pas forcément, et on se demandait comment on allait arriver à travailler ensemble.* » Elle se demandait « *si il n'y allait pas avoir des rapports de force entre guillemets* ». Certains se demandaient également « *si on allait pouvoir s'exprimer* ». Une autre crainte était de se retrouver dans un système hiérarchique « *on redoutait un peu la hiérarchie médecins infirmière.*»

- **Aucune réticence**

Quatre infirmiers ont affirmé n'avoir eu aucune réticence quant à l'intégration d'une MSP ou PSP.  
(INF 5, INF 7, INF 11, INF 14)

INF 5 : « *Non, franchement à ce niveau-là j'avais aucune réticence parce que...* »

### c. Le recrutement

- **Intégration passive**

Pour trois infirmiers, il ne s'agissait pas d'un choix personnel, mais d'une décision de l'association pour laquelle ils travaillaient. (INF 3, INF 4, INF 5)

INF 3 : « *C'est un projet monté en commun et finalement c'est pas un choix de ma part puisque j'ai suivi l'association.* »

- **Constitution d'une équipe**

Dans plusieurs cas, les infirmiers et les médecins travaillaient déjà ensemble il s'agissait d'une continuité dans le travail d'équipe.

INF 2 : « *et le fait qu'on travaille tous en équipe depuis... pour la gestion je dirai des...des cas complexes, très complexes ou un peu moins complexes* »

Pour certains l'intégration s'est fait dès la phase de projet. Neuf ont été contacté par le ou les initiateurs du projet. Deux ont fait partie du groupe moteur à la création de la MSP.

Quatre infirmiers sur quatorze ont intégré la MSP ou le PSP déjà en fonctionnement. C'était un choix délibéré pour trois d'entre eux.

INF 13 : « *Mais en même temps, si ça avait été un cabinet à l'extérieur, je ne l'aurais pas fait.* »

Ce pouvait être simplement une opportunité de travail.

INF 6 : « *j'étais à la recherche d'un emploi.* »

- **Intégration forcée**

Un infirmier a fait apparaître qu'il n'avait pas vraiment eu le choix d'intégrer la MSP. Il déclarait avoir intégré la MSP « *pour aller dans le sens de de de la mission commune* » (INF 2)

INF 2 : « *Parce que...euh parce que... nous étions les seules sur le marché. Non j'exagère. (rires)* »

### ▪ **Recrutement pour ses compétences**

Un des modes de recrutement a été la reconnaissance des compétences d'une infirmière pour occuper un poste particulier. INF 14 : « *ils ont trouvé que je pouvais être la mieux placée pour faire tout ça. Ils m'ont proposé de faire infirmière ASALEE.* »

## **3. Place de l'infirmier dans le soin**

### **a. Son rôle auprès du patient**

#### ➤ **Rôle de maintien à domicile**

Trois infirmiers ont soulevé le fait que leur rôle en tant qu'infirmier libéral était de maintenir les patients au domicile. (INF 1, INF 2, INF 12) INF 12 : « *Du coup on maintient beaucoup plus les gens à domicile, c'est indéniable on l'a toujours fait* »

#### ➤ **Place de l'infirmier au domicile du patient**

Deux infirmiers ont insisté sur le fait que leur place était au domicile du patient, qu'il n'y avait pas ou peu de place pour les soins au cabinet. (INF 1, INF 2)

INF 2 : « *La gestion à domicile des cas dits lourds et complexes bah elle se fait à domicile pas dans un cabinet. Voilà.* »

#### ➤ **Pour se rapprocher des gens**

L'exercice au domicile permettrait de voir la personne dans sa globalité. Le choix d'exercer en libéral était pour se rapprocher des patients.

INF 13 : « *Pour me rapprocher, je voulais me rapprocher des gens.* »

#### ➤ **Disponible 24h sur 24 pour les patients**

Deux infirmiers insistaient sur le fait que la seule personne joignable à n'importe quel moment pour le patient était l'infirmière. (INF 2, INF 13)

INF 2 : « *Et c'est vrai que l'infirmière, la seule personne qui est corvéable sept jours sur sept, douze mois sur douze c'est l'infirmière* »

#### ➤ **Défenseur du patient**

Une infirmière se positionnait comme défenseur du patient.

INF 13 : « *Je défends mon bifteck, c'est à dire mes patients. (rires)* »

## **b. Rôle au sein du binôme infirmier-médecin**

### ▪ **Rôle autonome**

#### ➤ **Rôle indispensable**

Un infirmier a voulu souligner le rôle indispensable et irremplaçable des infirmières et la place qu'ils avaient auprès des médecins.

INF 2 : « *Et la place des infirmières et bah elle est indispensable elle peut pas être supprimée par des auxiliaires de vie formées en trois mois et ou des aides ménagères.* »

INF 2 : « *Ils ont bien compris les médecins que nous sommes facilitateurs, pour eux, ça ils ont bien compris.* »

#### ➤ **Infirmier nomade**

Deux infirmiers ont appuyé le fait qu'ils étaient des nomades du soin, et qu'ils n'envisageaient pas d'exercer autrement. (INF 1, INF 2)

INF 1 : « *Nous on est quand même beaucoup comme on dit des nomades. On fait beaucoup de domicile, on fait que ça. Ça fait deux ans qu'on est regroupé là-bas et qu'on a notre cabinet, j'ai dû faire deux soins en deux ans au sein du cabinet* »

#### ➤ **Donne son avis sur les prises en charge**

Dans les situations de soins palliatifs, les infirmiers avaient un rôle dans les décisions de prise en charge, allant contre l'acharnement thérapeutique.

INF 1 : « *Nous parfois on met des limites sur certaines prises en charge.* »

### ▪ **Dépendant des prescriptions**

Malgré tout, les infirmières libérales restaient dépendantes des ordonnances du médecin pour agir. Sans ordonnances elles n'avaient pas de rôle défini auprès du patient.

INF 10 : « *En libéral si on n'est pas prescrits on travaille à l'acte. Donc si on n'est pas prescrit, on ne fait en fait rien. Voilà. Alors on le fait hein, mais on n'est pas reconnu. Voilà.* »

### ▪ **Infirmier lien**

#### ➤ **Lien entre les différents professionnels de santé**

Il apparaissait que l'infirmier agissait comme lien entre les différents professionnels de santé, renforçant son caractère indispensable.

INF 2 : « *A domicile on est l'interface indispensable avec les généralistes.* »

➤ **Rôle d'identifier un problème et de le communiquer au médecin**

Un des rôles de l'infirmier qui ressortait était également celui d'identifier un problème au domicile du patient et de communiquer au médecin cette problématique.

INF 6 : « *Après nous notre rôle c'est quand même de se rendre compte s'il y a un souci un problème de contacter. 'Fin déjà de se rendre compte du souci de la problématique et ensuite de pouvoir faire remonter l'information.* »

▪ **La délégation de tâche**

La relation de confiance qui s'est installée au travers des années à travailler ensemble permettait une certaine flexibilité sur l'établissement d'ordonnances et une sorte de délégation de tâche.

INF 2 : « *C'est nous qui ...bien souvent les médecins, ils nous font confiance. Il y a une antériorité du travail depuis longtemps et souvent c'est nous. C'est même nous qui leur dictons les ordonnances parfois. Ouais (rires).* »

Certaines infirmières prenaient les devants notamment concernant les résultats d'INR, en accord avec le patient et le médecin. INF 2 : « *si c'est régulier c'est un par mois, si c'est pas régulier c'est soit nous soit les toubibs s'ils le voit passer... si... voilà qui réagissent.* »

### **c. Vision du soin**

▪ **Vision centrée sur son activité**

Il apparaît que certains infirmiers avaient comme principal objectif leur activité d'infirmier, et ils prêtaient peu d'importance au travail pluridisciplinaire. INF 2 : « *il y a eu à un moment une évaluation, et j'ai dit euh, j'ai répondu en disant trois directions : en numéro un mon activité d'infirmier, en numéro deux mon travail d'infirmier et en numéro trois mon activité d'infirmier. (rires) D'accord ?* »

▪ **Vision centrée patient**

➤ **Objectif : Amélioration de la qualité des soins**

La volonté d'apporter une amélioration dans la qualité des soins pouvait expliquer l'intégration dans une nouvelle structure de soins telle que les MSP ou PSP, apportant un renouveau dans la manière de prendre en charge les patients.

INF 13 : « *C'est soit on a envie d'avancer dans les soins. Moi je suis plutôt dans l'amélioration de la qualité des soins, alors qu'est-ce qu'on peut faire ?* »

Pouvoir évoquer certaines problématiques autour du patient en réunion, en dehors du terrain, apportait une réelle plus-value dans la qualité de prise en charge du patient.

INF 13 : « *On fait du bon travail que si on peut en discuter, que si on peut se poser autour d'une table. Discuter de patients.* »

➤ **Reconnaît l'importance de la coordination des soins**

La coordination des soins était perçue comme l'avenir des soins pour INF 14, qui a longtemps travaillé en étroite collaboration avec les médecins, en faisant parti d'essais cliniques. Elle a donc incité ses collègues à venir travailler dans le PSP. INF 14 : « *Moi j'ai une vision qui est complètement différente hein. Mais euh je leur ai expliqué qu'effectivement c'était l'avenir de travailler en coordination comme ça et tout.* »

▪ **Travail en équipe**

Pouvoir exercer son métier d'infirmier en adéquation avec ses valeurs était important pour INF 6. Il semblait avoir trouvé au sein du PSP tous les ingrédients : travail d'équipe, communication, relation humaines, travail en partie en autonomie. INF 6 : « *c'est quand même un travail en équipe quoi. Nous on travaille grâce aussi au médecin.* »

▪ **Prévention, éducation : Avenir des soins**

➤ **Éducation thérapeutique**

La MSP est un lieu où on peut d'avantage développer l'éducation thérapeutique, qui pour INF 11 semblait être l'avenir des soins.

INF 11 : « *Je vais prendre un exemple très parlant, un diabétique, on va pouvoir l'orienter notamment par exemple pour tout ce qui est ASALEE etcetera, arriver à faire beaucoup d'éducation thérapeutique. Ce qui ça aussi je pense sera l'avenir des soins. On fait beaucoup de, comment dire, de curatif, de palliatifs, et pas assez d'éducatif à mon goût.*»

➤ **Infirmier ASALEE**

Selon les infirmiers interrogés, quatre maisons ou pôle de santé comptaient dans leur équipe une ou plusieurs infirmières ASALEE (INF 11, INF 12, INF 13, INF 14). Une des infirmières interrogées exerçait elle-même à mi-temps comme infirmière ASALEE (INF 14). Une des maisons de santé avait pour projet de développer ce concept (INF 9) Les personnes interrogées étaient enthousiastes quant à ce

rôle. INF 13 : « *Donc là il y a un gain de temps de ce côté-là. Donc ça c'est bien. J'aime bien travailler comme ça, parce que ça évite au patient de revenir quoi.* »

## **4. Caractéristiques de la MSP/PSP**

### **a. Initiateur**

Pour tous les MSP ou PSP étudiés, un médecin était à l'origine du projet. Que ce soit seul ou avec un autre professionnel de santé.

### **b. Leader**

Deux infirmières ont souligné la nécessité d'avoir un leader dans la structure, pour organiser les réunions, pour avancer dans les projets. INF 9 : « *On a un leader manager, il fait tout (rires). Il faut un leader d'ailleurs dans une... sinon ça avance pas et ça capote, si il y a pas quelqu'un pour mener la troupe.* »

### **c. Coordinatrice**

#### **➤ Rôle important de la coordinatrice**

Dans six entretiens, on retrouvait la notion de coordinatrice. Cette coordinatrice semblait avoir une importance particulière dans l'organisation et la gestion des projets de la MSP. Elle organisait les réunions pluri professionnelles, rédigeait les protocoles de soins mis en place par les professionnels de santé. Il pouvait s'agir d'une infirmière coordinatrice, d'une kinésithérapeute faisant également rôle de coordinatrice, ou un agent administratif. (INF 2, INF 6, INF 9, INF 11, INF 13, INF 14)

INF 11 : « *Notamment E (prénom de la kiné de la MSP et coordinatrice) notre coordinatrice ou plutôt qu'on a croisé, qui est extraordinaire, qui fait un travail monstre. Et c'est aussi du coup pour ça que la maison de C marche aussi bien* »

#### **➤ Lien avec l'ARS**

La coordinatrice avait un rôle de lien avec l'ARS, faisant le compte –rendu de ce qui était fait en réunion pluri-disciplinaire au sein de la MSP. D'elle dépendait donc les subventions obtenues.

## d. Mode d'exercice

### ➤ Exercice regroupé

Cinq des infirmiers interrogés exerçait en pôle de santé pluri disciplinaire. Tous partageaient malgré cependant des locaux avec d'autres professionnels de santé faisant parti du pôle. Une infirmière faisait partie d'une maison de santé en cours de construction. Huit des infirmiers interrogés étaient en maison de santé.

### ➤ La permanence de soins divise

#### • Pas de place pour la permanence de soin

Deux infirmiers exerçant en MSP en milieu rural, affirmaient qu'il n'y avait pas de place pour la permanence de soins au cabinet. INF 1 : « *On n'a pas de... d'accueil. On n'a pas de plage horaire d'accueil. Je sais qu'il y a certains cabinets qui sont ouverts... qui font des permanences, nous ce n'est pas notre cas.* »

#### • Présence d'une permanence de soins

Sept infirmiers pratiquaient une permanence de soins au sein de la MSP ou PSP. (INF 3, INF 4, INF 5, INF 6, INF 7, INF 8, INF 9), ce qui était nouveau et ne semblait pas leur poser de problème. INF 9 : « *Par contre nous au niveau infirmier on fait des permanences qu'on faisait jamais.* »

### ➤ L'exercice au domicile

Pour les infirmiers interrogés exerçant en pluri disciplinaire, le travail au domicile du patient restait le mode d'exercice le plus important.

#### • Avantage pour le professionnel

Il ressortait que l'activité au domicile du patient était un confort pour le professionnel. Il gardait une liberté horaire que les rendez-vous ne permettaient pas. INF 1 : « *Ça nous laisse plus de liberté au niveau horaire.* »

#### • Avantage pour le patient

Les infirmiers voyaient aussi un avantage pour le patient également. INF 1 : « *J'trouve que le patient s'en ...en est satisfait puisqu'il est chez lui il peut faire d'autres choses* »

#### • Inutilité du local

Du fait d'une très faible activité au cabinet, le local avait très peu d'importance. Il occasionnait des charges inutiles, pouvant être à l'origine de conflits avec les autres professionnels de santé. (INF 1, INF 2, INF 7) Pour INF 2, qui a beaucoup insisté sur l'inutilité d'avoir un local au sein de la MSP, un certain agacement était palpable dans ces propos. INF 2 : *« nous le local il a une importance minime pour les 90 000 infirmières libérales de France. Le local c'est quoi c'est une présence tout à fait symbolique il n'y a quasiment plus de soins en cabinet tout se fait à domicile quasiment quoi hein. »*

➤ **Exercice libéral/Salarié**

L'exercice libéral était le plus représenté, cependant quatre infirmiers interrogés étaient salariés d'une association faisant partie du PSP.

➤ **Cabinet de groupe**

Les infirmiers exerçant en libéral exerçaient tous en cabinet de groupe.

➤ **Logiciel médical partagé**

Le logiciel médical partagé fait partie des critères pour obtenir des subventions de l'ARS.

Cinq MSP ou PSP étaient dotés d'un logiciel commun. Cependant tous les infirmiers ne l'utilisaient pas. Dans une MSP, il existait deux logiciels pour les infirmières, le logiciel partagé ainsi que leur logiciel propre pour la facturation. Dans d'autres cas, le gros investissement financier présentait un frein à l'achat d'un logiciel commun pour les infirmières.

INF 8 : *« au niveau des maisons de santé on a l'obligation d'avoir un logiciel commun en fait avec un dossier informatisé pour le patient qui soit accessible à tous les professionnels de santé qui en ont besoin »*

## **e. Statut juridique**

▪ **Création d'une SISA**

La création d'une SISA est nécessaire pour obtenir l'appellation MSP ou PSP. Cette SISA permet de recueillir les subventions de l'ARS. Toutes les MSP et PSP interrogés avaient donc créé une SISA mais les professionnels de santé de ces structures n'en faisaient pas tous partie. La SISA était vue comme quelque chose de compliqué. INF 2 : *« Très compliqué d'entrer dans la SISA, très compliqué de sortir de la SISA. »*

▪ **SCI et SCM**

Quatre infirmiers ont abordés l'existence d'une ou plusieurs SCI et SCM. Certains voyaient ces montages de société comme une complexité administrative en plus, pour d'autres il s'agissait de

simplifier la comptabilité. INF 8 : « *Voilà ça simplifiait les choses en fait au niveau de notre comptabilité.* »

- **Méconnaissance des statuts**

Certains infirmiers interrogés avaient peu de connaissance sur le statut juridique de la structure, témoignant d'un degré d'implication différent selon les personnes. INF 8 : « *c'était difficile d'aller à toutes les réunions. V. s'est beaucoup plus impliquée. Donc elle saura certainement mieux répondre à tout ce qui est question juridique* »

- **Association**

Dans l'organisation juridique, la création d'une association permettait de rassembler différents professionnels autour d'objectifs de coordination, d'amélioration de la qualité des soins, ou d'objectifs de santé publique. Dans certains cas cette association permettait le financement pour la participation aux congrès. (INF 3, INF 4, INF 5, INF 6, INF 10)

## f. Rémunération

- **Salaire**

Pour les professionnels exerçant dans un des pôles de santé, ils bénéficiaient d'un salaire fixe, non dépendant des NMR. Les NMR étaient versés par la SISA à l'association pour laquelle ils étaient salariés.

- **NMR**

L'évolution de l'organisation des soins en exercice regroupé a fait émerger des nouveaux modes de rémunérations pour ces équipes pluri-professionnelles. INF 7 : « *Ah les temps d'échanges oui sont rémunérés, je ne sais plus à combien c'est, je sais qu'il y a un tarif à l'heure ou à la demi-heure pour les infirmières, un tarif bien spécifique pour les médecins un peu plus, je ne sais plus trop à combien, mais c'est pas...* »

- **En fonction des présences aux réunions**

Les NMR reversées à chacun étaient fonction de leur participation aux réunions pluri-professionnelles pour quatre structures différentes. INF 9 : « *c'est en fonction des actions que chacun fait quoi. Donc euh on a des feuilles de présence quand on fait une réunion de concertation pluripro on note le nombre d'heures* »

➤ **Valorisation du temps de travail en dehors des soins grâce aux NMR**

Deux infirmiers soulignaient l'importance de ces NMR pour la reconnaissance du temps travaillé en dehors des soins. Cette rémunération paraissait plus symbolique que faisant une réelle différence de revenus. (INF 7, INF 11) INF 11 : « *Ça aussi c'est une richesse, parce que euh dans le milieu du soin on a souvent tendance à être plein de bonnes volonté, à faire beaucoup de choses, et pourtant on n'a pas forcément de retour* »

➤ **Pas de changements au niveau rémunération**

Pour plusieurs infirmiers, les NMR ne changeaient rien ou presque à leur rémunération propre, et il s'agissait d'ailleurs d'un problème soulevé par un des infirmiers. INF 9 : « *Euh rien... Non je saurai pas vous dire (rires). Alors ça les temps d'échanges, la rémunération c'est pas ça qui nous apporte grand-chose, et c'est payé l'année d'après. Donc on compte pas dessus.*

➤ **NMR pour financer des projets**

Dans certaines structures, les professionnels faisaient le choix d'utiliser les NMR pour financer les formations, le système d'informations partagées, la coordinatrice... INF 10 : « *Voilà en fait on a décidé que les NMR financeraient tout ce qui était formation, système d'information, et on a décidé que ce système financerait le système d'information pour tous* ».

## **g. Projets de santé**

▪ **Nombreux**

Les projets étaient nombreux et concernaient notamment des sujets de santé publique. L'éducation thérapeutique semblait prendre une place importante dans ces projets. INF 2 : « *Euh le... les professionnels de santé sont partis dans des tas de plans de santé : beaucoup trop, beaucoup trop ! Résultat maintenant la charge de travail est importante.* »

▪ **Méconnaissance des projets**

Certains infirmiers étaient peu impliqués dans les projets de santé ou ne connaissait pas les projets en cours, ceci pouvant être expliqué par leur recrutement récent. INF 6 : « *Euh non. Je crois pas, je sais pas. (rires) En fait je saurai pas vous dire. Mais il me semble pas.* »

▪ **Regroupements pluri-professionnels**

Le regroupement de professionnels de santé faisait émerger des projets de santé concernant tous les professionnels impliqués. INF 7 : « *C'est des choses individuellement dans notre coin on ne fera pas.*

*C'est parce qu'on fait partie d'un pôle santé, qu'il y a au départ une maison médicale. Elle est active notre maison, quand je compare aux autres. »*

- **Projets mono-professionnels**

Parfois les projets concernaient une seule profession. INF 8 : *« Alors je sais qu'au niveau par exemple... Alors je sais qu'au niveau de la sage-femme elle va organiser, avec une association, des réunions d'allaitement »*

- **Pas développés**

Dans une des maisons de santé venant d'ouvrir, les projets interdisciplinaires n'étaient pas encore développés. INF 8 : *« Interdisciplinaires, pour l'instant on n'a pas encore développé mis à part les réunions, on n'a pas encore trop développé. »*

## 5. Communication interprofessionnelle

### a. Temps d'échange

- **Synchrones**

La communication en temps réel était privilégiée. Plusieurs infirmiers déclaraient utiliser le téléphone ou se déplaçaient au cabinet du médecin pour communiquer directement des informations sur les patients. En effet, ce type de communication apportait une certitude de transmission du message notamment à caractère urgent. INF 6 : *« Après je pense que c'est un temps d'échange bénéfique donc c'est plutôt l'aspect de l'échange direct, avec un échange oral quoi »*

- **Asynchrones**

Dans la mesure où le message n'était pas urgent, l'information pouvait être délivrée de manière asynchrone via un cahier de liaison, mails... La traçabilité des données médicales était évoquée.

INF 6 : *« Après plutôt sur de la transmission généraliste j'aurai tendance à dire, nous on trace, dans nos dossiers de soins on a la traçabilité de tous les actes qu'on fait »*

- **Contacts Opportunistes**

Partager des locaux favorisait la possibilité d'échanger de manière informelle et contribuait à la création de liens interprofessionnels. Les contacts informels étaient valorisés. INF 7 : *« donc du coup on est amené à venir souvent à la maison médicale, à rencontrer un médecin qui passe dans le couloir si on a besoin de quelque chose, cela fait partie de la relation et c'est ça qui est important dans une maison médicale»*

Ces professionnels exerçant dans les mêmes locaux, et partageant la même salle de repos, la pause déjeuner devenait aussi un moment privilégié pour communiquer entre médecins et infirmiers, au sujet de patients ou autre. INF 5 : « *Et après euh il y a (sourires) des réunions informelles si on peut dire quand on partage le repas le midi* »

La pause café pouvait être également un moment d'échange entre médecins et infirmiers. INF 13 : « *Alors c'est vrai faut savoir que le matin, j'arrive tôt, les médecins ils arrivent tôt. Je vais toujours serrer la main au cabinet. Je trouve que ça fait du bien. Taper la bise. Voir comment ça va. Et puis des fois je glisse « tiens Mr un tel ... »* »

Certains infirmiers ressentaient le besoin de communiquer avec les médecins uniquement si un problème avec un patient se présentait. INF 6 : « *Depuis que je suis ici concrètement j'ai pas eu beaucoup de besoin de communiquer avec eux on va dire. C'est surtout dans le besoin.* »

#### ▪ **Contacts planifiés**

Il existait plusieurs contacts planifiés tels que les **RCP**, regroupant au minimum les infirmiers et les médecins, permettaient d'échanger autour des patients. Le sujet des réunions semblait être défini à l'avance. Ces réunions consistaient à présenter plusieurs patients qui posaient une problématique particulière. (INF 1, 8, 9, 10, 11, 13, 14) INF 1 : « *Depuis la maison de santé on fait quand même des réunions... des RCP. Donc là c'est surtout au sujet d'un patient qui pose problème donc on se réunit tous les professionnels qui ont à intervenir auprès de lui pour parler de ce patient et des problèmes éventuels à gérer* »

D'autres moments étaient planifiés pour les échanges comme les rencontres entre médecins et IDE autour d'un **café**, INF 13 : « *Et puis, on a aussi les cafés. Les premiers mardis de chaque mois, on se réunit infirmières-médecins où on parle de choses et d'autres.* ». Mais aussi les **assemblées générales** pour la gestion administrative de la structure, INF 7 : « *On a des réunions déjà par rapport à tout ce qui est bilan de l'année avec les charges, on fait une réunion à l'année je crois entre nous tous, pour faire un peu le point, pour voir s'il y a du matériel à changer.* »

Des réunions pouvaient être également organisées en fonction des besoins, à la demande de chacun. (INF 1, INF 7, INF 8, INF 9) INF 1 : « *C'est variable, ça dépend de nos patients. Euh si on... c'est souvent pour des patients quand même en fin de vie, vraiment des situations complexes* »

## **b. Modes de communications**

- **Orale**
- **Réunions**

Les quatorze infirmiers interrogés participaient de manière plus ou moins régulière aux réunions pluri disciplinaires. Ces réunions permettaient d'échanger sur les difficultés posées par la prise en charge de certains patients. Les principaux participants étaient les infirmiers et les médecins, les autres professionnels étant invités en fonction des problématiques abordées. Le rythme de ces réunions était variable en fonction des structures. INF 4 : « *Après au niveau du fonctionnement on a avec les médecins, on fait une réunion déjà une fois par mois, officielle, ou on discute justement des patients qu'on a en commun, des difficultés qu'on a, des difficultés qu'on rencontre avec eux.* »

Certains, du fait d'une charge de travail déjà très importante, essayaient d'éviter « *la réunionnite* » (INF 2)

Dans certaines MSP, des professionnels extérieurs étaient invités à participer aux réunions. « *Donc y'a des gens de l'extérieur, une diététicienne, des gens de l'extérieur qui viennent participer à certaines réunions en fonction des thèmes abordés.* » (INF 3)

Les réunions étaient l'occasion de dialoguer sur les points divergents. INF 5 : « *Ah bah on en discute (rires). On en discute bah d'ailleurs c'est souvent pour ça qu'on fait des réunions.* »

Les RCP permettaient de discuter de patients dont la prise en charge était problématique, et de chercher des solutions à plusieurs. INF 13 : « *Alors c'est vrai que des fois, quand c'est, quand on reste longtemps entre guillemets sans réunion, bah c'est... j'en ai besoin aussi parce que c'est un moment qui nous ai donné pour pouvoir parler de patients quand on a des soucis, quand on a des examens, bon on sait pas quoi on fait, ça traîne un peu, bon « et au fait, tiens qu'est-ce qu'on fait pour tel ou tel Mr? » Donc il y a un espace qui est dédié à cela quoi.* »

La diversité des professionnels de santé apportait en réunion une vision différente sur une situation, permettant d'enrichir les connaissances et d'améliorer les prises en charge. INF 8 : « *Et donc du coup on avait des réunions à beaucoup de professionnels donc ça permettait d'avoir un petit peu des interventions divers et variés des uns et des autres, sur certains thèmes, et donc avec des groupes de travail fin voilà, suivant qui travaillait sur quoi...* »

### ➤ **Téléphone**

Le téléphone était largement utilisé pour communiquer avec les médecins, pour plusieurs raisons :

La rapidité et la facilité d'utilisation du téléphone était appréciée. Sa fiabilité, comparée aux mails dépendant du réseau internet, pouvait expliquer sa large utilisation. INF 1 : « *Un texto, un coup de fil au moins on est sûr...* »

L'appel téléphonique était plutôt réservé pour les urgences. INF 7 : « *Téléphone, appel. Si c'est urgent on essaye d'appeler, si ça ne répond pas on laisse un, si on sait qu'elle est occupée on met un message sinon on envoie par mail.* »

Le téléphone était aussi utilisé pour communiquer avec ses collègues infirmiers. INF 6 : « *on le fait aussi mais entre nous, entre infirmiers. On envoie beaucoup de, on envoie des sms souvent. A part ça on n'utilise pas autre chose quoi.* »

Cependant des réticences à son utilisation ont été mises en avant. La peur de déranger était à l'origine d'une utilisation moindre du téléphone. INF 7 : « *je sais que j'allais déranger le médecin* » Le caractère intrusif de l'appel téléphonique nécessitait de respecter certaines règles de bienséance pour son utilisation. INF 13 : « *C'est rare quand je les appelle sur leur portable. C'est vraiment extrêmement rare. Le samedi en début d'après-midi quand tout le monde est parti, ou ça me fait flic de faire le 15 des fois.* »

#### ▪ **Communication écrite**

La communication écrite pouvait être électronique ou bien manuscrite.

##### ➤ **Mails**

Plusieurs **avantages** à l'utilisation du mail étaient retrouvés :

Pour plusieurs maisons ou pôle de santé, le mail était largement utilisé pour diffuser les convocations aux réunions mais également dans le cadre de la prise en charge du patient. Il était considéré pratique. INF 8 : « *Voilà donc on fonctionne beaucoup par mail, on s'envoie des mails de convocation aux réunions on va dire (rires) plus ou moins qui peut être là, on peut pas forcément toujours tous être là, mais on essaye dans la mesure du possible...* »

Un des points positifs retrouvé concernant le mail était son aspect moins dérangent que le téléphone. INF 8 : « *fin moi personnellement ça me paraît moins intrusif d'envoyer un mail.* »

Cependant il existait également des **inconvenients** à l'utilisation de messagerie électronique :

L'envoi de mail était bien sûr dépendant de la connexion internet, qui, dans certaines zones rurales, manquait. INF 12 : « *c'est moins facile pour nous. Parce que des fois on n'a pas toujours internet* »

Parfois les interlocuteurs pouvaient ne pas répondre aux sollicitations envoyées par mails. INF 10 : « *Si nous les mails on s'est rendu compte que c'est pas un bon moyen de communication. Personne répondait. Il fallait envoyer des sms.* »

Une infirmière a souligné l'absence de sécurité des données envoyées par mail compromettant le secret médical. INF 14 : « Bah par mail c'est pas sécurisé »

Le logiciel semblait être aussi un moyen de communication avec les médecins, utilisé par les infirmiers des quatre structures possédant un logiciel partagé. INF 12 : « soit on a un logiciel partagé et on s'envoie des post-it. C'est-à-dire des petits mails. Ça clignote, eux sur le cabinet soit ils peuvent répondre tout de suite si c'est urgent soit en général c'est pas urgent. »

### ➤ Logiciel commun

Les **points positifs** qui se dégageaient étaient :

Avoir accès au dossier médical du patient permettait aux infirmières d'avoir connaissance des antécédents du patient. En effet sans cet outil, elles étaient dépendantes des informations données par le patient souvent imprécises ou incomplètes, ou elles devaient demander aux médecins ces informations. INF 10 : « Donc là avec WEDA l'avantage c'est que on a... les médecins nous donnent accès. Eux choisissent de nous donner accès aux informations qu'ils ont eux. Déjà ça permet d'avoir tout ce qui est antécédent, traitement... »

Grâce aux informations centralisées dans le dossier partagé, les professionnels travaillant autour du patient pouvaient mieux suivre l'évolution de l'état de santé de celui-ci et **mieux coordonner** leurs soins. INF 10 : « Donc on est vraiment dans la dynamique du travail, du suivi quoi. On a vraiment un suivi et les infos circulent beaucoup plus facilement. »

Le logiciel partagé permettait de garder une trace et de partager les informations telles que les vaccins effectués, les données tensionnelles, le poids...Il permettait également de partager et de sauvegarder des photos dans le cadre du suivi d'une plaie. INF 13 : « Les vaccins de la grippe aussi. Tout ce qui est vaccins, pas que la grippe, tous les vaccins sur les dossiers des patients. »

Cependant plusieurs **points négatifs** ont été soulevés au sujet de ce logiciel d'informations partagées :

Le logiciel posait un problème de **coût**, trop élevé pour les infirmières. D'autre part, les logiciels communs pouvant être utilisés pour partager les dossiers patients ne semblaient pas adaptés à l'usage des infirmières. INF 3 : « Alors le problème ici c'est que on n'a pas de logiciel commun pour des raisons essentiellement de coût parce que le logiciel qui est utilisé par les médecins a un coût vraiment trop important pour nous. »

Les informations à tracer dans ce logiciel donnaient du **travail supplémentaire** aux infirmières, car elles avaient déjà à le noter dans leur logiciel propre. INF 4 : « *Alors pour nous ça faisait du travail en plus.* »

L'échec d'une expérience antérieure refroidissait un des infirmiers pour l'utilisation d'un logiciel commun. INF 2 : « *Et puis en plus on a vécu une expérience ici d'un outil informatique et ça a été un échec il y a quatre cinq ans là sur le plateau.* »

Les médecins n'ayant pas accès au logiciel pendant le weekend, il pouvait y avoir une perte de temps dans la transmission d'informations urgentes et dans la prise en charge du patient, par rapport à l'utilisation du téléphone, consultable même pendant le weekend. INF 2 : « *Le jour où vous devrez passer par un outil informatique généralisé, je suis pas certain que... il va le laisser à son cabinet hein. Euh moi je veux bien mais il faut être réactif* »

#### ➤ **Tablettes numériques**

Un des pôles de santé avait comme projet d'utiliser le dossier au chevet du patient grâce à l'utilisation de tablettes au domicile pour noter en direct les données sur le logiciel ; alors que pour une des maisons de santé ce système était déjà mis en place. INF 3 : « *Oui, on a notre logiciel de travail. Après donc on doit mettre en place un nouveau logiciel qui nous permettra d'avoir le dossier patient au chevet du patient, puisque les infirmières sont au chevet du patient. Et l'avoir en instantané sur le logiciel ici.* »

#### ➤ **Classeurs au domicile du patient**

Quatre infirmiers ont évoqué le classeur comme outil de communication avec les médecins et autres professionnels de santé intervenant au domicile du patient. Il s'agissait de dossiers de soins comportant différentes parties avec les ordonnances, résultats examens complémentaires... Avec l'accord du patient, ce dossier était consultable à domicile par tous les professionnels de santé.

INF 1 : « *Nous on a un cahier un classeur qu'on laisse chez eux. Soit certains médecins ils ont pris l'habitude ils écrivent dessus*

#### ➤ **Courrier**

Le courrier était utilisé pour communiquer avec les médecins ne faisant pas partie de la structure.

INF 3 : « *Par courrier pour tout ce qui est question administrative par rapport à la CPAM etcetera... Les renouvellements d'ordonnance etcetera...* »

➤ **Cahier**

Un système de communication écrite avait été mis en place à l'initiative d'un médecin, pour la traçabilité des informations échangées. Cependant ce système a été un échec. INF 4 : « *On avait mis en place un cahier ou... Oui c'est le Dr Y qui avait mis ça en place parce qu'apparemment toute communication entre nous doit être écrite.* »

➤ **Ordonnance**

Les ordonnances étaient vues également comme un outil de communication écrite. INF 6 : « *Donc il y a la communication écrite aussi, parce que nous on travaille avec les ordonnances, avec euh... oui avec les comptes rendus médicaux aussi, on arrive à en avoir* »

▪ **Par intermédiaire**

➤ **Transmission par les collègues :**

L'information pouvait passer par plusieurs intermédiaires avant d'arriver au bon destinataire INF 1 : « *Comme on est cinq, on se fait passer les informations* »

➤ **Secrétaire**

La secrétaire pouvait également servir d'intermédiaire INF 9 : « *Sinon tout ce qui est un peu, par la secrétaire aussi* »

▪ **Outil de communication SAED**

L'outil de communication SAED de l'HAS n'était pas connu des quatorze infirmiers interrogés. INF 9 : « *On connaît pas.* »

### **c. Sujets abordés entre médecins et infirmiers**

▪ **Les patients**

➤ **Cas complexes**

Il en ressortait, en toute logique, que les patients étaient au centre de la communication entre médecins et infirmiers. Les cas dits complexes étaient les sujets les plus abordés. INF 1 : « *Donc là c'est surtout au sujet d'un patient qui pose problème donc on se réunit tous les professionnels qui ont à intervenir auprès de lui pour parler de ce patient et des problèmes éventuels à gérer* »

### ➤ **Présentation de tous les patients**

Certaines réunions étaient l'occasion de présenter tous les patients suivis par les infirmières sans exception. INF 12 : « *Quelque fois on fait par exemple on a fait des réunions où un des groupements d'infirmiers a exposé tous ces patients problématiques ou pas, suivis par les médecins qui étaient présents et qui étaient là parce que c'est prévu à l'avance hein.* »

### ➤ **Ordonnance des patients**

Les réunions pluri disciplinaires pouvaient être aussi l'occasion d'analyser de longues ordonnances pour essayer de supprimer certains médicaments inutiles. INF 12 : « *Ça nous est arrivé aussi de prendre des ordonnances très complets, très longues avec une dizaine de médicaments voire plus et d'essayer de discuter avec les médecins avec nous pour voir ce qui pourrait être supprimé* »

#### ▪ **Réunions thématiques**

Les réunions pouvaient aussi le lieu d'échanges avec des professionnels en dehors de la structure dans le but d'améliorer le réseau et la prise en charge des patients. INF 12 : « *Bah on invite des professionnels. Des réunions, si on veut avoir des réunions... sur une orthoptiste, y a des assistantes sociales...* »

#### ▪ **Mise en place de protocoles**

La mise en place des protocoles étaient aussi un des sujets de communication entre médecins et infirmiers. Douze infirmiers sur quatorze avaient connaissance de l'existence d'au moins un protocole réalisé par les professionnels de la structure. Cependant il semblait qu'ils n'étaient pas tous utilisés. INF 9 : « *sauf que là ils sont au fond de nos ordinateurs (rires) ils ne sont pas vivants* »

Dans une MSP, aucun protocole n'était mis en place. INF 2 : « *On n'est pas trop organisé pour ça. C'est nous qui ...bien souvent les médecins, ils nous font confiance.* »

Les **points positifs** de ces protocoles étaient :

### ➤ **Gain de temps et efficacité**

INF 4 : « *on a adhéré tout de suite. On a vu que c'était bien efficace donc on ne les appelle pas sauf en cas de mauvais résultats* »

### ➤ **Sujets qui concernent plusieurs professionnels**

INF 10 : « *En fait on voulait quelque chose qui soit vraiment... qui concerne en fait toute l'équipe.* »

➤ **Elaborés pour obtenir les subventions**

INF 11 : « *On doit faire un nombre de protocoles pour avoir les subventions de la maison de santé.* »

Ils pouvaient être élaborés *sur ordonnance en fait* (INF 7), « *en général en groupe.* » (INF 12) ou bien « *élaborés par les médecins.* » INF 3

▪ **Fonctionnement de la MSP**

Tous les professionnels se réunissaient au moins une fois par an pour s'entretenir au sujet du « *fonctionnement de la maison de santé.* » (INF 1) D'autres réunions étaient spécifiquement dédiée au logiciel partagé. INF 9 : « *Après y a d'autres réunions qu'on fait pour le...par exemple pour le choix du logiciel on a vu plusieurs euh... on a vu WEDA et CHORUS* »

▪ **De choses et d'autres**

INF 8 : « *On s'est aussi fait des repas aussi pour parler d'autres choses que de la Maison de santé pour vraiment faire connaissance.* »

#### **d. Avec qui communiquer**

▪ **Les médecins et les aides-soignantes**

Il apparaissait clairement que le principal interlocuteur de l'infirmier était le médecin. Les infirmiers communiquaient également beaucoup entre eux notamment entre associés pour le fonctionnement de la SCM. Certains étaient également proche des SIAAD et échangeaient donc également avec les aides-soignantes. INF 6 : « *Moi j'ai eu des échanges uniquement avec les aides-soignantes et les médecins pour le moment, dans le centre de soins. Plus les infirmières donc mes collègues.* »

▪ **Les autres professionnels de la maison de santé**

La majorité des IDE avaient peu de contact avec les autres professionnels de santé en dehors des médecins. INF 4 : « *Avec les autres professionnels on n'a pas vraiment de contact.* »

▪ **Les hôpitaux**

➤ **En cas de problème**

Les relations avec l'hôpital étaient limitées pour la plupart. Il arrivait que l'infirmier communique par téléphone avec le service dans lequel le patient avait été hospitalisé pour avoir des nouvelles, ou bien pour des questionnements sur l'ordonnance de sortie. Le manque de coordination ville hôpital était soulevé. Pour avoir travaillé dans un autre pays, une des infirmières soulignait le manque de coordination ville-hôpital. INF 9 : « *ça change pas grand-chose les structures hospitalières euh.. Y a... y a pas d'échange (rires) ou alors c'est quand il y a des sorties d'hôpital qui se passent mal on les appelle en disant il manque ça il manque ci... (rires)* »

➤ **HAD**

Cependant plusieurs infirmiers ont précisé travailler beaucoup avec l'HAD. (INF 7 INF 8 INF 9 INF 13)

INF 13 : « *Surtout quand les patients sont en hospitalisation à domicile.* »

➤ **Rencontres ville hôpital**

Pour améliorer les transmissions d'informations entre ville et hôpital certaines infirmières ont participé à des réunions mettant en place des fiches de transmissions spécifiques. Mais celle-ci étaient très peu utilisées. (INF 8, INF9) INF 8 : « *En fait il y a avait des réunions via le café infirmier qui propose en fait des réunions entre infirmiers libéraux et c'était eux qui avaient conviés l'hôpital justement pour parler de cette problématique de transmission.* »

▪ **Les médecins en dehors de la MSP**

Les infirmiers étaient également en lien avec les médecins en dehors de la structure. Ils communiquaient essentiellement par courrier ou téléphone avec ceux-ci. Mais cette relation semblait moins satisfaisante que celle créée avec les médecins de la MSP ou du PSP (INF 4, INF 5, INF 7, INF 9, INF 10) INF 9 : « *Et puis avec les autres médecins on n'échange pas beaucoup quoi. Et par contre ça... je pense que ce sera plus facile maintenant d'échanger malgré tout avec les autres, moins d'appréhension dans le fait d'être dérangerant ou pouvoir dire aussi, donner notre avis quoi.* »

▪ **La population**

Une maison de santé a créé son site internet pour une meilleure visibilité des professionnels qui y exercent et la possibilité de prise de rendez-vous. INF 7 : « *Alors sur internet, on a fait un site pour la maison médicale, on a monté ça il y a un an ou un peu plus, donc vous allez sur le site de la maison médicale, vous pouvez prendre votre rendez-vous, vous choisissez votre médecin.* »

▪ **Les Infirmières en dehors de la MSP**

Entre infirmières de la structure et infirmières libérales en dehors, il existait très peu de contact (INF 8 INF 9 INF 10 INF 13). « *Un petit peu de jalousie*» (INF 13) pouvait être à l'origine du peu de relations.

▪ **Les pharmaciens**

Les pharmaciens étaient aussi des interlocuteurs importants pour les infirmiers (INF2, INF 10).

INF 10 : « *Les pharmaciens on les voit souvent*

- **Les assistantes sociales**

Des intervenants extérieurs étaient également sollicités pour partager leur champ de compétences.

INF 11 : « *Par exemple on a eu des assistantes sociales de G (ville voisine) qui étaient venues lors d'une réunion où justement on avait évoqué les cas complexes, qui permettait de donner une autre dimension encore à la prise en charge* »

## **e. Evolution de la communication**

- **Bonne communication antérieure**

Certains infirmiers travaillaient déjà en étroite collaboration avec les médecins qui se sont installés avec eux dans la MSP avant d'intégrer le projet (INF 1, INF 2, INF 12, INF 14) La plupart d'entre eux travaillaient en milieu rural. Pour eux la communication était déjà efficace, et l'installation en MSP n'a pas changé cet aspect-là. INF 1 : « *On avait déjà une bonne communication je trouve* »

- **Communication facilitée**

La communication entre infirmiers et médecins était facilitée depuis l'installation en MSP ou PSP. La proximité géographique et le fait de mieux connaître les médecins avait un effet positif sur les échanges concernant les patients. (INF 9, INF 6, INF 10, INF 7, INF 4, INF 14, INF 11).

INF 9 : « *Alors que maintenant c'est bien plus facile, je les trouve plus accessible [...]. Alors que là on se dit plus c'est rien quoi. On se dit « tiens on va lui dire au passage entre deux si besoin, ou alors un petit mail ou...On s'interpelle beaucoup plus sur des choses qui pouvait nous paraître un peu...* »

- **Discussions pluridisciplinaires**

Les échanges pluri disciplinaires ont marqué un changement au niveau communicationnel : chacun pouvait donner son avis au prisme de ses compétences. Cet échange de point de vue apportait une richesse dans la prise en charge des patients ou indirectement par la réalisation de protocoles de soins. (INF1, INF 8, INF 9, INF 11) INF 8 : « *Et donc du coup on avait des réunions à beaucoup de professionnels donc ça permettait d'avoir un petit peu des interventions divers et variés des uns et des autres* »

- **Participation des familles**

La création de ces réunions de concertation pluri disciplinaires a permis l'intégration des familles dans les discussions autour d'un patient notamment dans le cadre des fins de vies.

INF 1 : « *Et quelque fois on intègre aussi la famille. On a eu des femmes de patients qui sont venues aux RCP. Pour mieux comprendre et pour mieux...* »

## ▪ **Évolution des relations**

Une explication qui est ressortie pouvant expliquer l'amélioration de la communication entre médecins et infirmiers est l'évolution des relations en travaillant dans la même structure. Une relation de confiance se créait. Ces relations dépassaient parfois le cadre professionnel.

### ➤ **Apprendre à se connaître** (INF 4, INF 7, INF 8, INF 9, INF 10, INF 11)

INF 10 : « *Alors déjà on a appris à se connaître, parce qu'on se connaissait pas. Et ça ça a été vraiment chouette. Moi j'ai fait des belles rencontres, des gens que je connaissais pas du tout et ça a été vraiment super de se rencontrer. Et puis de pouvoir avoir ses temps d'échanges en fait entre.* »

### ➤ **Relation de confiance** (INF1, INF 8, INF 9, INF 12)

INF 8 : « *il y a une relation de confiance qui s'est établie, on se connaît on connaît les caractères des uns des autres on connaît notre manière de travailler et donc c'est vrai que c'est très précieux* »

### ➤ **Disparition de la crainte de déranger** (INF 9, INF 13)

INF 13 : « *Même quand je les dérange en cours de consultation, on ne m'a jamais dit « ne m'appelle plus pour ce genre de chose » ça se sont des choses que je n'ai pas entendu.* »

### ➤ **Relation extra professionnelles** (INF 8, INF 10, INF 14)

INF 10 : « *Et puis honnêtement on essaye de faire des choses autres. Tous ensembles. On se fait... allez on va manger un bout au resto ou on va se faire un billard on va... Fin on essaye de se faire des petites activités hors maison de santé. Voilà.* »

### ➤ **Pas de changements, voire même dégradation des relations** (INF 1, INF 2)

INF 2 : « *pfff c'est-à-dire la relation avec les médecins... c'est dur parce que avec les médecins globalement ça n'a pas changé grand-chose hein. Avec l'initiateur du projet heu... qui ont beaucoup investi mais qui investissent moins dans leur activité propre, on leur a dit ce qu'on pensait hein* »

## ▪ **Intervention des nouvelles technologies**

L'intervention des nouvelles technologies a fait évoluer également la communication entre médecin et infirmiers en facilitant la transmission de messages :

### ➤ **Utilisation du logiciel commun pour partager des données**

Le logiciel commun était vu comme un outil améliorant la communication infirmier-médecin. (INF 10, INF 11, INF 12, INF 13, INF 14)

INF 11 : « on est beaucoup plus à même d'avoir des échanges facilités en étant à côté, et aussi par le logiciel. Parce que du coup on peut envoyer des post-it, des messages etcetera et du coup bah ça facilite les interactions entre les différentes personnes. »

➤ **Perspective positive d'un dossier informatisé au domicile du patient**

Le dossier partagé au domicile du patient était déjà en place pour certain mais non fonctionnel du fait d'un problème de réseau internet au domicile du patient. Cependant ce projet était d'actualité dans d'autres MSP ou PSP afin d'améliorer l'accès aux informations et partager en direct ces observations. (INF 3, INF 6, INF 11, INF 12, INF 14)

INF 6 : « Des idées d'améliorations aussi, j'ai entendu qu'ils pensaient mettre en place une tablette sur nos tournées. L'infirmier emmènerait avec lui pour pouvoir être informatisé le patient... le dossier patient. Donc ça...à voir ce que ça donne. Ça peut être intéressant je pense. Dans la communication. C'est vrai que c'est une bonne idée en plus ! »

▪ **Disparition de l'organisation hiérarchique**

La représentation du médecin roi était encore présente pour certain. (INF 2) Cependant la tendance générale allait plutôt dans le sens d'un lissage de la vision hiérarchique du tandem médecin infirmier. Chacun apportait ses compétences sans crainte de déranger l'autre dans le but commun d'améliorer la prise en charge du patient. Cette disparition de l'organisation hiérarchique facilitait la communication (INF 10, INF 11, INF 13)

INF 10 : « Donc le fait de se voir c'est déjà bien et puis disons qu'avant c'était les médecins, les infirmières, et les médecins étaient au-dessus. Alors que là on voit vraiment que c'est un lissage en fait. On travaille ensemble. C'est plus « oui le docteur a dit à l'infirmière de faire ». Non c'est « ok, on travaille ensemble autour d'un projet » ».

## **f. Ce qui favorise une bonne communication**

▪ **Facteurs humains**

➤ **Individuels**

- **La disponibilité des médecins**

La disponibilité des interlocuteurs favorisait une bonne communication. (INF 1, INF 2, INF 7, INF 10, INF 11)

INF 11 : « Euh après moi je trouve que les médecins sont extrêmement disponibles. Euh bon après je pense que c'était le cas aussi avant, parce qu'on change pas de personnalité parce qu'on est dans des murs différents mais, comment dire, ça favorise. Le lien est plus favorisé. »

**- La liberté d'expression**

Pouvoir donner son avis était un facteur favorisant la communication. Cette liberté d'expression était lié à la disparition de la crainte d'être mal jugé et de déranger, et la disparition du système hiérarchique (INF 1, INF 8, INF 10, INF 11, INF 13)

**- Personnalités et motivations de chacun INF 11, INF 13**

INF 11 : « Après c'est ce que je disais au début, ici on a la chance d'avoir 5 médecins qui sont vraiment très avenants, très ouverts, donc c'est sûr que ça peut que marcher. J pense que si la moitié des médecins étaient invivables ou à qui on...avec qui on peut pas discuter, ça serait beaucoup plus compliqué. »

INF 11 : « Mais euh mais donc voilà je dirai que ouais beaucoup de volonté, beaucoup de motivation et aussi ne pas avoir peur de passer beaucoup de temps. »

**- Absence de jugement**

INF 10 : « Et vue qu'on est dans l'obligation de travailler ensemble du coup tout le monde met du sien pour que ça se passe bien. Et voilà on n'est pas dans le jugement en fait. »

➤ **Relation interprofessionnelle**

**- La relation de confiance**

La relation de confiance qui s'était créée encourageait une meilleure communication (INF1, INF 8, INF 9, INF 12)

INF 12 : « Je crois que ça créé une confiance entre professionnels ça c'est sûr. Et du coup si on appelle on va pas appeler pour lui dire...voilà. Ils savent que si on dit au médecin « faut que tu passes aujourd'hui dans l'après-midi » y'a pas de problèmes il passera. »

**- Communication synchrone ou directe**

La communication directe, face à face était valorisée. (INF 1, INF 3, INF 10, INF 13)

INF 1 : « Rien de tel qu'une discussion face à face ou par téléphone je pense que c'est important aussi. »

### **- Importance de se connaître**

Le fait de se connaître favorisait la communication et la confiance et influait sur la réactivité de l'interlocuteur à répondre à certaines demandes. (INF 1, INF 5, INF 7, INF 10, INF 14)

INF 14 : « *maintenant quand ils disent « bah c'est un tel » ils répondent tout de suite et ils s'en occupent tout de suite alors que voilà peut-être que si c'est l'infirmière qu'on connaît pas et qui appelle pour euh... bah donner lui l'ordonnance et puis voilà. J'veux dire on n'a pas les même relations...»*

### **- La reconnaissance**

Les infirmières se sentaient reconnues pour leur travail, les médecins écoutaient leur analyse de la situation d'un patient. (INF 1, 8, INF 9, INF 10)

INF 9 : « *Alors que là c'est... bien sûr qu'ils sont prescripteurs mais y a plus d'échanges, on a l'impression qu'on d'être plus écoutés entendus et inversement on reçoit plus de... on comprend mieux ce qui est demandé au patient les prescriptions. Je pense que c'est tout bénéf pour tout le monde et surtout pour le patient du coup. Voilà. »*

#### **▪ Facteurs culturels**

##### **➤ Projet commun (INF 8, INF 9, INF10, INF 12)**

Avoir un projet commun aidait à renforcer les liens.

INF 8 : « *qu'on ait pris le temps de faire connaissance, et d'avoir un projet commun et d'être impliqués personnellement, ça a je trouve beaucoup resserré les liens en fait entre nous. »*

Avoir un objectif commun était essentiel pour monter une MSP. INF 10 allait plus loin en disant que « *la principale chose ce soit vraiment de mettre le patient au centre des soins »*

##### **➤ Disparition de la hiérarchie**

Travailler sur un pied d'égalité, en oubliant la représentation hiérarchique, facilitait les interactions. (INF 2, INF 10, INF 11, INF 13)

INF 11 : « *Alors qu'en libéral j'pense qu'il y a, vu qu'il y a pas de hiérarchie, hum, c'est beaucoup moins hiérarchisé. C'est-à-dire, vous êtes presc...je dis vous hein, je parle le corps médical est prescripteur, et nous on va être exécutant, mais y a pas ce...de donneur d'ordres en fait, comparé à l'hôpital. C'est d'un côté aussi ce qui facilite les interactions.»*

➤ **Leadership**

La présence d'un leader était indispensable pour INF 9, 11. INF 9 : « [...]c'est tout Z qui gère (rires). On a un leader manager, il fait tout (rires). Il faut un leader d'ailleurs dans une... sinon ça avance pas et ça capote, si il y a pas quelqu'un pour mener la troupe. »

➤ **Culture de groupe (INF 11, 13)**

INF 11 : « Pour ça que je disais au début, sans bonne volonté, une maison de santé j' pense que c'est voué à l'échec. Il faut que ce soit fait par des gens qui soient motivés à travailler ensemble sinon ça peut pas fonctionner. »

▪ **Facteurs matériels**

➤ **Proximité géographique**

Le fait de partager des locaux facilitait la communication (INF 3 ; INF 6, INF 7)

INF 3 : « Du fait qu'on travaille tous en collaboration et en coordination et que peut être la proximité fait que la communication est facilitée...ça va être plus facile au déjeuner de poser une question ou de donner une info que d'aller prendre le téléphone spécifiquement pour dire à un médecin de l'extérieur voilà ce qui se passe. »

➤ **Logiciel commun**

L'utilisation du logiciel commun permettait une meilleure accessibilité aux données du patient pour les infirmiers. INF 8 : « on pourrait avoir les antécédents du patient, l'historique... ». Il permettait également d'utiliser une messagerie instantanée. INF 11 : « on peut envoyer des post-it, des messages etcetera et du coup bah ça facilite les interactions entre les différentes personnes. »

## **g. Ce qui freine la communication**

▪ **Facteurs humains**

➤ **Ne pas connaître les interlocuteurs**

Les infirmiers avaient plus de réticences à communiquer avec les médecins qu'ils ne connaissaient pas. (INF 3, INF 8, INF 9)

INF 3 : « Les relations étaient beaucoup moins proches et moins facile aussi. Puisqu' on s'en rend compte parce que travaille aussi avec les autres médecins qui ne sont pas dans le pôle de santé. On se rend compte que c'est moins facile, que c'est moins proche, que c'est ... »

➤ **Manque de disponibilité des professionnels**

Une infirmière a déclaré ne pas être assez disponible. Elle sentait que cela pouvait jouer sur la communication professionnelle avec les médecins.

INF 8 : « *Voilà c'est moi personnellement ma communication est peut-être pas au top mais plus par manque de temps personnel en fait qu'autre chose voilà* »

➤ **Crainte d'être mal jugé**

La crainte d'être mal jugé a aussi été évoquée et pouvait être un obstacle à la communication.

INF 13 : « *Il y a toujours la peur d'être mal jugée.* »

➤ **Relation de confiance rompue**

Un infirmier déclarait ressentir une rupture de confiance depuis la création du projet de maison de santé. Cette rupture de confiance pouvait être liée au fait de ne pas se sentir compris (INF 2 : « *les médecins il faut bien qu'ils comprennent notre fonctionnement* »), et se sentir sacrifié sur le plan financier (INF 2 : « *je dis attention les infirmières elles sont les sacrifiées du système sur le plan financier* »).

INF 2 : « *Parce que la première chose pour travailler en équipe, euh c'est la confiance bah là sur le projet de maison de santé en tout cas entre les infirmiers et l'initiateur du projet elle est lézardée c'est clair.* »

▪ **Facteurs culturels**

➤ **Représentations des médecins**

Les représentations négatives des médecins étaient également des freins à la communication entre infirmiers et médecins. Les médecins étaient perçus comme :

- **Prescripteurs** (INF 6, INF 9)

INF 9 : « *Bah c'était des prescripteurs, ils prescrivaient, ils, un peu.... J'allais dire inaccessibles* »

- **Inaccessibles** (INF 4, INF 5)

INF 5 : « *c'était compliqué de les aborder euh, c'était compliqué de les aborder et même euh (rires) de les avoir auprès de nous* »

De plus l'utilisation du mot « ordre » en Suisse, signifiant « prescription », imageait l'autorité du médecin sur les IDE :

## - Autorité du médecin

INF 13 : « *La grosse différence c'est qu'en France, on parle de prescriptions médicales, en Suisse, on parle des ordres.* »

### ➤ Hiérarchisation

Le modèle hospitalier et son organisation hiérarchique était ancré dans les représentations. Ce qui desservait la communication.

INF 2 : « *Bah oui mais euh ça nous remet en tête ce système que les médecins sont dominants et que nous on est dominés* »

## ▪ Facteurs matériels

### ➤ Trouver un logiciel commun adapté à l'exercice des infirmières

Le logiciel commun ne semblait pas adapté à la spécificité de facturation des infirmières et des autres professions paramédicales, ce qui freinait son utilisation. (INF 8, INF 11, INF 12)

INF 8 : « *Donc trouver quelque chose qui convienne à tout le monde c'est un petit peu compliqué. De toute façon les éditeurs de logiciels sont en train de bosser à fond là-dessus parce qu'ils savent que c'est l'avenir.* »

### ➤ Manque d'investissement de certains infirmiers concernant le logiciel

Par ailleurs, certains infirmiers ne souhaitaient pas s'investir dans l'utilisation d'un nouveau logiciel. (INF 11, INF 12)

INF 11 : « *Tu vois moi j'ai une de mes collègues de mon cabinet, elle est pas très réceptive au logiciel etcetera, et je trouve ça dommage. Bon j'peux comprendre elle est en fin de carrière, elle a pas envie de s'embêter mais je trouve ça dommage.* »

### ➤ Echec de mise en place d'un outil informatique partagé

INF 2 : « *Et puis en plus on a vécu une expérience ici d'un outil informatique et ça a été un échec il y a quatre cinq ans là sur le plateau. Ça a été un échec parce que ça passait par les télévisions. Ça coûtait fort cher, ça a été très mal mené, donc on est resté sur un échec sur un outil informatique mal ficelé il y a de ça quelques années.* »

### ➤ Nombre trop important de professionnel

Le nombre important de professionnel au cours des réunions compliquait la communication.

INF 9 : « *On est déjà nombreux, le pôle ça faisait plus de 80 professionnels, c'était pas... c'était pas,*

*j'allai dire pas gérable, bien compliqué par rapport au nombre de professionnels pour les réunions quand on vient à 80 c'est compliqué (rires) pour la coordinatrice c'était pas simple. »*

## 6. Evolutions des pratiques

### a. Etat des lieux avant l'intégration en MSP/PSP

#### ▪ **Communication**

##### ➤ **Bonne communication antérieure**

Pour trois professionnels exerçant en milieu rural, la communication leur semblait déjà efficace. Les infirmiers et les médecins se connaissaient déjà. Ils considéraient être efficaces dans la gestion des problèmes. (INF 1, INF 3, INF 12)

INF 12 : *« Nous on échangeait déjà pas mal, c'est ce que je vous disais. D'abord on est une petite structure. On est en milieu rural donc ça change bien la donne »*

##### ➤ **Communication peu efficace**

- Perte de temps

La prise en charge du patient n'était pas considérée comme efficace, une insatisfaction en découlait.

INF 8 : *« Mais c'est vrai que j'avais le sentiment d'une perte de temps et d'efficacité du coup dans la prise en charge du patient. Je trouve que pour les patients c'est bien aussi qu'on se connaisse parce qu'ils savent qu'on croise »*

- Peu de communication

Les infirmiers et les médecins échangeaient uniquement en cas de problèmes concernant les patients, ils évitaient même de se croiser au domicile pour ne pas se gêner.

INF 9 : *« On en n'avait pas de communication avant si ce n'est un coup de fil de temps en temps quand y avait des gros... Fallait que, en tout cas pour moi, fallait qu'il y ait des gros soucis quoi. »*

Le peu d'échanges entre médecins et infirmiers venait de la **crainte de déranger** le médecin. (INF 9, INF 10)

INF 9 : *« Alors que maintenant c'est bien plus facile, je les trouve plus accessible, on ose plus entre guillemets déranger parce qu'avant on avait un peu peur de déranger en fait »*

- **Relations interprofessionnelles**

- **L'infirmière applique des prescriptions**

Le rôle de l'infirmière et la relation entre médecin et infirmier étaient basés sur l'application des prescriptions des médecins. Le terme utilisé en Suisse sous-entendait une relation hiérarchique subordonnée de l'infirmière : les ordres correspondaient aux prescriptions.

INF 13 : « *J'ai travaillé 23 ans en Suisse. Qu'est-ce que... pour moi il n'y a pas tellement de différence. La grosse différence c'est qu'en France, on parle de prescriptions médicales, en Suisse, on parle des ordres. Ouais. Donc des fois ça peut un peu choquer. Mais c'est tellement, après, rentré dans les mœurs « est-ce que tu as fait les ordres ? » »*

- **Association pluri-professionnelle**

Deux infirmiers avaient une expérience antérieure au sein d'associations pluri-professionnelles

INF 12 : « *Depuis toujours. Ça fait 20ans. Donc au début, avant de commencer le pôle de santé on avait créé une association qui s'appelait E Santé et déjà on faisait du portage de repas à domicile. Donc on était déjà à l'époque très impliqué sur le fait de se regrouper de travailler entre professionnels »*

- **Modes d'exercices**

- **Exercice libéral de groupe**

Huit infirmiers avaient exercé en libéral en cabinet de groupe avant l'installation en MSP/PSP.

- **Exercice rural**

Trois infirmiers exerçaient en milieu rural avant la création des MSP (INF 1, INF 2, INF 12)

INF 1 : « *Avant nous avions notre cabinet au centre du village donc là on a regroupé notre cabinet au sein de la maison de santé »*

- **Exercice au domicile du patient**

L'exercice était exclusivement au domicile du patient.

INF 1 : « *On fait beaucoup de domicile, on fait que ça. »*

- **Expériences professionnelles**

- **Expérience antérieure d'exercice au domicile**

Onze infirmiers avaient une expérience du domicile avant l'entrée en MSP.

➤ **Expérience hospitalière**

Sept infirmiers avaient une expérience hospitalière et une en clinique privée.

INF 2 : « *J'ai exercé pendant 8 ans en réanimation médicale* »

➤ **Expérience dans les réseaux de soins**

Un infirmier avait « *une antériorité dans les dans les... réseaux de soins* » monothématiques. (INF 2)

➤ **Pas d'expérience professionnelle antérieure**

Un infirmier était tout juste diplômé. Il craignait de ne pas avoir assez de recul sur son expérience en MSP. « *j'aurai pas beaucoup de recul sur toutes vos questions.* » (INF 6)

➤ **Diplômes spécialisés**

Une infirmière avait signalé l'obtention d'un diplôme spécialisé.

INF 13 : « *Je me suis spécialisée en plaies, en cicatrisation.* »

➤ **Infirmière d'essai clinique**

Une infirmière avait la particularité d'avoir participé à des essais cliniques avant d'intégrer le PSP.

INF 14 : « *j'ai fait ce qu'on appelait à l'époque comme métier du study-nurse, c'est-à-dire j'étais infirmière d'essai clinique.* »

## **b. Pas de changements**

▪ ***Dans leur activité***

Pour certains, faire partie d'une MSP n'a pas changé leurs pratiques professionnelles. (INF 1, INF 2, INF 9) INF 1 : « *ça a pas beaucoup changé les choses dans notre travail quotidien* »

Un infirmier disait même qu'il n'y avait pas d'avantages pour lui à s'être installé en MSP, et même que cela avait engendré des frais supplémentaires. INF 2 : « *On y est on y reste mais y a...si je devais faire un bilan maintenant de euh.... L'apport pour nous d'être dans une maison de santé (silence) Zéro. Zéro et au contraire c'est des dépenses en plus euh on travaillait avant ensemble* »

▪ ***Dans la communication***

La communication avec les médecins était déjà satisfaisante pour INF 1 et INF 2 avant de s'installer en MSP, il n'y a donc pas eu de changements non plus de ce point de vue. INF 1 : « *Donc ça on l'avait*

*pas avant ça a été intégré mais disons que on arrivait quand même à communiquer au sujet des patients, à gérer les problèmes... »*

- **Rémunération**

De manière générale il n'y a pas eu de changement au niveau de la rémunération des infirmiers. La somme, venant des NMR, qui leur était versée ne faisait pas de grande différence. (INF 1, INF 2, INF 3, INF 4, INF 7, INF 9, INF 13) INF 2 : « *Aucune incidence* »

- **Pour le patient**

Pour INF 1 et INF 2, la MSP n'a rien apporté dans la prise en charge des patients.

- **Reste libre de choisir un cabinet infirmier en dehors de la MSP**

INF 1 : « *Le patient a libre choix du professionnel. Pareil le pharmacien, on a beau être dans le même bâtiment, bah il donne les deux cartes après les gens se tournent vers qui ils veulent. Ce qui est...bah normal.* »

- **Pas de modification de la prise en charge des patients**

INF 1 : « *Mis à part ces RCP qui ont été mises en place depuis, euh il n'y a pas eu de grosses modifications* »

### **c. Evolution positive**

Dans la plupart des cas, le travail en MSP était vécu comme révolutionnaire. (INF 7 : « *Cela a révolutionné, moi je vois je fais du libéral depuis très longtemps* »)

Plusieurs points positifs ont été relevés :

- **Pour le patient**

- **Autonomisation du patient**

L'exercice coordonné centré sur la prévention, donnait plus d'autonomie au patient. INF 11 : « *Et du coup bah ça permet de rendre les gens beaucoup plus autonome, de sensibiliser un petit peu plus* »

- **Cohérence des professionnels de santé dans la prise en charge du patient**

Pour INF 6, INF 9 et INF 11, il existait une plus grande cohérence dans la prise en charge du patient entre les différents professionnels de santé, et par conséquent une meilleure adhésion du patient à ces messages communs.

INF 11 : « *Mais je trouve qu'effectivement, toujours dans cette idée de donner un message commun, on arrive à faire mieux les choses, et les messages passent mieux* »

➤ **Rassure le patient**

Quatre infirmières ont évoqué le caractère rassurant pour les patients de savoir que leur médecins et leur infirmier communiquaient (INF 7, INF 8, INF 9, INF 12)

INF 8 : « *ça rassurait certains patients de savoir qu'on était en relation les uns les autres, qu'on se connaissait, et qu'on pouvait éventuellement faire le lien de choses de demandes etcetera* »

➤ **Meilleure prise en charge du patient**

Cinq infirmiers ont évoqué une meilleure prise en charge du patient du fait d'une amélioration de la qualité des soins apportés. (INF 3, INF 11, INF 14, INF 7, INF 8)

INF 14 : « *Après il y a la qualité justement, il y a une histoire de qualité qu'on apporte au domicile du patient. Et ça c'est indéniable. Une qualité de soins et une qualité de vie et justement une prise en charge* »

➤ **Prise en charge globale du patient**

Quatre infirmières déclaraient que la prise en charge du patient était plus globale en MSP. (INF 5, INF 7, INF 8, INF 9, INF 10). INF 10 : « *Alors que là c'est vraiment le patient dans sa globalité.* »

➤ **Patient au centre de son projet de soins**

Cinq infirmiers ont utilisé les termes de « centre », « centrale », ou « milieu » pour désigner la place du patient dans son projet de soins. Les professionnels eux gravitaient autour du patient. Ils indiquaient qu'il s'agissait d'un changement, d'une redéfinition des places grâce au travail en MSP ou PSP

(INF 6, INF 9, INF10, INF 11, INF 12) INF 10 : « *Alors que là maintenant il y a le patient et nous on est tout autour. Voilà on est tout atour du patient.* »

➤ **Pour le patient atteint de pathologie chronique**

Le travail pluri disciplinaire bénéficiait aux patients chroniques selon INF 9.

➤ **Confort pour le patient**

Certains infirmiers voyaient dans ce mode de fonctionnement un avantage pour le patient, qui se déplaçait moins inutilement. (INF 4, INF 5, INF 8)

INF 4 : « Ah oui oui ils sont positifs oui ! Bah ça évite qu'ils se déplacent, qu'ils prennent rendez-vous d'aller voir encore le médecin. C'est assez rapide. »

- **Pour les infirmiers**

- **Réactivité et dynamisme**

Un des bénéfices à travailler en MSP perçu par certains infirmiers, se trouvait dans la réactivité face à une situation. Les infirmiers avaient le sentiment de moins perdre de temps dans le parcours de soin. Ce sentiment était associé à un sentiment d'efficacité. (INF 4, INF 8, INF 11, INF 12, INF 14)

INF 12 : « Euh...On est plus réactifs. Ça c'est sûr. On est plus réactif. »

- **Aspects positifs du regroupement géographique**

Le regroupement géographique permettait d'une part de sortir de l'exercice isolé, mais permettait également de mieux connaître les médecins et autres professionnels avec qui les infirmiers travaillaient. (INF 1, INF 9)

INF 1 : « Et on se sentait un petit peu isolé là où on était. [...] C'était géographique »

- **Meilleures conditions de travail**

Quatre infirmiers voyaient leurs conditions de travail évoluer de manière positive. L'exercice en MSP leur apportait un confort professionnel (INF 6, INF 7, INF 8, INF 11)

INF 6 : « Bah je pense que c'est un confort de travailler en pôle de santé. Parce qu'il y a quand même ce sentiment d'être moins isolé professionnellement quoi. Il y a plus de possibilités en tout cas de... d'échanger entre professionnels donc ça c'est un confort. On est moins seul. »

- **Accès à des formations professionnelles**

L'exercice en MSP a permis l'accès à des formations pour plusieurs infirmiers. Cela permettait aux professionnels de partager sur les connaissances acquises. (INF 1, INF 8, INF 12)

INF 8 : « ouais je trouve que c'est super enrichissant au niveau des pratiques, on a vite fait de dire bah voilà j'ai fait une formation, on se fait tous des formations au niveau de la formation professionnelle continue donc on peut apporter des expériences diverses, voilà des nouvelles technologies, des choses comme ça, on a vite fait de partager ensemble. »

- **Rassurant d'avoir un avis médical rapide** (INF 4, INF 11)

INF 4 : « c'est très réconfortant de savoir que on a des médecins sous la main et qu'en cas de problème on a toujours une petite solution »

➤ **Aspect financier**

Certains y voyaient également un avantage sur le plan financier, en expliquant que les professionnels pouvaient s'adresser les patients entre eux. Par exemple la sage-femme pouvait leur adresser des patientes et inversement. (INF 5, INF 11)

INF 11 : « *c'est vraiment gagnant-gagnant. Je vois pas de... d'aspect négatif à ce travail-là* »

➤ **Épanouissement professionnel**

Quatre infirmiers ont utilisé le terme « enrichissant » ou « richesse » pour qualifier leur travail en MSP/PSP. (INF 3, INF 8, INF 9, INF 10) Le travail pluri disciplinaire était considéré comme intéressant. La dynamique de travail qui existait dans la maison de santé avait même redonné une

INF 8 : « *y'a une richesse de points de vue en fait, et du coup ouais je trouve que c'est super enrichissant au niveau des pratiques* »

➤ **Vers une nouvelle organisation des soins primaires**

Deux infirmières ressentait que l'on se dirigeait vers une évolution des soins primaires. (INF 7, INF 10) INF 10 : « *On va, on va vers euh une nouvelle vision de nos métiers en tout cas. Et de prise en charge au niveau des soins primaires, ça change totalement notre façon de travailler.* »

➤ **Permanence de soins**

L'organisation du travail était modifiée depuis l'installation en MSP pour trois infirmiers avec la mise en place de permanence de soins au sein de la structure. (INF 8, INF 9, INF 13)

INF 9 : « *Par contre nous au niveau infirmier on fait des permanences qu'on faisait jamais.* »

➤ **Locaux aux normes**

Pour INF 8, intégrer une MSP permettait de répondre aux normes d'accessibilité en faisant construire un bâtiment selon ces normes. INF 8 : « *C'est vrai que c'était aussi un avantage par rapport à ça.* »

➤ **Partage des responsabilités**

Une infirmière s'est appuyée sur un cas concret pour montrer le caractère pluri disciplinaire des décisions prises concernant les patients. Cette prise de décision commune permettait de partager les responsabilités. INF 13 : « *Sauf que cette dame-là, elle a fait un AVC. Maintenant elle est hémiplégique. Et qu'on a perdu la patiente et puis qu'elle est en maison de retraite. Donc pour moi c'est un échec. J'en ai parlé aux médecins, ça ne leur pose pas de problème* »

- **Pour le tandem médecin-infirmier**

- **Evolution positive de la communication avec les médecins**

Pour INF 3, INF 6, INF 7, INF 8, INF 9, la communication avec les médecins s'est améliorée depuis l'installation en MSP ou PSP. INF 3 et INF 5 faisait une analogie entre « communication » et « relation », pouvant traduire l'interdépendance entre la communication et les relations professionnelles.

INF 3 : « *Ah ba ça a beaucoup évolué. Déjà on se connaît bien, on fait un bon travail d'équipe. Je pense que la prise en charge des patients est meilleure. Oui il y a une coordination (toux), une coordination qui est réellement effective et enrichissante* »

- **Élaboration d'une relation de confiance (INF 8, INF 9, INF 12)**

INF 12 : « *Je crois que ça créé une confiance entre professionnels ça c'est sûr.* »

- **Sentiment de considération**

INF 12 : « *Fin tout au moins en apparence, on sent qu'on est quand même considéré. On connaît souvent mieux les patients d'ailleurs. Ils nous le disent on connaît mieux les patients qu'eux.*»

- **Relation de proximité avec les médecins (INF 5, INF 8, INF 10, INF 14)**

INF 5 : « *La différence euh ? Ah bah c'est pas la (souffle). C'est pas la même relation qu'on entretient avec les médecins en pôle de santé que si on travaille en libéral je suppose. Ou même à l'hôpital hein. C'est... Là on se tutoie... 'Fin c'est pas la même relation du coup* »

- **Meilleure connaissance du métier de l'autre**

L'exercice en MSP permettait aux médecins de mieux connaître le travail des infirmiers, et ils semblaient porter plus d'intérêt à leur fonctionnement.

INF 9 : « *Les médecins savent un peu plus ce que nous on fait chez le patient parce qu'avant ils prescrivent des soins infirmiers ils nous mettent nursing alors qu'on fait même pas le nursing. (rires)* »

- **Exercice mono-professionnel versus pluri-professionnel**

La prise en charge des patients suivis par les médecins en dehors de la MSP ou du PSP n'était pas jugée aussi bonne qu'au sein de la structure. (INF 12, INF 14)

INF 14 : « *Parce qu'ils en existent encore hein, un médecin tout seul, donc ce médecin tout seul on sait très bien que lui par contre, bah le suivi, il est pas aussi bon que en pluridisciplinaire.*

- **Pour les objectifs de santé publique**

- **Attire les jeunes médecins**

Deux infirmiers reconnaissaient que les MSP attiraient les jeunes médecins. (INF 7, INF 14)

INF 7 *« aujourd'hui si il y a beaucoup de maisons médicales qui se font c'est justement pour attirer les jeunes médecins qui s'installent, il n'y a pas de secret. »*

- **D'avantage dans l'anticipation que dans la gestion des problèmes**

Le travail en MSP a amené une autre façon d'envisager le soin. L'anticipation des situations complexes était privilégiée. INF 10 : *« On est dans l'anticipation. On n'est plus dans la gestion de l'urgence entre guillemet ou de la problématique »*

- **Projet ASALEE : Volonté de développer l'éducation thérapeutique**

L'éducation thérapeutique a été évoquée à plusieurs reprises. Le développement de ce programme de santé publique était assez marqué, avec notamment la participation à des formations d'éducation thérapeutique et la présence d'infirmière ASALEE au sein des équipes soignantes. (INF 4, INF 11, INF 12, INF 13, INF 14) INF 4 : *« on a une infirmière de chez nous qui a fait la formation ASALEE et donc qui est...qui fait des suivis justement pour les patients...de l'éducation en fait.*

- **Moins d'hospitalisations**

Il ressortait également la volonté de maintenir les patients au domicile, et d'éviter les hospitalisations inutiles. INF 12 : *« c'est sûr que les gens sont vraiment moins hospitalisés »*

- **Accueil des étudiants**

La présence d'internes était mentionnée. Une des infirmières y voyait un avantage pour les médecins car ils se faisaient plus facilement remplacés pour leurs congés. C'était aussi une opportunité de voir un étudiant rester pour exercer dans la MSP (INF 2, INF 4, INF 7, INF 14) L'accueil des étudiants infirmiers était aussi en développement. (INF 9) D'ailleurs pour INF 6, son intégration a fait suite à son dernier stage au sein du pôle de santé. INF 14 : *« ils ont des étudiants en médecine du coup ils peuvent se faire remplacer par un étudiant en médecine pendant une heure ou deux pendant leurs consultations et venir à domicile voir leur patient.*

- **Pour le travail pluri-professionnel**

- **Réunions de concertations pluri-professionnelles (RCP)**

INF 1, qui ne voyait pas de gros changements depuis la mise en place de la MSP, reconnaissait qu'il y avait une nouveauté : la participation à des RCP. INF 1 : « *Depuis la maison de santé on fait quand même des réunions... des RCP. [...] Donc ça on l'avait pas avant ça a été intégré mais disons que on arrivait quand même à communiquer au sujet des patients.* »

- **Coordination**

Les termes « coordination » et « coordonner » ont été utilisés quatre fois. (INF 3, INF 8, INF 10, INF 14)

Il ressortait une valorisation du travail pluri-professionnel avec une meilleure coordination des soins.

INF 14 : « *Moi j'ai une vision qui est complètement différente hein. Mais euh je leur ai expliqué qu'effectivement c'était l'avenir de travailler en coordination comme ça et tout.* »

- **Cohésion d'équipe**

Le terme « équipe » a été largement utilisé pour désigner l'ensemble des professionnels travaillant au sein des MSP/PSP. Il était fait la comparaison avec le travail d'équipe à l'hôpital. Retrouver cet esprit était, nous l'avons vu, une des motivations à l'intégration d'une MSP ou PSP. (INF 2, INF 3, INF 6, INF 8, INF 10, INF 11, INF 12, INF 13, INF 14)

INF 8 : « *Moi j'ai vraiment le sentiment de retrouver... on est plus seul en fait. 'Fin, on est toujours seul au domicile, mais il y a un sentiment de cohésion, d'avoir une équipe avec soi et de savoir qu'on peut s'appuyer sur des collègues que ce soit déjà ma collègue infirmière déjà je m'appuie dessus pour voilà on discutait bien entre nous quand on était un peu en difficulté* »

- **Facilité des échanges pluri-professionnels**

Les échanges pluri-professionnels étaient facilités (avec les médecins mais aussi avec les autres professionnels de santé) que ce soit en maison de santé, ou en pôle de santé. (INF 8, 10, 11) . INF 11 : « *on est beaucoup plus à même d'avoir des échanges facilités en étant à côté, et aussi par le logiciel* »

D'autre part, le travail pluri-professionnel aidait à la prise de décision. Le partage des mesures prises permettait par ailleurs le partage des responsabilités évoqué par INF 13. INF 9 : « *Il confirme ou enfin on discute ensemble quoi. Ça aide dans la prise de décision (rires).* »

Le partage des situations difficiles ou complexes lors des réunions permettait que chacun apporte ses idées, ses propositions. INF 12 : « *Et on en ressort, et souvent on voit des cas complexes, des cas qui nous posent problème, donc le fait d'échanger entre nous on a une vision quelque fois avec plus de recul et les autres avec plus de recul.* »

## ▪ **Perspectives pour le futur**

### ➤ **Projets de soins**

Des projets sur l'éducation thérapeutique ont été cités (INF 1). Mais aussi en ophtalmologie et rhumatologie avec l'intervention d'un spécialiste sur la MSP. (INF 2)

### ➤ **Intervention d'un conseiller non professionnel de santé**

Plusieurs MSP faisait appel à des coordonateurs. INF 3 : « *Du coup il va y avoir l'intervention d'O. (conseiller de coordination travaillant pour facimed) pour nous aider à cadrer tout ça.* »

### ➤ **Protocoles de soins**

Mettre en place des protocoles était un des objectifs pour le futur. Certains protocoles existants restaient inutilisés, ce qui montrait la nécessité de les mettre à jour régulièrement. (INF 1, INF 8, INF 12) INF 12 : « *Mais les protocoles il faut qu'on élabore ça un peu plus. Il faut s'y pencher un peu plus sur les protocoles. On va mettre ça sur le programme 2018, d'en élaborer plusieurs protocoles.* »

### ➤ **Logiciel commun**

Un des projets importants était la mise en place du logiciel d'informations partagées. (INF 8, INF 9)

INF 9 : « *Les projets immédiats pour nous, ce qui nous occupe le plus c'est franchement le logiciel parce qu'il faut qu'on s'y mette, qu'on le choisisse, qu'on s'adapte et qu'on s'en serve. Pour pouvoir compléter le dossier patient au mieux et voilà. Donc là pour l'instant c'est le logiciel* »

### ➤ **Délégation de tâche**

La délégation de tâche était attendue de manière positive par les infirmières (INF 8, INF 10)

INF 8 : « *Mais bon voilà on ne désespère pas de faire de la délégation de tâches, de faire des choses comme ça avec les médecins. Quand ce sera, au niveau des textes, un petit peu... voilà, formalisé on va dire. Ça faisait partie des choses notamment qui étaient en projet quand on parlait de la maison de santé. De pouvoir, voilà.* »

### ➤ **Accueil des stagiaires**

Les IDE manifestaient la volonté d'améliorer l'accueil des stagiaires.

INF 9 : « *je voulais qu'on refasse le point sur l'accueil des stagiaires, au niveau infirmier. Parce qu'il y a les stagiaires bien sûr, y a aussi les internes qui tournent avec les médecins donc qui nous...et nous on a les stagiaires, on n'a pas vraiment de formation, on devrait avoir une formation de tutorat. Donc ça j'aimerais qu'on avance là-dessus pour qu'on soit aussi tous sur la même longueur d'onde pour accueillir les stagiaires, pour qu'on apporte un... que ce soit plus structuré.* »

## **d. Limites**

On retrouvait également des points négatifs à l'exercice regroupé :

### ▪ **Matérielles**

#### ➤ **D'un point de vue financier**

Il s'agissait d'un **gros investissement financier**. D'un point de vue individuel, intégrer une maison de santé représentait **plus de dépense** pour les infirmières (INF 2, INF8, INF 9) INF 2 : « *même si je savais que nous ça allait entraîné des des des dépenses bien supérieures, je l'ai un peu pour aller dans le sens de de de la mission commune je dirai* »

Il était également souligné le **manque de moyens** pour faire évoluer les plans entrepris ainsi que pour mettre en place le projet de logiciel commun. (INF 2, INF 3). INF 2 : « *On peut pas faire avec dix fois moins de moyens l'équivalent de ce que faisaient dix réseaux de santé monothématiques* »

La charge de travail supplémentaire n'était pas récompensée financièrement à sa juste valeur selon INF 2. Les compensations financières, par rapport au temps de travail surajouté, étaient jugées comme insuffisantes. INF 2 : « *Fin chacun des infirmiers infirmières a quand même investi mais pas comme certains qui se sont lancés à fond et qui croyaient peut être qu'ils allaient avoir un vrai travail bis et une vrai rémunération bis. Et là je pense qu'ils sont très déçus. Parce que les... ce qui est offert par l'ARS euh ça correspond pas du tout au travail. Alors le travail bénévole ça va bien un moment mais ça fatigue les gens quand même au bout d'un moment hein* »

#### ➤ **D'un point de vue immobilier**

L'obligation de posséder un **local** au sein du bâtiment était jugé **inutile**, entraînant des frais supplémentaires, pour INF 1 et INF 2. INF 2 : « *A part qu'il y a un local qui est bien souvent vide dans*

*la maison de santé et c'est celui des infirmières et infirmiers. Local qu'on n'a pas le droit de sous louer en plus (rires) officiellement. Voilà. »*

### ▪ **Difficultés de mise en route**

Des obstacles ont retardé la création de la MSP. Certains projets ont mis plusieurs années à se concrétiser. INF 8 : « *Ce projet on l'a intégré il y a environ 5ans* ». Des difficultés logistiques ont été rencontrées, trouver un terrain adapté n'a pas été aisé.

INF 8 : « *Euh les seuls freins ça a été de trouver... fin niveau matériel, ça a été de trouver le terrain en fait, qui soit...qui soit accessible pour les patients. Parce qu'on nous avait proposé des terrains qui était sur le haut de la colline mais qui était pas du tout idéalement placé. Fin voilà et donc on a mis un peu de temps à trouver un terrain qui nous convenait et qui convenait aussi au maire. (rires)* »

De plus INF 8 et INF 14 faisaient part de la perte du soutien des mairies pour la construction du projet immobilier.

#### ➤ **Conditions de travail**

Pour certains il n'y avait pas d'amélioration des conditions d'exercice

INF 2 : « *je veux dire ça n'a pas amélioré mon exercice, c'est pas vrai !* »

Le temps des réunions et le temps de formation à l'éducation thérapeutique rajoutait une charge de travail trop importante. INF 2 : « *Donc ça surajoute à des tournées d'infirmiers infirmières qui sont déjà très chargées. Bon par exemple l'été on est inabordable.* »

Outre la charge de travail supplémentaire concernant le temps de soins et de coordination, il été souligné l'augmentation des tâches administratives. INF2 : « *Je souligne le surcroît d'organisation que cela implique, l'exigence des administrations qui est à mon avis insupportable, je vous en ai parlé par rapport à l'ACI.* »

### ▪ **Humaines**

#### ➤ **Inégalités entre professionnels**

Pour un travailleur indépendant, en exercice mono professionnel, qui était satisfait de la qualité de prise en charge des patients et du travail d'équipe avant la mise en place de la MSP, ce nouveau mode d'exercice mettait en avant des inégalités financières comme hiérarchiques entre médecins et infirmiers, plaçant le médecin au-dessus. Concernant les inégalités financières, il dénonce le mode

de distribution des NMR qui était fonction du nombre de praticien, remettant en tête un **rapport dominant/dominé**. INF 2 : « *Dernière chose : ça remet en avant quelque chose que moi j'avais complètement zappé : la toute puissance des médecins par rapport aux infirmières c'est clair. Les infirmières sont entendues mais ne sont pas comprises.* »

La **difficulté d'accès aux antécédents des patients** était dénoncée par INF 6 et INF 11, malgré dans certains cas, l'utilisation du logiciel partagé. INF 11 : « *Quand on est dans le logiciel nous on va avoir nos patients, on va les rentrer ou on va chercher un patient qui est rentré dans le logiciel, en tant qu'infirmier, je vais pas avoir tous les droits. Je vais pas forcément voir...fin faut que ce soit activé par un médecin. Je vais pas voir notamment ces antécédents.* »

De nouveau sur le plan financier, un **sentiment d'injustice** était exprimé concernant le montant des charges estimé trop élevé. INF 2 : « *je dis attention les infirmières elles sont les sacrifiées du système sur le plan financier. C'est clair, il n'y a pas de justice* »

#### ➤ **Désillusions**

On retrouvait une certaine **déception**, chez un infirmier pour qui des promesses n'avaient pas été tenues. INF 2 : « *J'avais posé des conditions, bon là je vais pas m'étaler sur les conditions parce que c'est un peu... un peu privé. Les promesses ont pas toutes été tenues* »

La **confiance** qui existait avec le médecin initiateur du projet était **rompue**. INF 2 : « *Parce que la première chose pour travailler en équipe, euh c'est la confiance bah là sur le projet de maison de santé en tout cas entre les infirmiers et l'initiateur du projet elle est lézardée c'est clair*

Un sentiment d'**incompréhension** de la profession d'infirmière était ressenti (INF 2). INF 2 : « *Je veux dire nous si on applique cet accord, ACI [...] quand on lit ça on se dit mais enfin ils ont rien compris à ce qui se passe sur le terrain quoi !* »

Le **manque de concertation** était aussi dénoncé. INF 2 : « *Si vous voulez...mais on n'a pas eu le choix ! [...] Et y a pas eu de concertation* »

#### ➤ **Réticences aux changements**

On retrouvait également comme obstacle au développement du travail collaboratif, la réticence de certains infirmiers au changement. Par exemple concernant l'utilisation d'un nouveau logiciel. INF 11 : « *Tu vois moi j'ai une de mes collègues de mon cabinet, elle est pas très réceptive au logiciel etcetera, et je trouve ça dommage*

### ➤ **Inertie dans la prise en charge**

Le travail au domicile du patient était jugé comme pas assez réactif comparé à l'exercice hospitalier. Ce ressenti d'inertie dans la prise en charge était évoqué par INF 6 pour qui il s'agissait de la première expérience professionnelle. INF 6 : *« on a l'impression peut être que ça met beaucoup de temps à venir, à se mettre en place »*

#### ▪ **Objectifs de soins**

Plusieurs plans de santé ont été débutés, beaucoup trop selon INF 2. Il évoquait également l'évaluation des pratiques professionnelles et les subventions qui viendraient en récompense en fonction des résultats du travail. Il se dégageait donc un sentiment d'obligation de résultats, de rendement, de performance. Les objectifs semblaient trop élevés. INF 2 : *« Et maintenant bah évidemment quand on part dans huit directions et bah faut les faire évoluer ces plans de santé. »*

#### ▪ **Responsabilités des décideurs**

Certains considéraient les MSP comme un échec et il l'imputait aux décideurs des stratégies nationales de santé.

INF 2 : *« Y a des choses aussi qui sont pas au point mais ça c'est pas la faute à aux maisons de santé c'est la faute aux décideurs et entre autre à l'ARS, aux administratifs et aussi à la CPAM qui a un œil sur certains plans de santé »*

## **7. Axes d'amélioration**

### **a. Améliorer la communication**

#### ▪ **Logiciel commun**

La mise en place du logiciel partagé pour améliorer les échanges était un thème récurrent. (INF 3, 5, 9, 10, 12) INF 9 : *« Après c'est toujours cette histoire de logiciel, je pense qu'il va encore nous aider, nous améliorer. A tester, à voir si c'est vraiment si ça améliore encore. »*

### ➤ **Améliorer la transmission d'information et gain de temps**

(INF 10, 12) INF 10 : *« C'est vrai que ça facilitera ça le... l'échange en tout cas. 'Fin au moins l'échange, la transmission d'information. Voilà pas forcément l'échange mais au moins la transmission d'info. »*

### ➤ **Améliorer l'accessibilité aux données du patient**

L'accès pour les infirmiers aux antécédents médicaux et autres données médicales du patient était contrôlé par les médecins. INF 11 : « *Je vais pas avoir accès à certaines choses. Alors ça c'est quelque chose qui me dérange un peu.* »

Le médecin était celui qui donnait l'accord sur l'accessibilité des données médicales aux infirmiers. Certains médecins ne donnaient pas accès aux données du patient aux infirmiers volontairement. INF 11 « *Parce que si on octroie des droits à tout le monde et que derrière il y a une fuite d'informations, ça peut être gênant.*

### ➤ **Pour archiver des photos**

Avec l'utilisation des smartphones, l'utilisation des photos, pour le suivi des plaies par exemple, était de plus en plus répandue. Le logiciel montrait comme avantage l'archivage de ces photos.

INF 9 : « *Ouais améliorer dans le sens où on peut faire remonter les infos plus...Bah ne serait qu'une photo de plaie. J'avoue que je suis pas trop... je suis un peu vieille donc les portables c'est pas mon réflexe, je sais pas l'envoyer la photo donc c'est galère. (rires)* »

### ▪ **Disponibilité des intervenants**

La disponibilité des intervenants a été évoquée comme vecteur d'amélioration des interactions entre professionnels. INF 8 : « *Je suis pas sûre qui est besoin. Alors personnellement il faudrait que je sois un peu plus disponible, que j'ai des enfants un peu plus grands (rires) Je pense que je pourrai un peu plus m'investir. Notamment il y a souvent des réunions interdisciplinaires, [...] je suis pas sûre de pouvoir y aller parce que voilà je vais être un peu bloquée* »

### ▪ **Comprendre le rôle de chacun**

La compréhension du rôle et de l'organisation du travail des infirmières était considérée comme essentielle à un bon fonctionnement (INF2, INF9, INF 10) INF 2 : « *Moi déjà je dis que...si les médecins... les médecins il faut bien qu'ils comprennent notre fonctionnement. J'ai découvert que certains, qui pourtant travaillaient avec nous depuis des années, en tout cas dans le système maison de santé actait pas ce fonctionnement-là. S'ils acceptent pas ça, il faut supprimer les infirmières libéraux et mettre des gens salariés* »

### ▪ **Organiser des temps d'échange informels**

Une proposition émise pour améliorer la communication était la mise en place de temps d'échanges informels et non centré sur le soin. INF 13 : « *Peut-être un coin café le matin, ou une machine à café... voilà. Un petit coin, 10 minutes, un quart d'heure, où on pourrait se retrouver quoi. Ça se serait pas mal. C'est pour ça que je vais taper la discut', la pince le matin « tiens tu me paie un café ? » (Rires). »*

### ▪ **Organisation du temps de travail**

Mettre en place une permanence pour les prises de sang sans rendez-vous, a été évoqué comme pouvant améliorer l'accès aux soins. INF 13 : « *Donc les prises de sang sans rendez-vous en systématique le matin de telle heure à telle heure. Des petites choses quoi... »*

## **b. Communication déjà efficace**

La majorité des infirmiers s'accordaient pour dire que la communication était efficace entre eux et les médecins et ne voyaient pas d'amélioration à apporter. (INF 1, INF 4, INF 5, INF 7, INF 8, INF 9, INF 10, INF 12, INF 14) INF 7 : « *Entre nous franchement on est au top. »*

## **c. Avis du patient**

Une proposition pour améliorer le fonctionnement et avoir un retour sur le travail en MSP était d'interroger les patients. INF 9 : « *Faudrait aussi demander au patient d'ailleurs. Aux patients chroniques, demander ce qu'ils en pensent, s'ils ont vu une différence depuis qu'on travaille ensemble et... »*

## II. Résultats concernant la population « médecins »

### 1. L'échantillon

#### a. Description de l'échantillon

Voici un tableau illustrant l'échantillon « médecins »:

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon médecins

	Age	Sexe	Age diplôme	Enseignement	Milieu	Mode exercice précédent	Ancienneté d'installation en MSP	Durée
M1	32	F	30	MSU	Rural	Libéral	8 mois	37min 37s
M2	62	M	29	MSU	Rural	Libéral	11 ans	45min 41s
M3	58	F	30	MSU	Rural	Libéral	11 ans	26min 17s
M4	57	M	29	MSU	Semi Rural	Libéral + Salarié	6 ans	34min 53s
M5	52	M	29	MSU	Montagne	Libéral	2 ans	36min 47s
M6	52	M	29	MSU	Semi Rural	Libéral + Salarié	15 ans	38min 43s
M7	32	F	29	MSU	Urbain	Libéral + Salarié	1 an	47min 25s
M8	59	M	28	MSU	Urbain	Libéral + salarie	3 ans	51min 20s
M9	63	M	28	MSU	Urbain	Libéral	3,5 ans	34min 54s
M10	41	F	31		Semi rural	Libéral	10 ans	33min 31s
M11	64	M	30		Semi rural	Salarié + libéral	14 ans	41min 41s
M12	35	F	31	MSU	Urbain	Libéral	3,5 ans	33min 02s

*M= Masculin ; F= Féminin ; MSU= Maître de stage universitaire ; min=minutes ; s=secondes*

12 médecins ont participé à l'étude (5 femmes et 7 hommes).

L'âge des médecins était compris entre 32 ans et 64 ans.

5 médecins exerçaient dans le département de la Drôme, 2 dans l'Ain et 5 en Isère.

## b. Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 26 minutes 17 secondes et 51 minutes 20 secondes, pour une moyenne de 38 minutes et 29 secondes par entretien.

## 2. L'intégration du projet

### a. Les raisons

Les médecins interrogés ont cité plusieurs sources de motivation à l'intégration du projet de MSP :

- Le **changement du mode d'exercice** pour 5 médecins. (M1, M2, M3, M4, M7)

*M5 : je me suis rendu compte que l'exercice avait pas beaucoup bougé. Et que je voyais arriver à travers les poly-pathologies, à travers des choses diverses et variées ce qui se passait à l'étranger : l'exercice modifié de manière assez importante*

- **L'expérience antérieure positive d'une coopération**, qu'ils aimeraient renouveler dans une pratique future. (M1, M2, M3, M5, M7, M8, M11)

*M8 : je l'ai expérimenté dès le début de mon activité en 1985, puisqu'on avait créé en fait une équipe de soins, informelle, avec les infirmières dès l'année 1985, avec des réunions régulières qui se tenaient toutes les semaines.*

- Un « **effet de mode** » en raison de l'actualité sur les MSP. (5 médecins)

*M4 : j'ai entendu parler des maisons de santé, de Pierre de Haas, que j'ai fait venir en 2011 à [nom de ville], qui nous a expliqué ce que c'étaient les maisons de santé. Et puis l'ensemble de l'équipe était partante, donc c'est parti de ça.*

- **L'opportunité** d'une installation en MSP par des connaissances (M1, M3, M4, M5, M7, M9, M11, M12)

*M1 : euh et puis quand j'ai remplacé ici, on m'a parlé du projet de la maison de santé et donc c'est comme ça que j'ai fait le choix de m'installer ici.*

- Le fait de **travailler en équipe** (M1, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M10, M12)

*M8 : établir un partenariat avec le pouvoir public pour améliorer le service rendu au patient par un travail plus collaboratif entre les professionnels, avec cette idée que l'exercice solitaire est plus triste.*

- **Pérenniser l'offre de soins sur le territoire** et donc **de lutter contre les déserts médicaux** (M2, M4, M5, M9, M11)

*M4 : Mais rapidement, je me suis dit : « De toutes façons, tu étais obligé ». Parce que si on ne le faisait pas, on avait un désert médical dans les moins de 5 ans.*

- S'installer dans un **cabinet aux nouvelles normes** (M2, M4, M12)

*M4 : Parce qu'à l'époque, on avait des cabinets assez petits, assez vétustes à [nom de ville]. Et, pas de possibilité, pour des nouveaux arrivants, de trouver de nouveaux cabinets..*

- **Lutter contre les difficultés du métier : burn – out** (M4, M7, M8, M9, M11)

*M9 : J'avais eu des contacts avec des médecins comme ça, qui avaient fait un burn – out complet, qui avaient quitté leur cabinet, qui faisaient du remplacement, et qui étaient très heureux. Bon, j'étais pas en burn – out, mais je sentais que ça pouvait venir.*

- **Etre rémunéré pour le temps de coordination.**

*M10 : On se paye les réunions, et du coup, c'est pas le stress, c'est pas « je perds mon temps, j'ai pas vu les patients, je perds mon temps et de l'argent ! ».*

## **b. Les réticences à l'intégration du projet de MSP**

Les médecins interrogés ont décrit certains facteurs de réticence au moment d'intégrer un projet de MSP.

- **La crainte de rapports conflictuels** avec les professionnels ou les acteurs locaux. (M1, M4, M5).

*M1 : je me suis posée la question de savoir si avec toutes les personnes qu'il y a avait dans l'équipe, je pouvais bien m'entendre.*

- **La culpabilité** de fermer son ancien cabinet médical.

*M3 : Euh... Ben que ça me faisait quitter mon village ! Et que pour le village, il y avait plus de médecins après moi.*

- **L'absence d'adhésion** des autres professionnels de santé au projet. (M2, M3, M8, M10, M11).

*M10 : la seule réticence, c'étaient ... Euh, c'étaient les râleurs qui ne voulaient pas venir.*

Cette absence d'adhésion était expliquée par des **raisons financières** (M2, M4, M6)...

*M2 : Et donc, pour elles, venir dans une structure comme ça, c'est s'imaginer que ça leur coûtera beaucoup plus cher. Et que ça allait pas du tout être intéressant.*

... ou par la crainte de **retrouver une hiérarchisation des rapports médecins – IDE**, mal vécue durant leur expérience hospitalière. (M2, M4, M5, M7, M8, M11).

*M2 : Beaucoup d'infirmières ont quitté l'hôpital pour venir en libéral pour échapper à une hiérarchie. Elles avaient dit, par imagination ou fantasme, que si elles retournaient dans une maison de santé, elles allaient être les « faire – valoir » des docteurs.*

- **L'augmentation du temps de travail**

*M7 : (rires). Quand j'ai intégré le cabinet, j'avais un tout petit peur de trop travailler.*

Diverses propositions ont été réalisées afin de répondre aux réticences des médecins et des autres professionnels de santé :

- **La menace :**

*M2 : Tu pourras l'écrire, mais à ce moment – là, il faudra que ça soit anonyme. Parce qu'en fait, un jour, je leur ai montré les plans, puis elles m'ont dit : « mais on t'avait dit qu'on venait pas ; et il y a un cabinet infirmier [sur les plans]. ». Je leur ai dit : « que moi, je ne pouvais pas travailler dans une maison de santé sans infirmières, et donc que j'allais appeler l'ambassade d'Espagne ». A l'époque, on parlait beaucoup des infirmières espagnoles, comme on a parlé des plombiers polonais... Et là, elles ont paniqué, il y a en a deux qui ont dit : « je viens ».*

- **Laisser la porte ouverte :**

*M6 : pas fermer la porte et avancer avec ceux qui sont là. Si on veut absolument fédérer tout le monde et qu'on attend toujours le dernier, c'est difficile parce qu'on ne peut pas avancer*

### **c. L'absence de réticence**

Enfin, une partie des médecins interrogés (M5, M7, M9, M10, M11, M12) n'avait aucune réticence au moment d'intégrer le projet.

*M9 : Non, aucune réticence. Au contraire, une très grande volonté puisque j'ai passé des jours, des nuits, des heures absolument impossibles à comptabiliser hein ?*

## **3. Les caractéristiques des MSP**

Les médecins ont souligné quelques spécificités des MSP où ils travaillaient.

### **a. L'initiateur est souvent le médecin**

Sauf dans une MSP (M10) où l'initiateur était un IDE, un médecin était à l'initiative de la création de la MSP dans les autres entretiens. (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M12).

### **b. Les MSP « multi - sites »**

Certaines MSP ne sont pas regroupées géographiquement sur le même bâtiment, pour diverses raisons : construction de la MSP en cours, absence de financement. (M1, M7, M8)

*M8 : Donc on n'a pas de murs, on a voulu en avoir mais on n'en a pas eu, donc on continue de travailler sur la forme en fait « MSP multi - sites ».*

### **c. Les statuts juridiques**

Tous les médecins interrogés font partie d'une **SISA**, afin de pouvoir bénéficier des NMR. Les médecins ont créé également une SCM. Pour d'autres, une création de SCI a été nécessaire.

*M6 : les sociétaires de la SCI sont engagés à la hauteur de leur pourcentage de part. Et puis, après, la SCI encaisse les loyers et paye les traites avec cela. Et, après pour le fonctionnement de la maison, il y a une SCM, qui elle, paye les charges, et les ventile sur les différents locataires.[...] On a aussi une SISA pour gérer les faits de recevoir les nouveaux modes de rémunération.*

### **d. Organismes publics et associatifs intégrés dans certaines MSP**

Certaines MSP (M3, M7, M8, M9) ont intégré des organismes associatifs ou publics, qui participent parfois à la gouvernance. (M7, M8)

*M3 : C'est surtout ça qui est original dans notre maison de santé, c'est qu'on est une partie publique avec le Conseil Général, le médecin de PMI, les assistantes sociales.*

## e. Habitants du territoire participants à la gouvernance

Pour un médecin interrogé (M8), sa structure intégrait dans la gouvernance des habitants du territoire.

*M8 : on a une dizaine de patients qu'on a recrutés, et qui vont commencer à animer cette vie collective pour la participation à la gouvernance, et la définition d'actions innovantes, nouvelles.*

### 4. La communication actuelle

#### a. Les temps d'échange

**Les échanges formalisés pluri - professionnels** étaient programmés pour tous les médecins interrogés, sous forme de réunions.

*M1 : On avait convenu de se voir le jeudi sur une pause entre 13h et 15h.*

**Les échanges informels pluri – professionnels** étaient fréquents et indispensables pour la communication, favorisés par le **partage les lieux**. En effet, de nombreuses informations concernant les patients étaient transmises dans les couloirs, au secrétariat ... (M2, M3, M6, M7, M9, M10).

*M10 : C'est vrai que le matin, c'est sympa, tu viens boire le café et t'as l'infirmière qui passe. Tu bois le café avec elle, et c'est l'occasion de se dire 2-3 mots sur les patients à domicile.*

Des informations étaient également échangées durant **les pauses repas**. Les salles de pause étaient des lieux de transmission privilégiés. (M2, M4, M5, M9, M10, M12)

*M4 : Donc, l'avantage d'être sous le même toit, c'est vraiment se rencontrer souvent autour de la cafetière ou du repas à midi. Il y a beaucoup d'échanges. On parle beaucoup professionnel et peu de vacances. Donc ces échanges informels, c'est assez important*

#### b. Les thèmes abordés

Les échanges formalisés et informels abordaient plusieurs thèmes :

- **L'administratif et l'organisation** (matériel, la logistique, financement) de la MSP étaient récurrents pour 4 médecins interrogés. (M4, M5, M6, M7)

*M4 : On a fait une 1<sup>ère</sup> AG pour voir quelles étaient les difficultés au niveau de l'aménagement, sur le plan technique et organisationnel.*

- **Les patients** nécessitant une coordination de soins faisaient l'objet d'une attention particulière (M1, M3, M4, M6, M12).

*M6 : la plupart du temps, c'est des cas complexes de patients.*

- **Alerter** sur les patients jugés « fragiles » au domicile. (M1, M7, M12).

*M1 : C'est plus de la veille pour des personnes âgées, fragiles, qui vont pas être capables d'elles – même, de nous ressolliciter parce qu'il y a quelque chose qui a changé dans leur vie*

- **L'éducation et la prévention** faisaient l'objet des débats, avec notamment les IDE « Asalee ». (M7, M8)

*M7 : Et à tout ça, se greffent, se mélangent, et s'entremêlent le projet « ASALEE » avec les infirmières d'éducation thérapeutique.*

- **Les protocoles pluri-professionnels** qui permettaient d'homogénéiser les pratiques (M2, M3, M4, M6, M8, M9, M10).

*M4 : Dans le protocole, on doit arriver à l'objectif que le rôle de chaque professionnel de santé doit être défini. Le rôle du médecin dans la gestion du protocole diabète, AVK ou chute de la personne âgée, le rôle du kiné, le rôle de l'ergothérapeute...*

- **Le système informatique** et sa mise en place, qui traduisait le partage d'information entre tous les professionnels

*M1 : sur le logiciel car on est passé à WEDA au mois de février, et qu'on a besoin de se roder les uns des autres, de se montrer des choses, d'apprendre à s'en servir.*

### c. Les moyens de communication

Différents moyens de communication ont été rapportés par les MSP, afin d'interagir avec les autres professionnels :

- **Le logiciel informatique** qui cristallisait les débats, car il n'était pas utilisé par tous les professionnels de santé. (M1, M5, M7, M8, M9, M11).

*M9 : on a un logiciel, Chorus, on aurait bien voulu que les infirmières le partagent mais non. Elles ne partagent pas.*

Une des explications était que ce logiciel informatique était **coûteux**, ce qui pouvait être un frein pour les professionnels de santé. (M1, M7, M9, M12)

*M1 : C'était trop lourd financièrement pour se mettre sur WEDA donc c'est pour ça qu'ils n'y sont pas encore.*

**La particularité de l'outil informatique, est qu'il doit être spécifique** aux MSP, et pluri - professionnel. (M2, M5, M9)

*M2 : c'est des produits qui sont pluri pros. C'est-à-dire que chacun a la même fiche patient et a simplement une interface un peu différente, mais tout le monde a accès aux mêmes données quoi.*

Certains logiciels ont la possibilité d'être utilisables à distance sur **tablette**. (M2, M11)

*M11 : Et par ailleurs, chacun était doté d'un petit Ipad qui nous permet, si on en a besoin ici, d'une part de mettre des données dans le dossier, et d'autre part, de consulter le dossier.*

- **La messagerie instantanée**, était un outil de communication utile, permettant de transférer des notes ou informations non urgentes. (M1, M5, M7, M9, M10, M11)

*M11 : On a un petit système de post – it, c'est-à-dire que quand on a quelque chose à se dire, on peut se le dire sur un temps un petit peu décalé en s'envoyant un post – it pour donner une information, poser une question.*

- **Les réunions formalisées** étaient, pour 4 médecins, l'occasion d'échanger. (M4, M5, M6, M11)

*M6 : il y a l'outil de la réunion. Quand on a vraiment quelque chose à faire passer à tout le monde, et à discuter, on prend le temps de dire : « Ben, fixes une date, un lieu et puis roule ! ».*

- **Le téléphone et le courrier électronique**, déjà utilisés lorsque les professionnels n'étaient pas dans la MSP, étaient aussi privilégiés. (M1, M4, M6, M7, M9, M10)
- **La newsletter de la MSP**, inspirée d'une gazette d'un journal, permettait aux professionnels de santé, d'être au courant des projets aboutis ou en cours. (M5, M6)

*M5 : On s'est rendu compte qu'on n'était pas toujours au courant de ce qu'il se passait dans les différents groupes. C'est pour ça qu'on a instauré ce principe de newsletter, où chaque groupe de travail couche sur internet ce qu'il a fait, ou ce qu'il a l'intention de faire.*

- **La communication orale directe a été favorisée par** le regroupement de professionnels sur un même site. (M2, M5, M7, M9, M11, M12)

*M5 : L'intérêt de la maison de santé, c'est ça. Moi, j'ai un problème dentaire ou podologique avec un patient, je le prends par la main et on monte là – haut.*

- **Le message papier**, où pouvaient aussi être consignées des informations non urgentes, laissé sur le bureau d'un professionnel (M6, M7, M9)

*M6 : Donc ils ont un bureau ici, donc si on a quelque chose à dire, on met un papier et on est sûrs que dans la journée, c'est vu.*

- **La tablette numérique** permettait d'accéder et de compléter le dossier du patient sur la MSP. Il se posait le problème d'avoir une connexion à internet de manière intégrée lorsque que le professionnel était à l'extérieur. (M10, M11)

*M10 : On avait optionné pour acheter des tablettes pour tout le monde, et puis ça ne marche pas tellement... Parce qu'il n'y a pas la connexion internet dans la tablette.*

#### **d. Les freins à la communication**

Les médecins nous ont rapporté divers freins à la communication en MSP :

- **Le changement du mode d'exercice pour les IDE**, avec des difficultés à diminuer le temps médical au profit du temps de coopération, était une mutation culturelle compliquée à entreprendre. (M1, M5, M6, M8)

*M8 : Le métier d'infirmière est très centré sur la perte d'autonomie sur le sujet âgé à domicile pour faire des toilettes, des piqûres d'insuline ou des troubles cognitifs. Et finalement, c'est assez compliqué de s'ouvrir avec elles, d'un changement de cible, petit à petit, de leur travail.*

- **La crainte d'une hiérarchisation des rapports entre médecins et IDE** vécus durant la formation hospitalière des IDE, était aussi une appréhension. (M4, M6, M7, M8, M11)

*M11 : Les médecins ne sont pas dans une position hiérarchique. Alors ça, c'est très intéressant parce que ça a été un procès d'intention que certains ont fait aux maisons de santé. Certains, notamment les infirmières, ont dit : « Nous, on ne veut pas se retrouver en situation de dépendance ou de suggestion comme on l'a connu à l'hôpital ». Parce qu'à l'hôpital, elles ont un très mauvais souvenir de leur relation avec le corps médical.*

- **La mauvaise représentation du métier d'IDE** pourrait constituer un frein à la communication en MSP. 7 médecins sur les 12 interrogés nous ont avoué, avec le recul, qu'ils ne connaissaient pas bien, avant l'installation en MSP, le métier d'infirmière (rôle, compétences, rémunération etc). (M1, M2, M6, M7, M9, M10, M12)

*M2 : Les pharmaciens, ils pensent que les médecins, c'est des attardés techniques. Et les médecins, ils pensent que les pharmaciens, c'est des vendeurs de crème. (rires).[...] Après, les représentations des infirmières, c'est ... pfff... Celles qui ont loupé médecine tu vois ! Et puis, les infirmières, quand elles regardent les médecins : « Il pète plus haut que son cul, mais il est même pas capable de voir ce qui se passe ! ». Donc il y a des représentations qui sont catastrophiques entre les professionnels qui sont dues au fait que les études ne sont pas communes.*

- **La réticence des IDE à la modernisation du système d'informations** était aussi un obstacle à la communication. (M2, M5, M9)

*M5 : Donc on a beaucoup de mal à faire adhérer les infirmiers au système d'informations, pourtant ça va devenir une obligation. Et même si on leur fournit la possibilité de financer leur système d'information, pour le moment, on n'a pas d'infirmier connecté sur notre système d'information. Pour moi, c'est vraiment le point noir dans l'histoire de la maison de santé, et c'est aussi une inquiétude dans l'avenir dans la maison de santé.*

- **L'absence de vécu en termes de coopération pluri - professionnelle** n'était pas favorable. (M4, M7)

*M7 : dans le milieu hospitalier, le plus souvent, des expériences que j'ai eues, c'était une expérience négative avec peu de coopération.*

- **La peur d'être jugé dans son travail**, par la nécessité d'être transparent sur son activité pouvait être une source de frein à la communication. (M5, M8, M10)

*M10 : ... Je pense qu'il ne faut pas avoir peur d'être jugés aussi... De dire : « Ben oui, j'ai fait cette ordonnance ». Je pense qu'il y a plein de médecins, ils ne font pas ça parce que peut être ils ont la trouille.*

- **Les relations avec les collectivités** (Mairie) pouvaient influencer sur la communication. En effet, 3 médecins nous ont expliqué qu'elles pouvaient retarder le projet de MSP et décourager des professionnels, qui, au départ, étaient intéressés. (M4, M7, M8)

*M4 : Donc on s'est fait balader comme ça sur le plan politique local, et donc on a perdu 2 ans entre 2012 et 2014.*

- **Le nombre important de professionnels d'une MSP** était également un obstacle à la communication (M7, M10).

*M7 : Mais le côté négatif du pôle, c'est que ça brasse beaucoup de gens, et que du coup, ça fait quand même une grosse structure et une lenteur à mettre en place les projets.*

- **Un projet de santé porté initialement par les collectivités** avait moins de chance de fonctionner. (M9, M11)

*M11 : ça marche uniquement quand ce sont les acteurs eux – mêmes qui rentrent dans la dynamique du projet. Quand les mairies font des MSP, et qu'il n'y a pas de professionnels qui sont à l'origine du projet, souvent, ça ne marche pas du tout quoi.*

## **e. Les leviers à la communication en MSP**

- **Le projet de santé en commun** permettait de fédérer les professionnels de santé d'une MSP vers un objectif commun. (M1, M3, M5, M8, M11)

*M5 : Je trouve que c'est vraiment capital : parler des projets de santé, de ce qu'on sait faire en fait. On sait pas faire de management, on sait pas monter une MSP ... Mais on peut prétendre s'occuper de nos patients. Je pense que c'est vraiment la clé du management de l'équipe pluri- professionnelle, c'est ce qui nous soude.*

- **Avoir une culture de groupe**, et non individualiste, paraissait indispensable pour être épanoui dans un travail pluri - professionnel. (M1, M2, M3, M8, M11, M12)

*M12 : Je pense que ça dépend de la personnalité du médecin, ou de n'importe quel professionnel. Il y a certains médecins, je pense qu'ils ne pourraient jamais s'installer en MSP, parce qu'ils veulent travailler seuls, prendre la décision tout seul, ne pas s'embêter à aller voir l'IDE, une secrétaire ...*

- **Le dialogue** permettait de pouvoir régler les divergences et les points qui fâchaient. (M1, M4, M8, M11, M12)

*M8 : Il faut vraiment se réunir en se disant : « Il n'y a pas d'autre objectif à cette réunion que de mettre à plat les problèmes et de lever les incompréhensions ». Il faut se mettre dans la culture de l'Afrique quoi « sous l'arbre à palabres ».*

- **Se donner du temps** était un élément indispensable pour favoriser une communication entre professionnels, qui parfois, ne se connaissaient pas avant de s'installer en MSP. (M1, M3, M4, M5, M8)

*M1 : avec le temps, petit à petit, les choses vont se faire quoi. On voit déjà qu'il y a des choses qui ont évolué entre il y a 3 ans et maintenant, donc, il n'y a pas de raison pour que ça ne continue pas.*

- **Les représentations antérieures** favorables semblaient un facteur favorisant la communication pour 3 médecins. (M3, M8, M11)

*M8 : j'avais une représentation très concrète, très dans la vie, très réelle et très admirative de la qualité de leur travail.*

- **Les jeunes médecins seraient plus accessibles** que leurs aînés, ce qui faciliterait le travail en groupe dans une MSP. Un médecin l'expliquerait par l'évolution du rapport avec l'argent (M3, M12)

*M3 : Vous achetez plus les clientèles, vous ne vendrez plus vos clientèles, donc vous avez plus ce souci. Ca vous a rendu beaucoup plus simples, donc, du coup, plus communicants. Puis vous êtes beaucoup moins fiers.*

- **L'expérience d'une coopération pluri - professionnelle antérieure** était un facteur favorisant la communication au sein d'une MSP. (M4, M5, M10, M11)

*M10 : c'était déjà une maison de santé avant d'être officiellement une MSP déclarée, une SISA... C'étaient déjà des murs en commun.... Donc de toutes façons, les gens, les médecins et les infirmières se croisaient. Donc il y avait un peu déjà cette communication.*

## f. La communication avec les professionnels qui ne travaillent pas en MSP

Les médecins interrogés ont tous pointé les **difficultés de communication avec l'hôpital**, surtout par voie téléphonique (M4, M5, M7, M8, M11, M12).

*M8 : Ouh là là ! Ouh là là ! Euh, je pique des colères terribles ... de la difficulté qu'on peut avoir à se comprendre et à s'enrichir mutuellement dans le parcours de soins entre l'hôpital et la ville. C'est toujours pareil hein ?*

**L'échange de mails** était utilisé également pour des demandes d'informations aux correspondants hospitaliers (M5, M6, M7, M10).

*M7 : Et puis, les autres professionnels, les équipes hospitalières, je communique par mail. Ils ont tous la même adresse : ...@chu-grenoble.fr et donc moi, je fais beaucoup par mail avec les spécialistes hospitaliers. Et donc ça marche bien quand même, quand ils répondent.*

L'outil « **MonSisra** » était plébiscité (M2, M4, M5, M6, M7, M9, M10, M12). Mais son utilisation restait encore inégale : certains médecins interrogés n'arrivaient pas à exploiter tout le potentiel de cet outil, par **manque de formation**. (M7, M10)

*M4 : Autant avant, le « Sisra », il était pas très convivial, il fallait plusieurs clics pour aller chercher le courrier, autant là, c'est fabuleux ! Donc, on attend de systèmes comme ça, pour faciliter l'avis des médecins et des paramédicaux... Ca, faut le marquer dans votre thèse ! (rires) Euh, il faut que ça soit fluide, faut pas qu'il y ait de perte de temps.*

Les **courriers** constituaient une voie de communication pour 4 médecins, dans les 2 sens. Il était reproché un **retard de réception du courrier** parfois. (M1, M2, M4, M12)

*M4 : Donc il y a aussi du retard dans les courriers, ça c'est le problème de l'hôpital.*

Un médecin reconnaissait **l'effort réalisé par les hôpitaux** pour essayer d'améliorer cette communication avec la ville.

*M11 : Donc l'hôpital, c'est une grosse machine, qui n'est pas très bien organisée, mais qui fait beaucoup d'efforts pour s'organiser mieux, qui n'est pas encore dans cette logique de : elle a des clients qui ne sont pas que des patients, elle a aussi les clients qui sont des professionnels de santé autour.*

Afin d'améliorer la communication ville – hôpital, diverses propositions ont été réalisées :

- Avoir une **infirmière coordinatrice** pour chaque MSP qui fera le lien avec l'hôpital, et qui s'y déplacerait pour les patients hospitalisés.

*M4 : peut être que les maisons de santé, elles vont devoir avoir des infirmières coordinatrices, qui iront chercher les informations à l'hôpital. Si les informations ne viennent pas à nous, hé bien on ira les chercher. Et qui iraient voir quelques patients à l'hôpital, voir les médecins, les infirmières, et faire le lien entre la ville et l'hôpital.*

- Ou d'**avoir une messagerie exclusive instantanée** dont le rôle serait de faire le lien ville – hôpital.

*M11 : On voudrait bien par exemple un mail de prise de RDV, qui serait un mail lu de façon automatique avec une réponse immédiate. Ce qui nous éviterait de passer 2 heures au téléphone, et que nos secrétaires s'énervent avec tout le monde.*

- Développer la communication avec « **MonSisra** » dans le sens ville – hôpital.

*M10 : ils ont mis une messagerie « Zeppra » qui va bien dans un sens, mais je ne suis pas sûre que dans l'autre sens, les professionnels de l'hôpital regardent bien leur « Zeppra ». Ils regardent leur mail mais pas le « Zeppra ». Donc, ça, il faut peut être qu'on y rebosse ensemble.*

La **communication avec les IDE qui n'ont pas intégré la MSP était moins efficiente**. La qualité de la prise en charge du patient leur paraissait donc moins satisfaisante. (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M12).

*M8 : Il y a une inéquité du traitement pour le patient : des patients sur le pôle de santé avec des travaux très collaboratifs entre les professionnels, et pour d'autres patients, qui ont cette équipe d'infirmières, un travail plus rudimentaire en termes de collaboration.*

## 5. Evolution de la communication depuis l'installation en MSP

Les médecins interrogés ont constaté dans l'ensemble une **amélioration de la communication** et des échanges avec les IDE, pour plusieurs raisons :

- Pas de notion de **hiérarchie** (M1, M3, M4, M11).

*M3 : Ca va mieux, il n’y a plus ce protocole : l’infirmière qui appelle le docteur, le docteur qui appelle l’infirmière... [...] Alors je sais pas si ça vient de nos caractères, si ça vient de la structure, ou ... Il y a moins de hiérarchie ! Pour moi, tout le monde est pareil.*

- **L’unité de lieu** favorisait les échanges informels, et donc renforçait la communication entre les professionnels. (M2, M3, M4, M6)

*M2 : c’est connu que la plus - value d’une entreprise, elle est à la cantine, devant la cafetière. C’est là que les gens se croisent, commencent toujours par parler de leurs vacances ou de leurs soirées. Très vite, ils se remettent à parler de leur boulot[...]Donc dans la même manière, dans les maisons de santé, la plus – value sur la qualité des soins vis-à-vis des patients complexes, elle se fait complètement dans les croisements que les professionnels vont avoir. C’est pour ça que les maisons de santé multisites, ça n’a pas de sens quoi.*

- Les professionnels étaient **plus accessibles** (M3, M6, M7, M11)

*M7 : Hé bien, je les vois, on se parle, je fais des blagues et on vit en travaillant ensemble, rien à voir quoi ! On se dit les choses plus facilement quand ça va pas aussi. Et plutôt, on va en rigoler [...]*

- Une meilleure **reconnaissance des compétences** des autres professionnels de santé était notée (M1, M2, M3, M4, M9, M11)

*M9 : Ouais, c’est énorme ! C’est comme si du quotidien, on se connaît mieux, on connaît mieux leur métier.[...] Donc on est un petit peu plus à même de connaître le métier d’infirmière. Voilà. Le métier d’infirmière, et elles – mêmes, sont peut être plus à même de connaître le métier de médecin généraliste.*

- **Une confiance** que les médecins jugeaient renforcée entre professionnels (M1, M3, M7, M12)

*M1 : Je trouve que là – dessus, j’ai tendance à leur faire confiance sur les choix qu’elles proposent. Parce qu’elles ont une expertise que j’ai pas quoi.*

- **La relation médecin – IDE était améliorée** depuis l’installation en MSP (M1, M5, M10, M11)

*M1 : l’impression qu’on en a, c’est que les infirmières elles ont un grand besoin de communiquer avec nous les médecins. [...] elles sont prêtes, j’ai l’impression, à faire pas mal de concessions, du moment que c’est pour privilégier la relation médecin – infirmière.*

- L'échange des données était devenu plus fiable car la **traçabilité a été optimisée**.

M11 : *on a fiabilisé la communication, puisqu'on peut y ajouter des traces écrites en termes de communication, en termes de post – it, en termes d'inscription du dossier médical.*

Quelques médecins interrogés ont constaté une **dégradation de leurs relations** avec certains IDE. Ils l'ont expliqué par plusieurs raisons :

- Certains IDE auraient des difficultés à adhérer à la **mutation de leur activité** (M5, M8, M10)

M8 : *quand elles nous voient nous agiter pour obtenir des financements et ensuite remplir les cahiers des charges et les rendus de l'activité nécessaire etc, elles émettent quelquefois des doutes sur la proximité qu'il y a de tout ça avec leur vie concrète, professionnelle. [...] Parce qu'il y a vraiment du boulot aujourd'hui pour les infirmières, c'est assez inquiétant ce qui se passe. Et cette mutation, moi, j'ai bon espoir qu'elle se fasse.*

- Un médecin a supposé que l'échec de certains IDE au **concours de 1<sup>ère</sup> année de médecine** pouvait être un facteur de conflit.

M8 : *je suis tombé de très haut en voyant le mal que pouvait avoir fait cette espèce de conflit ancestral qui se perpétue sans doute aussi à travers certains membres de cette profession qui se retrouvent en fait, en tant qu'infirmières par dépit, parce qu'elles ont raté médecine par exemple. Ca, ça serait à mon avis un truc à creuser sur un point de vue psychanalytique. De savoir sur le nombre de professionnels qui aiment collaborer, la proportion qu'il y a, de personnes qui ont raté la 1<sup>ère</sup> année de médecine chez les infirmiers, et de comparer ça avec les infirmiers qui ont du mal à collaborer avec les médecins (rires).*

## 6. Les modifications dues à la pratique pluri – professionnelle

### a. L'évolution de la rémunération

Dans l'ensemble, les médecins interrogés ont constaté une **stabilité globale de leurs revenus** (M2, M3, M4, M5, M9) ...

M4 : *il y a à peu près le même revenu net. Parce que le chiffre d'affaires augmente et les charges augmentent, et le chiffre d'affaires augmente parce qu'on a plus de temps pour les consultations parce qu'on délègue un peu plus à la secrétaire et à l'infirmière.*

...car la baisse initiale de revenus pouvait être expliquée par la **diminution du temps de travail** (M2)

M2 : *On fait partie de la génération des gens qui bossaient comme des tarés. Et puis quand on a vu arriver des jeunes, on les a pris pour des fous, puis finalement, on a trouvé qu'ils étaient pas si fous que ça et on les a copiés quoi. Donc ce qui veut dire qu'aujourd'hui, la rémunération de la plupart des professionnels a plutôt diminué, mais parce qu'ils l'ont voulu.*

- ... Mais ceux – ci pourraient être augmentés par **délégation de tâches** (M2)

M2 : *une maison de santé, ça te permettrait, si t'es malin et intelligent, plutôt d'augmenter ton revenu. Parce que tu délègues des tâches, et qu'une secrétaire, elle est moins payée qu'un médecin pour faire son boulot. Une femme de ménage aussi. Et une infirmière aussi. Et donc plus tu délègues, plus ça te permet de faire des choses, et plus tu gagnes d'argent. Donc logiquement, plus t'es organisé, et plus tu gagnes quoi.*

Les **NMR**, valorisant le temps de collaboration, complétaient les revenus des médecins interrogés.

(M1, M6, M9)

M6 : *Chacun, quand il travaille dans le cadre des NMR, émarge. Puis on est rémunérés à l'heure passée.*

Pour un médecin, ces investissements permettraient de faire des **économies** à l'Assurance Maladie (M2).

M2 : *On est sûrs aussi qu'on coûte bien moins cher à l'Assurance Maladie. Parce que, moindre coût en spécialistes, moins de prescriptions médicamenteuses, et puis amélioration de la qualité, ça coûte moins cher.*

## **b. Les modifications de la qualité des soins pour le patient**

**L'amélioration de la qualité de la prise en charge** grâce au travail pluriprofessionnel était indéniable pour la majorité des médecins interrogés (M1, M2, M3, M5, M8, M9, M11) ...M11 : *Donc, faire les choses ensemble, c'est pas avoir 4 bras au lieu de 2, c'est avoir 6 bras au lieu de 4. C'est-à-dire que le fait d'être ensemble, ça crée de l'énergie supplémentaire. Ça permet de mieux passer les moments décourageants, les difficultés etc.*

... Mais elle n'est **pas encore suffisante pour d'autres** (M1, M2, M3, M6, M10), faute de manque de maturité de la MSP, et d'optimisation du temps de soin, par rapport au temps administratif.

*M1 : (silence) Pas encore de changements je pense. Euh, c'est défois un peu ce qui m'embête... En même temps, je pense qu'on essaye d'y faire attention et qu'il reste au centre de nos préoccupations.[...] défois, c'est encore trop « administratif » ou ... Enfin, par exemple, dans nos protocoles, c'est encore difficile à se mettre en place finalement, on a encore du mal à le formaliser...*

Des médecins (M4, M6, M10) ont émis l'idée **de solliciter le retour des patients sur les MSP**, mais cette proposition n'obtenait **pas l'adhésion** de l'ensemble des professionnels de santé...

*M4 : Je pense qu'il faut intégrer le patient dans le projet de santé, voir les associations de patients, par rapport à certaines choses, et les inviter à des réunions 2 fois par an*

...Probablement à cause du manque de maturité de certains professionnels de santé (M2)...

*M2 : Il faut une certaine maturité chez les professionnels de santé, tu vois, pour se rendre compte que leur clientèle, ça vaut peut-être le coup de temps en temps de leur demander s'ils sont contents de ce qu'on leur sert.*

...ou alors, à l'autosatisfaction des professionnels : pourquoi solliciter un retour si le fonctionnement paraissait convenir à tous ? (M2, M5)

*M5 : je trouve que pour le moment, on s'en sort pas trop mal. On a la prétention d'avoir réussi tout ce qu'on a imaginé donc on se trouve très bons. C'est un manque terrible d'humilité.*

Il y avait aussi moins de motivation à solliciter un retour devant le contexte actuel de demande supérieure à l'offre en santé (M2) :

*M2 : Quand t'es dans une société de services normale, bien sûr que tu te poses la question : est-ce que les clients ils sont contents ? Mais en médecine, tu t'en fous : l'offre, elle est largement inférieure à la demande. Donc aujourd'hui, tu vas pas t'en préoccuper quoi.*

La moitié des médecins interrogés se demandaient si les MSP n'avaient pas entraîné une médecine moins personnalisée. Certains ont émis l'hypothèse d'une modification de la notion de « médecin de

famille » vers le terme de « **médecin de structure** » : la place de la structure « MSP » prendrait alors plus d'importance dans le futur (M2, M3, M4, M6, M9, M12):

*M4 : Donc c'est un peu plus impersonnel. Il y a un moment où on se dit : « Oula, est – ce que j'ai pas créé une grosse machine plus impersonnelle ? ».*

*M9 : Le médecin de famille, finalement, est devenu plutôt un médecin parmi les autres médecins dans la maison de santé, un médecin de structure on va dire. Alors la notion de médecin de structure par rapport au médecin de famille, ça mériterait une thèse. L'image du patient, qui a encore cette image d'Epinal, on le voit très bien dans le film « Médecins de Campagne » hein ? Il faut qu'il fasse sa révolution personnelle. Il faut que le patient fasse sa révolution, ça ne sera plus jamais comme ça. Au contraire.*

Ces changements paraissaient inévitables au profit de l'amélioration de **l'offre de soins** et de **l'accessibilité** (M2, M3, M6, M8, M12)

*M2 : Donc les gens, ça y est, ils ont identifié : quand ils appellent, ils auront un RDV dans la journée, pas de souci parce que c'est bien organisé. Par contre, c'est pas avec le médecin qu'ils voulaient. C'est pas grave, ils en auront un autre. Parce qu'ils savent qu'on discute des cas.*

Un des avantages était d'avoir des **regards différents** sur les patients.

*M3 : Le vieux patient chronique, il est plus déboussolé parce qu'il change beaucoup de médecins. Alors c'est pas mal parce qu'il y a plusieurs regards sur lui, sur sa santé. Moi, je trouve que c'est très bien qu'on soit plusieurs à regarder sur un patient.*

Mais ces modifications semblaient **difficiles à accepter** pour les patients régulièrement suivis pour des **pathologies chroniques** (M3, M6) :

*M6 : Et puis il y a ceux qui n'ont pas bien compris, pas bien entendu, et qui disent : « Docteur, vous n'êtes jamais là, on est un peu ballotés, un jour j'ai vu untel, un jour j'ai vu un autre tel ». On essaie de leur mettre en relief que c'est peut-être mieux que de ne pas avoir de médecin.*

Certains médecins interrogés s'étaient donc demandé si les MSP n'avaient pas augmenté la **distance dans la relation « médecin – patient »** ? (M3, M4, M9)

*M4 : Mais le fait d'avoir ce filtre des secrétaires + plein de médecins et une grande salle d'attente, j'ai eu l'impression... un peu moins maintenant, mais mon impression de début, c'était ça... Mais d'avoir mis une petite distance, et que la distance « médecin – patient » s'était un peu écartée.*

Cela paraissait inévitable dans le **contexte de démographie médicale actuelle** (M9)

*M9 : Du fait de la raréfaction de la répartition, on va dire, des médecins généralistes en France, et bien c'est inévitable. Le médecin de famille n'existe plus, ou n'existera plus. Il est remplacé par un médecin de structure ou par une structure de médecins plus exactement, et malgré tout, le patient reste attaché à son médecin traitant.*

### **c. L'amélioration de l'accessibilité**

Les MSP avaient permis une amélioration de l'accessibilité physique à des professionnels de santé. (M2, M11).

*M11 : Les gens sont arrivés et ont dit : « Ah, c'est super, il y a un parking ! ». (rires) Et, ça matérialise cette idée de l'accessibilité. Et l'accessibilité, pour les gens, c'est d'être capables de venir. A travers ça, je pense que les gens comprennent qu'ils ont accès à tous les services : infirmiers, kinés, dentiste etc.*

### **d. Les modifications de l'exercice médical**

Les médecins ont mis en évidence plusieurs paramètres ayant pu modifier leur exercice, depuis leur installation en MSP :

- Le travail pluriprofessionnel a permis un **enrichissement des connaissances** (M1, M2, M11) pour les médecins.

*M11 : Donc, nous aussi, on s'enrichit aussi de l'expérience des infirmières dans des domaines où on a moins d'habitude, d'expérience. Et puis, nous, on n'a pas reçu de formation sur les plaies chroniques.*

- Ils constataient également **moins de recours aux médecins spécialistes (M2) hospitaliers ou libéraux.**

*M2 : Aujourd'hui, on a vachement moins recours à la médecine spécialisée. Parce qu'à midi, les gens, ils vont commencer à discuter : « Tiens, elle avait ci, ça, est – ce que je l'envoie chez le cardio ? ». Tu lui dis : « Ben pourquoi tu l'envoies chez le cardio ? Tu fais d'abord son électro, tu fais sa RP, sa spiro et puis on voit si sa dyspnée, elle est cardiaque ou pulmonaire ! T'as pas besoin de l'envoyer quoi ! ».*

- La MSP permettait de **déléguer des tâches** pour la moitié des médecins, ce qui leur permettait de **dégager plus de temps médical.** (M1, M2, M3, M4, M5, M11)

*M2 : On leur fait faire tous les électros, toutes les spirométries, tous les vaccins ils passent là, tu vois. Plus les pansements, les prises de sang... On fait plus rien à domicile. Et résultat : elles bossent beaucoup ! Donc ça veut dire qu'il faut qu'il y ait non seulement un changement des représentations, mais il faut qu'il y ait une véritable volonté au sein des professionnels de faire bouger la clientèle dans ses habitudes aussi tu vois.*

*M11 : c'est elle qui me dicte mon rythme de passage, qui me signale qu'il y a un problème et qu'il faut que j'aille voir le patient, qu'elle me tienne informé qu'il y a eu un problème, qu'il est réglé et que je n'ai pas besoin d'aller voir le patient... Et quelque part, l'infirmière à domicile, devient vraiment la coordinatrice du maintien à domicile. Ca, pour nous, c'est très important et très intéressant parce que ça veut dire que nous, on intervient à bon escient.*

- Un autre paramètre souligné était la diminution possible du temps de travail **sans craindre pour la continuité des soins.** (M2, M3, M9, M11)

*M2 : Moi, je travaille plus que 2 jours par semaine. Mes patients, ils sont suivis, hein, quand je suis pas là.*

- L'exercice en MSP permettrait **d'homogénéiser les pratiques** (M4, M6, M11).

*M4 : Dans l'organisation des soins primaires avant les maisons de santé, vous alliez voir un médecin ou une infirmière ou un kiné, vous aviez sur la même question 3 réponses différentes. Donc le patient, il faut qu'il choisisse une des 3 ou il ne fait rien et il n'en sait rien. Alors que si sur la même pathologie, il a 3 fois le même discours, il va plus être adhérent au projet.*

- Les MSP auraient apporté un **confort dans l'exercice des médecins** (M3, M9, M10)

*M9 : En fait, on a fait des maisons de santé pour les professionnels que pour 2 choses : amélioration et efficacité des soins, et amélioration du confort des professionnels. Si on ne fait pas ces 2 choses – là, on ne fait pas de maison de santé, ce n'est pas la peine !*

## **7. Pour le futur des MSP**

### **e. Les projets des MSP**

Les médecins ont rapporté plusieurs pistes de travaux pluri - professionnels pour l'avenir de leur MSP :

- Il faudrait construire un **parcours de soin au sein de la MSP** (M1, M6)

*M1 : on voulait lui proposer un parcours au sein des différents professionnels de la maison de santé pour qu'il ait du temps pour apprivoiser ce qu'est ce diabète et que la diététicienne puisse avoir une intervention.... Les infirmières sur une thématique donnée aussi... La psychologue évidemment aussi...*

- Les MSP pourraient travailler sur la **coopération entre professionnels de santé sur un même territoire**, à partir de la « CPTS » de la nouvelle loi santé de 2017. (M2, M5, M11, M12)

*M11 : On va développer les équipes sur les territoires qui ne seront pas des maisons de santé, mais qui seront des CPTS. [...] Mais la MSP, ça va être aussi le point d'appui dans une organisation dans le territoire avec les autres professionnels de santé. Donc travailler avec les autres professionnels tout en sachant que nous avons dans notre patientèle des gens qui n'habitent pas la commune, et qui sont dans une autre commune.*

- **L'élaboration de protocoles pluri – professionnels** était à l'étude pour la moitié des médecins interrogés (M1, M5, M8, M10, M11, M12)

*M8 : Et de pouvoir écrire ce qu'on appelle des protocoles, mais de manière beaucoup plus simple de ce qu'on a pu faire jusque là quoi. Mais ça, on n'y est pas arrivés encore. C'est notre projet pour le futur.*

- La moitié des médecins interrogés aimeraient **élargir l'utilisation de l'outil informatique** pour tous les professionnels de santé. (M3, M5, M6, M7, M9, M12)

*M5 : En termes d'outils, on a un système d'informations qui est pas finalisé, qui n'est pas construit pour les paramédicaux. Je pense que ça va changer parce que, pour eux, commercialement, ça devra être une obligation. On a un très bon logiciel - outil pour médecins, c'est sûr. On a un outil qui est très facile d'accès, facile, pratique, mais les paramédicaux n'ont pas un très bon outil.*

- L'organisation de **plus de réunions centrées sur le patient**, et moins sur l'administratif ou la logistique était un souhait pour l'avenir. (M1, M4, M9)

*M1 : Effectivement, qu'on ait des vraies réunions centrées sur les patients : des cas complexes, des protocoles, des choses comme ça ...Et que ça soit pas juste des réunions organisationnelles.*

- **Donner aux patients un rôle plus actif** au sein des MSP avait été envisagé. (M2, M5, M7, M10)

*M5 : on a un comité qui prend les décisions, qui est pluridisciplinaire, sachant qu'il y a une représentation des professionnels de santé, des usagers, et des éducateurs sportifs. Donc on voit de plus en plus de patients rentrer dans la MSP, pour autre chose que des soins.*

- Certains médecins ont émis le souhait de **moderniser la médecine française** à travers les MSP (M2, M9, M11)

*M2 : Aujourd'hui, je vais me battre (tape du poing sur la table) pour la modernisation de ce secteur – là. Tu vois, pour que les gens, ils puissent arriver à faire leur métier dans des conditions qui sont celles du 21<sup>e</sup> siècle. Pas pour voir arriver Google Santé ou Amazon qui nous mettent des conditions de vie complètement délirantes. C'est vraiment pour créer des établissements de soins primaires qui soient modernes, efficaces, qualitatifs, avec une vraie réflexion intérieure.*

- Le projet de diminuer le temps administratif au profit du temps médical a été rapporté, en faisant appel à des **services d'aides à la gestion des MSP**, via une coordinatrice (M2, M4, M5, M9, M10, M12)

*M9 : Donc, le principal projet reste de mettre en route la gestion de la maison de santé sur le plan matériel, et notamment la rediscussion avec les acteurs fournisseurs, et notre propriétaire, puisque nous sommes locataires, qui est la communauté de communes, de certaines sommes qu'on paye et qu'on ne doit pas payer, hein ?*

- Il a été proposé **d'évaluer** les projets mis en place par les MSP dans le futur (M3, M11)

*M11 : Parce qu'on s'aperçoit aussi que dès qu'on met en place un protocole, il faut qu'on soit rigoureux. C'est-à-dire qu'on évalue ce qu'on fait. Et une fois qu'on a mis, par exemple, le protocole sur les AVK en place, ça serait intéressant de voir si on a plus de patients qui sont dans la fourchette souhaitée de l'INR que ce qu'on avait avant.*

- **L'amélioration de la relation ville – hôpital** a fait partie également des projets de certains médecins (M5, M8, M10, M11)

*M11 : On a besoin de l'hôpital, mais l'hôpital a encore plus besoin de nous. Et je ne suis pas sûr que tout le monde à l'hôpital ait compris ça quoi. Nous, on sait qu'on a besoin de l'hôpital, parce que la moindre chose qui va pas, on est content d'avoir l'hôpital.*

- Les progrès dans la **traçabilité des données** étaient à réaliser (M2, M5, M8, M11), notamment lors des échanges d'informations avec les autres professionnels de santé.

**M11** : On a évidemment le logiciel lui – même qui est un endroit où on va inscrire un certain nombre de données. Et, alors, le fait d’avoir un renseignement de l’infirmière qui voit un de nos patients, et qui a un problème, et qu’elle mette un mot dans le dossier... [...] l’information, en plus, elle est écrite, tracée, et ça nous permet de tenir compte de ce qui disent les infirmières.

- Chercher d’autres financements était un objectif **dans le but de pérenniser le budget des MSP**. Ces financements devraient être obtenus en créant de nouvelles activités, mais qui devaient rester dans le projet de soins des MSP (M5, M8, M11, M12)

*M8* : En fait, on s’est rendu compte que le financement par exemple d’un poste de coordinateur nécessitait d’aller chercher des subventions. Ces subventions, on les a obtenues en décrivant des nouvelles activités, et ces nouvelles activités, elles nous déplacent des problèmes très simples et très concrets qu’il faudrait pouvoir résoudre aussi. Et en fait, on est embêtés avec ça.

- Les MSP devraient développer la formation **en augmentant** les terrains de stage des étudiants (M5, M10)

*M10* : Je pense qu’un stage chez le généraliste ... pour qu’au moins tout le monde voie... Parce que quand on est qu’à l’hôpital ... Pour que tout le monde puisse faire un stage en MSP pour voir comment ça marche, ça serait vraiment bien.

## **f. Comment améliorer la communication au sein d’une MSP ?**

Les médecins proposaient diverses pistes de réflexion pour perfectionner la communication au sein des MSP :

- Les médecins qui étaient en PSP souhaiteraient se regrouper sur le même site pour avoir **des locaux en commun** (M1, M7).

*M7* : Alors le projet de fond, c’est quand même d’arriver à se réunir dans des locaux.

- Les 2/3 des médecins interrogés voulaient encore plus encourager le **dialogue** (M2, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10)

*M6* : Donc, de se rencontrer, et de voir d’autres personnes, et d’échanger sans arrêt sans arrêt, c’est utile. Mais c’est extrêmement chronophage.

- Une des pistes à explorer pour le futur serait de **partager le même outil informatique**. (M1, M2, M4, M7, M9, M12).

*M1 : Qu'effectivement, que les infirmières, elles manipulent bien WEDA, et qu'on échange autant avec elles que ce qu'on a commencé à faire avec les kinés, je pense que ça, ça nous aidera.... Qu'elles s'approprient l'objet.*

- La question de la **confidentialité** du partage d'informations devrait être discutée pour faciliter l'accès aux informations du patient pour tous les professionnels (M1, M2)

*M1 : On se rend compte que les kinés, les infirmières, ils ont pas un tel ou telle information parce que ça a été fait pour que ça soit protégé vis-à-vis des médecins. Et donc, du coup, qu'est – ce qu'on choisit de partager, qu'est – ce qu'on décide de ne pas partager avec eux. Euh ... Et qu'on pense à le faire etc.*

- Les **rencontres informelles** devraient être multipliées. (M1, M10, M11)

*M11 : Alors, au niveau humain, il faut une machine à café... (sourire) Et il faut trouver des lieux d'inter – médiation, de médiation, parce que c'est en buvant le café ensemble qu'on parle des sujets qui nous préoccupent.*

- **Les services d'une coordinatrice** pourraient être demandée dans la gestion de la MSP (M2, M5, M6, M8)

*M6 : On a donc une coordinatrice, on paye la prestation de service à Facilimed montée par Pierre De Haas. Ça nous aspire 25% du budget NMR, mais ça apporte une richesse d'une coordinatrice qui met du liant dans l'équipe et qui nous fait avancer tout le côté administratif qui devient de plus en plus pointu.*

- Il a été suggéré de **mieux accompagner les professionnels de santé à exercer autrement** : réaliser cette mutation de leur mode d'exercice inhérent à l'activité pluri-professionnelle (M2, M11)

*M2 : dans les maisons de santé, c'est de l'accompagnement, c'est ce qu'on fait, dans des équipes auprès des maisons de santé, pour faire leur propre révolution culturelle, pour sortir d'un isolement, d'un travail individuel. Et de sortir de : « Là, je suis vachement content, j'ai bien fait mon boulot. Mais après, une fois que le patient est sorti, c'est plus mon problème ».*

- **L'augmentation du temps de coordination** serait nécessaire. (M3, M8, M10, M11)

*M11 : il faudrait qu'on ait plus de temps de coordination entre nous. Je pense que, à terme, il faudrait qu'on passe à peu près un quart de notre temps de travail professionnel, non pas à faire les soins auprès des patients, mais à organiser, évaluer, et améliorer ce qu'on fait.*

## **g. Comment améliorer la communication entre tous les professionnels de santé en général ?**

Plusieurs pistes ont été suggérées par les médecins pour l'amélioration de la communication entre les professionnels de santé :

- L'expansion **des stages ambulatoires** en MSP ou d'autres structures pluri-professionnelles qui permettraient de voir comment travaillent les autres professionnels de santé (M1, M5, M7, M9, M10)

*M1 : que quand l'interne est en stage chez nous, il passe une journée avec l'infirmière, une journée avec un kiné, une journée avec le pharmacien etc. Pour voir qu'est – ce que d'être une infirmière ? un kiné ? un machin ? Euh donc, ça je pense que c'est intéressant d'aller voir comment travaillent les autres professionnels.*

- **La formation et le travail en équipe** étaient plébiscités également. (M1, M2, M7)

*M2 : Donc tu vois, on n'est pas formés pour travailler dans une équipe. C'est incroyable, tu vois. La formation médicale, elle est uniquement sur le savoir. Elle n'est pas dans l'organisation, de l'exploitation du système d'informations, de comment je fais pour bosser dans une équipe, de comment j'intègre une secrétaire dans une équipe...*

- **L'humilité** était une qualité souhaitable pour la communication. (M1, M2, M3, M8)

*M1 : c'est d'avoir cette humilité – là, je pense en tant que médecin, c'est de savoir qu'on n'a pas les mêmes compétences. C'est pas qu'on n'est plus ou moins forts les uns que les autres, c'est juste qu'on fait pas la même chose. Je crois que c'est d'être convaincue de ça.*

- **Un cursus universitaire commun** aux professionnels de santé avait également été proposé. (M1, M2, M4)

*M2 : Ben faut faire la révolution universitaire d'abord. Donc, ça a commencé tu vois. Donc que ça soit par Angers ou d'autres facultés tu vois. Faut qu'il y ait un cursus où on soit tous ensemble. Ce qui se passe aux Etats – Unis maintenant... D'aller faire une licence santé tous ensemble, pas de faire un dispatching.*

- La notion de **parcours de soins** devrait être plus souvent abordée pour les étudiants. La vision de la prise en charge d'un patient au sein d'une équipe, et non de manière mono-professionnelle devrait être enseignée. (M2, M5)

*M2 : Et ça, t'es pas préparé. En fac, on t'apprend à traiter une insuffisance cardiaque, un asthme, le diabète. Mais on t'apprends pas à gérer un diabétique, à qui on a déjà coupé une jambe, qui habite au 3<sup>e</sup> étage, qui vient de perdre sa pension et qui te ... Enfin, tu vois ? Donc c'est une formation de savoirs, c'est pas une formation professionnelle !*

- Il a été constaté la méconnaissance **des outils de communication (type SAED)**. (M4, M5, M6, M7, M9, M10, M12)

*M6 : SAED ? ... Je ne connais pas. C'est quoi ?*

- La **messagerie sécurisée** type « MonSisra » serait à étendre à tous les professionnels de santé (M7, M11)

*M7 : Et à partir du moment où on est inscrits à une école d'infirmières, de kinés, de sage – femmes, le ministère de la santé devrait nous permettre d'avoir une adresse mail sécurisée, et que ça soit automatique à l'inscription. Comme ça, tout le monde aurait cette adresse, ça serait quelque chose d'automatique, et ça permettrait d'échanger ces données sensibles de façon cohérente quoi.*

- **Le changement de la hiérarchisation des rapports à l'hôpital**, dont sont imprégnés les étudiants en médecine, a été évoqué (M7, M11)

*M11 : la vieille école de médecine qui disait que le PUPH de Paris est supérieur au PUPH de Lyon, qui est supérieur au PUPH de je ne sais pas où. En fait, en médecine, on apprend la hiérarchie hospitalo – universitaire. Et ça imprègne toute la formation d'un médecin. Et nous, les médecins généralistes, on n'est pas dans ce trip – là. Nous, ce qui nous intéresse, c'est de faire au mieux possible avec nos patients. Et donc pour ça, on voit bien qu'on ne pourra pas travailler sans .*

- **Les cours de communication** devraient être développés durant les études (M7, M9, M10)

*M9 : Donc ce qu'on ne nous apprend jamais à la faculté hein : savoir dire non. Savoir dire non, pas à des examens médicaux comme on le croit. Mais savoir dire non aux patients nous demandant une consultation, une visite, etc en mettant évidemment la pression, et qui ne comprennent absolument pas qu'on puisse dire non. [...]*

*Je crois qu'on ne se sert pas suffisamment de la psychosociologie des populations et des individus, on a beaucoup à apprendre là – dessus, en tant que médecins, savoir communiquer.*

- Le **dossier médical en commun** serait aussi une piste pour améliorer la communication dans le futur. (M9, M11)

*M11 : nous, ce qu'on proposerait pour améliorer la communication, c'est de développer l'idée du « DPP » (Dossier Professionnel Partagé). [...] Ca veut donc dire que l'idée est de partager l'information médicale, mais à partir du dossier tenu par le médecin traitant.*

# DISCUSSION

## I. Discussion de la méthode

### 1. Forces de l'étude

Nous avons choisi d'effectuer cette étude afin d'apporter des réponses aux professionnels qui s'installent en MSP, ou à ceux qui s'interrogent. Intégrer ce type de structure implique une mutation importante de leurs interactions. Les modifications de pratiques et l'exercice pluri-professionnel pourraient être des sources d'inquiétude pour les plus récalcitrants. Recueillir et étudier les témoignages des professionnels installés pourraient les intéresser. Comme vu dans l'Introduction, une bonne communication est nécessaire à toute collaboration efficace. Il paraît donc intéressant d'étudier, au sein de ces structures, cette communication interprofessionnelle. Les MSP, source de beaucoup d'espoirs, face à la baisse de la démographie médicale et à la demande de soins grandissante, sont un sujet d'actualité.

Cette étude qualitative a été réalisée auprès de médecins et IDE, afin de recueillir leur perception de la communication interprofessionnelle au sein des MSP. Pour répondre à la définition d'une MSP il est nécessaire de réunir au moins deux médecins et un professionnel de santé paramédical. Il paraissait donc indispensable de recueillir la perception des médecins. Le binôme médecin-IDE est historique. La place des IDE dans les soins de premiers recours est primordiale. Une étude sur le développement et fonctionnement des MSP en région Rhône-Alpes (30) montre que la composition des MSP est basée sur un noyau constant constitué par les médecins et IDE. Nous avons choisi d'étudier leurs perceptions.

Nous avons opté pour la méthode **qualitative** par **entretiens semi – dirigés**. Cette méthode était la plus adaptée pour extraire le ressenti de ces deux professions. La méthode par « focus group » avait été envisagée également, dans le but de favoriser les interactions, échanges et peut être d'obtenir plus d'idées novatrices. Mais, outre les difficultés de mise en place, elle pouvait aussi gêner l'expression de certains participants face à la position dominante d'autres. Nous avons alors privilégié les entretiens individuels, pour aussi permettre de libérer la parole de personnes plus « réservées ».

Le concept des MSP étant récent et d'actualité, nous n'avons pas retrouvé d'étude effectuée sur le thème de la communication entre professionnels de santé déjà installés en MSP. De même, peu d'études ont été réalisées sur les modifications de pratiques professionnelles chez les professionnels installés en MSP.

## 2. Limites de l'étude

- Les investigateurs de l'étude étaient médecin généraliste. Cela a pu être à l'origine de plusieurs **biais** liés à l'enquêteur:
  - En rapport avec son statut de médecin : les IDE interrogées connaissaient la profession de l'enquêteur. Ce qui a pu entraîner une gêne voire un frein à certaines remarques des professionnels paramédicaux au sujet des MG. Nous nous sommes efforcés de recueillir les données sans les influencer.
  - En rapport avec son inexpérience de la méthodologie qualitative, concernant notamment la conduite d'entretiens semi-dirigés. Pour limiter ce biais, un guide d'entretien a été utilisé.
- Il pouvait exister un **biais de déclaration** car les IDE répondants connaissaient le thème de l'étude, ce qui a pu entraîner une anticipation des réponses. Cependant les informations fournies avant l'entretien étaient volontairement succinctes. Malgré tout, un IDE avait préparé des éléments de son discours au préalable.
- **Un biais** est probablement présent lié à l'**interprétation** des données, malgré l'effort d'objectivité pendant la retranscription et l'analyse des verbatims. La triangulation des données a permis de limiter ce biais au niveau de l'analyse.
- **Biais de sélection** : Les personnes faisant partie de l'échantillon sélectionné étaient disponibles, volontaires, et accessibles par mail ou téléphone, ce qui a constitué un biais de sélection.

Pour certaines personnes ayant accepté de faire partie de l'échantillon, le fait de les connaître a pu également orienter leur choix. De plus, les demandes ont été réalisées sur la base du volontariat, cela a pu orienter notre interview sur les personnes les plus investies dans le projet.

Certaines équipes, dont le projet était en échec, nous auraient intéressées dans le cadre de l'étude. En effet, il aurait peut-être été possible de mettre en évidence d'autres freins non retrouvés dans notre étude. Nous n'avons pas eu de suites à nos sollicitations. Nous pouvons l'expliquer par le fait qu'il reste difficile de témoigner d'un échec, après un investissement personnel important.

Cependant, ce biais a pu être limité par plusieurs relances téléphoniques et mails. Ainsi nous avons eu l'opportunité d'interroger des professionnels ayant une vision neutre et même négative des MSP.

- **Une autre faiblesse de l'étude était liée aux conditions environnementales.** Nous avons privilégié au maximum un environnement calme pour les enregistrements. Mais, concernant les médecins, 3 enregistrements ont dû être suspendus quelques minutes à cause d'une interruption téléphonique ou par une autre sollicitation. L'impact sur l'enregistrement a été très modeste. Concernant les IDE, le premier et le deuxième entretien ont eu lieu dans un lieu public, conformément au choix des participants, ce qui a pu gêner leur déroulement. Tous les autres entretiens ont eu lieu au sein du cabinet infirmier ou salle de réunion de la MSP dans lesquelles les IDE exerçaient. Un entretien a eu lieu en présence d'une tierce personne, le fils de 2ans de l'IDE interrogée. La présence de cet enfant en bas âge a perturbé le déroulement de l'entretien et l'entretien a dû être suspendu à un moment. Un entretien avec un IDE a été interrompu par un appel téléphonique, ce qui a eu cependant un impact limité sur le déroulé de l'entretien.

## **II. Discussion pour la population des IDE**

Les résultats de notre étude mettent en évidence une satisfaction globale, à une exception près, du travail en MSP. Les IDE ont également un ressenti positif concernant la communication entre médecins et IDE depuis l'installation dans cette structure de soins primaires. Les propositions des IDE pour l'amélioration de la communication sont limitées, ils estiment que celle-ci est déjà efficiente. Les difficultés d'échange qui pouvaient être rencontrées en libéral ou en hospitalier semblent se lever en MSP. Le point essentiel qui reste à améliorer est l'outil de communication informatique partagé. Celui-ci n'est pas suffisamment utilisé et jugé non performant pour la pratique infirmière, ce qui est un frein à son utilisation.

### **1. Facteurs influençant la communication**

Nous avons pu identifier plusieurs facteurs influençant la communication. Ceux-ci sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Leviers et freins de la communication pour les IDE

	<b>LEVIERS</b>	<b>FREINS</b>
FACTEURS HUMAINS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des interlocuteurs</li> <li>- Liberté d'expression</li> <li>- Confiance</li> <li>- Communication synchrone</li> <li>- Importance de se connaître</li> <li>- Reconnaissance</li> <li>- Absence de jugement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rupture de confiance</li> <li>- Manque de disponibilité des professionnels</li> <li>- Ne pas connaître ses interlocuteurs</li> <li>- La crainte d'être mal jugé</li> </ul>
FACTEURS CULTURELS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de hiérarchie</li> <li>- Volonté de travail en équipe</li> <li>- Projet commun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentations</li> <li>- Hiérarchie</li> </ul>
FACTEURS MATERIELS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proximité géographique</li> <li>- Logiciel commun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Freins à l'utilisation du logiciel</li> <li>- Nombre trop important de professionnels</li> </ul>

**Les facteurs humains** englobent les facteurs individuels et les relations interprofessionnelles.

**Les facteurs culturels** regroupent les représentations qu'ont les IDE des médecins, la hiérarchisation, la formation.

**Les facteurs matériels** sont technologiques, géographiques et financiers, temporels.

Les leviers et freins identifiés peuvent être en rapport avec l'émetteur du message, avec le message en lui-même et le moyen utilisé pour le véhiculer, et avec le récepteur. Les rapports interprofessionnels entre émetteur et récepteur peuvent largement influencer la communication.

## **a. Facteurs humains**

La relation de confiance, la disponibilité, l'importance de se connaître, la reconnaissance, l'absence de jugement, sont autant de facteurs retrouvés dans notre étude influençant positivement la communication. On retrouve également des facteurs humains pouvant être un frein à la communication : ne pas connaître son interlocuteur, la crainte d'être mal jugé, une rupture de confiance, le manque de disponibilité des professionnels.

**La relation interprofessionnelle** entre IDE et médecin est historique. Leonard Stein, psychiatre, décrit en 1967 le « doctor-nurse game ». (31) Il dénonce les relations parfois équivoques entre les deux professions : il décrit les règles d'un jeu interprofessionnel où les médecins, masculins, dominants, responsables de diagnostiquer, opérer et prescrire, sont secrètement guidés, dans les décisions cliniques, par les IDE (profession quasi-exclusivement féminine à l'époque) pour attribuer au médecin toutes les décisions. Celles-ci, responsables, soi-disant, uniquement du « ménage » et du service aux patients, jouent à ce jeu apparemment de manière consentante. La subordination n'est donc qu'apparente. Stein appelle une plus grande ouverture d'esprit. L'infirmière n'a alors pas le même statut social que le médecin, et la profession est majoritairement féminine, contrastant avec celle des médecins, constituée majoritairement d'hommes. La division de genre et les stéréotypes sexistes de la société ancrent cette relation dans un système patriarcal. C'est d'ailleurs ce à quoi fait référence un des infirmiers lorsqu'il dénonce les inégalités entre professionnels. Il déclare que le système de MSP remet en avant « la toute-puissance des médecins ». Ces inégalités ont une influence sur le développement de l'image de la profession d'IDE comme travail féminin, et ont marqué les pratiques actuelles. Mais le changement de statut de la femme dans la société, a fait évoluer cette image. Lorsque Stein et ses collègues revisitent le « doctor-nurse game » quelques années plus tard, le jeu a évolué (Stein et al., 1990). Les infirmières ont décidé de ne plus jouer. Elles affirment un rôle indépendant et autonome. En effet, l'évolution du système de formation des soins infirmiers dans les années 70, a amené à redéfinir leurs rôles et compétences et a fait évoluer la relation avec les médecins. Mais leur position dans la hiérarchie nuit à leur affirmation. Certains affirment que le jeu est toujours d'actualité (31). La relation entre MG et IDE a largement été étudiée, on retrouve notamment dans la littérature des articles destinés à des journaux infirmiers.

Plusieurs études montrent l'insatisfaction des IDE concernant la communication avec les médecins (32). Ce qui est contradictoire avec ce que l'on retrouve dans notre étude, suggérant que le travail collaboratif en MSP répond à certaines attentes.

Pour les IDE ne pas connaître l'interlocuteur est un frein à l'échange. Ils déclarent avoir un meilleur contact avec un médecin familial. L'utilisation du téléphone est ainsi facilitée. La connaissance de l'autre est donc importante dans le processus de communication. Une étude néerlandaise retrouve en effet qu'un des facteurs entravant la collaboration interprofessionnelle est la méconnaissance des interlocuteurs (33). Le partage d'un lieu commun permet de multiplier les rencontres et les temps d'échanges informels, dans une démarche de mieux connaître l'autre. Cependant une relation familière ne semble pas suffisante pour établir une communication efficiente.

En 1975, Hoekelman, déclare que « la clé du problème dans la relation médecin-IDE est le manque de compréhension de chaque discipline du rôle de chacun dans les soins » (34). 43 ans plus tard, cette affirmation semble encore vraie. En effet cet aspect a été évoqué dans notre étude. Il a été suggéré que tous les médecins lisent le décret de compétence des IDE (35). Une IDE relatait l'intérêt manifeste des médecins quant à leur activité professionnelle depuis l'installation en MSP. Une étude lituanienne sur le travail d'équipe en soins primaires, va dans le même sens en insistant sur l'importance de la définition des rôles de chacun et des responsabilités de chacun (36). Une revue de la littérature réalisée par Mc Innes et al sur la collaboration entre médecins généralistes et IDE (37), ainsi qu'une étude qualitative néerlandaise sur la communication interprofessionnelle (38), soulignent le manque de clarté au sujet de la définition des rôles de ces derniers et de leurs responsabilités. Il existe donc un réel enjeu sur la connaissance des compétences de chacun. La littérature montre qu'une formation interdisciplinaire limiterait les frontières entre les professions.

Il existe un autre élément important dans la relation interprofessionnelle : le partage d'un **objectif commun**, une vision du soin partagée, le partage de valeurs communes est un facteur favorisant la communication. Une revue de la littérature, explorant la collaboration interprofessionnelle dans les soins primaires, suggère que les premiers temps de la collaboration devraient être dédiés à la communication, la formation, et la construction d'une vision partagée afin de gagner du temps par la suite. (39).

On retrouve dans plusieurs études sur la collaboration interprofessionnelle que la **confiance et le respect mutuel** sont des bases fondamentales du travail interprofessionnel : la confiance mutuelle est perçue comme le facteur facilitant le plus important pour une communication efficace (40). Une étude qualitative néerlandaise retrouve également ce résultat (38) corroboré par les résultats d'une étude néo-zélandaise (41). C'est un facteur que l'on retrouve dans notre étude. Le travail en MSP ou

PSP semble favoriser cette confiance en permettant aux interlocuteurs de mieux se connaître, de partager un but commun, de mieux comprendre le rôle de chacun. Cette confiance se développe avec une meilleure connaissance de l'autre et de ses compétences.

La qualité des interactions entre médecin et IDE dépend donc des relations interprofessionnelles. Les modalités de ces échanges font également parties des facteurs influençant la communication. Comme nous pouvons le voir dans notre étude, la communication interprofessionnelle survient de manière synchrone et asynchrone, comme décrit dans l'étude de Conn et al. en 2009 (32). La communication synchrone fait référence à ce qui survient en temps réel comme les réunions, les conversations improvisées. La communication asynchrone correspond aux ordonnances, aux messages écrits. La communication n'est pas seulement verbale elle est aussi dans le langage corporel, l'attitude et le ton. Cette communication synchrone ou directe participe à l'élaboration d'une relation de confiance et est privilégiée par les IDE notamment concernant les situations d'urgence.

Les rapports humains sont également dépendants de **facteurs individuels** tels que la personnalité de chacun et ses motivations. Plusieurs travaux soulignent l'importance de la volonté de travailler ensemble. Selon l'étude de Pullon (41), le comportement de chacun influence le respect et la confiance parmi les membres de l'équipe. La motivation personnelle est un facteur influençant la collaboration interprofessionnelle. Les membres de l'équipe montrent différents niveaux d'engagement dépendant du degré de motivation. La volonté de prioriser des buts communs plutôt que les intérêts personnels est une motivation importante dans une équipe pluri-professionnelle.

## **b. Facteurs culturels**

Les inégalités culturelles influencent également la communication. L'histoire de la relation entre médecins et IDE explique en partie **les représentations** ancrées : l'image du médecin inaccessible exerçant son autorité. Ces représentations nuisent à la communication entraînant une distance entre les interlocuteurs. **Les rapports hiérarchiques** sont également un frein à la communication. Les IDE ont exprimé la difficulté à traverser les frontières professionnelles liées en partie à la présence d'une hiérarchie. L'étude canadienne de Rice et al en 2010, met en évidence que la hiérarchie interprofessionnelle a un impact négatif considérable sur la communication et la collaboration entre les acteurs de soins au sein d'un service de médecine interne (42). Le modèle hospitalier, et la hiérarchie verticale qui y règne, est encore présent dans les esprits des professionnels exerçant en ambulatoire, comme évoqué à plusieurs reprises dans les entretiens. D'ailleurs une IDE souligne l'utilisation du terme « ordres » pour parler des prescriptions médicales, employé en Suisse. Cette

différence sémantique implique une subordination de l'IDE par rapport au médecin et apporte donc une confusion dans le positionnement de chacun. L'exercice en libéral apporte une liberté de pratique et une autonomie par rapport au médecin. Cependant ce schéma hiérarchique est encore présent dans les esprits, certains IDE restreignant leurs compétences à un rôle d'assistant du médecin, dépendants de la prescription de ces derniers. Dans l'analyse de nos verbatims, nous retrouvons que les IDE libéraux, habitués à une certaine autonomie, craignent de voir une hiérarchie s'installer au sein de la MSP. A l'inverse, certains affirment l'absence de hiérarchie au sein de la MSP et que cela facilite les interactions. Une redéfinition des relations hiérarchiques pourrait donc améliorer la communication interprofessionnelle en acceptant de quitter la hiérarchie verticale pour une approche horizontale centrée sur le patient.

Cependant les représentations et la hiérarchie ne sont pas les seuls facteurs culturels pouvant influencer la communication. Une revue de la littérature concernant la communication interprofessionnelle, suggère que les médecins et les IDE sont formés de manière à utiliser un style de communication différent, entraînant des frustrations. Les IDE sont plus descriptifs, les médecins eux sont plus succins et enclins à synthétiser (32). Ce constat est susceptible d'expliquer les difficultés rencontrées par les professionnels de santé à communiquer. En effet il existe une disparité dans la formation initiale : les médecins sont formés par une filière universitaire longue, la formation paramédicale correspond à une filière plus courte. La formation des professionnels de santé les conduit à adopter une vision mono-professionnelle, centrée sur leur discipline. L'amélioration de la communication se joue donc également dans la formation initiale. Acquérir des compétences communicationnelles au sein de formations interdisciplinaires est un enjeu bien confirmé dans la littérature. (32)

### **c. Facteurs matériels**

Il est aisé de penser que partager un **lieu commun**, propice aux rencontres et divers contacts formels et informels, est un élément pouvant favoriser la communication. La communication interprofessionnelle quotidienne étant majoritairement informelle, il semble important d'avoir un espace partagé. Celui-ci encourage les contacts opportunistes et réguliers. Cependant les professionnels exerçant en PSP ont aussi un ressenti positif du travail collaboratif et de la communication avec les médecins, malgré l'absence de lieu commun. Et certains IDE exerçant en MSP, en ont une perception négative. Ce lieu commun peut être source de conflits entravant la communication. En effet la création d'une MSP engage des frais conséquents pour les IDE, supérieurs à ceux en exercice isolé. Cet aspect financier peut être un frein à la communication interprofessionnelle. Le partage d'un lieu commun ne semble donc ni nécessaire ni suffisant. Les

professionnels exerçant en PSP se retrouvent régulièrement au sein des réunions. La participation à des réunions multidisciplinaires est retrouvée comme facteur positif influençant la communication dans l'étude néerlandaise de Nieuwboer et al.(38)..

La MSP n'est donc pas un simple regroupement de professionnels dans un même local. Mais la **proximité géographique** favorise les relations interprofessionnelles et ainsi la communication.

Un autre aspect important dans la communication est le choix du **mode de communication**.

L'essor des nouvelles technologies se met au service de la médecine. Comme nous l'avons vu les professionnels communiquent par différents moyens (communication orale directe, téléphone, mails, ordonnances, logiciel commun...). L'échange d'informations est un enjeu quotidien dans la coordination des soins. Il est donc indispensable de pouvoir utiliser un outil sécurisé permettant d'échanger librement des données de santé en garantissant le respect des droits du patient et la législation en la matière. D'ailleurs, nous retrouvons dans notre étude qu'un des freins à l'utilisation des mails, est la crainte d'une insécurité des données. C'est toute l'utilité de la messagerie sécurisée. Plusieurs messageries existent, comme MONSISRA, évoquée par une infirmière dans notre étude, montrant ainsi qu'elles ne sont pas l'apanage des médecins. Il existe également des réseaux professionnels permettant l'échange de données instantanées. Les moyens ne manquent pas mais sont souvent sous utilisés par les IDE.

Une étude Norvégienne (43), menée auprès des médecins généralistes et IDE concernant la communication électronique, montre que les messages électroniques apportent une meilleure qualité de la communication. En effet, on retrouvait que la communication électronique réduisait les erreurs ou oublis concernant les patients soignés à domicile. Il existait une différence statistiquement significative entre le groupe médecin et le groupe infirmière : le taux d'IDE trouvant que le message électronique améliorerait la qualité des soins, était supérieur à celui des médecins.

Le développement de l'outil informatique partagé est vu comme un élément indispensable à l'amélioration de la communication entre professionnels. C'est d'ailleurs un des seuls points évoqués pour l'amélioration de la communication dans notre étude. Il est vu comme un élément favorisant une traçabilité optimale des informations. Cependant son utilisation est limitée principalement du fait de son coût. Plusieurs IDE possèdent le logiciel commun mais tous ne l'utilisent pas vraiment. L'âge a aussi été évoqué comme frein à son utilisation. En effet les IDE en fin de carrière seraient moins enclins à s'investir dans l'acquisition de compétences pour maîtriser le nouveau logiciel. Il existe dans le monde, une transformation numérique des systèmes de santé. Par exemple au Danemark, où la télémédecine est bien développée, ou encore en Chine où le développement de

l'infrastructure informatique s'étend dans les services publics notamment dans les centres de santé communautaires et ruraux. L'émergence de nouveaux outils de communication (télémédecine, réception des résultats de biologie intégrés au logiciel médical...) via les Technologies de l'Information et de la Communication (TICS) pourrait être freinée par la méconnaissance des règles de partage des informations (respect du secret médical). Il semble nécessaire d'améliorer les supports de communication, en facilitant et en promouvant leur utilisation.

Un **facteur organisationnel** est également évoqué comme influençant la communication : le facteur temporel. En effet le manque de temps, l'impossibilité de joindre en temps réel l'interlocuteur, est une importante barrière communicationnelle. Ceci est retrouvé dans l'étude de Nieuwbauer (38).

La communication interprofessionnelle suppose de surmonter les barrières historiques que sont facteurs hiérarchiques et frontières professionnelles. Une redéfinition claire des rôles ainsi qu'une déconstruction des représentations de chacun paraît donc indispensable pour améliorer la communication interprofessionnelle au sein des MSP. Le développement des pratiques collaboratives amène un certain nombre de modifications des soins de premiers recours.

## **2. Modifications des pratiques**

### **a. Equipe de soins de premier recours : pour une amélioration de la prise en charge du patient**

Comme nous l'avons vu dans les résultats de notre étude, les IDE, dans la grande majorité, ressentent une plus grande satisfaction dans la prise en charge des patients depuis l'installation en MSP. Ils estiment être plus efficaces, et placer le patient au centre du soin. La politique de maintien à domicile permettrait une économie de soins en évitant des hospitalisations. Le patient serait satisfait de cette prise en charge selon les IDE. Une thèse de 2015 sur l'évaluation de la satisfaction des patients de médecin générale dans deux MSP loirétaines retrouve en effet un fort taux de satisfaction globale (44). Il serait intéressant de tester à plus grande échelle la satisfaction des patients dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins.

Une étude française cas-témoin de 2008, montre l'efficacité du travail en équipe (Médecin généraliste et IDE) sur la prise en charge de patients diabétiques de type 2(45). Il semble donc qu'il y ait un réel intérêt au travail en équipe de soins de premier recours pour les patients atteints de

pathologies chroniques. Il semble que la plus-value du travail en MSP s'exerce en effet pour le patient chronique.

Un des enjeux du travail collaboratif est un travail d'équipe efficace. Pour les professionnels ayant exercé jusque-là de manière isolée, ceci constitue un véritable défi. Nous avons vu que la volonté de travailler en équipe était une des motivations à l'intégration d'une MSP. Il y a certes une attirance des professionnels à exercer en équipe, mais également une volonté de la part des autorités de santé, de favoriser le travail en équipe afin d'améliorer la prise en charge des patients. A ce titre il existe des recommandations HAS proposant des outils pour améliorer la qualité et la sécurité des soins : SAED (traduction du SBAR américain) Situation, Antécédents, Evaluation, Demande ; check-list au bloc opératoire ; et la méthode de briefing/debriefing. Dans notre étude, aucun professionnel ne connaissait l'outil SAED. Développer ces outils de communication et les enseigner en formation initiale et continue semble essentiel, comme le suggère l'étude intégrative américaine (32)

Un exemple de travail en équipe est décrit par Pierre De Haas, dans son livre « Monter et faire vivre une MSP » : Le protocole ESPREC (équipes de Soins de Premiers Recours en suivi de Cas Complexe). Cette équipe, composée d'un médecin, d'un IDE, et d'un pharmacien, organise le suivi coordonné et renforcé de patients complexes (patients diabétiques, certains patients hypertendus et patients âgés fragilisés). La réunion de ces professionnels de santé autour d'un patient permet de dégager des objectifs et interventions prioritaires. Cela permet de délivrer un message commun répété à chacune des entrevues avec ces professionnels.

L'OMS, dans son guide pédagogique, consacre un module au travail d'équipe (46). Les critères d'une équipe efficace sont décrits. Ces critères sont issus du management en équipe des ressources humaines (Crew Resource Management - CRM) dans l'aviation :

- But commun
- Objectif mesurable
- Leadership efficace
- Communication efficace
- Bonne cohésion
- Respect mutuel
- La maîtrise individuelle des tâches (aussi bien concernant les compétences techniques personnelles que les compétences en termes de travail en équipe)
- La motivation pour accomplir les tâches
- L'adaptabilité
- La capacité à suivre ses propres performances

- La résolution efficace des conflits et la capacité à en tirer des enseignements
- L'engagement dans la surveillance de la situation.

Certains de ces critères étaient retrouvés dans notre étude, comme le leadership efficace, la bonne cohésion, le respect mutuel, la motivation, la communication efficace, la gestion des conflits et le but commun.

Le travail en équipe implique un leadership : le moteur principal de l'émergence de l'exercice regroupé est la présence d'un leader professionnel, le plus souvent médecin. Leurs compétences et leurs motivations sont à utiliser. Certains professionnels de soins infirmiers étaient dans le groupe moteur à l'initiative de la création de la MSP ou du PSP. Cependant, actuellement, le leadership est majoritairement mené par les médecins. Il semble nécessaire d'intégrer davantage les IDE dans le leadership. Un roulement dans la présidence au sein des MSP/PSP, à l'instar de certaines initiatives locales, permettrait de développer les capacités de leadership. Les limites que rencontrent les organisations hiérarchiques pyramidales nous invitent à des changements en profondeur. Une des clés réside dans la capacité à revisiter la façon de fonctionner, d'agir et de décider ensemble, permettant de favoriser et renforcer la cohésion et la confiance au sein d'une équipe. Développer un leadership partagé, favoriser la coopération et l'intelligence collective paraît nécessaire à l'heure de l'exercice regroupé. La féminisation actuelle de la profession médicale peut représenter une opportunité pour responsabiliser tous les membres de l'équipe, car les femmes sont plus souvent enclines à un leadership partagé. (39)

## **b. La collaboration interprofessionnelle n'est plus un choix**

La collaboration interprofessionnelle est décrite comme le processus par lequel plusieurs professionnels travaillent ensemble. Plusieurs études qualitatives ont été menées sur la collaboration médecin- IDE, notamment en Amérique du nord et Canada. Elles suggèrent que le respect mutuel et la confiance sont des aspects clés des soins interprofessionnels. De ces études ressort deux modèles de collaboration : le modèle hiérarchique et le modèle complémentaire. Dans le modèle hiérarchique, l'IDE est subordonné à l'autorité du médecin, et a une autonomie limitée. Cependant comme nous l'avons vu avec le « doctor-nurse game », cette subordination n'est qu'apparente. Le modèle complémentaire consiste à partager les responsabilités et les décisions. Cette notion de collaboration n'est pas nouvelle. Cependant le modèle hiérarchique reste encore le modèle dominant dans plusieurs pays.

Dans un contexte de formation cloisonnée des professionnels de santé, la pratique collaborative ne va pas de soi. Le professionnel hérite d'une tradition favorisant l'autonomie complète, contrairement aux équipes interprofessionnelles, valorisant collaboration et complémentarité (D'amour, 1997). Une collaboration positive entre médecin et IDE est associée à des résultats cliniques positifs (Zwarenstein and Reeves 2006). Cette notion n'est pas nouvelle, elle est abordée en 1985 par Prescott et 1992 par Fagin qui résume la problématique avec le titre de son article : « Collaboration between nurses and physicians : no longer a choice », comme le précise l'étude des docteurs Alice Hadchouel Duvergé et Karim Sacré dans leur mémoire sur la perception de la collaboration médecin-IDE (47). Une revue de la littérature plus récente montre qu'il n'y a pas de preuve suffisante pour établir des conclusions sur les effets de la collaboration interprofessionnelle(48). Cependant un lien entre une communication pauvre et la survenue d'évènements indésirables est établi. Il est donc encourageant de voir le nombre de travaux menés à l'international pour améliorer cette collaboration entre IDE et médecins, qui dépend directement de la communication.

### **c. ASALEE : binôme médecin-IDE**

Le développement d'ASALEE au sein des MSP a été évoqué à plusieurs reprises dans notre étude. En 2003, le rapport Berland, propose de créer une « IDE clinicienne spécialisée » afin de suivre les patients atteints d'une pathologie chronique. La formation de ces IDE requiert un niveau master (bac + 5)(49). En 2009, le statut de l'IDE de santé publique est défini par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (50). Ces IDE peuvent réaliser des consultations d'Education Thérapeutique et de prévention et réaliser le suivi de dossiers médicaux. ASALEE (Action SANTé Libérale En Equipe) est une association loi 1901. La formation des IDE de santé publique est assurée au sein de l'association, ils sont formés à l'ETP. Leur rémunération dépend également de l'association. Les médecins généralistes libéraux et les IDE de santé publique travaillent ensemble selon deux modes distincts : la délégation de tâche et réalisation d'actes dérogatoires (ECG, spirométrie...) et la coordination, avec réunions de concertation sur dossiers. En 2011, l'association ASALEE a proposé un protocole de coopération (délégation d'actes ou d'activités de médecins vers des paramédicaux), en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST 2008, qui a été autorisé par arrêté le 18 juin 2012. Selon ce protocole, l'IDE et le médecin travaillent de manière complémentaire. Le protocole concerne deux dépistages (troubles cognitifs et broncho pneumopathie chronique obstructive du patient tabagique), deux suivis de pathologies chroniques (diabète et risque cardio-vasculaire) et la prescription/réalisation d'actes dérogatoires (électrocardiogramme, spirométrie, examen du pied –

test mono-filament). L'IDE prend donc en charge la prévention et la gestion des maladies chroniques. Il intervient auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes qui leur adressent des patients en consultation pour partager leur suivi. Ce rôle d'IDE de santé publique tend vers la fonction de « nurse practitioner » de certains pays.

Une étude menée par l'IRDES en 2008 a montré un effet significatif sur la diminution du taux d'hémoglobine glyquée chez les patients diabétiques de type 2 suivis par le programme ASALEE, ainsi qu'un meilleur taux de réalisation des examens de suivi, et cela sans coût significativement supérieur pour l'assurance maladie (45).

Dans le cadre du programme d'évaluation DAPHNEE, une recherche sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017 (51). Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif ASALEE et, d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels. La diversité des pratiques développées est très vaste. Cette étude observe des transformations de par l'interaction entre IDE, patients et médecins. Elle s'accompagne d'une réflexion sur les frontières entre les professions.

A l'étranger on parle de « disease management » pour désigner les principes sur lesquels s'appuient les nouveaux modèles de prise en charge ambulatoire des maladies chroniques. Le National Health Service (NHS) définit le « Chronic disease management » comme un « *système coordonné d'intervention de soins et de communication pour les personnes atteintes de maladies chroniques dans lequel l'auto-prise en charge du patient est significative* »

Aux Etats-Unis, la « medical home » (ou maison médicalisée), qui s'apparente aux MSP en France, permet l'accès aux soins de premier recours et appliquent le « disease management »(52) Un « médecin personnel » est en binôme avec un « care manager » le plus souvent un IDE libéral. Ils assurent les soins aigus, chroniques mais également la prévention et les soins de fin de vie.

En Angleterre les IDE ont un rôle renforcé dans les soins primaires, ce sont les « community matrons ». Ceux-ci sont formés à l'identification et à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, l'évaluation des besoins physiques, psychologiques et sociaux ; la réalisation de prescriptions encadrées ; la coordination des soins ; et la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique. Ils font le lien avec le médecin généraliste.

De part ce travail en collaboration étroite entre médecin et IDE, naît la crainte d'une perte d'autonomie, comme exprimé dans notre étude. Cependant Il s'agit bien d'un travail complémentaire et non d'une subordination.

Le développement du binôme médecin- IDE dans le cadre d'ASALEE au sein des MSP montre bien la volonté de s'adapter à l'évolution de la demande de soins et notamment de répondre à une augmentation des pathologies chroniques.

#### **d. Développement des NMR**

L'exercice regroupé, tel que pratiqué dans les MSP et PSP, a amené de nouveaux modes de rémunération. La rémunération ne semble pas avoir évolué chez les IDE depuis l'installation en MSP. Ils déclarent également ne pas avoir eu d'augmentation ou de diminution de leur activité de soins. Le temps de coordination s'ajoute donc au temps de soin. Mais cela ne semble pas être un frein à l'exercice en MSP. Les NMR sont inégalement redistribués selon les MSP. Certains les répartissent entre les professionnels, d'autres les utilisent pour le fonctionnement de la MSP. Cette rémunération, quand elle est touchée par les IDE, est considérée comme « un plus ». La rémunération ne semble donc pas être une motivation au travail en MSP. Toutefois, plusieurs ont souligné l'importance de la reconnaissance de ce travail de coordination. La redéfinition de la rémunération de ces actes de coordination paraît être un enjeu important. L'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) est un accord signé en 2017 afin de renforcer la coordination des soins et l'exercice regroupé. Il vise entre autres à pérenniser les NMR et à les faire évoluer en améliorant la rémunération du travail d'équipe à destination des MSP et centres de santé(17). Cependant ces nouveaux modes de rémunération peuvent entraîner des réticences chez certains professionnels préférant garder une autonomie et liberté d'action concernant la maîtrise de leurs revenus. Pour certains, l'idée du salariat suggère également une implication moins grande. Ce qui ne semble pas se constater dans les équipes interrogées non libérales.

On peut donc penser que l'évolution des modes de rémunérations ne sera pas aisée en France, néanmoins celle-ci semble essentielle afin de promouvoir les pratiques collaboratives.

Le développement des pratiques collaboratives, promu et annoncé par le gouvernement actuel, entraîne donc inévitablement un changement dans la pratique des acteurs et dans l'organisation et la qualité des soins de premier recours.

### 3. Perspectives d'amélioration

#### a. La pratique avancée et délégation de tâches

Peu de propositions d'amélioration de la communication entre médecins et IDE ont été formulées par le corps infirmier. En effet dans l'étude on retrouve une large satisfaction de la communication interprofessionnelle, contrairement à ce qu'on peut retrouver dans la littérature. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le travail en MSP répond en partie aux attentes des IDE. Les IDE ont mis l'accent à plusieurs reprises sur la nécessité de mettre en place l'outil informatique partagé, persuadés que celui-ci ne peut qu'améliorer les échanges. Cependant l'aspect financier est un frein qui leur semble insurmontable. Un autre aspect évoqué est la clarification des rôles et des compétences de chacun. Ceci est retrouvé plusieurs fois dans la littérature. Par ailleurs il a également été évoqué le transfert de compétences comme un espoir pour le futur. La Wanless Review (Pays de Galle), suppose que 20% des tâches qui incombent aux médecins pourrait être pris en charge par les IDE (53). Les différences existant entre les IDE exerçant au pays de Galles et en France ne permettent pas d'extrapoler ces résultats. Cependant le projet de décret de compétences de l'**IDE en Pratique Avancée** (IPA) montre bien l'intérêt porté au développement des compétences des IDE afin de pallier la pénurie médicale. La pratique avancée correspond au développement approfondi des compétences et connaissances des pratiques de soins infirmiers à un niveau avancé, correspondant à une formation universitaire Bac + 5, afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé en pleine mutation. Appliquée en exercice hospitalier ou en ambulatoire, l'IPA aura plus d'autonomie concernant : la prévention, le dépistage, des actes d'évaluations et de conclusion clinique, le renouvellement ou l'adaptation de prescription (54). Le code santé publique a établi par arrêté une liste limitative des actes pouvant être délégués par un médecin à un professionnel paramédical et les actes pouvant être réalisés dans le cadre du rôle propre de l'IDE. La loi de modernisation du système de santé de 2016 officialise la pratique avancée en soins infirmiers. Le décret d'application sur l'IDE en pratique avancée (IPA) qui décrit les missions exactes, la rémunération et la formation est toujours en cours. Ce projet d'IPA, pour pallier la pénurie de médecin dans les équipes de soins libérales et hospitalières, semble attrayant. Deux masters en sciences infirmières formant à la pratique avancée existent depuis 2009. L'université d'Aix Marseille a créé une formation de « Master Sciences Cliniques Infirmières » depuis la rentrée 2014 -2015 (55), débouchant sur 4 spécialités : IDE de pratique avancée en gériatrie, oncologie, néphrologie et dialyse, et enfin, IDE coordinateur en parcours complexes de soins. Le gouvernement actuel tend à s'appuyer sur ce type d'initiative pour construire leur réforme de formation des études de santé.

Dans certains pays, la délégation de tâches est beaucoup plus développée. Si on s'intéresse au modèle Québécois (26) (56) les « IDE praticiennes » peuvent prescrire, sous forme limitée et réglementée, des examens complémentaires ou un traitement. Elles effectuent aussi des actes de prévention ou de dépistage (frottis par exemple). Dans le cadre des soins primaires, les patients se présentent au cabinet sans rendez – vous, et le bilan est effectué par les IDE. A l'issue de ce bilan, ces patients sont soit dirigés vers le système de soins, soit pris en charge par l'IDE lui – même.

Au Royaume – Uni, les « infirmières praticiennes » peuvent effectuer des consultations de première ligne dans des cabinets de groupe, ou de manière indépendante dans des « walk – in center ». Ce sont des lieux de consultations sans rendez – vous, d'amplitude horaire importante (certaines sont ouvertes 24h/24) ouvertes à tous. Elles décident, après examen du patient, soit de lui dispenser des soins, soit de le diriger vers le médecin généraliste, ou vers les urgences. Elles peuvent prescrire des examens complémentaires et un traitement. Elles ont également un rôle dans la promotion de la santé, et effectuent des gardes téléphoniques.

Au Canada, Royaume - Uni, Etats - Unis, la délégation de tâches est pratique courante, afin d'adapter l'offre de soins face à la demande grandissante. Il existe des « assistants médicaux, des infirmières praticiennes, des auxiliaires d'infirmières praticiennes » (57) dont le rôle est clairement défini pour chacun. Leur rémunération est en fonction de leur degré de compétence et de leurs responsabilités. Le terme de « délégation de tâches » (« *Task delegation* ») tend progressivement à être remplacé par celui de « travail d'équipe » (« *Team Care* »).

Le rapport de 2003 d'Yvon Berland (49) décrit de manière détaillée les domaines dans lesquels un transfert de compétences est souhaitable et envisageable en France.

L'activité et les rôles des IDE de soins primaires diffèrent donc selon les pays. Les différentes pratiques à l'étranger ont été étudiées par Bourgueil et al dans un rapport de l'IRDES.(58) Ces initiatives de pratique avancée sont encourageantes afin d'élargir et valoriser les compétences des professionnels de soins infirmiers.

## **b. Enseignement de la communication**

La collaboration suggère également un partage des connaissances et de compétences. Un enseignement sur le travail en équipe, au cours du deuxième et troisième cycle des études médicales, ainsi qu'au cours de formation continue est bénéfique comme le montre plusieurs études

(59). La majorité de ces études sont à l'initiative d'IDE et très peu sont françaises. D'autre part, la simulation et l'utilisation d'outils standardisés comme le « SBAR » (outil de communication, développé ultérieurement dans notre étude) ont montré une amélioration des compétences communicationnelles chez les professionnels de santé et les étudiants (32). Un rapport de l'accréditation de l'organisation des soins aux Etats-Unis, retrouvait que les erreurs de communication étaient à l'origine de 70% des événements indésirables, et entraînaient la mort de 75% des patients impliqués. Une revue intégrative de la littérature de 2016, menée par des infirmières universitaires (32) retrouve cette nécessité d'améliorer la communication interprofessionnelle. Il existe plusieurs approches de l'enseignement de la communication interprofessionnelle (ateliers, modules en lignes, études de cas). Une étude américaine retrouvait une satisfaction et une amélioration de la communication chez les étudiants infirmiers après leur avoir enseigné des techniques de communication utilisées chez les pilotes pour gérer l'erreur humaine et réduire le risque dans l'environnement opérationnel. (60)

La communication est une compétence individuelle mais aussi collective qui s'apprend et se travaille. Intégrer un module de communication dans les études médicales et de soins infirmiers semble nécessaire au vu des différents travaux effectués par les chercheurs en soins infirmiers sur le sujet. Ce module pourrait être enseigné de manière interdisciplinaire. Décloisonner la formation initiale en créant des modules d'apprentissage interdisciplinaires favoriserait la collaboration entre médecins et IDE.

La multitude d'études internationales existant sur le sujet montre bien l'intérêt porté au travail collaboratif entre médecin et IDE. Il s'agit majoritairement d'études qualitatives et de revues de la littérature. Nombre de ces études ont été retrouvées dans la littérature infirmière. Ceci devrait encourager le développement de la recherche infirmière en France.

Les études quantitatives concernent l'utilisation de scores testant la collaboration interprofessionnelle, que nous détaillerons plus loin.

L'enjeu d'une collaboration interprofessionnelle efficace est majeur dans le contexte actuel : diminuer les coûts de la santé en diminuant le nombre d'hospitalisations, réduire la fracture territoriale en améliorant l'accès aux soins, améliorer la qualité des soins dans l'intérêt des patients.

La dynamique d'implantation des MSP et PSP en région Rhône-Alpes traduit une attirance des professionnels de santé vers ces modes d'exercice collectif, en cohérence avec la politique de santé (30).

D'autre part, le virage ambulatoire actuel nécessite un renforcement de l'offre de soins dans ce domaine. La démographie médicale amène à repenser le rôle et les compétences attribuées aux IDE.

Les propositions de création de l'IPA et l'ASALEE vont dans ce sens. Un autre facteur important pour améliorer le processus de soin serait d'inclure le patient dans l'équipe collaborative interprofessionnelle, comme évoqué dans notre étude.

### **III. La discussion concernant la population « médecins »**

L'objectif principal de notre étude était d'étudier la communication entre les IDE et les médecins exerçant en MSP. Sur la base des verbatims des médecins, nous avons pu mettre en évidence des facteurs influant la communication, à partir desquels nous avons pu déterminer des leviers et des freins. Nous confronterons les principaux éléments avec la littérature, surtout étrangère. En effet, ce sujet étant d'actualité, nous n'avons retrouvé que peu d'éléments bibliographiques français en rapport avec celui – ci.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à l'objectif secondaire de notre étude, qui était d'étudier les modifications de pratiques induites par l'exercice en MSP. Nous discuterons les 3 axes suivants : l'amélioration de la qualité des soins, la délégation de tâches et la fin de la notion de « médecin de famille ».

#### **1. Les facteurs influençant la communication**

Plus de trois quarts des médecins interrogés révélaient que la volonté de travailler en équipe avait été une source de motivation importante pour intégrer une MSP. L'envie de changer sa façon d'exercer était aussi un élément moteur. Avec le recul de l'installation, nous avons donc recueilli leur témoignage afin d'étudier la communication avec les IDE, et les modifications de leur exercice.

L'analyse du ressenti des médecins sur la communication nous a permis de mettre en évidence des leviers et des freins, que nous avons classé en 4 thèmes :

- Le contexte de travail
- Culturel
- Les moyens de communiquer
- Financier

**Le contexte de travail** apparaissait comme un élément important de la réussite d'une communication entre les professionnels de santé. En effet, il paraissait évident que **l'unité de lieu**, concernant la grande majorité des MSP de cette étude, favorisait les échanges, qu'ils soient formels ou informels. On pourrait facilement admettre que les **échanges formalisés**, surtout sous forme de réunions, favorise la communication et donc la coopération. La présence d'une salle de réunion dans la MSP étant un atout pour permettre ce type d'échange.

Cependant, les médecins ont surtout insisté sur l'importance des interactions sous la forme d'**échanges informels**. Les lieux propices comme « la machine à café, la salle de déjeuner, le secrétariat, le parking... » étaient l'occasion d'échanger des informations. Ces points de rencontres permettaient, d'une part, d'établir un contact entre des professionnels qui n'avaient pas l'habitude de se côtoyer auparavant, de se connaître, puis d'échanger des informations médicales. Ces lieux d'échange, où peuvent se tisser des liens durables, étaient une plus-value certaine pour la qualité des soins donnée au patient(13). La revue de la littérature (61) de Morgan and al soulignait également que l'élément le plus important de la collaboration interprofessionnelle était de répéter les opportunités de communication informelle. Ces opportunités étaient donc multipliées lorsque le lieu est partagé, comme dans le cadre d'une MSP.

Par ailleurs, cette unité de lieu n'est pas retrouvée dans les pôles de santé pluridisciplinaires, où les professionnels ne sont pas regroupés sous le même toit. Aucune étude comparative n'a été réalisée sur la qualité de la communication et de la coopération, entre les MSP et les PSP « multisites ». Cela peut s'expliquer par le manque de recul, le sujet étant d'actualité. Une autre raison serait aussi l'absence d'outil validé pour évaluer la communication ou la coopération, dans les MSP. Sur quels critères se baserait – on ?

Une partie des médecins interrogés mettaient l'accent sur le **projet de santé en commun**, afin de fédérer les professionnels au projet de santé. Ce projet de santé consensuel comprenait les objectifs de santé pour la population du territoire, et la façon dont ils allaient s'organiser pour les atteindre. Il s'agissait également, d'après un médecin, d'un argument pour rassembler tous les membres, aussi lorsqu'il y avait des divergences. Un rapport de l'IRDES(62) confirmait que le projet de santé était un « moteur essentiel dans la dynamique du travail pluri - professionnel ». Au contraire, certains médecins ont souligné que lorsque le projet était porté et imposé par les collectivités, et non pas par les professionnels de santé, il y avait un risque d'échec important. Par exemple, un projet de santé, imposé à un groupe (par une collectivité par exemple), pourrait ne pas recueillir l'adhésion de tous les membres d'une MSP. Dans ce cas, le lien entre les professionnels, qui était le projet de santé, n'existerait pas. Ce qui pourrait donc aboutir à l'échec d'une coopération.

Il semblerait donc important d'insister sur le fait d'avoir, pour chaque MSP, un projet de santé en commun, non imposé, et recueillant l'adhésion. Dans l'idéal, il devrait alors être créé par les professionnels d'une MSP.

Une étude australienne (63) résume bien l'importance du contexte de travail. Elle a cherché à mettre en évidence les facteurs influençant la coopération entre médecins généralistes et IDE. Elle a aussi souligné la place importante de l'environnement de travail avec une culture de l'équipe (décisions et projets en commun, responsabilités partagées).

**L'aspect culturel/ structurel** est un thème à prendre en compte, pour étudier la communication médecins / IDE en MSP.

La grande majorité des médecins ont témoigné de leur méconnaissance, au moment de leur installation en MSP, du rôle, du champ de compétences ou de la façon dont travaillait une IDE libérale. Ils n'avaient pas d'idée précise de la façon dont ils pouvaient se servir de leurs compétences. Or, on pourrait se demander comment amorcer une coopération sans connaissance des « forces en présence » ? Qui peut faire quoi ? Comment aborder les « délégations de tâches » sans savoir ce que l'autre est capable de faire ?

Il apparaissait alors important d'aborder la notion de **représentations professionnelles**. Les médecins nous ont révélé que cela a pu constituer un frein humain à la dynamique du projet.

Une étude anthropologique (64) montrait qu'une amélioration de la communication devait reposer sur un décroisement entre les segments professionnels. Cela impliquerait qu'un médecin devrait connaître, dans un premier temps, le travail effectué par une IDE, et reconnaître ses compétences. Cela passerait aussi, et encore plus dans une optique de coopération pluri - professionnelle, par un rééquilibre de la **hiérarchie** entre les acteurs. Cette levée de la barrière hiérarchique entre IDE et médecins était d'ailleurs mentionnée par bon nombre de médecins interrogés, depuis leur installation en MSP, comme favorisant la communication. En effet, les médecins interrogés reconnaissaient être « plus accessibles » pour les IDE. On pourrait l'expliquer par le fait que les IDE libéraux avaient vécu des rapports jugés trop hiérarchiques durant leur formation hospitalière, notamment avec les médecins, où ils étaient les « exécutantes » de leurs prescriptions. L'appréhension de retrouver ce rapport professionnel dans une structure comme une MSP était ressentie par les médecins, notamment au début de la constitution de l'équipe.

Pierre de Haas, ancien président de la FFMPS, disait d'ailleurs dans une interview, que « chaque profession a une représentation des autres et des craintes qu'il faut réussir à dépasser ». (28)

Il apparaît **donc indispensable de déconstruire ces représentations et de mieux connaître les compétences des autres pour travailler en commun.**

Tout cela passera nécessairement par une adaptation des formations durant les études, axées actuellement de manière trop « mono-professionnelles ». Pour les sénateurs (65), il était également question de « réexaminer la répartition des compétences des professionnels de santé devant des périmètres d'exercice trop « rigides » au regard de la pratique quotidienne.

Nous avons retrouvé ces éléments dans la revue de la littérature de McInnes and al (37). Elle a étudié les leviers et les freins influençant la collaboration et le travail d'équipe entre les médecins généralistes et les IDE en médecine générale. Elle a mis en évidence que:

Le manque de connaissance et de définition précise sur le **rôle** et les **compétences** des IDE étaient un frein au travail d'équipe. Le terme de "territoire professionnel" non défini pouvait être une source de conflits, notamment lorsque le médecin généraliste percevait que les pratiques des IDE "empiétaient" sur son territoire.

**Respect, communication, et confiance** étaient des leviers à la coopération.

On pourrait ainsi assister, dans le futur, à une reconfiguration des territoires de compétences de chacun ; nécessaire, au vu de la mutation de l'exercice médical. La réflexion sur la création des « IDE de Pratique Avancée » (66), que nous aborderons en aval, est un argument en faveur.

**Les moyens de communication** utilisés étaient fréquemment évoqués par les médecins. Ont été cités les moyens de communication classiques connus : réunions, oral, téléphone, mail, SMS, papier. Parmi ceux – ci, **le logiciel informatique** était la source de discussions auprès de la majorité des médecins interrogés. En effet, ce moyen de communication était vu comme une aide précieuse à la communication. Son point fort était le gain de temps, aussi bien en termes de communication, qu'en termes d'exécution des soins. Le problème était qu'il n'était pas partagé par tous les professionnels, et notamment par les IDE. Pour bon nombre de médecins, il s'agissait d'un chantier à développer pour le futur. Le but étant donc de partager le même logiciel informatique, pour tous les professionnels de santé composant une MSP. Avec la possibilité pour chaque professionnel, de rajouter des éléments dans le dossier du patient, ou d'en consulter d'autres. Une messagerie instantanée est parfois intégrée au logiciel, permettant aux professionnels de communiquer en direct, dans leurs cabinets respectifs.

Il faut rappeler également que les NMR prennent en compte la présence d'un logiciel partagé « labellisé MSP », avec un calcul dépendant du nombre de professionnels ayant adhéré au logiciel. Il existe, à ce jour, une dizaine de logiciels de ce type sur le marché. Donc plus le logiciel informatique est partagé, plus la rémunération via les NMR est importante. (ces derniers peuvent être utilisés pour payer le logiciel)

Tous les médecins de l'étude utilisaient le logiciel partagé. Une bonne partie des médecins interrogés ont donc rapporté que les IDE de leur MSP ne voulaient pas adhérer au logiciel. Cela était parfois sources de conflits. Ils l'expliquaient par plusieurs raisons :

**Le coût du logiciel.** L'investissement financier personnel était trop important en regard de l'apport attendu. Les NMR prennent en compte la présence d'un outil informatique partagé. Mais cela ne semblait pas suffisant pour supporter le frein financier dû au logiciel.

**Changer les habitudes :** il s'agissait pour certains d'abandonner un logiciel exclusivement infirmier qu'ils maîtrisaient bien. Et pour d'autres, apprendre à utiliser un système d'informations. Car beaucoup de soignants ne sont pas familiers avec cet outil. Leur formation est essentiellement basée sur l'acte et la relation au patient, pas sur la gestion des données. (13)

**Un logiciel inadapté à leur pratique,** malgré les efforts des développeurs. En particulier, des difficultés à gérer les tâches de planification et gestion de leur activités spécifiques (62).

**Autorisation de partage de données médicales.** Les fonctionnalités du logiciel étaient rendues plus complexes par le fait de demander au patient l'autorisation de partager ses données personnelles avec quel type de professionnel. L'outil informatique devait donc autoriser l'accès au dossier médical en fonction des desideratas des patients.

La moitié des médecins interrogés se sont donc heurtés à la réticence des IDE à adhérer au logiciel. Pierre de Haas, ancien président de la FFMPS, suggère « d'avancer à sa vitesse » (13) vers un système d'informations partagées entre les professionnels : d'abord, débiter par un partage entre les médecins seuls, ce qui est le cas pour tous les médecins interrogés. Ensuite, mettre des postes en lecture seule chez les autres professionnels, puis en écriture. Et enfin, lorsque cela est opportun, partager un seul et même logiciel entre tous les soignants.

Un rapport de l'IRDES (62) suggérait de travailler sur 2 éléments afin d'optimiser l'outil informatique pour le rendre plus « pluri-professionnel » :

- Prendre en compte les réels attentes et besoins de tous les professionnels de santé (et pas que les médecins) en matière d'exercice quotidien.
- Alléger les tâches de gestion, de télétransmission, et de programmation pour tous les professionnels de santé paramédicaux.

Le système informatique partagé est donc un objectif majeur pour bon nombre de MSP dans le futur. Coûteux, il semble actuellement plus adapté à la pratique du médecin qu'à celle des autres professionnels de santé. Il devra, dans le futur, être mieux adapté à l'exercice des professions paramédicales. Il sera aussi indispensable d'adapter la formation et l'accompagnement des futurs professionnels de santé à leur utilisation.

**La rémunération** est un critère à prendre en compte dans la communication entre IDE et médecins. Quelques médecins interrogés nous ont rapporté que cela pouvait constituer un frein à l'intégration du personnel infirmier. L'augmentation des charges dues à ce type de structure sans garantir l'augmentation des revenus était crainte. L'essentiel du revenu en médecine de ville est dû au paiement à l'acte. Les NMR avaient donc été introduits afin de valoriser le temps de coordination (réunions, application de protocoles etc), au détriment de celui passé à l'acte médical. D'après une étude de l'IRDES(62), ils sembleraient représenter 1 à 5% du chiffre d'affaires des professionnels de la MSP, et viendraient compléter l'activité usuelle sans s'y substituer. La difficulté pour le personnel infirmier, dont l'activité est basée sur la multiplication des actes, serait de s'investir dans un travail de coopération pluri - professionnel occasionnel et à horaires variables. Cela demanderait une adaptation de leur emploi du temps qui consisterait, soit à diminuer des actes (et avec une baisse de rémunération en conséquence), soit à augmenter leur temps de travail.

Toujours d'après la même étude, les médecins ne connaîtraient pas ce type de problème. D'ailleurs, les médecins interrogés ne l'ont pas évoqué durant les interviews. Au contraire, leur rémunération est restée, pour la majorité des médecins interrogés, stable. Un médecin expliquait que la baisse du revenu sur la diminution du nombre d'actes en général, était compensée par les NMR et l'optimisation du temps médical (baisse du nombre de visites déléguées aux IDE compensée par le temps de consultation sur place par exemple), pour une baisse du temps de travail. Il serait donc intéressant de confronter l'évolution de la rémunération des IDE depuis leur installation.

A partir de notre discussion, nous avons pu déterminer dans le tableau suivant des freins et des leviers, d'après les médecins, à la communication avec les IDE en MSP:

Tableau 4 : Leviers et freins à la communication pour les médecins.

	<b>LEVIERS</b>	<b>FREINS</b>
<b>Contexte de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de santé commun</li> <li>- Avoir du temps</li> <li>- L'unité de lieu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Le projet de travail porté par les collectivités</li> </ul>
<b>Culturel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La culture de groupe</li> <li>- L'expérience d'une coopération antérieure</li> <li>- La reconnaissance du rôle des autres professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la crainte d'une hiérarchisation des rapports entre médecins et IDE</li> <li>- La mauvaise représentation et la méconnaissance du rôle des autres professionnels</li> <li>- la peur d'être jugé</li> <li>- les réticences des professionnels à la modernisation de leur système d'information</li> <li>- l'absence de coopération pluri-professionnelle antérieure</li> </ul>
<b>Financier</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les difficultés à diminuer le temps de soin au profit d'un temps de coopération</li> </ul>
<b>Moyens de communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-l'accessibilité des autres professionnels</li> <li>- Partager les outils de communication : logiciel, réunions, échanges formels et informels etc</li> </ul>	

Une étude résume bien les critères mis en évidence ci - dessus. L'étude américaine de Bodenheimer (67), a étudié les facteurs permettant la réussite des équipes pluri-professionnelles. En observant des équipes de catégories professionnelles variées, les auteurs ont mis en évidence 6 critères importants pour la réussite d'un regroupement entre professionnels de santé :

- Un **contexte favorable**, permettant des conditions de travail stables (culture d'équipe, compétences et rôles de chacun reconnus, outils de communication maîtrisés, règles fixées...)
- Un **objectif commun**, avec des buts communs sont des éléments clés pour créer l'unité d'un groupe. Cela permet de créer une identité d'équipe avec une stratégie précise partagée pour un même projet.
- **Avoir un leader et un encadrement du groupe**: il est indispensable pour tout groupe qui désire travailler avec une certaine efficacité d'avoir un leader assumé. Celui – ci peut être un membre du groupe, ou extérieur au groupe.
- **La coopération** : qui est le « moteur d'un travail d'équipe ». La coopération ne saurait être efficace sans une culture de la confiance et du soutien. Les résolutions de conflits nécessitent des capacités d'écoute, d'humilité et de curiosité envers l'autre.
- **La coordination**, nécessaire pour obtenir des résultats. Elle dépend des moyens de communication entre les membres et de la confiance mutuelle qu'ils ont entre eux.
- **La communication** : indispensable pour la réussite d'un travail d'équipe. Les rencontres devraient suivre le même schéma : des réunions préalables (« pre patient sessions huddles ») afin de rédiger des protocoles par exemple, des réunions en direct (« patient care ») afin de discuter d'un patient complexe par exemple, et des « postsession debriefings » afin d'établir des corrections.

Dans le cadre de professionnels intégrant un projet de MSP, on pourrait se poser la question d'un temps d'adaptation nécessaire à intégrer toutes ces valeurs. En effet, l'acquisition notamment des

valeurs « coopération, coordination, et communication » peut prendre du temps, et solliciter une certaine maturation. Les professionnels de santé composant une MSP n'ont pas tous été formés, durant leur cursus, à l'acquisition et l'application de ces compétences.

## 2. L'amélioration de la qualité des soins

Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés exprimaient des motivations à l'installation en MSP: en particulier besoin de changement de mode d'exercice, travail d'équipe, lutter contre le burn – out.

Il s'est avéré, avec le recul de l'installation, le constat d'une **amélioration de la qualité de la prise en charge du patient** pour la majorité des médecins interrogés.

Une étude effectuée par l'IRDES (68) confirme une meilleure qualité des pratiques médicales dans les sites pluri-professionnels regroupés, comparativement aux sites où l'exercice est isolé. Elle est basée sur l'analyse et la comparaison « d'indicateurs qualité pratiques » (Taux vaccination, HBA1c, prescription de génériques etc) des médecins généralistes sur les sites MSP versus sites mono-professionnels. Les résultats ont été globalement supérieurs dans le groupe « MSP ». La revue de la littérature de Mousques (69) confirme cette amélioration de la qualité des soins liée au regroupement pluri-professionnel.

Les médecins interrogés soulignaient également une accessibilité optimisée, depuis leur installation en MSP pour les patients. En effet, elle s'illustre par un accès à un médecin plus rapide pour eux, avec des délais de rendez – vous acceptables, mais aussi par un accès physique au cabinet plus aisé. Cette dernière se traduisait par la présence d'un parking. Cela pouvait paraître au prime abord futile, mais le parking matérialisait l'idée de que se faisaient les patients de l'accessibilité

D'autres travaux de l'IRDES(70)(71) allaient dans ce sens : les MSP permettaient une meilleure accessibilité horaire à la population et à maintenir la densité médicale dans les zones déficitaires. Elles amélioraient le confort des médecins en leur permettant de diminuer le temps de travail hebdomadaire, tout en maintenant une activité globale équivalente, et la continuité des soins par le partage d'informations. Effectivement, une partie des médecins interrogés mettait l'accent sur leur confort d'exercice que permettait ce type de structure, sans avoir à craindre pour la continuité des soins, à la différence de leur exercice antérieur « mono-professionnel ».

Le pouvoir politique encourage également le regroupement et la coopération entre les professionnels de santé. D'après le rapport parlementaire de 2014 de Mme Génisson et Mr Milon, ce mode d'exercice permet « d'améliorer la qualité des soins dispensés en offrant une prise en charge plus adaptée aux besoins(65)(72).

Toujours d'après le même rapport, la coopération permet d'adapter l'offre de soins à la demande actuelle. Elle permet aussi de prendre en compte les aspirations des médecins, à faire évoluer leur activité professionnelle, et à l'adapter à leur vie personnelle. Elle paraissait donc un élément clé à prendre en compte dans les modifications de pratiques des médecins depuis leur installation en MSP.

### **3. La délégation de tâches**

La délégation de tâches pourrait se définir, d'après Midy et al (73), par « *le transfert de tâches antérieurement réalisées par une catégorie de professionnels à une autre catégorie de professionnels, ou à un autre grade dans la même catégorie* ». Historiquement, c'est dans les années 1960 qu'est apparue la notion de « délégation de tâches entre médecins et IDE », d'abord aux Etats – Unis et au Canada, puis ensuite le Royaume – Uni, surtout pour améliorer l'accès aux soins. Elles sont aujourd'hui ancrées dans la pratique quotidienne dans ces pays.

La moitié des médecins interrogés ont évoqué la notion de « délégation de tâches » aux IDE. Par exemple, pour un médecin interrogé, les IDE de sa MSP effectuaient des actes qu'il réalisait auparavant : électrocardiogramme, vaccins, spirométrie. Cela lui permettait de dégager plus de temps en consultation. Mais ces « tâches » consistaient dans leur grande majorité à un rôle de veille à domicile pour les patients très dépendants et grabataires, avec la possibilité d'alerter le médecin si une pathologie aigue survenait. Les médecins de l'étude étaient d'ailleurs satisfaits de la diminution du nombre de visites à domicile. Dans ce contexte – là, l'IDE était devenu le coordinateur du maintien à domicile, dictant le rythme de passage du médecin. Cela pouvait redéfinir le rôle de l'IDE libéral pour le futur, en permettant de changer la répartition du temps médical des médecins.

Aucun médecin n'a évoqué l'objectif de développer ces délégations de tâches dans les projets futurs de sa MSP, possible depuis la loi HPST de 2009 (18). On pouvait supposer que les IDE de la MSP pourraient réaliser les consultations de suivis ou les réévaluations d'ordonnance de patients chroniques par exemple. A l'origine, il était question, dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle, de libérer du temps médical. Devant l'absence de projection dans ce domaine des médecins interrogés, il est légitime de se demander si, à ce jour, les conditions sont réunies pour parvenir à une délégation de tâches progressive.

En effet, les enjeux sont importants(74) : amélioration de la qualité des soins, baisse des coûts de santé, attractivité des professions de santé (amélioration des conditions d'exercice).

Le Professeur Berland, dans son rapport d'octobre 2003, préconisait d'expérimenter le transfert de compétences. Selon lui, cela ne pourrait être actif sans une collaboration efficiente entre les différents acteurs de santé : « *La délégation de compétences pour être efficace et efficiente doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs* ». La proposition de créer des postes « d'IDE Cliniciennes Spécialistes », de niveau Master, était déjà évoquée à l'époque. Ces IDE auraient pour rôle de participer au suivi des malades chroniques, prescrire les examens de suivi, évaluer l'observance et la tolérance des traitements, intervenir dans l'éducation, la prévention et le dépistage. Elle est aujourd'hui d'actualité avec les IDE de Pratique Avancée, évoquée dans la discussion des IDE.

Ces expérimentations ont fait l'objet d'une recommandation(74) de la HAS en 2008, qui a mis en évidence des freins, et des propositions pour développer la délégation de tâches :

- L'absence de politique globale de formation des professionnels de santé vers la coopération interprofessionnelle. La recommandation proposait donc de développer la formation médicale et paramédicale dans ce sens.
- La rigidité du cadre d'exercice des paramédicaux (définition des actes effectués par les paramédicaux) qui ne leur permet pas d'élargir leur champ de compétence au-delà de leur formation initiale. La HAS proposait donc la refonte d'un cadre juridique de définition des professions, en se basant non pas sur des actes, mais sur des missions.
- Financier, avec la nécessaire valorisation de la coopération, chez des professionnels paramédicaux dont la majorité du revenu provient du paiement à l'acte.
- La nécessité de valorisation financière de l'évolution possible du statut du professionnel paramédical, en fonction de l'acquisition de certaines compétences.

Un rapport parlementaire (65) sur la coopération entre professionnels de santé en 2014, proposait de :

- Simplifier le cadre juridique des coopérations (pour les protocoles par exemple).
- Encourager la valorisation des professions paramédicales par élévation possible du niveau de compétences au cours de leur carrière

- Réadapter la formation des professionnels de santé et réactualiser les domaines de compétences de chaque professionnel.

Deux médecins dans l'étude ont illustré la délégation de tâches par la mise en place, dans leur MSP, du **dispositif ASALEE** (Action de Santé Libérale En Equipe). Créé en 2004, il avait pour objectif d'améliorer la qualité des soins par la délégation aux IDE, d'une part, des consultations d'éducation thérapeutique pour le diabète et l'hypertension artérielle et, d'autre part, du dépistage des troubles cognitifs après 75 ans et des facteurs de risque cardio-vasculaires. Son efficacité a été démontrée(45). Ce dispositif tend à se développer actuellement, dans les cabinets médicaux, et pas forcément intégrés dans une MSP.

Donc des **modifications structurelles, juridiques et de formation** des professionnels apparaissent nécessaires pour mettre en place un cadre propice aux délégations de tâches. Des études aussi ont été réalisées auprès de médecins généralistes, afin d'étudier les obstacles à la mise en place des délégations de tâches. La thèse du Dr Marquiset (75) a mis en évidence les freins à la délégation de tâches, auprès de médecins généralistes français:

- Le manque de formation dans la supervision des actes délégués et leur aspect chronophage
- L'appréhension du changement et notamment sur la relation médecin / malade
- La question de la compétence des IDE à effectuer les « tâches » déléguées.
- La crainte d'une perte financière sur le système du paiement à l'acte.
- La question de la responsabilité des actes

La délégation de tâches entre médecins et IDE, encouragée par les politiques, reste peu développée en France (13), par rapport à d'autres pays étrangers. Une étude de la DREES(76) rejoint également les éléments décrits ci – dessus : les principaux freins à la délégation de tâches, pour les médecins généralistes, sont les difficultés à trouver un IDE disponible et volontaire, la question de la responsabilité légale engagée et la peur de la baisse de leur rémunération, préférant une rémunération des actes délégués par l'Assurance Maladie.

Les tâches que pourraient déléguer les médecins sont surtout : l'éducation, la prévention et la surveillance des constantes ou de l'observance. Au contraire, ils sont globalement plus réfractaires à la délégation des prescriptions biologiques, ou à la réalisation d'actes jugés plus « techniques » (ECG, frottis...).

En France, le sujet est d'actualité. La réflexion est actuellement en cours pour développer la délégation de tâches, et les « IDE de Pratique Avancée » (IPA) semblent être une piste pour le futur. Comme précisé dans la partie « discussion des IDE », ce statut est encore peu connu voire méconnu du public, car il n'y a pas de cadre réglementaire. Un projet de décret est en cours d'élaboration, sur les bases de la « Loi Santé 2016 », afin d'avoir plus de précisions. D'après la DGOS(66), un des objectifs serait de « libérer du temps pour les médecins ». Si on s'intéresse aux soins primaires, l'idée principale serait que les IPA soient le maillon entre les auxiliaires médicaux et les médecins généralistes. Ils disposeraient d'une autonomie importante et de compétences élargies, avec notamment la possibilité de prescrire des examens complémentaires, un traitement, de réaliser des consultations, le suivi et des actes réalisés exclusivement par des médecins auparavant. C'est ce qui les différencierait des IDE du dispositif « ASALEE » actuels, dont le cadre d'exercice fait partie d'un protocole.

Cependant, ce nouvel acteur dans l'offre de soins semble cristalliser les inquiétudes auprès de la population médicale.

En effet, les médecins généralistes redouteraient une forme de concurrence avec les IPA. La zone d'ombre qui inquiéterait les syndicats de médecins, serait le modèle économique à définir autour des IPA. La création d'actes spécifiques faisant partie de leurs compétences serait jugée comme une « concurrence directe » avec les compétences d'un médecin généraliste : verra-t-on un IPA réaliser dans le futur une consultation pour le suivi d'un traitement chronique ? Pour la réalisation d'une infiltration ? La rémunération de ces actes sera-t-elle égale à celle d'un médecin ? A supposer que oui, les médecins accepteront-ils la rémunération égale de ces actes, pour un niveau d'études différent ?

Les syndicats de médecins souhaiteraient donc que le domaine d'activité de la pratique avancée rentre dans le cadre d'une équipe de soins primaires. La rémunération des professionnels serait attribuée à l'équipe, et non pas à l'acte que pourrait effectuer l'IPA(77). Dans un modèle futur où la place sera à la promotion de la coopération entre professionnels de santé, le **modèle économique** qui encadrera ce nouvel acteur dans l'offre de soins aura probablement un signal important pour les médecins. Car un modèle centré autour du paiement à certains actes définis serait perçu comme concurrentiel. Même s'il paraît peu probable que la rémunération des médecins soit impactée, au moins négativement, par ce nouvel acteur, on peut supposer qu'elle engendrerait des mutations futures dans le domaine des compétences des médecins.

En effet, outre la question du modèle économique et de sa rémunération, intégrer l'IPA dans une équipe de soins viendrait également à **définir son domaine de compétences**, en particulier à définir

ses limites, et celles partagées avec le médecin. Il y a de fortes chances que certaines compétences seraient partagées avec les médecins, puisque le but serait de « libérer du temps médical » pour les médecins. Les médecins acceptent-ils de « déléguer » les consultations de prévention de l'obésité ? De suivi de grossesse ? De suivi et vaccinations pédiatriques ? Est-ce que cela modifierait la qualité des soins proposés ? Pourrait-on assister dans le futur, dans le parcours de soin d'un patient, à un court-circuit du médecin généraliste ? Et enfin, une notion très importante à prendre en compte : est-ce que les patients seront prêts à accepter d'aller consulter un IPA, à la place du médecin, sans craindre pour la qualité des soins ?

Une revue de la littérature (73) a mis en évidence un niveau d'efficacité et de sécurité de soins égal des médecins et IDE, dans les pays anglo-saxons pratiquant la délégation de tâches, mais avec des limites importantes.

Comme précisé ci-dessus, la question de la **responsabilité médicale** sera aussi à discuter. La responsabilité des soins, et des tâches déléguées, incombera-t-elle au médecin ou à l'IPA ? Le médecin acceptera-t-il de déléguer une tâche sous sa responsabilité professionnelle ?

Une mutation culturelle sera également à effectuer pour les patients, habitués à aller consulter le médecin généraliste, dans le cadre des soins de premiers recours.

Ainsi, à travers ces réflexions d'actualité, on pourrait se poser la question du **profil du futur médecin généraliste**. La crainte exprimée serait que les futurs médecins aient un domaine de compétences plus restreint que ceux d'aujourd'hui. Si certaines tâches, comme par exemple, les suivis de grossesse, psychiatrique, ou certains gestes comme les infiltrations ou la pose de stérilet seraient délégués, n'assisterons-nous pas, dans le futur, à des médecins généralistes plutôt coordinateurs de soins en MSP ? Verrons-nous une redéfinition du « médecin généraliste » ? Enfin, la formation du médecin généraliste sera-t-elle plus orientée vers la gestion et la coordination du soin, au détriment de la relation avec le patient ?

A travers notre étude, nous constatons que les **freins sont encore nombreux à la délégation de tâches** entre médecins et IDE, avant d'arriver à une pratique similaire au modèle canadien (comme décrit dans la discussion des IDE) par exemple. L'exemple du dispositif ASALEE est encourageant. L'apparition d'un nouvel acteur dans l'offre de soins, l'IDE de Pratique Avancée, est source de beaucoup de craintes et d'espoirs à la fois.

Nous **proposons** donc, pour l'avenir, de **poursuivre la réflexion et les études sur les rôles, les compétences, les formations initiales et continues, ainsi que les responsabilités de chaque professionnel de santé pouvant exercer en MSP, en particulier ceux des « IDE de Pratiques Avancées »**. La **définition d'un modèle économique compatible avec la coopération pluri – professionnelle devra être également réalisée**. Il est indéniable que ces changements imposeraient une remise en question de l'organisation actuelle des soins (75).

#### **4. La fin du « médecin de famille » ?**

La moitié des médecins interrogés s'était posé la question de l'évolution de la place du médecin de famille. En effet, ils ont constaté que la modification de l'offre de soins amenée par les MSP a pu impacter sur leur rapport avec le patient.

Les MSP ont apporté une amélioration de l'accessibilité horaire (71) : les délais de rendez – vous pour les patients, notamment dans le cadre de la permanence de soins pour des urgences, apparaissent satisfaisants. Mais le rendez – vous obtenu ne sera pas forcément avec le médecin traitant du patient : soit avec un autre médecin de la structure, soit avec un interne en médecine.

Les MSP ont permis, comme l'ont dit certains médecins, une amélioration du confort d'exercice, et notamment dans la lutte contre le burn – out. Cela passait par une diminution du temps de travail sans craindre pour la permanence des soins. Un médecin pourrait alors diminuer son temps de présence au cabinet médical, en sachant qu'un autre praticien serait présent. Le regroupement de médecins sur un même lieu permettait ce « turn – over » médical nécessaire à la permanence des soins.

Quelques médecins se sont interrogés sur le fait que cette accessibilité optimisée se ferait au prix d'une **augmentation de la « distance de la relation médecin – patient »**. En effet, ils se sont basés de leur expérience personnelle et du retour de leurs patients. Les patients, en général plus « chroniques », reprocheraient d'avoir des difficultés à obtenir un rendez – vous avec leur médecin attitré. D'autres patients, consultant en général pour des pathologies plus « aiguës », seraient satisfaits du délai de rendez – vous, en acceptant la contrepartie d'être vu par un autre médecin.

Les médecins de notre étude ont donc noté ces modifications dans leur exercice quotidien : ils étaient plus amenés à voir des patients de leurs confrères(soeurs) du même cabinet, et moins leurs propres patients.

On pourrait alors se poser la question d'une évolution de la « relation médecin – malade », favorisée par le mode d'exercice des MSP ? Et les conséquences qu'elle peut avoir sur la pratique future ?

Pour un médecin interrogé, le « médecin de famille » est devenu « un médecin parmi les autres dans la maison de santé ». Le terme de « **médecin de structure** » a été proposé, mettant en avant plutôt la MSP dont dépend le patient, que le médecin traitant. Ces mutations seraient nécessaires pour pallier à la démographie médicale actuelle. La « dépersonnalisation » du rapport avec le patient sera une notion à étudier dans le futur.

Au Royaume Uni, en 2004, la mise en place du « New General Practitioner Contract » (20), a contribué et encouragé au développement de la pratique de groupe. Une des nouveautés était que les patients n'étaient plus inscrits auprès d'un médecin généraliste, mais auprès d'un cabinet de groupe. Le financement des cabinets de groupe avait été optimisé pour encourager la pratique collective, et faire disparaître les cabinets individuels. On pourrait se demander, si dans le futur, nous nous orienterons sur un modèle similaire ? Avec un modèle où le patient devra être inscrit auprès d'une MSP, et pas auprès d'un médecin traitant ? Et donc que la rémunération des professionnels d'une MSP dépendrait du parcours de soin d'un patient dans la MSP ? L'image du « médecin de famille », dans ce modèle, semblerait menacée.

Actuellement, la CNAM, sur la base du rapport « Charges et produits » pour l'année 2018 (78), expérimente un paiement au forfait dans 4 régions de France, pour les arthroplasties de hanche (proposition n°23). Elle propose de rémunérer par un forfait l'épisode de soins en lien avec l'arthroplastie de hanche (dépenses hospitalières, pré et post hospitalisation en ville, transports, complications éventuelles ...) au lieu de rémunérer à l'acte l'ensemble des professionnels sur ce parcours, comme c'est le cas actuellement. Dans ce modèle du paiement forfaitaire, la rémunération devra être ensuite partagée entre tous les professionnels qui ont été des acteurs du parcours « arthroplastie de hanche » pour chaque patient. Elle se base sur le modèle suédois qui a permis de diminuer les coûts de santé sur ce paiement au forfait.

On pourrait alors s'interroger, sur la base de notre étude et des expérimentations en cours, si on se dirigerait vers un modèle où chaque MSP recevrait un forfait, à répartir entre professionnels, pour le parcours d'un patient. Par exemple, un forfait pour le parcours de soins d'un patient diabétique dans une MSP: le suivi par le médecin généraliste, les soins par le podologue, les injections par les IDE, la diététicienne etc.

Nous n'avons pas retrouvé d'éléments bibliographiques afin de confronter nos données et réflexions. Cela peut s'expliquer par l'actualité récente du sujet, et le manque de recul.

Dans le futur des MSP, il y aura probablement une **mutation culturelle** à réaliser pour le patient et le médecin, par rapport à l'image et à la relation qu'ils entretiennent. Ajoutée à cela, la création des statuts « d'IDE de Pratiques Avancées » dans l'offre de soins renforce encore plus le changement à venir de la notion de « médecin de famille ». Un axe d'étude sur la **rémunération au forfait** est en cours, à l'heure où le paiement à l'acte est remis en question, car paraissant inadapté pour le travail en groupe. S'ajoutera-t-elle aux NMR afin de valoriser la collaboration pluri-professionnelle demandée en MSP ? Toutes ces réflexions pourraient faire l'objet d'études pour le futur.

## IV. La discussion commune

La confrontation des données, à partir du même canevas d'entretien, a permis de dégager des points de convergence, mais aussi des différences, dans les 2 populations étudiées.

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux points de convergence, dans un second temps aux points de différence, et enfin, nous proposerons des axes de réflexion pour le futur sur les bases de notre étude.

### 1. Les convergences

#### a. La communication

Le **projet de soins commun**, a été largement plébiscité par les médecins et les IDE, comme un levier de la communication. Cela permettait d'établir le « lien » dans l'équipe vers un objectif qui obtenait l'adhésion. Lors des conflits, il s'agissait également d'un argument pour ressouder les professionnels.

Les IDE et les médecins étaient également en accord sur le fait que les **représentations** constituaient un frein à la communication. Ainsi, l'image du « médecin tout puissant », inaccessible, associée à celle de l'IDE qui exécute les prescriptions a régulièrement été évoquée. Revivre le sentiment de hiérarchie, mal vécu durant la formation hospitalière, a été une crainte pour les IDE souhaitant travailler en MSP. Certains médecins ont d'ailleurs avoué une méconnaissance de l'éventail de

compétences des IDE. Ce qui a été confirmé par les verbatims de certaines IDE, où cela leur a été reproché. Ce sentiment de hiérarchie et la méconnaissance, entre 2 professions, censées collaborer étroitement dans un projet de soins, constitueraient des freins pour aboutir à une démarche de communication.

Il semblerait que la MSP permette de rompre la frontière qui existait entre ces 2 professions, mise en place dès le début de leurs études. La grande majorité des interviewés a décrit **l'absence d'une relation de hiérarchie** entre les professionnels des MSP.

Le **décloisonnement des filières de formation** a été la proposition la plus souvent retenue, pour contrer ces représentations. Elle est en accord avec ce qui est proposé dans la littérature(49) (63) (65). Elle permettrait également de comprendre le **rôle et les compétences** de chacun.

## **b. L'exercice en MSP**

Les médecins et les IDE étaient d'accord pour constater une **amélioration nette de la qualité de soins pour le patient** : la réactivité de la prise en charge des patients était surtout soulignée. Il semblerait que la rapidité de la prise en charge dans le cadre d'un parcours de soins au sein de la MSP, serait un critère de satisfaction pour les professionnels. En effet, du fait de la proximité, de l'accessibilité par diverses voies de communication (logiciel informatique, messagerie instantanée, SMS) et de l'absence de rapports hiérarchiques, l'offre de soins a semblé plus adaptée aux besoins immédiats des patients. L'impact la communication sur la qualité des soins était donc clairement souligné, comme dans les études citées ci – dessus(68)(69).

La **rémunération** des IDE et des médecins était, dans l'ensemble, restée similaire, depuis leur installation en MSP, d'après les témoignages.

Pour les médecins, il s'agissait de compenser la hausse des charges et le temps de coordination par les NMR et l'optimisation de leur temps de soin (baisse du nombre de visites à domicile et augmentation du nombre d'actes au cabinet). Le confort d'exercice était souligné (baisse du temps de travail par exemple).

Pour les IDE, la rémunération quasi stable pourrait s'expliquer par le fait que le temps consacré aux soins n'ait pas changé, et que le temps de coordination viendrait s'y ajouter.

La différence viendrait donc du temps de travail, pour maintenir le même niveau de revenu.

Il est très difficile d'évaluer l'impact des NMR sur la rémunération des professionnels, en raison de leur souplesse d'utilisation : rémunérer la coordinatrice, acheter du matériel, régler des formations, ou rémunérer les professionnels en fonction de la présence aux réunions. Parfois dérisoire, comme mentionné par certains IDE de l'étude, ou importante, la somme perçue par professionnel peut varier fortement entre 2 MSP.

Ce constat est retrouvé dans une étude de l'IRDES(62). Elle mentionne également que cet apprentissage pour les non – médecins, qui perçoivent d'autres types de rémunération (ROSP par exemple), nécessiterait plus de temps pour s'adapter.

L'utilisation des NMR varie donc d'une MSP à l'autre, ce qui rend difficile l'évaluation de leur impact sur la rémunération de chaque professionnel. Si en plus, nous prenons en compte la variation du temps de travail dédié aux actes ou à la coordination, il devient complexe d'évaluer l'évolution de la rémunération des professionnels qui se sont installés en MSP.

## 2. Les différences

Nous avons, sur l'analyse des entretiens, constaté principalement un **décalage sur le ressenti de la communication actuelle**, entre IDE et médecins.

En effet, pour la grande majorité des IDE, la communication était ressentie comme très efficace avec les médecins. En ce sens, très peu de propositions ont été réalisées pour améliorer la communication en MSP, devant la satisfaction globale. Les médecins ont souligné l'amélioration de la communication avec les IDE également, mais ont été plus modérés. Il leur a semblé que des progrès pouvaient être obtenus pour le futur. Aussi pourrait – on supposer que ce décalage viendrait du fait que les médecins interrogés étaient très souvent des leaders de la MSP. Plus en contact avec les cahiers des charges des ARS, ils étaient donc plus au courant des objectifs de la MSP à moyen et à long terme, notamment en termes de collaboration. Une autre explication pourrait être la perception de la satisfaction d'une collaboration interprofessionnelle : comment mesurer dans l'exercice quotidien l'efficacité de la communication interprofessionnelle ? Si les IDE ont remarqué et se sont satisfaits d'une rapidité accrue de la prise en charge du patient dans la MSP grâce à la communication, les médecins semblaient attendre plus de l'optimisation de leur temps de soin. Il se posera donc la question, dans le futur, des critères d'efficacité de la collaboration interprofessionnelle.

Ainsi, certains critères communicationnels, que nous citerons ci – dessous, devraient être optimisés, pour les médecins. Des propositions ont donc été réalisées :

- L'utilisation de l'**outil de communication informatique**. Il était admis comme indispensable pour l'optimisation de la communication, dans l'avenir, pour les médecins et les IDE. Il semblerait néanmoins que les logiciels sur le marché ne seraient pas assez adaptés à la pratique quotidienne des IDE, et plus à celle des médecins. Ajouté à un coût important et à la réticence des plus âgés, l'investissement financier pour un outil peu adapté apparaissait dans ce cas – là risqué pour les IDE (62). Des progrès seront à réaliser, afin d'adapter l'outil informatique à la pratique de tous. Probablement qu'une formation à son utilisation serait aussi à envisager, afin de justifier l'investissement financier dans un tel outil.
  
- **Augmenter le temps de coordination**, notamment par les réunions. Les médecins souhaiteraient augmenter le temps formel de coordination pour le futur, alors qu'aucun IDE n'a émis cette proposition. Il semblerait que pour certains, les NMR ne suffisent pas à valoriser aussi bien le temps de soins (rémunération à l'acte), que le temps de coordination. Contrairement aux médecins, il serait alors difficile de diminuer ce temps de soin au profit du temps passé en réunion. Probablement qu'une diversification des modes de rémunération d'un IDE serait une des clés pour augmenter le temps de coordination ? Aujourd'hui, leur rémunération est quasi exclusivement liée à la multiplication des actes de soins infirmiers.

Nous avons également observé un décalage sur la notion de **leader** de la MSP. Dans la quasi majorité des MSP de notre étude, le leader de la MSP était un médecin. Ce dernier, à l'origine de la genèse et du développement du projet, était l'interlocuteur avec les collectivités et l'ARS.

La notion de leadership est primordiale (13) dans une MSP, et finalement, dans toute équipe de santé. Dans la littérature(62), la dynamique de travail pluri - professionnel implique la présence d'un leader légitime, afin d'impulser le travail d'équipe et de fixer les orientations vers le projet commun. Dans notre étude, les médecins interrogés étaient plus au courant des projets futurs de leur MSP que les IDE. Comment expliquer ce constat ? L'absence de sollicitation des IDE dans la vision des projets futurs ? Un moindre intérêt pour l'orientation de la MSP ? Le manque de temps pour discuter de cela ?

Cette observation était également retrouvée dans une étude(37) ayant étudié les équipes ambulatoires composées de médecins généralistes et les IDE. Il avait été noté que le leadership et les responsabilités étaient très souvent attribués aux médecins, avec un manque de sollicitation des IDE dans les prises de décisions. Donner ce rôle de leadership exclusivement aux médecins pourrait raviver une hiérarchie dans les équipes de MSP, et donc constituer un frein à la communication.

Un **leadership partagé**, avec une gouvernance alternée, comme réalisée dans certaines MSP, pourrait être suggéré. Cela pourrait, d'une part, lever toute barrière hiérarchique, et d'autre part, impliquer tout acteur de la MSP au projet de santé commun.

Certaines MSP ont décidé de faire appel à une **coordinatrice** dans la gestion de la MSP. Il s'agit d'une personne formée en management ou en gestion de projet de niveau master. Son rôle est d'organiser la MSP : gestion des réunions, des projets, de la communication entre les acteurs de la MSP, de matériel, de l'administratif, de la relation avec les collectivités et l'ARS, des budgets etc. Les coordinatrices sont formées et travaillent pour une société dédiée (ESPAGE par exemple). Les MSP font appel à ces sociétés et les rémunèrent, souvent avec les NMR, pour bénéficier de leurs services. D'après notre étude, elles permettraient de diminuer le temps administratif des équipes de santé, au profit d'un temps médical ou de coordination.

### 3. Les propositions

#### a. Les outils de communication

Dans notre étude, aucun IDE et aucun médecin ne se servait d'outils d'aide à la communication. Ils avaient une vague connaissance de leur existence. Certains révélaient ne pas en connaître, ou ne pas avoir été formé pour cela. D'autres proposaient de mettre en place des cours de communication durant les études.

Il existe, dans la littérature, des outils validés afin de faciliter la communication entre les professionnels de santé.

L'HAS a publié en 2014, un guide d'aide à la communication entre professionnels de santé : « SAED » (79). Il a été établi pour s'adapter à de nombreux contextes de communication interprofessionnelle, que cela soit en établissement de santé, médico – social, ou en médecine de ville. « SAED » est l'acronyme de 4 étapes de communication établies par l'appelant :

- **Situation** : identification de l'interlocuteur, description du motif / la situation basée sur des faits objectifs.
- **Antécédents** : du patient concerné.
- **Evaluation**: transmettre l'interprétation de la situation, et la raison de la préoccupation.
- **Demande** : exprimez clairement et précisément la demande et les délais

La réponse de l'appelé est suggérée sous la forme suivante :

- **Reformulation** de l'information, confirmant qu'il l'a bien reçue.
- **Prise de décision**

A l'origine, cet outil était conçu par la marine américaine pour garantir la qualité de la communication. Suite au constat que de nombreux effets indésirables en santé étaient dus à un défaut de communication, il a été adapté au monde de la santé sous la forme « SBAR » (Situation, Background, Assessment, Recommendation) en 2006 (« SAED » en français). Recommandé par l'OMS (80), cet outil est actuellement utilisé dans de nombreux pays du monde. Elle est actuellement utilisée dans de nombreux établissements de soins sous forme de fiches pratiques.

L'outil SAED / SBAR a été également intégrée dans les formations de travail en équipe, comme « TeamSteps » (81) (Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety). Il s'agit d'un modèle de formation et d'évaluation de travail en équipe développé par l'AHRQ (Agence Régionale de Recherche et de Qualité aux USA). Ce concept pédagogique, est basé sur 4 compétences enseignées, que les équipes doivent acquérir :

- La communication
- Le leadership, afin de gérer les objectifs, les besoins et les rôles de chaque membre de l'équipe.
- Le soutien mutuel, qui développe le travail d'équipe
- Le contrôle de la situation : convergence des informations vers le leader, qui les redistribue ensuite à l'équipe.

A partir d'un travail d'équipe pluri-professionnelle, TeamSteps encourage une dynamique de groupe et des échanges entre tous les membres. Le leader fixe les objectifs, répartit les rôles, décide, et établit les axes de travail. Le but étant d'assurer une certaine qualité de soins, tout en identifiant et levant les obstacles au travail d'équipe.

La formation des équipes pluri-professionnelles de santé aux outils TeamSteps est répandue aux Etats – Unis et au Canada. Dans le cadre de notre étude, la formation « TeamSteps » pourrait être développée aux équipes composant une MSP, afin d'acquérir les compétences nécessaires au travail d'équipe. Les médecins et IDE interrogés ont admis qu'ils n'avaient pas, au cours de leur vécu professionnel ou de formation, acquis les compétences du « travail d'équipe ». Un médecin a dit qu'on ne lui avait pas appris à « savoir communiquer ». Les MSP réunissent des professionnels ayant, pour la grande majorité, travaillé en exercice « mono-professionnel » exclusivement. On pourrait

donc proposer des formations « TeamSteps » afin d'accompagner les professionnels qui s'installent en MSP.

On pourrait aussi, à l'instar du TeamSteps, proposer de développer la communication en équipe par la méthode du « TeamBuilding ». La traduction littérale de team building est « construction d'équipe ». Le team building est un concept développé dans les années 1980 dans le domaine du management. Paul F Buller, professeur de management à l'université de Gonzaga, Etat de Washington, Etats - Unis explique que le premier objectif des activités de Team - Building est d'augmenter l'efficacité du travail d'équipe. Celui-ci est généralement atteint en améliorant la résolution de problèmes et relations interpersonnelles en équipe. Le concept de consolidation d'équipe existe depuis plus longtemps : le psychologue et sociologue Australien, Elton Mayo, considéré comme l'initiateur des recherches sur les relations humaines dans l'industrie, étudie dans les années 1920 le comportement des employés de la Western Electric à Chicago. Il découvre que la conscience de la participation à une équipe de travail est déterminante. Aujourd'hui l'image du team building est majoritairement représentée par des activités renforçant la cohésion d'équipe, l'amélioration de la gestion du stress, l'amélioration de la qualité du travail (activités sportives, culinaires, artistiques...). Dans une MSP de notre étude, une activité canoë-kayak avait été proposée afin de mieux connaître les membres de l'équipe.

L'Elder project est une étude américaine de 2013 concernant une expérimentation de team-building au sein des professions de santé (82). Bien que l'étude quantitative ne retrouve pas de différence significative sur le travail d'équipe avant et après une expérience de team-building, les données qualitatives suggèrent que les exercices de team-building étaient utiles dans la pratique et permettaient de mieux comprendre les rôles de chacun. Le teambuilding semble donc lever des barrières et rendre chacun plus accessible.

Ce « processus de rassembler les personnes adaptées, afin de les amener à travailler pour le bénéfice d'un projet commun » est un des outils proposés par l'OMS (83) pour les équipes multidisciplinaires, dans la lutte contre le cancer.

Dans le futur, des outils d'aide à la communication (SAED) et au travail d'équipe (TeamSteps, Teambuilding), développés dans les autres pays du monde, pourraient être transposés et évalués en France aux équipes des MSP afin de développer la communication de groupe.

## **b. Développer la formation interprofessionnelle**

Les résultats de notre étude ont montré que les formations interprofessionnelles étaient plébiscitées, surtout par les médecins, afin d'améliorer la communication entre les professionnels dans les MSP. Certains ont soulevé leur inexpérience dans le domaine de la coopération interprofessionnelle ou le travail d'équipe : comment travailler en équipe ? Comment intégrer, rassembler des compétences ? Comment s'organiser ? Cela pourrait paraître paradoxal, pour des professionnels travaillant dans des structures où la coopération pluri - professionnelle doit être développée. A l'heure où se développe la rémunération à la coordination par les NMR, il est licite de se demander si les professionnels « savent communiquer » ?

Un médecin de l'étude a parlé de « révolution culturelle » des professionnels, afin de passer d'un travail individuel à un travail d'équipe.

En France, l'acquisition de la compétence « collaboration » est abordée dans les objectifs de validation des études du diplôme de médecin généraliste et d'infirmier diplômé d'Etat.

En effet, un consensus d'expert a permis de mettre en évidence les 6 compétences d'un médecin généraliste, appelée « marguerite des compétences » (84), enseignée durant le 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale. Parmi celles – ci, la compétence « relation, communication, approche centrée patient » qui implique « la communication avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le média le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte ». Une autre compétence, « Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient » nécessite une « collaboration avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient ». Les étudiants en soins infirmiers doivent aussi acquérir durant leurs études la compétence « Organiser et coordonner des interventions soignantes » (85).

La réorganisation des soins primaires en France, se traduisant par l'accroissement des MSP, nécessite donc une réorganisation du cursus de formation, afin d'adapter la pratique des professionnels de santé(72). Nous assistons depuis quelques années, à une volonté de développer des formations interprofessionnelles. Et ceci afin de travailler, au plus tôt, les représentations des professionnels de santé, dus à la formation mono - professionnelle.

En 2009, a été mise en place une formation à l'inter-professionnalité à la faculté de Rennes(86). Elle rassemblait une centaine d'étudiants diététiciens, ergothérapeutes, IDE, kinésithérapeutes, médecins généralistes, pharmaciens, pédicures-podologues et sages-femmes. Sur un séminaire de 6 jours, 3

thèmes principaux étaient abordés : les différentes professions de santé et les collaborations développées, la maladie chronique et la relation soignant - soigné, l'éducation thérapeutique du patient comme exemple de pratique interprofessionnelle. Les formations ont été réalisées sous forme de séminaires, travaux de groupe pluri - professionnel et jeux de rôle, avec débriefings et questionnaires de satisfaction.

De ces travaux, il en est ressorti que les séquences de « Speed dating » ont été perçues comme très importants par les étudiants. Sous une forme jugée ludique, elle permettait la prise de conscience de la facilité de rencontrer et de s'ouvrir à l'autre, ainsi que la nécessité de créer des espaces et des temps de rencontres.

Une étude qualitative a été réalisée 2 ans plus tard (87), par Dr Fiquet and al, afin de recueillir l'impact sur les pratiques des professionnels ayant fait partie de l'étude. Il a été noté que les professionnels interrogés avaient une volonté de développer un travail pluri - professionnel dans leurs parcours respectifs. Ils étaient d'ailleurs nombreux à être engagés dans des dynamiques de projets pluri - professionnels. Le séminaire a changé leur vision de la prise en charge du patient : celle – ci était vue dans le cadre d'une prise en charge en équipe à travers le partage de compétences.

Dans les autres pays du monde tels que le Canada, l'Australie, les USA, le Royaume Uni ou la Suède, les formations interprofessionnelles sont plus développées qu'en France(69)(88). L'étude de Ruebling and al (89) a également montré que l'exposition précoce des étudiants à la coopération interprofessionnelle était associée à une perception positive de la collaboration interprofessionnelle.

Ainsi, dans le contexte actuel d'expansion des MSP et de la valorisation croissante de la coopération pluri-professionnelle (NMR), **le développement des formations interprofessionnelles des étudiants en soins primaires** s'avèrerait indispensable. Ces expériences ont montré **qu'organiser des rencontres entre professionnels de soins primaires précocement**, les **exposer à une vision pluridisciplinaire de leur exercice durant leurs études**, et **encourager le travail d'équipe** durant leur formation étaient des facteurs positifs à la coopération pluri-professionnelle.

Les structures pluri-professionnelles comme les MSP, les pôles ou centres de santé pourraient être des terrains de stage intéressants afin de développer ces formes d'exercice. Ces lieux d'apprentissage pourraient être l'occasion de développer, sur l'exemple de la faculté de Rennes, les bases de l'inter-professionnalité et de la coopération. Pourquoi pas faire évoluer, sur la discussion d'un patient dit « complexe », à la fois un interne en médecine générale, et des étudiants infirmiers, podologue, ou en kinésithérapie ?

En France, le gouvernement en place en a conscience. Le constat de formations de santé « dispersées » a été posé. Le rapport intermédiaire de Mr Le Boulter (55) de mars 2018 suggérait de développer « l'inter-professionnalité ». En effet, les objectifs à l'étude étaient de mettre en place des temps communs de formation, de rapprocher les cursus universitaires et paramédicaux, et de créer des métiers intermédiaires (comme les IDE de Pratique Avancée par exemple). Le rapport définitif sera attendu pour septembre 2018.

Le pouvoir politique lance actuellement des axes pour un projet de réforme. La stratégie de transformation du système de santé (90) va dans le sens des réflexions menées au cours de cette étude. Le gouvernement actuel se base sur 5 axes de réflexion afin d'adapter l'offre de soins:

- Améliorer la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques
- Repenser les modes de rémunération, de financement, et de régulation
- Accélérer le virage du numérique
- Adapter les formations et les ressources humaines aux enjeux du système de santé
- Repenser l'organisation territoriale des soins

La volonté, en France, de développer la formation interprofessionnelle est donc encourageante pour le futur. La mutation nécessaire des formations aux métiers de la santé sera à observer dans les prochaines années. Le profil des étudiants devrait être plus adapté aux adaptations de l'offre de soins souhaité.

### **c. Proposer un outil pour évaluer la coopération**

L'évaluation du travail de coopération est encore difficile à objectiver. L'étude de Rodger and al (88) a montré qu'un tiers des pays développés où la formation interprofessionnelle est enseignée n'évalue pas ce travail. La coopération est évaluée sur des études quantitatives ou qualitatives auprès des étudiants ou alors, sur la base de leurs résultats aux examens. Mais il n'existe pas de réel outil validé pour l'évaluation du travail collaboratif au sein des MSP.

Il existe plusieurs scores de collaboration médecin- IDE non spécifique de l'exercice ambulatoire. Le Jefferson Scale of Attitudes toward Physicians Nurse Collaboration (JSAPNC) et l'Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AICTS, canadien Orchard 2012) en sont des exemples. L'AICTS est décliné en 37 items comprenant 3 grands thèmes : décision partagée, coopération et

coordination. Plusieurs études en Italie, Israël, Turquie, Suède, États-Unis, Mexique, utilisant ces échelles, ont montré une meilleure perception de la collaboration médecin-IDE par les IDE. Une étude française utilisant cette échelle retrouve des résultats concordants.(79) Le sexe et l'âge n'influençaient pas les scores. Pour expliquer ce résultat, les chercheurs se basent sur le principe du "moindre intérêt" décrit par Waller en 1951. La traditionnelle position dominante des médecins les amène à être moins enclins au partage des pouvoirs et à une collaboration complète avec les IDE. Plusieurs études ont montré une association positive entre qualité de collaboration et indicateurs de santé. Ainsi Baggs retrouve une corrélation significative entre niveau de collaboration et devenir des patients dans 3 unités de soins intensifs. Il semble donc important de développer un enseignement et des formations sur ce thème. Les études médicales en France comprennent un stage en soins infirmiers, mais celui-ci ne semble pas suffisant. Les études de soins infirmiers n'ont pas de stage semblable du côté médical.

L'IPC 65 (Annexe 2) est un questionnaire Québécois évaluant l'Interdisciplinarité en Pratique Clinique (91). Il se décline en 65 items qui se divisent en 4 thèmes. Dans l'intégration normative, 10 questions portent sur la vision des objectifs, l'intérêt pour le travail en interdisciplinarité et le leadership.

L'intégration fonctionnelle évalue l'appui administratif et les ressources disponibles en 9 questions. La partie Intégration clinique pose 26 questions concernant l'évaluation de la formalisation explicite des rôles, la gestion des réunions, les règles de travail, et le fonctionnement interne. L'intégration des soins concerne les éléments qui visent la structure, ce qui vise l'équipe et ce qui vise le patient en 20 questions. Plus le score est élevé et plus il indique une bonne intégration des concepts menant à une pratique interdisciplinaire efficace. Il s'agit de réunir un ensemble de conditions facilitantes beaucoup plus complexes mais ayant des impacts plus significatifs.

Des études pour être menées afin de créer un tel outil pour évaluer l'interdisciplinarité au sein des équipes des MSP, dans le souci d'une évaluation des pratiques professionnelles, en se basant sur les outils existants à l'étranger.

# CONCLUSION

Les soins de premier recours sont en pleine mutation dans le but d'améliorer la qualité et l'accès aux soins. Une des solutions proposées en France est le développement des maisons de santé pluri-professionnelles encourageant la pratique collaborative pluri-professionnelle.

Ce passage à un exercice collaboratif semble attrayant. Cependant, pour les acteurs de soins primaires ayant l'habitude de travailler en mono-professionnel, l'absence d'expérience en communication interprofessionnelle peut être une difficulté pour leur pratique au quotidien.

Notre hypothèse était que les maisons de santé pluri-professionnelles sont des éléments efficaces pour l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès d'infirmiers et de médecins généralistes exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles.

L'objectif principal de la thèse était d'analyser la communication entre médecins et infirmiers en maisons de santé pluri-professionnelles afin d'identifier les leviers et les freins. L'objectif secondaire était d'étudier les modifications des pratiques induites par l'exercice en maisons de santé pluri-professionnelles.

Notre étude a mis en évidence que la communication était un élément moteur à l'intégration des professionnels dans la maison de santé pluri-professionnelle. Les professionnels exprimaient le besoin de rester en lien, de travailler en équipe.

Les leviers et freins à la communication retrouvés étaient globalement superposables chez les médecins et chez les infirmiers.

Parmi les facteurs influençant la communication, les médecins et les infirmiers soulignaient l'importance du facteur humain, de l'outil informatique, des représentations, et de la définition des rôles et compétences de chacun.

La majorité des infirmiers et des médecins étaient en accord concernant l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail apportés en maisons de santé pluri-professionnelles. Le développement de ce mode d'exercice coordonné amène une restructuration des modes de rémunération, le paiement à l'acte paraissant inadapté. L'introduction des Nouveaux Modes de Rémunération et les expérimentations en cours sur le forfait à l'épisode de soin, montrent qu'une réflexion est d'actualité pour adapter la rémunération à l'exercice coordonné. Par ailleurs il semblerait que leur pratique en maisons de santé pluri-professionnelles redéfinisse la relation médecin-malade. En effet, la MSP induirait une approche plus « impersonnelle » du soignant. Le devenir de la notion de médecin de famille paraît menacé.

La divergence principale venait de la perception de l'efficacité de la communication. Pour les infirmiers, peu de propositions d'amélioration ont été formulées devant leur satisfaction globale. Les médecins, plus réservés, percevaient une marge de progression encore importante et ont développé plusieurs axes de réflexion :

Elargir et mettre en place dans le cursus universitaire la formation interdisciplinaire, dans le but de mieux connaître les compétences de chacun et d'apprendre à travailler en équipe.

Redéfinir les rôles et compétences de chacun, adapter la rémunération, et former des infirmières de pratique avancée avant d'aborder le transfert de compétences.

Faire connaître et utiliser des outils de communication validés (SAED) et renforcer le travail d'équipe (TEAMSTEPS, TEAMBUILDING) pour les étudiants en santé et les équipes pluri-professionnels déjà constituées.

Créer un outil d'évaluation de la communication interprofessionnelle adapté aux MSP dans le but d'optimiser la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

La volonté, de la part des universitaires, de développer la formation interdisciplinaire est encourageante pour le futur.



Nom, prénom du candidat : TY Richard

## CONCLUSIONS

Les soins de premier recours sont en pleine mutation dans le but d'améliorer la qualité et l'accès aux soins. Une des solutions proposées en France est le développement des maisons de santé pluridisciplinaire encourageant la pratique collaborative pluri-professionnelle.

Ce passage à un exercice collaboratif semble attrayant. Cependant pour les acteurs de soins primaires ayant l'habitude de travailler en mono-professionnel, l'absence d'expérience en communication interprofessionnelle peut être une difficulté pour leur pratique au quotidien.

Notre hypothèse était que les maisons de santé pluriprofessionnelles sont des éléments efficaces pour l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès d'infirmiers et de médecins généralistes exerçant en maison de santé pluridisciplinaire.

L'objectif principal de la thèse était d'analyser la communication entre médecins et infirmiers en maison de santé pluridisciplinaire afin d'identifier les leviers et les freins. L'objectif secondaire était d'étudier les modifications des pratiques induites par l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire.

Notre étude a mis en évidence que la communication était un élément moteur à l'intégration des professionnels dans la maison de santé pluridisciplinaire. Les professionnels exprimaient le besoin de rester en lien, de travailler en équipe.

Les leviers et freins à la communication retrouvés étaient globalement superposables chez les médecins et chez les infirmiers.

Parmi les facteurs influençant la communication, les médecins et les infirmiers soulignaient l'importance du facteur humain, de l'outil informatique, des représentations, et de la définition des rôles et compétences de chacun.

La majorité des infirmiers et des médecins étaient en accord concernant l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail apportés par les maisons de santé pluridisciplinaires. Le développement de ce mode d'exercice coordonné amène une restructuration des modes de rémunération, le paiement à l'acte paraissant inadapté. L'introduction des Nouveaux Modes de Rémunération et les expérimentations en cours sur le forfait à l'épisode de soin, montrent qu'une réflexion est d'actualité pour adapter la



rémunération à l'exercice coordonné. Par ailleurs il semblerait que leur pratique en maison de santé pluridisciplinaire redéfinisse la relation médecin-malade. En effet, la maison de santé pluridisciplinaire induirait une approche plus « impersonnelle » du soignant. Le devenir de la notion de médecin de famille paraît menacée.

La divergence principale venait de la perception de l'efficacité de la communication. Pour les infirmiers, peu de propositions d'amélioration ont été formulées devant leur satisfaction globale. Les médecins, plus réservés, percevaient une marge de progression encore importante et ont développé plusieurs axes de réflexion :

Elargir et mettre en place dans le cursus universitaire la formation interdisciplinaire, dans le but de mieux connaître les compétences de chacun et d'apprendre à travailler en équipe.

Redéfinir les rôles et compétences de chacun, adapter la rémunération, et former des infirmières de pratique avancée avant d'aborder le transfert de compétences.

Faire connaître et utiliser des outils de communication validés (SAED) et renforcer le travail d'équipe (TEAMSTEPS, TEAMBUILDING) pour les étudiants en santé et les équipes pluri-professionnelles déjà constituées.

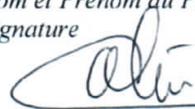
Créer un outil d'évaluation de la communication interprofessionnelle adapté aux maisons de santé pluridisciplinaires dans le but d'optimiser la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

La volonté, de la part des universités françaises, de développer l'enseignement interdisciplinaire est encourageante pour le futur.

**Le Président de la thèse,**

*Nom et Prénom du Président*

*Signature*

  
COLIN Cyrille

Vu :

**Pour Le Président de l'Université  
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



  
**Professeur Gilles RODE**



Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 19 AVR. 2018



Nom, prénom du candidat : CARNEIRO DE QUEIROZ CECILE

## CONCLUSIONS

Les soins de premier recours sont en pleine mutation dans le but d'améliorer la qualité et l'accès aux soins. Une des solutions proposée en France est le développement des maisons de santé pluri-professionnelles encourageant la pratique collaborative pluri-professionnelle.

Ce passage à un exercice collaboratif semble attrayant. Cependant, pour les acteurs de soins primaires ayant l'habitude de travailler en mono-professionnel, l'absence d'expérience en communication interprofessionnelle peut être une difficulté pour leur pratique au quotidien.

Notre hypothèse était que les maisons de santé pluri-professionnelles sont des éléments efficaces pour l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès d'infirmiers et de médecins généralistes exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles.

L'objectif principal de la thèse était d'analyser la communication entre médecins et infirmiers en maisons de santé pluri-professionnelles afin d'identifier les leviers et les freins. L'objectif secondaire était d'étudier les modifications des pratiques induites par l'exercice en maisons de santé pluri-professionnelles.

Notre étude a mis en évidence que la communication était un élément moteur à l'intégration des professionnels dans la maison de santé pluri-professionnelle. Les professionnels exprimaient le besoin de rester en lien, de travailler en équipe.

Les leviers et freins à la communication retrouvés étaient globalement superposables chez les médecins et chez les infirmiers.

Parmi les facteurs influençant la communication, les médecins et les infirmiers soulignaient l'importance du facteur humain, de l'outil informatique, des représentations, et de la définition des rôles et compétences de chacun.

La majorité des infirmiers et des médecins étaient en accord concernant l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail apportés en maisons de santé pluri-professionnelles. Le développement de ce mode d'exercice coordonné amène une restructuration des modes de rémunération, le paiement à l'acte paraissant inadapté. L'introduction des Nouveaux Modes de Rémunération et les expérimentations en cours

sur le forfait à l'épisode de soin, montrent qu'une réflexion est d'actualité pour adapter la rémunération à l'exercice coordonné. Par ailleurs il semblerait que leur pratique en maisons de santé pluri-professionnelles redéfinisse la relation médecin-malade. En effet, la MSP induirait une approche plus « impersonnelle » du soignant. Le devenir de la notion de médecin de famille paraît menacé.

La divergence principale venait de la perception de l'efficacité de la communication. Pour les infirmiers, peu de propositions d'amélioration ont été formulées devant leur satisfaction globale. Les médecins, plus réservés, percevaient une marge de progression encore importante et ont développé plusieurs axes de réflexion :

Elargir et mettre en place dans le cursus universitaire la formation interdisciplinaire, dans le but de mieux connaître les compétences de chacun et d'apprendre à travailler en équipe.

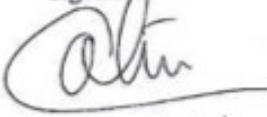
Redéfinir les rôles et compétences de chacun, adapter la rémunération, et former des infirmières de pratique avancée avant d'aborder le transfert de compétences.

Faire connaître et utiliser des outils de communication validés (SAED) et renforcer le travail d'équipe (TEAMSTEPS, TEAMBUILDING) pour les étudiants en santé et les équipes pluri-professionnels déjà constituées.

Créer un outil d'évaluation de la communication interprofessionnelle adapté aux MSP dans le but d'optimiser la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

La volonté, de la part des universitaires, de développer la formation interdisciplinaire est encourageante pour le futur.

Le Président de jury,  
Nom et Prénom  
Signature

  
COLIN Cyrillo

VU,  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

  
Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 27/04/2018

## BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique - Article L1411-11 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686929&dateTexte=&categorieLien=cid>
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale 2017 [En ligne]. 2017 [cité 5 mars 2018]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Conclusions de la mission Legmann : définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale [En ligne] 2010. [cité 5 mars 2018]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/conclusions-de-la-mission-legmann-definition-d-un-nouveau-modele-de-la-medecine-liberale-970>
4. Insee. Bilan démographique 2017 [En ligne]. 2017 [cité 5 mars 2018]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173?sommaire=1912926>
5. ameli.fr. Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée [En ligne]. 2017 [cité 5 mars 2018]. Disponible: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>
6. Cour des comptes. Sécurité sociale 2016 [En ligne]. 2016 [cité 5 mars 2018]. Disponible: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2016>
7. Juilhard J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [En ligne] Sénat; 2007. 4p. Disponible: <http://www.senat.fr/notice-rapport/2007/r07-014-notice.html>
8. Code de la santé publique - Article L6323-3 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
9. Code de la santé publique - Article L6323-1 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691345&dateTexte&categorieLien=cid>
10. Code de la santé publique - Article L6323-4 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8DA06610F3DF8F29A732790464A51DC1.tp djo13v\\_3?idSectionTA=LEGISCTA000020892318&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120423](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8DA06610F3DF8F29A732790464A51DC1.tp djo13v_3?idSectionTA=LEGISCTA000020892318&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120423)
11. Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. IGAS; 2009. 52p. Disponible : [http://hpm.org/IMG/pdf/rapport\\_maison\\_de\\_sante.pdf](http://hpm.org/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf)
12. Bachelot - Narquin R, Hortefeux B, Mercier M. Cahier des charges des maisons de santé pluri - professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier. DGOS; 2010 juill.
13. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Saint-Etienne, France: Le Coudrier, 2015. 188 p

14. Bourgueil Y. Rapport 559 : L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. [En ligne]. IRDES. Institut de Recherche en Economie de la santé; 2014. 157 p. Disponible : <http://www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.html>
15. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44.
16. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.
17. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles.
18. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
19. Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires.
20. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français, Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France ? Santé Publique. 1 oct 2009;21(hs1):27-38.
21. DGOS. Mission d'étude sur l'expérimentation par le NHS anglais de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés [En ligne]. 2016 [cité 6 mars 2018]. Disponible: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep\\_mission\\_uk\\_rapport\\_vd\\_word\\_dgos\\_08-12-2016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_mission_uk_rapport_vd_word_dgos_08-12-2016.pdf)
22. Bras P-L. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis, Summary. Prat Organ Soins. 1 déc 2011;42(1):27-34.
23. Breton M, Levesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires, Summary. Prat Organ Soins. 1 déc 2011;42(2):101-9.
24. Direction Générale de l'Office des Soins. Observatoire des MSP. [Présentation au congrès de la FFMPS] mars 2017.
25. Cairey - Remmonay C., Bruchon S. Facteurs favorisant et freinant le montage des MSP [Thèse d'exercice]. Besançon, France : Université de Franche-Comté; 2012.
26. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sci Soc Santé. 1999;17(3):67-94.
27. Druz J. Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier; 2011.

28. Briot C. La lente révolution de l'exercice coordonné. *Concours Méd.* juin 2015;(6):432-3.
29. Crosnier A, Morio B. Attentes des professionnels de santé concernant la communication dans une maison de santé pluriprofessionnelle : exemple du bassin de santé de la Save (Gers,32) [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016
30. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelle dans la région Rhône-Alpes. *Santé Publique.* août 2015;27(N°4):539-46.
31. Holyoake D-D. Is the doctor-nurse game being played? *Nurs Times.* 1 nov 2011;107(43):12-4.
32. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Educ Pract.* juill 2016;19:36-40.
33. van der Biezen M, Wensing M, Poghosyan L, van der Burgt R, Laurant M. Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 23 août 2017;17:589
34. Hoekelman RA. Nurse-Physician Relationships. *AJN Am J Nurs.* juill 1975;75(7):1150.
35. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.
36. Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapao L. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract.* 15 août 2013;14:118.
37. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs.* sept 2015;71(9):1973-85.
38. Nieuwboer MS, Perry M, van der Sande R, Maassen ITHM, Olde Rikkert MGM, van der Marck MA. Identification of influencing factors and strategies to improve communication between general practitioners and community nurses: a qualitative focus group study. *Fam Pract.* 26 févr 2018;
39. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health Oxf Engl.* déc 2015;37(4):716-27.
40. Alrwaihi S, Kehyayan V, Johnson J. Interdisciplinary shared governance: A literature review. *J Nurs Educ Pract.* 28 nov 2017;8:43.
41. Pullon DS. Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care.* 1 janv 2008;22(2):133-47.
42. Rice K, Zwarenstein M, Conn LG, Kenaszchuk C, Russell A, Reeves S. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. *J Interprof Care.* juill 2010;24(4):350-61.

43. Lyngstad M, Hellesø R. Electronic communication experiences of home health care nurses and general practitioners: a cross-sectional study. *Stud Health Technol Inform.* 2014;201:388-94.
44. Mbemba S. Evaluation de la satisfaction des patients de Médecine générale dans deux maisons de santé pluri-professionnelles loirétaines. [Thèse d'exercice]. Tours, France : Faculté de médecine de Tours; 2015.
45. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Questions d'économie de la santé.* 2008;136:8.
46. HAS. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. [En ligne]. 2015 [cité 28 mars 2018]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide\\_pedagogique\\_pour\\_la\\_securite\\_des\\_patients\\_-\\_guide\\_complet.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf)
47. Hadchouel Duvergé A, Sacré K. Perception de la collaboration médecin-infirmier : Etat des lieux dans deux hopitaux et evaluation de l'interet d'un enseignement sur le sujet. 2013.
48. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD000072.
49. Berland Y. Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences 2003. 58 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>
50. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
51. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé.* avril 2018;232:8.
52. Morin L, Foury C, Briot P, Perrocheau A, Pascal J. Modalités d'application du « disease management » concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France, Summary. *Santé Publique.* 22 déc 2010;22(5):581-92.
53. Wanless D. The review of health and social care in Wales. NHS ; 2003.105p. Disponible : <http://www.wales.nhs.uk/documents/wanless-review-e.pdf>
54. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
55. L'universitarisation des formations en santé [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 1 mai 2018]. Disponible: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/l-universitarisation-des-formations-en-sante>
56. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. *IRDES.* mars 2006;(1624):96.

57. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud.* mars 2015;52(3):727-43.
58. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Rech Soins Infirm.* 2008;(93):94-105.
59. Dufrene C. Health care partnerships: a literature review of interdisciplinary education. *J Nurs Educ.* avr 2012;51(4):212-6.
60. Aebersold M, Tschannen D, Sculli G. Improving nursing students' communication skills using crew resource management strategies. *J Nurs Educ.* mars 2013;52(3):125-30.
61. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud.* juill 2015;52(7):1217-30.
62. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Dynamiques et formes du travail pluri-professionnel dans les maisons et pôles de santé: recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Paris: IRDES; 2014.
63. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. Understanding collaboration in general practice: a qualitative study. *Fam Pract.* 1 sept 2017;34(5):621-6.
64. Sarradon A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.* 2008;56:197-206.
65. Génisson C, Milon A. Coopération entre professionnels de santé. [En ligne]. Sénat ; 2014. 57p Disponible: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-318-notice.html>
66. Ministère des Solidarités et de la Santé. La pratique avancée [En ligne]. 2017 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/la-pratique-avancee-417776>
67. Fiscella K, Mauksch L, Bodenheimer T, Salas E. Improving Care Teams' Functioning: Recommendations from Team Science. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* juill 2017;43(7):361-8.
68. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. *Quest Déconomie Santé.* 2015;(211):6.
69. Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? Regrouping primary health care practitioners: economic prospects in terms of performance. *Rev Fr Aff Soc.* 16 déc 2011;(2):253-75.
70. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. *Questions d'économie de la santé.* 2013;190:8.

71. Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. *Questions d'économie de la santé*.2009;147 : 1-8.
72. Douguet F, Fillaut T, Hontebeyrie J. *Intervenir en première ligne - Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*. L'Harmattan; 2016. 236p.
73. Midy F. *Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires*. CREDES;2003.43p
74. Haute Autorité de Santé - Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé [En ligne]. 2008 [cité 1 mars 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
75. Marquiset D. *La délégation de tâches en médecine générale: étude qualitative par focus group auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche - Comté [Thèse d'exercice]*. Besançon, France : Université Franche - Comté; 2007.
76. DREES. *Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers*. [En ligne].2014 [cité 1 mars 2018]. Disponible: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01241473>
77. mgfrance. *Exercice infirmier de pratique avancée : MG France exige des garanties*. [En ligne].2018. [cité le 1 mai 2018]. Disponible: <https://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiques/1860-exercice-infirmier-de-pratique-avancee-mg-france-exige-des-garanties>
78. ameli.fr - *Rapport Charges et produits pour l'année 2018* [En ligne]. 2017 [cité le 1 mai 2018]. Disponible: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2018.php>
79. Haute Autorité de Santé - Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé [En ligne]. 2014 [cité le 1 mai 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)
80. World Health Organization. *Communication during patient hand-overs* [En ligne]. 2007 [cité le 1 mai 2018] Disponible: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
81. Agency for Healthcare Research & Quality. *TeamSTEPS*. [En ligne]. [cité le 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ahrq.gov/teamsteps/index.html>
82. Mager DR, Lange J. *Teambuilding across healthcare professions: the ELDER project*. *Appl Nurs Res ANR*. mai 2014;27(2):141-3.

83. World Health Organization. The Team Building Tool [En ligne]. 2007. [cité le 1 mai 2018] Disponible: <http://www.who.int/cancer/modules/Team%20building.pdf>
84. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*.2013 ;108 :148-155.
85. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, ministère de la santé et des sports. Diplôme d'Etat Infirmier: référentiel de compétences. [En ligne]. 2009. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf)
86. Renaut P, Fiquet L, Allory E, Chapron A, Hugé S, Annezo F. Le speed dating pédagogique : une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle. *Exercer*.2015 ;118:84-90.
87. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble.La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2015;16(2):105-17.
88. Rodger S, J Hoffman S. World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *J Interprof Care*. sept 2010;24(5):479-91.
89. Ruebling I, Pole D, Breitbach AP, Frager A, Kettenbach G, Westhus N, et al. A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience. *J Interprof Care*. janv 2014;28(1):23-7.
90. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie de transformation du système de santé [En ligne]. 2018 [cité le 1 mai 2018]. Disponible: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>
91. Bédard SK, Larivière C. Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique, Validation of the IPC65 questionnaire: a tool to measure interdisciplinarity in clinical practice. *Santé Publique*. 2013;25(6):763-73.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Grille d'entretien**

Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et au temps que vous m'accordez. Cet entretien rentre dans le cadre d'une thèse de médecine générale sur la communication entre IDE et médecins exerçant en MSP. En particulier, notre étude a pour but d'étudier les freins et les leviers de cette communication, ainsi que l'influence qu'ils pourraient avoir sur le patient.

Je voudrais en effet, recueillir votre témoignage, en tant qu'acteur (trice) de cette structure.

Cet entretien est anonyme et enregistré, dans le but de faciliter la prise de notes. L'enregistrement sera détruit après le recueil des données. Etes – vous d'accord pour l'enregistrement de l'entretien ? Avant de commencer, avez – vous des questions ?

#### **CARACTERISTIQUES DU SUJET**

- 1) Sexe
- 2) Age
- 3) Mode d'exercice précédent : Salarié ? Libéral ?
- 4) En exercice depuis quand en MSP ?
- 5) Année diplôme ?

#### **1/ Pourquoi avoir intégré le projet de MSP ?**

Relance 1 : Comment avez – vous été intégré à ce projet de MSP ?

Relance 2 : Qui a été l'initiateur du projet ? Quels sont les acteurs du projet ?

Relance 3 : Quel est l'élément moteur qui vous a fait adhérer ? (Travail en groupe ? Locaux aux normes ? Rémunération ? Concurrence ?)

Relance 4 : Quels ont été les réticences avant d'intégrer ce projet ?

#### **2/ Quel est le mode de fonctionnement de votre MSP ?**

Relance 1 : Quelle est la composition de votre MSP ? le statut juridique ?

Relance 2 : comment s'organisent vos temps d'échange? (A quel moment ? Quelle fréquence ? )

Relance 3 : Comment élaborez – vous la mise en place de protocoles?

Relance 4 : Comment a évolué votre rémunération depuis la mise en place de ce temps d'échange ?

Relance 5 : Quel sont les projets de votre MSP ?

**3/ Qu'est – ce qui a changé en termes de communication avec les médecins / IDE depuis que vous êtes installés en MSP ?**

Relance 1 : quelle représentation aviez – vous des autres professionnels de santé ? (médecins ? IDE ? kinés ? podologue ? psychologues ?)

Relance2 : Comment travailliez – vous avec les autres professionnels de santé auparavant ? Par quelle voie de communication ?

Relance 3 : Comment ont évolué vos relations au cours du projet ?

Relance 4 : Comment gérez – vous les points divergents ?

**4/ Comment communiquez – vous avec les autres professionnels?**

Relance 1 : Avec les IDE et les médecins ?

Relance 1 : Quels sont les temps d'échange ?

Relance 2 : Quels sont les sujets abordés ?

Relance 3 : avec autres professionnels de la MSP autres que les médecins et IDE ?

Relance 4 : avec autres professionnels extras MSP ?

Relance 5 : par quel mode de communication ? (ordinateur, tablette, messagerie instantanée..)

**5 / Et la place du patient depuis que vous êtes en MSP?**

Relance 1 : La communication a t- elle changé la place du patient depuis que vous êtes en MSP ?

**6/ Que proposez – vous pour améliorer la communication entre vous ?**

Relance 1 : Comment améliorer les échanges entre vous? Et de manière générale entre tous les professionnels de santé intra et extra MSP ? Que pensez – vous de l'outil SAED ?

**7/ Que conseillerez – vous à des professionnels qui comptent s'installer en MSP ?**

## Annexe 2 : IPC 65

Intégration normative	Cotation				
Éléments à considérer <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vision</li> <li>- Intérêt pour le travail en interdisciplinarité</li> <li>- Leadership</li> </ul>	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<i>Vision</i>					
Il existe une vision claire des objectifs au sein de l'équipe :					
1. <i>Travailler en synergie afin de prodiguer des soins et services de qualité qui répondent aux besoins de la population cible</i>	<input type="checkbox"/>				
2. <i>Contribuer à assurer un meilleur continuum de soins et service pour la population cible</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Intérêt pour le travail en interdisciplinarité</i>					
3. <i>Tous les membres de l'équipe croient aux bénéfices du travail en Interdisciplinarité</i>	<input type="checkbox"/>				
4. <i>Tous les membres de l'équipe se sentent impliqués dans le bon fonctionnement de l'équipe</i>	<input type="checkbox"/>				
5. <i>Le rôle de chacun est considéré utile au bon fonctionnement de l'équipe et à l'atteinte de soins de qualité</i>	<input type="checkbox"/>				
6. <i>La motivation à travailler en groupe est perçue par les membres comme étant importante</i>	<input type="checkbox"/>				
7. <i>Les interactions se font dans un climat de confiance et de respect mutuel</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Leadership</i>					
8. <i>Il existe un leadership médical et/ou clinico-administratif au sein de l'équipe</i>	<input type="checkbox"/>				
9. <i>Le leadership exercé permet à l'équipe de bien fonctionner et d'atteindre ses objectifs</i>	<input type="checkbox"/>				
10. <i>Le leadership exercé permet de créer un climat de confiance en favorisant la communication et la transparence</i>	<input type="checkbox"/>				

Intégration fonctionnelle	Cotation				
Éléments à considérer  - Appui administratif - Ressources disponibles	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<i>Appui administratif</i>					
11. L'établissement reconnaît l'importance de l'équipe interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>				
12. L'établissement soutient les membres de l'équipe dans leur processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts à la population cible	<input type="checkbox"/>				
<i>Ressources disponibles</i>					
Le service dont dépend l'équipe fournit les ressources nécessaires au bon fonctionnement clinique :					
13. Composition adéquate de l'équipe pour fournir des soins et services de qualité	<input type="checkbox"/>				
14. Formation visant à rehausser les compétences de chacun	<input type="checkbox"/>				
15. Coaching (au besoin) en interdisciplinarité	<input type="checkbox"/>				
Le service dont dépend l'équipe fournit les ressources nécessaires :					
16. Au bon fonctionnement administratif	<input type="checkbox"/>				
17. À l'intégration des personnes nouvellement enrôlées	<input type="checkbox"/>				
18. À l'intégration des stagiaires	<input type="checkbox"/>				
19. La stabilité de l'équipe et la rétention du personnel sont encouragées (reconnaissance, promotions, etc.)	<input type="checkbox"/>				

Intégration clinique	Cotation				
Éléments à considérer <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation explicite des rôles</li> <li>- Gestion des réunions</li> <li>- Règles de travail</li> <li>- Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits</li> </ul>	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<i>Formalisation explicite des rôles</i>					
20. Les rôles et tâches de chacun sont bien définis et formellement documentés en conformité avec les lois 90 et 21	<input type="checkbox"/>				
Le partage des tâches est optimal en ce qui concerne :					
21. Les soins et les services prodigués au patient	<input type="checkbox"/>				
22. Le fonctionnement interne de l'équipe	<input type="checkbox"/>				
23. L'autonomie professionnelle de chacun est reconnue	<input type="checkbox"/>				
<i>Gestion des réunions</i>					
Les réunions permettent concrètement de :					
24. Générer des objectifs communs vis-à-vis de l'état de santé du patient	<input type="checkbox"/>				
25. Coordonner les actions des différents intervenants	<input type="checkbox"/>				
26. Il existe également des réunions sur les processus de fonctionnement	<input type="checkbox"/>				
27. Lorsque requis, les membres de l'équipe sont présents aux réunions interdisciplinaires	<input type="checkbox"/>				
28. Les réunions sont bien gérées (préparées et animées avec efficacité)	<input type="checkbox"/>				
<i>Règles de travail</i>					
29. Le plan d'intervention intègre de façon harmonieuse les interventions des différentes disciplines et/ou spécialités	<input type="checkbox"/>				
30. Le plan d'intervention est déposé au dossier du patient	<input type="checkbox"/>				
31. Les documents utiles au bon fonctionnement de l'équipe (documents d'encadrement clinique, protocoles de soins, etc.) sont connus, à jour et disponibles	<input type="checkbox"/>				
32. Les canaux formels et informels sont utilisés pour informer les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>				

Intégration clinique	Cotation				
	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Non applicable
<b>Éléments à considérer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation explicite des rôles</li> <li>- Gestion des réunions</li> <li>- Règles de travail</li> <li>- Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits</li> </ul>					
33. Les règles de fonctionnement de l'équipe sont bien comprises	<input type="checkbox"/>				
34. Des mécanismes d'amélioration continue du fonctionnement de l'équipe sont utilisés (révisions des processus d'intervention, remises en question et discussions franches sur le fonctionnement, etc.)	<input type="checkbox"/>				
35. La fréquence des réunions de l'équipe interdisciplinaire est suffisante pour permettre une intercommunication et une collaboration active entre les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>				
36. La communication entre les membres est claire : chacun comprend ce que l'autre veut dire et utilise la rétroaction pour clarifier les situations	<input type="checkbox"/>				
<i>Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits</i>					
37. Le rôle de chacun est interdépendant et collaboratif, fondé sur une collaboration interprofessionnelle mature	<input type="checkbox"/>				
38. Les membres de l'équipe ont une bonne capacité de remise en question (introspection, ouverture d'esprit, etc.)	<input type="checkbox"/>				
39. Les membres de l'équipe font preuve de maturité dans la résolution de leurs différends	<input type="checkbox"/>				
40. Les conflits associés au mode de fonctionnement en interdisciplinarité sont normaux et peuvent être résolus	<input type="checkbox"/>				
41. Les conflits associés au mode de fonctionnement en interdisciplinarité sont fréquents	<input type="checkbox"/>				
42. Les logiques individuelles et professionnelles de certains membres de l'équipe peuvent miner la collaboration en interdisciplinarité	<input type="checkbox"/>				
43. Les membres de l'équipe sont solidaires face aux critiques externes émises à l'encontre des décisions prises en interdisciplinarité	<input type="checkbox"/>				
44. Lorsque les médecins perçoivent davantage les autres professionnels comme étant à leur service, ils négligent de les considérer comme des collaborateurs à part entière	<input type="checkbox"/>				
45. Les membres de l'équipe qui ne sont pas médecins se sentent parfois comme étant au service des médecins	<input type="checkbox"/>				

Intégration des soins	Cotation				
<p>Éléments à considérer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qui vise la structure</li> <li>- Ce qui vise l'équipe</li> <li>- Ce qui vise le patient</li> </ul>	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<i>Résultats relatifs à la structure</i>					
Le mode de fonctionnement de votre équipe permet de fournir des soins de qualité en maximisant l'utilisation des ressources :					
46. <i>Le regroupement de professionnels des services concernés permet à l'équipe de planifier l'allocation des ressources (la bonne personne au bon moment)</i>	<input type="checkbox"/>				
47. <i>Favorise la réduction de la durée des épisodes de soins</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Le mode de fonctionnement de votre équipe permet :</i>					
48. <i>D'assurer la cohérence, la qualité et la continuité des soins et des services dispensés par l'établissement et l'intégration des activités des partenaires afin de fournir un continuum de soins et services à la population cible</i>	<input type="checkbox"/>				
49. <i>De donner aux équipiers le sentiment d'être utile, de pouvoir influencer sur la capacité opérationnelle de l'organisation</i>	<input type="checkbox"/>				
50. <i>De favoriser le recours à des outils d'évaluation des besoins des patients et de leurs familles</i>	<input type="checkbox"/>				
51. <i>De favoriser la collaboration avec les partenaires externes (médecin de famille, SAAQ, CSST, établissements de santé, CSSS, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Résultats relatifs à l'équipe</i>					
Le mode de fonctionnement de votre équipe :					
52. <i>Permet de traiter des cas complexes (dont le diagnostic et le traitement demandent l'expertise et le jugement de plusieurs cliniciens expérimentés)</i>	<input type="checkbox"/>				
53. <i>Permet de développer davantage les connaissances et les habiletés d'intervention (compétences professionnelles)</i>	<input type="checkbox"/>				
54. <i>Permet le soutien mutuel et facilite l'intégration des débutants et des stagiaires par des professionnels plus expérimentés (mentorat, préceptorat)</i>	<input type="checkbox"/>				
55. <i>Favorise le respect et la reconnaissance de la spécificité de chacun</i>	<input type="checkbox"/>				
56. <i>Permet de transcender ses valeurs personnelles pour travailler au partage de valeurs professionnelles communes</i>	<input type="checkbox"/>				

Intégration des soins	Cotation				
Éléments à considérer <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qui vise la structure</li> <li>- Ce qui vise l'équipe</li> <li>- Ce qui vise le patient</li> </ul>	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
57. <i>Permet de rassurer l'équipe sur la pertinence des interventions</i>	<input type="checkbox"/>				
<b>Résultats relatifs aux patients</b>					
Le mode de fonctionnement de votre équipe permet d'améliorer la qualité des soins et des services en se basant sur :					
58. <i>L'atteinte des objectifs cliniques (guérison, maintien ou amélioration des capacités fonctionnelles et cognitives chez la clientèle âgée, retour au travail, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>				
59. <i>Des services sécuritaires (respect des normes et des pratiques organisationnelles requises pour l'agrément)</i>	<input type="checkbox"/>				
Le mode de fonctionnement de votre équipe permet de clarifier et de mieux cibler :					
60. <i>Les besoins bio-psycho-sociaux du patient et/ou de sa famille</i>	<input type="checkbox"/>				
61. <i>Les attentes du patient et/ou de sa famille</i>	<input type="checkbox"/>				
Le mode de fonctionnement de votre équipe favorise, au cours de l'épisode de soins :					
62. <i>La transmission d'un message cohérent et uniforme</i>	<input type="checkbox"/>				
63. <i>L'adhésion du patient au plan d'intervention et l'implication de la famille</i>	<input type="checkbox"/>				
64. <i>L'implication du patient dans son processus de guérison (affirmation de soi / empowerment)</i>	<input type="checkbox"/>				
65. <i>L'accompagnement du patient et de sa famille</i>	<input type="checkbox"/>				

Bédard S.K., Poder T.G. et Larivière C. (2013). Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. Santé Publique, volume 25, n°6.

**AUTEURS** : Cécile CARNEIRO DE QUEIROZ / Richard TY

**TITRE** : Etude de la communication interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers exerçant en Maison de Santé Pluri-Professionnelle.

**RESUME** :

**INTRODUCTION** : Face à la baisse de la démographie médicale et à l'augmentation de la demande de soins, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles sont une des solutions proposées pour adapter l'offre de soins. Une communication efficiente entre infirmiers et médecins est essentielle à la collaboration interprofessionnelle. A la fois source d'espoirs, elle suscite aussi de l'appréhension pour des professionnels ayant l'habitude de travailler en exercice seul. Notre hypothèse était que les MSP sont des éléments efficaces à l'amélioration de la collaboration.

**MATERIEL ET METHODES** : L'objectif principal de cette étude qualitative, par entretiens semi-dirigés était d'identifier les facteurs influençant la communication. L'objectif secondaire était d'étudier les modifications de pratiques induites par l'exercice en MSP. 14 infirmiers et 12 médecins ont été interrogés dans la région Rhône – Alpes.

**RESULTATS** : Des facteurs humains, culturels, financiers et matériels influençaient la communication. Ces freins et leviers ont été retrouvés chez les médecins, comme chez les infirmiers. L'amélioration de la qualité des soins était constatée dans les 2 populations. La différence principale mise en évidence était la perception de l'efficacité de la communication.

**DISCUSSION** : Un travail sur les représentations, la redéfinition et la connaissance des compétences des autres professionnels, ainsi que le développement des outils de communication seraient nécessaires pour établir des conditions de communication optimales. Des réflexions sont en cours pour appliquer une délégation de tâches efficiente. La représentation du « médecin de famille » paraît menacée par la pratique en MSP.

**CONCLUSION** : La coopération pluri-professionnelle en MSP induit des changements importants dans l'exercice de professionnels formés à travailler en « mono-professionnel ». Développer les formations interprofessionnelles pour les étudiants en santé, ainsi que des outils d'aide à la communication, et d'évaluation de la coopération sont des pistes de réflexion à poursuivre.

**MOTS CLES** : Maison de Santé Pluri-professionnelle; communication interprofessionnelle; Collaboration médecin-infirmier; Délégation de tâche ; Formation interdisciplinaire

**JURY** :

Président : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN  
Membres : Monsieur le Professeur Yves MATILLON  
Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER  
Monsieur le Docteur Thierry FARGE

**DATE DE SOUTENANCE** : mardi 22 mai 2018

**ADRESSE MAIL DES AUTEURS** : Cécile CARNEIRO DE QUEIROZ [carneirocecile@hotmail.fr](mailto:carneirocecile@hotmail.fr)

Richard TY [richard\\_ty@orange.fr](mailto:richard_ty@orange.fr)