



Représentation des professionnels de santé d'un territoire des Alpes Maritimes sur les axes types d'une structure d'exercice pluriprofessionnelle

Jean-Rémi Cubaud

► To cite this version:

Jean-Rémi Cubaud. Représentation des professionnels de santé d'un territoire des Alpes Maritimes sur les axes types d'une structure d'exercice pluriprofessionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01438502

HAL Id: dumas-01438502

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01438502>

Submitted on 17 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

ANNÉE 2016

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de médecine de Nice

Le jeudi 17 Novembre 2016

Par Jean-Rémi CUBAUD

Né le 16 Janvier 1989

**Représentations des professionnels de santé d'un territoire des
Alpes Maritimes sur les axes types d'une structure d'exercice
pluriprofessionnelle**

Président du jury :

Monsieur le Professeur Philippe Hofliger

Assesseurs :

Monsieur le Professeur José Gomes

Monsieur le Professeur Pascal Staccini

Monsieur le Docteur Jean-Marie Lagarde

Directeur de thèse :

Madame la Docteur Martine Langlois

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen M. BOILEAU Pascal

Assesseurs M. ESNAULT Vincent
M. CARLES Michel
Mme BREUIL Véronique
M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque Mme DE LEMOS Annelyse

Directrice administrative des services Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN DinhKhiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M.GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M. DE PERETTI Fernand
 M. DRICI Milou-Daniel
 M. ESNAULT Vincent
 M. FERRARI Émile
 M. FERRERO Jean-Marc
 M. GIBELIN Pierre
 M. GUGENHEIM Jean
 Mme ICHAI Carole
 M. LONJON Michel
 M. MARQUETTE Charles-Hugo
 M. MOUNIER Nicolas
 M. PADOVANI Bernard
 Mme PAQUIS Véronique
 M. PRADIER Christian
 M. RAUCOULES-AIMÉ Marc
 Mme RAYNAUD Dominique
 M. ROSENTHAL Éric
 M. SCHNEIDER Stéphane
 M. STACCINI Pascal
 M. THOMAS Pierre
 M. TRAN Albert

Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
 Pharmacologie Clinique (48.03)
 Néphrologie (52-03)
 Cardiologie (51.02)
 Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
 Cardiologie (51.02)
 Chirurgie Digestive (52.02)
 Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
 Neurochirurgie (49.02)
 Pneumologie (51.01)
 Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
 Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
 Génétique (47.04)
 Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
 Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
 Hématologie (47.01)
 Médecine Interne (53.01)
 Nutrition (44.04)
 Bio-statistiques et Informatique Médicale (46.04)
 Neurologie (49.01)
 Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc
 Mme BAILLIF Stéphanie
 M. BAHADORAN Philippe
 M. BARRANGER Emmanuel
 M. BENIZRI Emmanuel
 M. BENOIT Michel
 Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence
 M. BREAUD Jean
 Mlle BREUIL Véronique
 M. CANIVET Bertrand

Pédiatrie (54.01)
 Ophtalmologie (55.02)
 Cytologie et Histologie (42.02)
 Gynécologie Obstétrique (54.03)
 Chirurgie Générale (53.02)
 Psychiatrie (49.03)
 Cancérologie –Génétique (47.02)
 Chirurgie Infantile (54-02)
 Rhumatologie (50.01)
 Médecine Interne (53.01)

M. CARLES Michel
 M. CASSUTO Jill-Patrice
 M. CHEVALLIER Patrick
 Mme CHINETTI Giulia
 M. DELOTTE Jérôme
 M. DUMONTIER Christian
 M. FONTAINE Denys
 M. FOURNIER Jean-Paul
 M. FREDENRICH Alexandre
 Mlle GIORDANENGO Valérie
 M. GUÉRIN Olivier
 M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel

Anesthésiologie Réanimation (48.01)
 Hématologie et Transfusion (47.01)
 Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
 Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
 Gynécologie-obstétrique (54.03)
 Chirurgie plastique
 Neurochirurgie (49.02)
 Thérapeutique (48-04)
 Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
 Bactériologie-Virologie (45.01)
 Gériatrie (48.04)
 Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)4

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)5

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Composition du Jury

Président :

Monsieur le Professeur Philippe Hofliger

Assesseurs :

Monsieur le Professeur José Gomes

Monsieur le Professeur Pascal Staccini

Monsieur le Docteur Jean-Marie Lagarde

Directeur de thèse :

Madame la Docteur Martine Langlois

Table des matières

Composition du Jury	7
Remerciements	11
1 Les membres du jury	11
2 A mon directeur de thèse.....	12
3 A mon entourage	12
Abréviations	13
Introduction	14
1 Le territoire Valbonne Sophia Antipolis, le Rouret, Opio, Roquefort les pins (TDS VROR): un territoire particulier.	17
1.1 Définition du territoire :	17
1.2 Particularités statistiques.....	18
1.3 Les apports d’une MSP dans le TDSVROR :	19
Matériel et méthode.....	21
1 Objectif :.....	21
2 Type d’étude.....	21
2.1 Etude qualitative	21
2.2 Justification du choix	21
2.3 Choix de l’échantillon.....	22
2.4 Recueil des données.....	23
2.5 Retranscription	24

2.6	Analyse des données	24
Résultats		25
1	Nombre de répondants	25
2	Caractéristiques de l'échantillon	25
3	Résultats de l'analyse	29
3.1	Contexte	29
3.2	Représentations et ressentis des professionnels interrogés sur l'accès aux soins..	37
3.3	Représentations des professionnels interrogés sur le travail en équipe pluriprofessionnelle.....	46
3.4	Problèmes identifiés de santé, éducation ou prévention.	66
3.5	Partage du système d'information.....	67
3.6	Contraintes ressenties par les professionnels de santé vis-à-vis d'un exercice au sein d'une MSP	83
3.7	Désir d'adhérer au projet de MSP hors les murs	87
Discussion		89
1	Principaux résultats	89
2	Forces et limites méthodologiques :.....	91
2.1	Recrutement et échantillon.....	91
2.2	Enquêteur	92
2.3	Analyse	93
3	Théorisation à partir du modèle SWOT	94

3.1 Forces et opportunités du travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP multi-site sur le territoire VROR	94
3.2 Freins et menaces vis-à-vis du travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP multi-site sur le territoire VROR	98
3.3 Synthèse de l'analyse SWOT.....	102
Conclusion.....	105
Résumé.....	106
Summary	107
Bibliographie	108
Annexes.....	111
Serment d'Hippocrate	121

Remerciements

1 Les membres du jury

Monsieur le Professeur Philippe Hofliger,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury. En tant que directeur du département de médecine générale et créateur d'une maison de santé pluriprofessionnelle dans le quartier des Moulins à Nice, votre présence s'imposait.

Monsieur le Professeur José Gomes,

Merci d'avoir traversé la France pour m'honorer de votre présence. Vous avez fondé la première maison de santé pluridisciplinaire à vocation universitaire en France et êtes un expert dans ce domaine. Surtout, vous avez suivi mon parcours depuis plus d'une dizaine d'années. Partager ce jour avec vous est un véritable honneur.

Monsieur le Professeur Pascal Staccini,

Merci d'avoir apporté votre regard sur mon travail. Ayant participé à plusieurs thèses dans le champ des maisons de santé, vos conseils m'ont été précieux.

Monsieur le Maître de Conférence David Darmon,

Merci d'avoir partagé un peu de votre temps avec moi. Avec cette thèse j'ai appris à vous connaître. J'ai découvert derrière la façade universitaire un homme généreux et plein d'humour.

Monsieur le Docteur Jean-Marie Lagarde,

Merci pour la confiance que vous m'avez apportée lors de mon cursus ambulatoire. Votre expérience de la médecine est sans pareil.

2 A mon directeur de thèse,

A Madame le Docteur Martine Langlois,

Tu as su m'inspirer la rigueur nécessaire à l'exercice du travail de thèse et plus globalement de la médecine générale. Malgré les responsabilités que tu occupes et ton manque de temps perpétuel, tu as su t'engager comme directrice de thèse là où tant d'autres refusent. J'espère que ce travail, de près ou de loin, contribuera à l'amélioration des soins et de ta pratique sur ce joli territoire de santé qu'est Valbonne, Roquefort les Pins, Opio et le Rouret.

3 A mon entourage

A Madame Alycia Marsh,

Tu as su me donner la force de travailler durant mon temps libre pour la réalisation de cette thèse de médecine générale qui symbolise la fin de ces études médicales si longues, et tu m'accompagnes pour cette entrée dans ma vie de médecin généraliste. Je t'en serai à jamais reconnaissant.

A mes parents,

Merci de m'avoir encouragé dans cette voie. Je n'arrive pas à la destination prévue initialement mais je me rends compte désormais de la chance que j'ai. Parfois il faut partir à l'autre bout du monde pour se rendre compte que l'on vivait près du bonheur.

A Monsieur Antoine Marnet,

Tu es mon plus fidèle acolyte. Tu es depuis presque 10 ans à mes côtés, dans les bons comme dans les mauvais moments. Je sais désormais qu'une amitié comme celle-là est pour la vie.

**A tous mes autres amis connus lors de mon internat sur la côte d'Azur : Pierre François,
Maxime, Perrine, Mathilde, Pascaline, Maelle, Gregory, Faustine et tous les autres,**

Merci pour ces bons moments passés notamment en GEASP ou en séminaire.

Abréviations

ASALEE : Action de sante libérale en équipe

ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé

AVK: Anti-vitamine K

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CSI : centre de soins infirmiers

ENMR : Evaluation des nouveaux modes de rémunération

FFMS : Fédération française des maisons de santé

HAD : Hospitalisation à domicile.

HAS : Haute Autorité de santé.

HPST : Hôpital patient santé territoire.

IDE : infirmière diplômée d'état.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

PSAD : prestataires de santé à domicile

PSP : Pôle de santé pluriprofessionnel

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

SIRSé PACA : Système d'information régional en santé de l'observatoire régional de la santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SMS : Short message system

SPASSAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD : sociétés de soins infirmiers à domicile

SSAD : Société de soins à domicile

TDS VROR : territoire de santé Valbonne-Sophia Antipolis, Roquefort les pins, Opio, le Rouret.

ZUS : zones urbaines sensibles

Introduction

Depuis plusieurs années, les soins primaires sont entrés dans une phase de reconfiguration où l'on assiste au regroupement des professionnels de santé.

Ce comportement est l'une des réponses apportées aux modifications de la demande et de l'offre de soins. Il existe une augmentation globale de la demande de soins (1). Les patients s'impliquent davantage dans les soins. Les populations jeunes sont demandeuses de soins (phénomène « d'hypersanté ») quand les patients plus âgés, toujours plus nombreux (2) participent activement au suivi de leurs maladies, aidés en cela par l'éducation thérapeutique qui leur est proposée. La part du suivi de maladies chroniques est en augmentation par rapport aux pathologies aiguës (3). Géographiquement, les patients ont tendance à désertier les territoires ruraux quand les zones péri-urbaines connaissent une croissance significative (4).

Parallèlement à cela, les professionnels de santé ne cessent de diminuer sur le territoire Français et notamment les médecins généralistes en activité (5). Cette diminution est accentuée dans les territoires ruraux. On rapporte aussi une dégradation des relations ville-hôpital (6).

Face à ces évolutions, des organisations innovantes ont été modélisées à l'initiative des professionnels eux-mêmes pour répondre aux besoins ressentis dans leur pratique quotidienne, allant du simple regroupement de professionnels en un lieu, à un travail pluriprofessionnel (protocoles de coopération « ASALEE » puis protocoles de délégation de tâches médecin-infirmière, équipes pluriprofessionnelles en pôles et maisons de santé pluriprofessionnelles voire pluridisciplinaires). Plus récemment dans une loi de Janvier 2016 ont été introduites les équipes de soins primaires (ESP) et les coopérations professionnelles d'un territoire de santé (7). Elles font l'objet de décrets d'application pour leur mise en œuvre. Le travail pluriprofessionnel s'est développé initialement de manière empirique dans les zones rurales avec une offre professionnelle sous tension puis a été décrit dans la loi HPST de 2009 (8). Il a fait l'objet de nombreuses études : sociologiques (9), socio-économiques (INSEE, IRDRES) (10), d'études de parcours de santé (HAS) et de travaux professionnels (11) (12) (13). Il amène les praticiens vers de nouveaux modes de collaborations interprofessionnelles que l'on ne retrouve pas toujours dans une activité libérale traditionnelle. Cette coopération s'étend à un transfert de compétences et une délégation des tâches très encadrée par la loi (11) avec la création de nouvelles missions confiées aux paramédicaux ainsi que des pratiques avancées (7).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) constituent un regroupement des professionnels de santé sous le même toit mais surtout un moyen de travailler ensemble pour réaliser un projet de santé.

Ce dernier est défini à l'initiative des professionnels de santé selon des modalités qui décrivent les objectifs poursuivis et les rôles de chacun, dans le respect des missions de leur métier et des protocoles de délégation de tâches validés. L'alternative des MSP attire de façon croissante les professionnels de santé et la montée en puissance des MSP est continue : on comptait en Mars 2015 un total de plus de 1023 MSP (dont 616 MSP en fonctionnement et 407 en projet), contre 929 à la même époque en 2014 (14) (15). Au sein de chaque MSP, on retrouve en moyenne : 5 médecins généralistes, 9 professionnels paramédicaux, 1 chirurgien-dentiste et 3 pharmaciens (15). Le concept initial de MSP regroupant des professionnels au sein d'un même lieu (MSP dans les murs) a su évoluer pour s'étendre à un concept purement fonctionnel de MSP dites « hors les murs » (anciennement pôle de santé).

De nombreux acteurs du système de santé (Etat, Assurance Maladie, Elus) soutiennent cette forme de travail. Le concept de maison de santé est inscrit dans la loi depuis 2007 et n'a eu de cesse d'être précisé pour aboutir à la loi HPST (16). Ces structures impliquent des activités professionnelles et des services auprès des patients dont le financement n'est pas prévu dans le cadre des conventions de chaque professionnel. Le financement de ces structures a été trouvé auprès des collectivités territoriales. Le travail des professionnels fut d'abord rémunéré par l'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations (ENMR) dans certains territoires. Cette rémunération est désormais inscrite dans la loi de financement de la Sécurité sociale et est accessible à tous les professionnels de santé selon des modalités décrites dans un règlement arbitral de 2015 (17).

L'exercice en MSP est souvent pour les praticiens des zones rurales le moyen d'assurer la pérennité des soins et de faire face à la surcharge de travail grâce à un outil plus performant. Les médecins des zones urbaines et péri-urbaines insistent quant à eux sur le gain en termes d'amélioration des pratiques, des échanges interprofessionnels et intergénérationnels (11).

C'est ce que recherche un petit groupe de professionnels d'un territoire semi-urbain des Alpes Maritimes comprenant les communes de Valbonne, Roquefort les Pins, Opio et le Rouret.

Une première étude portant sur la création d'un pôle de santé a été menée sur ce territoire en 2013 (12). Elle y avait retrouvé un contexte propice. Cependant, 2 ans après et malgré cette motivation, le projet de santé « MSP les collines » n'a toujours pas abouti.

Il existait, semble-t-il, des carences dans la démarche d'élaboration d'un projet de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Malgré la motivation initiale des professionnels de santé, l'évolution des structures de soins préexistantes vers un regroupement fonctionnel permettant la labellisation, se heurte souvent à des difficultés, en particulier méthodologiques et d'accompagnement. Les volets juridiques, immobiliers ou financiers sont souvent décrits comme de véritables freins à la création d'une MSP (11). Certains professionnels souhaitent avoir un cadre réglementaire pour un exercice coordonné en pôle de santé afin de s'assurer du bon fonctionnement de la structure (13). Par manque de méthodologie,

beaucoup de projets ont tardé à voir le jour. La création d'une MSP peut s'avérer longue. Les projets de maison de santé mettent entre 3 et 5 ans pour éclore (18).

Désormais, nos institutions ont formalisé des objectifs socles et des moyens opérationnels à la mise en route d'une MSP (19). Ils s'articulent autour de : l'accès aux soins, le travail pluriprofessionnel et le partage de l'information (cf. annexe n°5). La proposition des institutions donne une base commune qui permet, peut-être, de s'organiser en MSP plus facilement.

Il nous a semblé intéressant de vérifier quelques années après et sur le même territoire, si l'existence de ces nouveaux concepts déjà structurés était de nature à modifier les représentations des professionnels de santé. Ces axes permettent peut-être une meilleure appropriation des concepts, et aux professionnels n'ayant pas réalisé leur projet, d'avancer.

1 Le territoire Valbonne Sophia Antipolis, le Rouret, Opio, Roquefort les pins (TDS VROR): un territoire particulier.

1.1 Définition du territoire :

Il s'agit d'un territoire du moyen pays entre Antibes et Grasse, moyennement peuplé et surtout de façon hétérogène entre des villages et des zones plus urbaines telles que Garbejaire et le Haut-Sartoux à Sophia-Antipolis. Il comprend les communes de Valbonne, Le Rouret, Opio et Roquefort les pins qui ont une histoire administrative commune puisqu'elles appartiennent au canton regroupé du Bar-sur-Loup. Le TDS VROR correspond au territoire de la permanence de soins ambulatoire organisée sur ce secteur par une même association depuis de nombreuses années. La population résidante de ce territoire était de 25679 personnes en 2013.

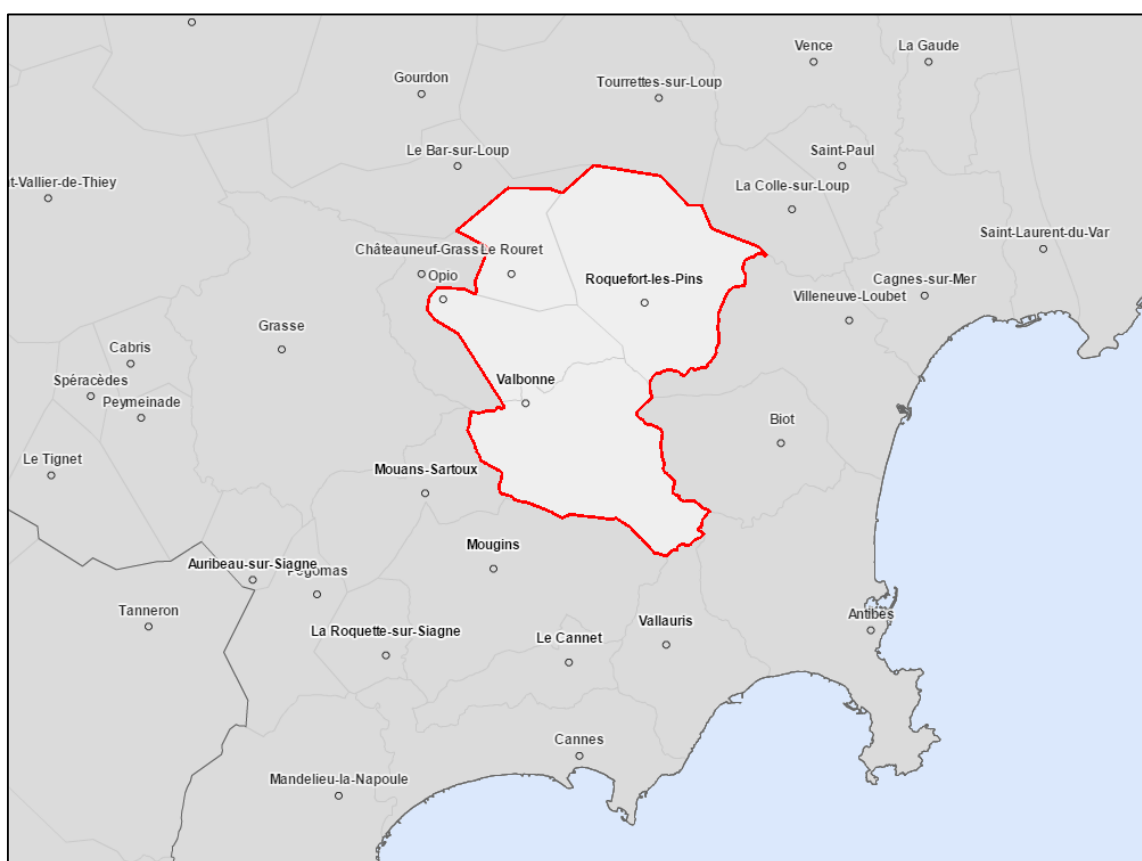


Figure 1. Carte du territoire regroupant les communes de Valbonne, Roquefort-les-pins, Opio et le Rouret.

1.2 Particularités statistiques

Les communes du TDS VROR appartiennent au canton regroupé du Bar-sur-Loup considéré par l'ARS comme un canton de classe 6, c'est-à-dire une banlieue aisée, un bassin de vie en périphérie des plus grandes agglomérations françaises, très favorisé aux plans socio-économiques et sanitaires, mais légèrement moins doté en premiers recours (18) (8) (20). Selon le système d'information régionale en santé de l'observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'azur (21), le TDS VROR comporte une population plus jeune que le reste des Alpes-Maritimes. Ceci est dû en grande partie à l'implantation de nombreuses entreprises de pointe et d'écoles dans le secteur, la plupart du temps hautement qualifiées, qui attirent un grand nombre d'étrangers (3.3 % de plus qu'en PACA).

Tous les indicateurs de précarité (RSA, AAH, CMU-CMC) sont nettement inférieurs au reste de la région mais des disparités existent dans le territoire avec en particulier une zone classée en ZUS (Garbejaire) concernant 4000 habitants.

Le manque de logements sociaux sur les communes de Roquefort les Pins et le Rouret explique en partie ces chiffres moyens. La construction récente de programmes de logement sociaux entrainera vraisemblablement une modification de ces indicateurs.

Tous les indices comparatifs de mortalité (prématurée, évitable, par cardiopathie ischémique, par cancer et par cancer du poumon) sont significativement plus favorables qu'en PACA.

En 2014 sur le TDS VROR, 14410 personnes ont eu recours à un médecin généraliste. Il existe sur ce territoire 34 médecins généralistes libéraux soit une densité de 136,1/100000 habitants, au-dessus de la densité en PACA de 113.6. On recense également 33 masseur-kinésithérapeutes, 31 infirmiers libéraux et 8 pharmacies de ville.

Les médecins généralistes en secteur 1 représentent 82.4% des médecins généralistes.

Mais l'offre de soins primaires n'est pas aussi abondante qu'il y paraît. De nombreux médecins généralistes ont une activité mixte (coordonnateurs, activités universitaires, activités associatives) et d'autres ont un exercice particulier à temps partiel. 6 médecins généralistes sont en âge de prendre leur retraite. L'offre de soins primaires, corrigée par les professionnels du territoire, porte le nombre de médecins généralistes à 9.5 équivalents temps plein si l'on ne compte pas les médecins de plus de 55 ans (22).

L'offre libérale de second recours est restreinte et en honoraires libres. Elle est complétée par une offre en établissement compliquant la coordination des soins.

A côté d'une offre libérale au-dessus des moyennes de PACA, le TDS VROR est bien desservi par une offre hospitalière publique avec les hôpitaux de Cannes, Grasse, Antibes complétée par une offre

hospitalière privée à Mougins, Grasse et Cagnes sur mer. Les associations de médecins de garde type « SOS médecins » ne se déplacent pas sur ce territoire qui s'étend jusqu'à l'arrière-pays.

Au total, les statistiques étudiant le TDS VROR ne font pas apparaître de besoins de santé particuliers au premier abord. Les indicateurs de suivis nationaux sont positifs. Il existe une population étudiante importante estimée à environ 5000 étudiants qui n'est pas représentée dans ces indicateurs et qui, pourtant, consulte de façon importante dans les différents cabinets du canton. Même si la santé des étudiants est globalement bonne, les étudiants sont moins suivis (médecin traitant souvent hors du département ou difficultés financières). Il s'y ajoute les particularités liées aux études (anxiété notamment) (23). Le bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) a mis en évidence des besoins de santé d'ordre psychologique (24).

Aux étudiants, on doit ajouter une population de 25000 actifs présents sur la zone d'activité de Sophia-Antipolis, qui cherchent souvent sur leur lieu de travail (entre midi-deux heures notamment) une solution à leurs problèmes de santé.

1.3 Les apports d'une MSP dans le TDSVROR :

Face à la situation actuelle, l'exercice coordonné et la création de pôles et maisons de santé peut apparaître aux professionnels comme une nécessité mais surtout comme une envie. Sur les 21 professionnels interrogés dans la thèse de 2012 (12), 20 souhaitaient participer au pôle de santé sur le canton de Bar-sur-Loup. Cependant, l'échantillon de professionnels interrogés à l'époque était critiquable et l'ensemble des professionnels de santé du territoire n'avait pas été contacté.

Nous savons désormais que, plus l'ensemble des professionnels de santé se sent véritablement partie prenante de la conception et de la mise en œuvre des actions choisies, plus le mode d'exercice pluriprofessionnel a de chances de succès (10) : d'où l'idée d'associer à des réunions de groupe un entretien personnalisé à tous les professionnels de santé du territoire.

On sait désormais que les professionnels de santé du TDS VROR ont une volonté de (12) :

- Créer des emplois pour les jeunes générations.
- Améliorer le service médical rendu.
- Déléguer certaines tâches.
- Améliorer l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.
- Améliorer l'accessibilité aux soins.
- Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques.

Les éléments financiers (mutualisation des coûts notamment) avaient également été évoqués. La volonté de mieux communiquer apparaissait comme une condition pour mieux travailler ensemble (12). Au total, on retrouvait bien les 3 axes socles désormais conceptualisés : accès aux soins, travail en équipe pluriprofessionnelle et partage d'informations.

Matériel et méthode

1 Objectif :

Objectif principal : L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des professionnels de santé vis-à-vis des 3 axes définissant le travail pluriprofessionnel.

Objectif(s) secondaire(s) :

- Identifier les freins et les facteurs favorisant l'installation d'une MSP hors les murs sur le territoire de VROR.
- Enrichir le projet par les suggestions des professionnels.

2 Type d'étude

2.1 Etude qualitative

Il s'agissait d'une étude descriptive qualitative par entretiens individuels semi-dirigés effectués à l'aide d'un guide d'entretien. La démarche était interprétative car l'étude a été initiée sans préjugés de départ.

2.2 Justification du choix

Plusieurs types d'entretiens, individuels et collectifs, existent. Les entretiens individuels sont de trois ordres : structurés ou directifs, semi-directifs et approfondis. Les entretiens directifs consistent en une série de questions prédéfinies avec un choix limité. Ils sont privilégiés, par exemple, lors des enquêtes lorsque le nombre d'entretiens est important. Dans cette étude, le nombre de professionnels de santé susceptibles de répondre favorablement à notre sollicitation nous a incités à utiliser des entretiens semi-directifs. Ceux-ci amènent le participant à s'exprimer librement sur des questions préétablies. Ils reposent sur un guide d'entretien (liste écrite de questions ou de sujets qui doivent être traités) qui, tout en guidant les professionnels interrogés, permettent d'obtenir le plus d'idées possibles.

2.3 Choix de l'échantillon

2.3.1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude, tous les professionnels de santé du territoire de santé regroupant Valbonne, Roquefort les Pins, Opio et le Rouret qui respectaient les critères suivants :

- Etre un professionnel de santé du TDS VROR répertorié sur le site officiel de l'Assurance maladie (ameli.fr) parmi les acteurs de soins primaires :
 - Médecins généralistes secteur 1.
 - Kinésithérapeutes diplômés d'Etat.
 - Infirmières libérales diplômées d'Etat.
 - Pharmaciens.
- Avoir accepté un rendez-vous suite à une sollicitation écrite et/ou complétée par plusieurs appels téléphoniques en cas d'absence de réponse.

2.3.2 Critères d'exclusion :

Pour tous les professionnels de santé :

- Pour des raisons de délais de réalisation de la thèse, le fait de ne pas être disponible pour un entretien qualitatif avant le mois de septembre 2016.
- Le refus quel qu'en soit le motif.
- Un exercice dans un cabinet en dehors du territoire.

Pour les médecins généralistes :

- Un exercice particulier exclusif ou fortement majoritaire (ostéopathie, nutritionniste, médecin esthétique, etc.).
- Un exercice en secteur 2 (car non compatible avec un exercice au sein d'une MSP labellisée).

Pour les kinésithérapeutes diplômés d'état :

- Un exercice particulier exclusif ou fortement majoritaire dont l'ostéopathie.

2.4 Recueil des données

2.4.1 Organisation des rendez-vous

Un courrier postal proposant un entretien (cf. annexe n°1) a été envoyé à chaque professionnel de santé du territoire inscrit sur le site ameli.fr durant le mois de Mai 2016.

Les professionnels étaient invités à convenir d'un rendez-vous par mail suite à la réception de ce courrier.

Suite à un faible taux de réponse à cette lettre, chaque professionnel a été recontacté individuellement par téléphone au cours des mois de juin et de juillet 2016, si besoin à plusieurs reprises jusqu'à obtention, soit d'un refus d'inclusion, soit d'un rendez-vous.

Devant un fort taux de refus d'inclusion de la part des infirmiers (justifié par un manque de disponibilités la plupart du temps), il leur a été proposé des entretiens téléphoniques ce qui a permis d'augmenter significativement le nombre d'infirmiers inclus. Pour autant le guide d'entretien par téléphone a été mené de la même façon que pour les autres, avec également un enregistrement audio.

2.4.2 Guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont comporté des questions ouvertes. Ils permettaient d'obtenir des réponses les plus larges possibles sur des thèmes prédéfinis au préalable dans un guide d'entretien et portant sur les axes types du travail pluriprofessionnel. L'ordre des questions pouvait varier selon la tournure que prenait l'entretien. Des relances permettaient à la personne interrogée de développer son propos ou de préciser certains points.

Un premier guide d'entretien a été réalisé puis présenté à la cellule thèse de Mars 2016. Ce guide d'entretien a ensuite été retravaillé jusqu'au début des entretiens. La première version du guide d'entretien présenté aux professionnels de santé correspond à l'annexe n°2.

Bien que le guide d'entretien portait sur les axes du travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP, le terme « Maison de santé pluriprofessionnelle » a volontairement été retiré du guide d'entretien. En effet, le terme MSP a été identifié comme un frein à la mise en place de projet de travail pluriprofessionnel dans certaines études (11) (12).

L'approche de cette étude était herméneutique par théorisation ancrée (25), c'est-à-dire qu'il y avait une alternance de phase de recueil de données et d'analyse de celles-ci afin d'enrichir le guide d'entretien tout au long de l'étude.

La dernière version du guide d'entretien est disponible en annexe n°3.

2.4.3 Questionnaire des caractéristiques des différents professionnels interrogés

Le guide d'entretien était complété par un questionnaire quantitatif afin de mieux caractériser l'échantillon. Il était complété et enregistré en début d'entretien. Ce questionnaire est disponible en annexe n°4.

2.5 Retranscription

Les entretiens ont débuté en Juillet 2016. Ils ont été enregistrés au moyen de 2 smartphones puis retranscrits mot à mot sous la forme de verbatim dans le logiciel Microsoft Office Word® avant leur intégration dans le logiciel QSR international Nvivo 11 Software® pour analyse.

2.6 Analyse des données

Les verbatims ont été analysés par l'investigateur selon une approche herméneutique par théorisation ancrée, grâce au logiciel QSR international Nvivo 11 Software®.

Le codage a été réalisé de manière inductive et analytique, par analyse des propos dans leur contexte, idée par idée, ligne par ligne. Une méthode d'analyse ouverte a permis de regrouper les idées en thèmes et catégories, ce qui correspond à un codage axial (25).

Les entretiens ont été arrêtés lorsque l'analyse permettait d'atteindre la « saturation théorique des données », c'est-à-dire en l'absence de nouveaux éléments de réponse. Cette saturation s'exprimait également par la redondance de certaines idées dans les témoignages des sujets interviewés.

L'analyse quantitative des données a pris en compte toutes les idées exprimées, chaque donnée ayant la même valeur, qu'elle soit rapportée une seule ou plusieurs fois lors des entretiens.

Résultats

1 Nombre de répondants

Les inclusions téléphoniques se sont déroulées du 1^{er} juin au 26 juillet 2016.

Sur 108 professionnels de santé répertoriés sur le site améli.fr, 34 ont répondu favorablement à leur inclusion dans l'étude.

Durant cette période, 29 professionnels de santé ont été inclus dans l'étude après réalisation d'un entretien.

Les entretiens ont été stoppés après le 29^{ème} entretien dès l'obtention de la saturation des données.

Les entretiens ont eu lieu pour la plupart sur le lieu d'exercice des professionnels, hormis pour les infirmiers où certains entretiens ont été menés, soit au domicile, soit par téléphone.

2 Caractéristiques de l'échantillon

Un soin tout particulier a été porté à l'inclusion de professionnels appartenant à toutes les catégories de professionnels susceptibles d'être impliqués dans la création d'une MSP, mais aussi venant des 4 parties du territoire VROR.

La commune d'Opio est sous représentée avec seulement 1 professionnel, le seul et unique médecin généraliste de la commune.

La moyenne d'âge des professionnels interrogés est de 44,8 ans.

La durée moyenne d'installation était de 10 ans pour les médecins, de 12,6 ans pour les infirmières, de 19,6 ans pour les kinésithérapeutes et de 11,6 ans pour les pharmaciens.

Les entretiens ont duré en moyenne 31 minutes et 32 secondes.

72% des professionnels interrogés exerçaient en cabinet de groupe ou étaient assistants (pour les pharmaciens).

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau n°1.

	entretien	Durée	Groupe d'âge (ans)	sexe	Lieu	Durée d'exercice territoire	Mode exercic e	Logiciel utilisé / satisfaction (satisfait, moyennement satisfait, Non satisfait)	Heures de travail par semaine (heures)
Médecins	E1	28mn48s	51-60	F	Valbonne	25 ans	Groupe	Hypermed® / NS	41-50
	E2	26mn02s	51-60	F	Valbonne	28 ans	Seul	Axis santé® / S	51-60
	E4	44mn55s	51-60	H	Opio	18 ans	Seul	Axis santé® / S	51-60
	E6	31mn08s	31-40	H	Valbonne	5 ans	Seul	Crossway® / S	31-40
	E7	36mn44s	31-40	H	Roquefort	5 ans	Groupe	Crossway® / MS	21-30
	E8	28mn58s	31-40	H	Roquefort	4 ans	Groupe	Crossway® / MS	21-30
	E12	34mn32s	41-50	F	Valbonne	< 1 an	Seul	Hellodoc® / S	41-50
	E27	24mn54s	31-40	F	Valbonne	5 ans	Groupe	Alma Pro® / S	31-40
	E28	39mn20s	21-30	F	Le Rouret	1 an	Groupe	Axis santé® / S	21-30
Infirmiers	E10	31mn43s	41-50	F	Roquefort	17 ans	Groupe	EPSILOG VEGA® / S	51-60
	E13	55mn48s	51-60	H	Valbonne	38 ans	Groupe	EPSILOG VEGA® / NS	41-50
	E14	27mn15s	31-40	F	Roquefort	4 ans	Groupe	EPSILOG VEGA® / S	51-60
	E15	24mn26s	41-50	F	Valbonne	3 ans	Groupe	TOPAZE® / S	41-50
	E17	32mn52s	41-50	H	Roquefort	16 ans	Groupe	EPSILOG VEGA® / S	61-70
	E18	35mn09s	41-50	H	Valbonne	20 ans	Groupe	EPSILOG VEGA® / S	51-60
	E19	26mn35s	51-60	F	Valbonne	15 ans	Groupe	TELE VITALE® / S	51-60
	E22	24mn26s	21-30	F	Le Rouret	2 ans	Seul	EPSILOG VEGA® / S	21-30
	E25	24mn13s	41-50	F	Valbonne	6 ans	Groupe	TOPAZE® / S	51-60
	E29	31mn07s	21-30	F	Le Rouret	5 ans	Groupe	EPISLOG VEGA® / S	51-60
Kinés	E3	23mn14s	21-30	F	Valbonne	2 ans	Groupe	EPISLOG VEGA® / S	41-50
	E16	29mn47s	51-60	H	Le Rouret	23 ans	Groupe	RM ingénierie® / S	51-60
	E21	28mn04s	41-50	F	Roquefort	15 ans	Groupe	EPISLOG VEGA® / S	31-40
	E23	36mn31s	61-70	H	Roquefort	40 ans	Seul	EPISLOG VEGA® / S	51-60
	E26	29mn49s	41-50	H	Valbonne	18 ans	Groupe	EPISLOG VEGA® / S	51-60
Pharmaciens	E5	45mn51s	41-50	F	Roquefort	17 ans	Associé	Alliance® / S	41-50
	E9	26mn45s	51-60	F	Valbonne	16 ans	Seul	LGPI® / S	41-50
	E11	21mn28s	41-50	H	Le Rouret	9 ans	Seul	Alliance® / MS	61-70
	E20	42mn17s	51-60	H	Roquefort	5 ans	Associé	LGPI® / S	41-50
	E24	37mn47s	31-40	H	Valbonne	11 ans	Associé	Alliance® / S	51-60

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

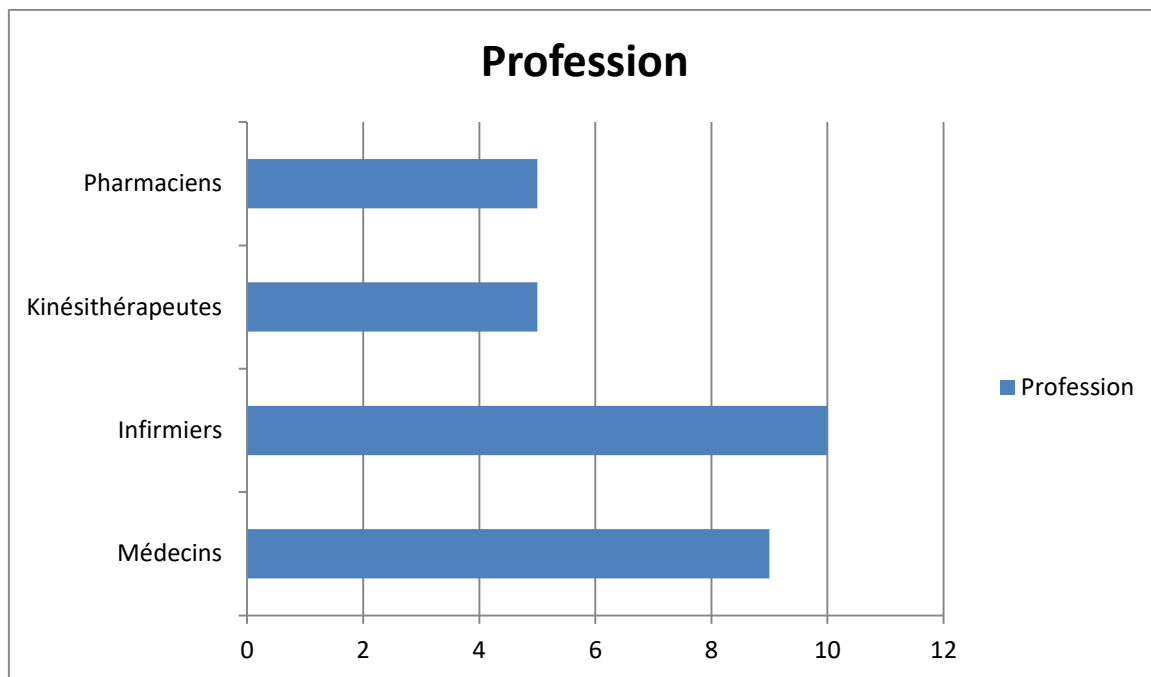


Figure 2. Répartition des sujets interrogés par profession.

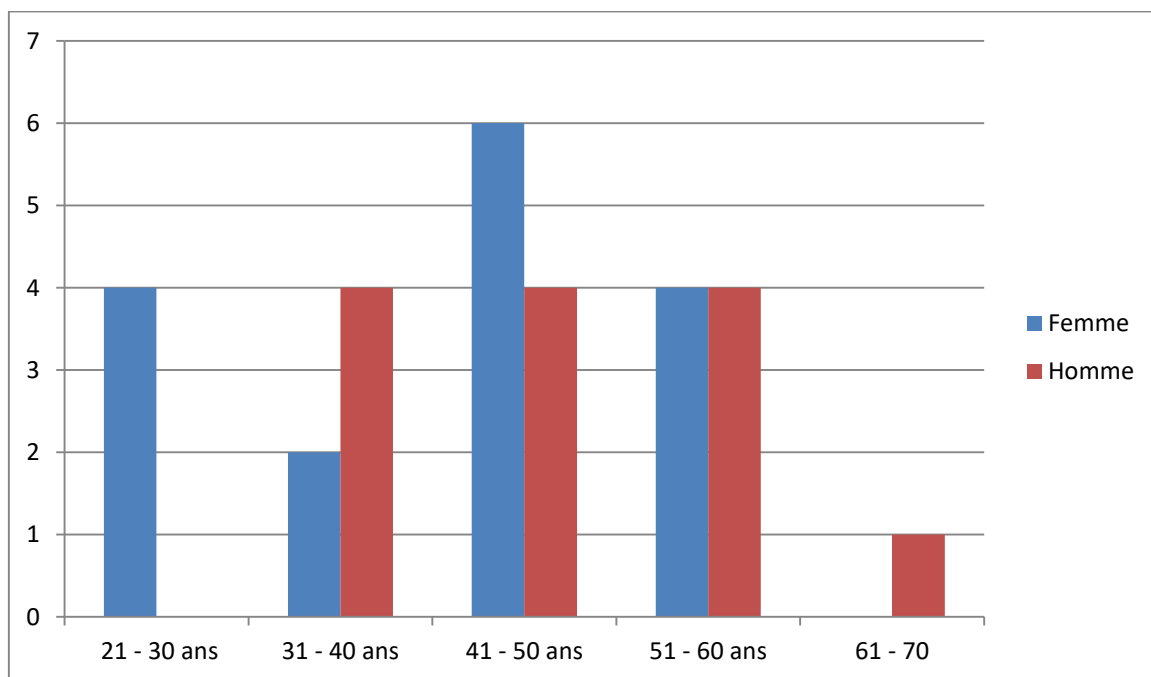


Figure 3. Répartition des professionnels par âge et sexe.

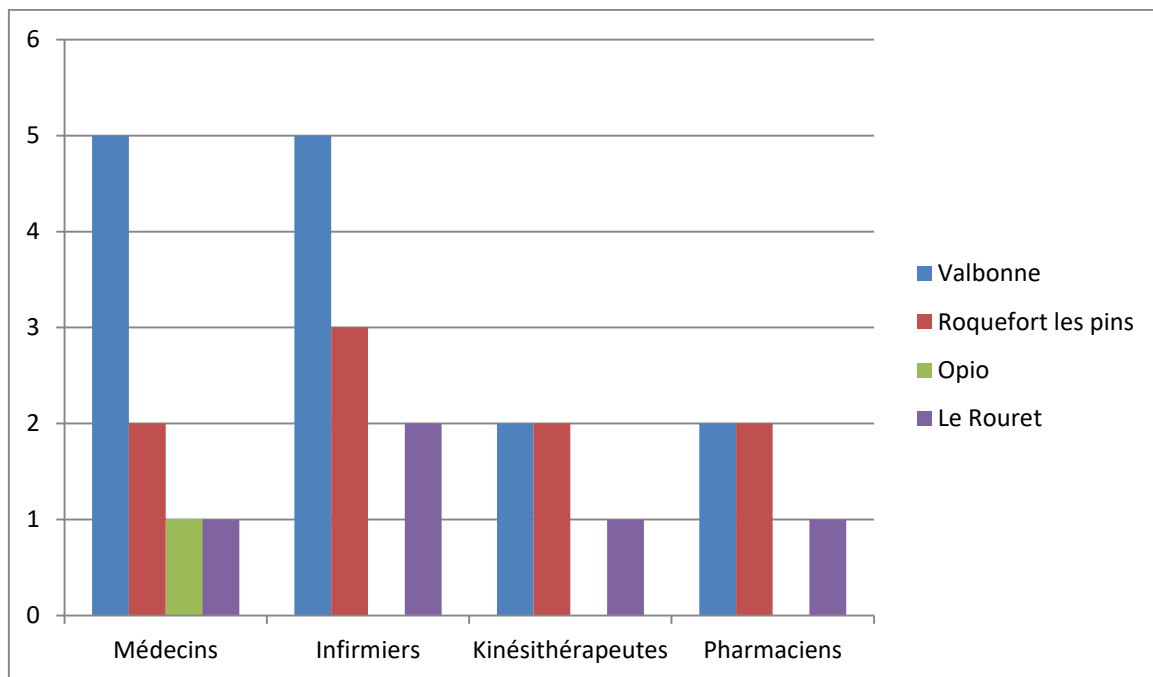


Figure 4. Répartition géographique des professionnels interrogés

3 Résultats de l'analyse



Figure 5. Nuage des mots les plus fréquents retrouvés lors des entretiens.

3.1 Contexte

Au fil des entretiens, les professionnels ont décrit un territoire avec ses atouts et ses faiblesses. Il semble qu'au-delà du diagnostic de territoire plutôt confortable, il existait des difficultés inhérentes à plusieurs domaines que nous allons détailler ci-dessous.

3.1.1 Représentations et ressentis des professionnels interrogés concernant leur exercice professionnel :

- Épuisement des professionnels de santé.

Il est ressorti des différents entretiens un épuisement des professionnels de santé. Ceux-ci étaient fatigués, pressés et en permanence à la recherche de temps supplémentaire.

« Le problème est que l'on est en permanence dans l'urgence, en permanence pressés. On cherche toujours le gain de temps, on va à l'essentiel. On est obligé d'être le plus synthétique possible ». (E21, Kinésithérapeute 3).

Les médecins travaillaient pour certains avec une grande amplitude horaire et un emploi du temps surchargé qui ne permettait pas toujours de faire face à la demande de soins.

« La plage horaire est fatigante. La demande de soins est continue dans la journée, avec des patients qui téléphonent à huit heures de matin pour avoir une consultation dans la matinée, c'est beaucoup de stress pour arriver à caser tout le monde et à satisfaire la population qui a l'impression que tout est urgent ». (E4, Médecin 3).

Cette surcharge de travail était source de stress pour les praticiens ce qui pouvait, à priori, être néfaste pour le diagnostic médical en tant que tel et le soin.

« Pour moi c'est tendu. Je me sens tendu ». (E4, Médecin 3).

« Les médecins généralistes sont engorgés de patients, ils enchaînent les consultations toute la journée, ils n'ont pas le temps. Pour certains médecins, on voit que la qualité de leur diagnostic s'en ressent ». (E3, Kinésithérapeute 1).

Un sentiment de « ras le bol » pouvait naître chez certains professionnels conduisant à l'installation d'une routine. Certains se disaient même lassés de la médecine.

« Ça fait 27 ans que je bosse, je suis dans une pratique routinière, j'ai du mal à faire les formations...je fais mon boulot, mais je roule sur le même mode. Je masse toute la journée, je suis fatiguée » (E21, Kinésithérapeute 3).

Face à l'afflux dans les cabinets médicaux, les patients n'obtenaient parfois pas les réponses qu'ils étaient venus chercher et se reportaient sur d'autres professionnels de santé.

« On a un gros rôle d'éducation au comptoir et c'est de plus en plus. « Pourquoi je ne suis plus en ALD ? » ; du coup je n'ai pas l'impression de faire vraiment mon métier. J'ai l'impression de faire plus du social que du médical ». (E9, Pharmacien 2).

- Disponibilité des professionnels de santé

Cet épuisement était le fruit, chez certains, d'une trop grande disponibilité, notamment chez l'ancienne génération de professionnels. Face à la demande de soins croissante, le professionnel de santé était parfois dépassé et ne pouvait faire marche arrière. Pour certains, cette disponibilité correspondait à la disponibilité exigée par une structure d'exercice pluriprofessionnelle. Mais il semblait que cette disponibilité ne puisse plus être assurée de façon pérenne par un seul et même praticien.

« Dans mes rapports avec les patients, j'ai une disponibilité énorme que je n'arrive plus à supporter ». (E2, Médecin 2).

« C'est vrai que douze heures par jour ce n'est plus possible, ...ça commence à 8 heures et puis on répond au téléphone encore à huit heures moins le quart » (E4, Médecin 3).

Pour ceux qui ont fait le choix de ne pas prendre de secrétaire, la disponibilité en direct à tout moment semblait être un poids conséquent.

« Je n'ai pas de secrétaire et donc je donne les rendez-vous à chaque patient. Je suis beaucoup interrompu pendant mes consultations, pas très détendu je le reconnais. Souvent je suis dérangé et parfois je perds le fil de la consultation car je réponds tout le temps au téléphone ». (E4, Médecin 3).

- Une charge administrative importante

Plusieurs professionnels de santé rapportaient une surcharge de travail administratif qui pesait sur l'activité de soins et les détournait de leur activité médicale à proprement parler, pouvant conduire à des erreurs.

« Je ne veux plus devoir faire de l'administratif, cliquer sur ci ou ça... La plupart du temps, je suis dans la lune et je fais des erreurs ». (E1, Médecin 1).

Le manque de coordination contribuait également à augmenter le travail administratif, notamment le manque de coordination médecins-infirmières.

« On reste très ouvert mais les renouvellements de soins infirmiers, d'injection d'insuline, d'HBPM, ne sont pas toujours faits au bon moment, il faut antidater les ordonnances, ... on fait tout un petit travail administratif supplémentaire parce qu'on ne se voit pas ». (E4, Médecin 3).

- La solitude de l'exercice libéral isolé.

Exercer en libéral c'est être indépendant, mais aussi se retrouver souvent seul face au patient. Cette solitude était l'une des difficultés exprimées notamment par les infirmières. Cette solitude contrastait avec l'exercice hospitalier où il est plus aisé d'appeler à l'aide ou de demander un conseil.

« Quand on sort du milieu hospitalier comme toutes les infirmières, et que l'on se retrouve en libéral, on est seule et ce n'est pas évident. A l'hôpital, il y a toujours un médecin, quelqu'un que l'on peut appeler, on sait à qui s'adresser ». (E10, IDE 1).

« En services hospitaliers, on peut demander de l'aide, que ce soit physique ou psychologique. Là, en libéral, on est seul, notamment sur une situation d'urgence ». (E22, IDE 8).

L'exercice libéral, c'était aussi être seul face à un patient, lui aussi isolé. Cela conduisait les professionnels à en faire plus, à sortir de leur champ de compétences et ce malgré l'absence de temps disponible rapportée plus haut.

« On fait beaucoup trop de choses qu'on ne devrait pas faire comme aller faire des courses, acheter des couches aux patients parce qu'ils n'en ont pas et qu'ils sont seuls, faire l'assistante sociale avec les familles, etc. On le fait en attendant de mettre en place les choses, on n'a pas le choix, les patients sont isolés ». (E14, IDE 3).

Il semblait manquer un travail en équipe qui, au-delà de la complémentarité médicale, pouvait permettre de pallier l'épuisement et aux tensions rapportées.

« On n'a pas d'équipe en libéral comme à l'hôpital. Parfois, il est nécessaire de faire une pause, de relâcher la pression, de discuter d'un peu de tout, de rien. Là on est seul tout le temps ». (E22, IDE 8).

- Une rémunération insuffisante.

Les professionnels paramédicaux, notamment les infirmières et les kinésithérapeutes estimaient ne pas être assez bien rémunérés. Ceci conduisait certains à travailler plus pour augmenter leur nombre d'actes, et donc contribuait au manque de temps et à la fatigue.

« Elles font énormément de toilettes, elles sont à la bourre et ont le sentiment de ne pas très bien gagner leur vie donc elles prennent beaucoup de boulot ». (E4, Med 3).

« À 17 € la séance je vais vous dire, il ne faut pas trainer... ». (E21, Kinésithérapeute 3).

3.1.2 Représentations et ressentis des professionnels interrogés concernant les professionnels de santé :

- Les jeunes professionnels de santé

La réorganisation de la médecine de premier recours va de pair avec l'arrivée de jeunes professionnels de santé. Ceux-ci doivent cohabiter et s'organiser avec leurs aînés. Les jeunes médecins généralistes étaient vus comme étant mieux formés, mais n'assurant pas la même permanence de soins que les plus anciens. Les jeunes médecins généralistes accordaient davantage leurs horaires à ceux de leur vie de famille. Les horaires de la permanence de soins, qui pouvaient être amples avec l'ancienne génération, avaient tendance à diminuer.

« J'ai remarqué que les médecins généralistes d'aujourd'hui sont beaucoup mieux formés qu'auparavant ». (E4, Med 3).

« La nouvelle génération de médecins fait autre chose que juste de la permanence de soins ». (E14, IDE 3).

Les patients devaient s'adapter à ces nouvelles disponibilités. En l'absence de disponibilités, le réflexe était souvent de consulter aux urgences.

« Il y a eu une ancienne génération de médecins qui était disponible H24. Le problème, c'est que ces médecins ne sont plus là ou bien sont à la retraite et les patients sont persuadés que la nouvelle génération va faire pareil. La nouvelle génération a bien compris qu'il fallait vivre aussi, c'est important et donc résultat, on n'a pas d'autres choix que de les envoyer aux urgences ». (E5, Pharmacie 1).

- Des professionnels de santé compétents et polyvalents.

Les professionnels de santé étaient confiants vis-à-vis des ressources humaines du territoire. Les infirmiers et kinésithérapeutes étaient décrits comme polyvalents et compétents, les pharmacies comme réactives. Le territoire semblait propice au développement d'un réseau de soins de qualité.

« Je pense que nous, normalement, on peut tout faire. On fait de la chimio, de la nutrition, des saignées, des injections, tous types de pansements, tout est possible. Je ne vois rien où on pourrait dire : je ne sais pas faire ». (E17, IDE 5).

« N'importe quelle pharmacie ici est à même de fournir tout ce qui est lit médicalisé, oxygénothérapie, nutrition, etc, rapidement. On a des infirmiers et des kinés tout à fait qualifiés ici ». (E20, Pharmacie 4).

3.1.3 Représentations et ressentis des professionnels interrogés concernant les patients

- Des patients à la recherche d'un contact rapide.

A côté de l'évolution de l'offre de soins, il existait également une évolution de la demande. Les patients étaient décrits comme étant de plus en plus exigeants, à la recherche d'une réponse ou d'un contact rapide.

« C'est notre société actuelle, les gens veulent tout et tout de suite. Les patients ne sont pas toujours patients ! ». (E10, IDE 1).

Le choix de tel ou tel professionnel de santé semblait être plus guidé par la rapidité du contact avec le soignant que par la présence de telle ou telle compétence chez un professionnel.

« Aujourd'hui, on voit des patients qui nous appellent, nous laissent un message pour un soin. Nous, on les rappelle 10 min après et ils nous disent : c'est bon, j'en ai trouvé un autre, il m'a rappelé plus vite. Donc on passe à la loterie. C'est à qui répondra en premier ». (E13, IDE 2).

- Des patients mieux informés et plus exigeants.

L'exigence des patients semblait aller de pair avec une amélioration de leur information. Ceux-ci avaient plus facilement recours à internet pour obtenir des informations médicales. Ils devenaient de fait plus exigeants, ce qui pouvait être un poids pour le professionnel de santé qui se sentait moins libre dans sa décision médicale.

« Je crois que le fonctionnement des patients a évolué. Ils sont devenus plus autonomes en matière d'information ». (E13, IDE 2).

« Les gens arrivent avec leur diagnostic, leurs connaissances, leurs demandes et c'est tout juste s'ils ne remettent pas en question le diagnostic que l'on peut évoquer ». (E2, Médecin 2).

3.1.4 Représentations et ressentis des professionnels interrogés concernant le territoire

- Nombre insuffisant de professionnels.

Malgré l'offre de soins importante sur le papier, la réalité du terrain semblait montrer un manque de professionnels de santé. Des professionnels, notamment des pharmaciens, rapportaient un nombre insuffisant d'omnipraticiens. Des médecins généralistes s'installaient certes, mais avaient pour certains une activité particulière (nutrition, médecine du sport, esthétique, etc.) qui ne permettait pas de répondre aux besoins locaux en soins primaires.

« Malgré ce que l'on peut penser ici, on manque de médecins. Les jeunes dénigrent aujourd'hui la médecine et la pharmacie puisque, sortis de fac, ils choisissent tous des spécialités ou des surspécialités pour les raisons qu'on connaît ». (E20, Pharmacie 4).

« Sur mon territoire précis, j'ai des médecins du sport qui arrivent en pagaille, sur de la médecine de haut niveau style Spiromètre et compagnie. Mais pour le patient moyen qui a un peu de cholestérol, le pharmacien que je suis est très embêté pour trouver un docteur. Pour moi, la difficulté est là ». (E24, Pharmacie 5).

En dépit parfois de médecins en nombre, il restait des plages horaires où l'offre de soins semblait insuffisante :

« Il y a une plainte au niveau des horaires et de la coordination des médecins aussi. Moi, j'ai un souci avec le jeudi après-midi où on me dit qu'il n'y a pas de médecins. Les gens nous disent que le jeudi après-midi, ils peuvent quasiment mourir. Donc il y a des trous dans le planning ». (E5, Pharmacie 1).

« Quand on se retrouve un samedi matin où on a un seul médecin qui part à 10h30, ce n'est pas cohérent pour l'accès aux soins sur le territoire ». (E20, Pharmacie 4).

Il était décrit également un manque de kinésithérapeutes :

« Il y a un manque de kinés sur la région, de nombreux cabinets en cherchent, on est sur une région où la demande est forte et je n'arrive plus à faire face ». (E21, Kinésithérapeute 3).

- Concurrence des plus grosses structures.

L'une des grosses problématiques du territoire retrouvée dans la plupart des entretiens et notamment chez les infirmières était la concurrence de structures plus grosses comme l'hospitalisation à domicile (HAD) et les cliniques privées périphériques. Il existait également des organismes privés de soins à domicile (les SSIAD) qui étaient pointés du doigt comme phagocytant une partie de l'activité libérale, notamment en démarchant les patients directement au sein des services hospitaliers.

« Les cliniques ont tendance à vouloir phagocyter notre travail et à ne pas travailler en bonne intelligence avec nous. Donc, on est plutôt dans une lutte. Elles ont des systèmes de soins infirmiers à domicile qui vont prendre le boulot des libéraux du territoire. Ils vont faire du démarchage c'est du vécu... ». (E11, Pharmacie 3).

« Des patients se font hospitaliser ou opérer en ambulatoire et quand ils ressortent, on ne voit pas la suite, ils sont récupérés par tel ou tel organisme privé pour faire la continuité des soins chez eux, alors que nous, sur le secteur, on pourrait les prendre en charge ». (E17, IDE 5).

Une explication avancée à ce phénomène était l'absence de structuration des professionnels libéraux en ville. Les cadres et médecins hospitaliers, de peur de laisser un patient seul à domicile lors de la sortie d'hospitalisation, auraient tendance à organiser eux-mêmes le retour à domicile :

« La structuration en ville est plutôt organisée par l'hôpital à mon avis, par peur de délaisser le patient seul en ville et par absence de communication entre le service hospitalier et la ville ». (E11, Pharmacie 3).

Pour lutter contre ce phénomène, l'organisation des professionnels libéraux au sein d'une structure d'exercice pluriprofessionnelle semblait être la solution envisagée par plusieurs professionnels :

« Si aujourd'hui on ne se structure pas, on sera petit à petit broyé par les structures plus grosses. Si on se regroupe et si on travaille ensemble, on sera plus forts pour revendiquer des choses et prouver notre valeur en terme de santé publique ». (E11, Pharmacie 3).

3.2 Représentations et ressentis des professionnels interrogés sur l'accès aux soins.

3.2.1 Information des patients sur l'accès aux soins.

L'information des patients sur l'accès aux soins apparaissait de mauvaise qualité. Il semblait manquer une source unique et claire d'informations, une référence que les patients auraient pu consulter pour choisir tel ou tel professionnel.

« Elle est parcellaire, elle n'est pas claire, donc elle n'est pas comprise directement ». (E11, Pharmacie 3).

« Je pense qu'elle est insuffisante, elle n'est pas assez détaillée. Où existe-t-il un endroit où on pourrait trouver, en définitive, toutes les informations concentrées en un lieu donné ? Où le patient peut-il trouver les professionnels qu'il est susceptible de consulter ? Aujourd'hui, il n'y en a pas ». (E13, IDE 2).

La recherche d'un professionnel de santé par un patient demandait une démarche active qui convenait aux patients « actifs » mais pouvait constituer un obstacle pour les autres et notamment les personnes âgées.

« Vous avez des gens ici qui sont cortiqués, ils cherchent, se renseignent, demandent, n'hésitent pas à aller chercher l'information chez les autres professionnels. (E20, Pharmacie 4).

« Mon numéro est sur les pages jaunes ou sur internet. C'est vrai qu'il y a besoin d'une recherche active, car mon numéro est noyé dans la masse d'informations ». (E18, IDE 6).

Actuellement, les patients s'informent par plusieurs moyens :

- **Le bouche à oreille :** *« le bouche à oreille, ça a toujours fonctionné comme ça et ça marche ». (E23, Kinésithérapeute 4).*
- **Internet et prise de rendez-vous en ligne :**

L'information par internet convenait à une population jeune et active : *« Notre population sur le secteur est assez jeune, donc n'a pas de soucis avec Internet pour trouver le spécialiste qu'elle veut ». (E24, Pharmacie 5).*

Les sites internet de prise de rendez-vous en ligne constituaient une forme particulière d'accès

aux soins. Celle-ci était développée sur le territoire, mais ne semblait pas faire l'unanimité.

Les sites internet ne convenaient pas aux personnes âgées ou peu habituées, peu à l'aise avec ces technologies. Certains patients sollicitaient même les professionnels paramédicaux pour que ces derniers prennent rendez-vous à leur place.

« Il y en a plein qui ne sont pas habitués à aller prendre un rendez-vous sur internet, les personnes âgées détestent ça ». (E20, Pharmacie 4).

« Parfois, elles nous demandent d'appeler le cabinet à leur place pour avoir un rendez-vous directement et ne pas passer par ces sites internet ». (E22, IDE 8).

Un professionnel soulevait le fait que la prise de rendez-vous sur internet ne tenait pas compte du motif de la demande de soins ou de consultation :

« On nous propose des agendas électroniques sur Internet, avec prise de rendez-vous sur Internet, mais cela ne convient pas forcément : en fonction des patients et des pathologies, on ne va pas forcément mettre le même temps ». (E26, Kinésithérapeute 5).

- **La mairie** : *« A la mairie ou sur internet, il y a un tableau avec la liste des médecins et leurs coordonnées ». (E2, Médecin 2).*

- **Information des patients via les professionnels de santé :**

La principale source d'information rapportée sur l'accès aux soins était les professionnels de santé eux-mêmes : les patients avaient tendance à questionner les professionnels de santé du territoire pour trouver un autre professionnel de santé. Orienter le patient vers tel ou tel professionnel était parfois difficile surtout pour les jeunes installés.

« Souvent ils nous demandent, et pour moi aussi c'est une difficulté car je ne suis pas installé depuis longtemps dans le secteur donc je ne peux pas vraiment recommander quelqu'un ». (E8, Médecin 6).

Les personnes âgées se reposaient principalement sur les soignants pour leur recherche d'information :

« On a une population de personnes âgées qui se repose sur nous pour tout : elles nous posent des questions sur où elles peuvent aller, ce qu'elles doivent faire et sont un peu perdues en fait ». (E15, IDE 4).

Les pharmacies étaient désignées par plusieurs professionnels comme point naturel d'information des patients.

Aspiration des professionnels de santé sur l'information des patients vis-à-vis de l'accès aux soins :

- **S'identifier comme un groupe organisé :** L'identification en tant que groupement de professionnels pouvait, selon plusieurs personnes interrogées, permettre une meilleure visibilité et peser auprès des structures extérieures au territoire.

« Dans la feuille de chou de Roquefort ou de Valbonne, on n'est pas hyper présent, pas en tous cas, identifié comme un groupe organisé ». (E7, Médecin 5).

« Etre identifié comme un groupe professionnel au même titre que les cliniques ou les HAD etc., facilite la possibilité de discuter d'un certain nombre de choses et de faire remonter des éléments ». (E28, Médecin 9).

- **Une identification claire des professionnels de santé :** Plusieurs professionnels souhaitaient une identification claire de chacun des professionnels. Il s'agissait également d'identifier le rôle de chacun et ses sous-spécialités spécifiant que tel ou tel professionnel est compétent dans un domaine précis.

« J'aimerais une meilleure visibilité et lisibilité des différents professionnels médicaux et paramédicaux et leurs spécificités, même pour les professionnels qui font des médecines alternatives, parce que les gens ont cette demande-là. Et moi, du coup, je ne peux pas les orienter parce que ça a besoin d'être identifié ». (E8, Médecin 6).

- **Information des patients via une structure centrale unique :**

Un grand nombre de personnes interrogées évoquaient une structure centrale unique, un standard ou un secrétariat centralisé pour pouvoir donner un rendez-vous à chaque patient qui aurait besoin d'une consultation :

« Ce qui est vrai, c'est que nous n'avons pas un numéro qui dit : voilà, tel médecin a un créneau maintenant, si vous voulez ». (E7, Médecin 5).

Cette structure aurait idéalement accès à la disponibilité de tous les médecins. L'idée était de pouvoir donner une réponse rapide à tout patient appelant, de le rassurer mais aussi de permettre une bonne répartition géographique de la demande, évitant ainsi aux professionnels les refus de soins et de devoir réorienter les patients. Le fait de tomber sur une messagerie était vu comme un élément négatif pour les patients.

« Il faudrait avoir un central où on appelle pour une prise en charge et après on oriente vers les infirmiers ou les médecins, une sorte de standard qui dise : « Ne vous inquiétez pas on va vous rappeler, j'appelle un tel et vous aurez une réponse dans le quart d'heure ». (E18, IDE 6).

Cependant une unique source d'information effrayait par certains points. Il fallait pouvoir laisser le libre choix du praticien au patient :

« J'ai peur que cette histoire de secrétariat unique ne laisse pas le choix au patient. Il y a une certaine fidélité, une vraie complicité qui se crée avec les patients. Il faudrait que les patients puissent toujours prendre rendez-vous avec moi puis, si je ne peux pas, dans ce cas ils passent par le standard ». (E23, Kinésithérapeute 4).

Un standard téléphonique signifiait aussi la fin du contact direct avec le praticien :

« Je pense que les gens préfèrent aussi appeler leur médecin traitant, voir un médecin local plutôt que d'appeler un standard téléphonique ». (E20, Pharmacie 4).

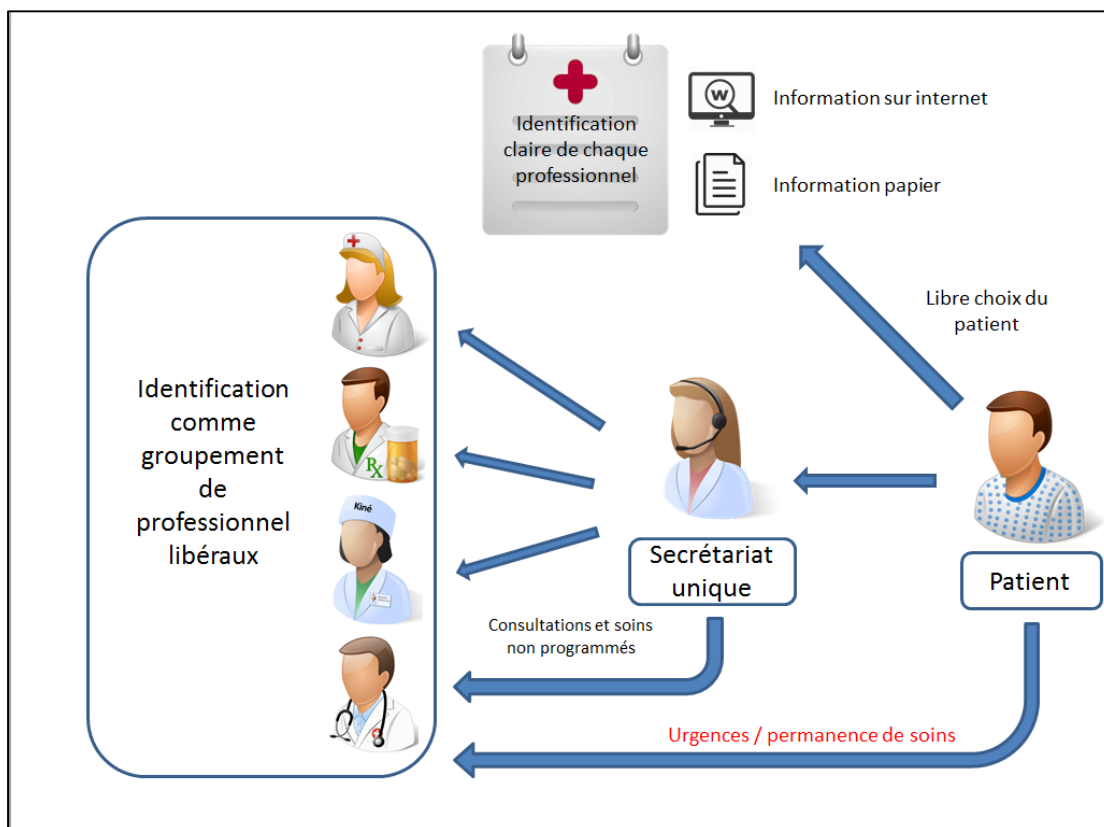


Figure 6. Représentation schématique de l'accès aux soins idéal selon les professionnels de santé du territoire

- **Une information papier pour les personnes âgées :**

Comme cela a déjà été rapporté plus haut, les personnes âgées étaient peu favorables à l'utilisation d'internet, voire du téléphone. Une information papier avec une identification des professionnels était donc aussi envisagée :

« Cela serait peut-être un peu compliqué pour les personnes âgées ; dans ce cas, envisager une plaquette qui serait délivrée en pharmacie ». (E10, IDE 1).

3.2.2 Système de gardes et astreintes

Un système de garde et astreintes a été mis en place sur le territoire. En fonction de la partie du territoire, l'information sur ce système de garde n'est pas la même. Sur la commune de Valbonne, aucune information ne semblait avoir été faite :

« Le système de garde de Valbonne ne communique pas du tout et on en voit les conséquences : aujourd'hui je suis de garde, et je n'ai reçu qu'un appel ». (E27, Médecin 8).

Pour certains médecins, le manque de communication concernant le système de garde était volontaire :

« Je pense qu'il y a un système de garde un peu hypocrite qui nous excuse de la continuité de soins, mais en pratique, rien n'est mis en place pour qu'il soit utilisé. La preuve, à Roquefort il fonctionne. Soit le système existe et il faut s'en servir et communiquer, soit il n'existe pas... » (E12, Médecin 7).

Pourtant sur une autre partie du territoire, à Roquefort les Pins, Opio et au Rouret, une démarche d'information avait été entreprise avec une campagne d'affichage dans les cabinets et cela semblait avoir porté ses fruits. Un médecin avançait l'idée d'informer les patients en inscrivant le numéro de garde sur les ordonnances.

Quand les patients étaient informés de l'existence d'un système de garde, ils restaient surpris. Plusieurs professionnels de santé non médecins disaient avoir du mal à joindre un médecin de garde lors des weekends ou des jours fériés.

« Il y a aussi un problème pour contacter les médecins de garde, pendant les jours fériés et les weekends. Ils ne sont pas joignables parfois » (E18, IDE 6).

« C'est sûr que vous ne trouvez pas un médecin à toute heure de la journée, en tout cas pas le dimanche. Ils ont mis en place un numéro de garde mais y a-t-il vraiment une garde ? Bon nombre de gens me disent qu'ils appellent mais n'obtiennent pas gain de cause ». (E24, Pharmacie 5).

3.2.3 Consultations aux urgences

Les professionnels de santé du TDS VROR ont été interrogés sur les raisons qui poussent, parfois, les patients à consulter aux urgences. L'un des premiers problèmes évoqué était l'accès sans restrictions aux services d'urgences.

« *Le problème c'est que, quand ils vont aux urgences, celles-ci les acceptent. Si les urgences n'acceptaient pas tout, et bien ils attendraient !* ». (E7, Médecin 5).

Les patients semblaient pouvoir consulter facilement aux urgences, ce qui contrastait avec les représentations des consultations aux urgences que se faisaient les professionnels du territoire :

« *Les envoyer aux urgences, c'est vraiment quand on ne peut pas faire autrement et quand c'est grave. Nous, au cabinet, on évite de les hospitaliser, car c'est souvent dramatique pour les patients* ». (E25, IDE9).

En dehors des urgences vitales, on pouvait différencier 2 grands groupes de motifs de consultations aux urgences. Ils sont regroupés dans le tableau 2.

Motifs patients	Motifs liés aux professionnels de santé
Définition du degré d'urgence chez les patients	Cabinets médicaux surchargés
Angoisse et panique	Médecin non joignable
Recherche d'un contact médical rapide	Absence de visites en urgences
Aspect économique	Pas de petite chirurgie dans les cabinets
Complicité de l'entourage	Pas d'examens complémentaires
	Absence de spécialistes disponibles
	Non visibilité du système de garde

Tableau 2 : Motifs de consultations aux urgences

3.2.4 Premier recours en pharmacie.

Face aux difficultés que pouvaient rencontrer certains patients pour consulter dans les cabinets médicaux, ceux-ci allaient parfois s'adresser directement à la pharmacie qui, tout en n'étant pas formée au diagnostic, devait s'organiser pour répondre à cette demande.

« *Il y a beaucoup de gens qui ne peuvent pas avoir de rendez-vous suffisamment rapidement et donc ils viennent dans notre pharmacie. Je n'ai rien contre, ça me permet d'avoir un rôle de soignant, mais on*

ne peut encaisser ce rôle que jusqu'à un certain point et puis on n'est pas formés au diagnostic ». (E20, Pharmacie 4).

3.2.5 Organisation des soins en l'absence du médecin traitant.

Les patients préféraient consulter leur médecin traitant et être soignés par les professionnels paramédicaux qu'ils connaissent.

« Pendant l'absence des médecins traitants, il y a toujours des remplaçants mais les patients n'aiment pas ça du tout, surtout le système où ils ne sont là que deux jours par semaine. Les retours que l'on a, c'est du style : ça ne va pas, il n'est même pas au courant ». (E14, IDE 3).

En cas d'absence de leur médecin traitant il pouvait naître chez certains patients, notamment les personnes âgées, une certaine angoisse quant à l'absence de suivi ou de continuité des soins. Le travail en cabinet de groupe était considéré par certains professionnels comme étant plus propice à la continuité : il pouvait exister une certaine homogénéité des soins et les professionnels pouvaient plus facilement partager les patients.

L'existence d'un logiciel partagé dans certains cabinets médicaux pouvait, selon une infirmière, pallier le problème de la continuité.

« Ce que les patients âgés n'aiment pas, c'est le manque de continuité. Moi, je leur explique que les médecins sur le cabinet ont un logiciel commun et qu'ils voient pourquoi ils sont venus la dernière fois ». (E14, IDE 3).

3.2.6 Ressenti des professionnels de santé sur l'accès aux soins non programmés.

Il pouvait arriver qu'un patient souhaite, pour une raison valable ou non, consulter un médecin rapidement, parfois dans la journée et sans avoir pu prendre un rendez-vous au préalable. C'est ce que l'on appelle les soins non programmés.

Face à la demande de soins non programmés, 2 organisations ont été décrites par les professionnels :

- **Le patient attendait son tour en salle d'attente que le médecin soit disponible, ce qui n'allait pas dans le sens d'une bonne organisation :**

« Les patients viennent et on trouve toujours un moment entre deux pour les caser. C'est le bazar de la médecine générale mais cela fait partie de notre quotidien ». (E1, Médecin 1).

« Ils vont chez le médecin et ils attendent qu'un des médecins les voit. Cela décale les RV et les médecins ont souvent une heure de retard ». (E3, Kinésithérapeute 1).

- **Des créneaux de consultations non programmées étaient prévus au cours de la journée.** Ce système surchargeait encore plus les plannings de consultation et pouvait aussi occasionner des retards. Les patients pouvaient parfois faire pression au niveau des secrétariats pour obtenir ces créneaux de rendez-vous.

« On a des créneaux de rendez-vous non programmés. Nous sommes donc disponibles à ce moment-là. Mon collègue, par exemple, peut avoir 10 rendez-vous non programmés en plus de ses consultations ». (E28, Médecin 9).

Dans tous les cas, le patient pouvait avoir du mal à trouver un créneau de consultation libre dans les cabinets médicaux surchargés décrits plus haut et avait tendance à accepter le premier rendez-vous proposé, quitte à faire de l'errance médicale.

« Ils veulent un rendez-vous dans la journée, en urgence, et ont tendance à prendre ce qui est dispo chez n'importe qui. La notion de médecin traitant coordinateur n'a pas l'air d'être claire chez tout le monde ». (E12, Médecin 7).

3.2.7 Ressenti des professionnels concernant l'accès aux soins spécialisés.

Il n'existait pas de spécialistes libéraux installés sur le territoire, à quelques exceptions près (ophtalmologue, gynécologue, dermatologue et psychiatre notamment). Le recours spécialisé passait, selon les professionnels interrogés, systématiquement par les structures privées installées en périphérie du territoire, avec des délais plutôt raisonnables.

« Il n'y a aucun accès spécialisé sur notre territoire. Alors, ils vont à Grasse, à Mougins, à Mouans sartoux ou à Cagnes sur Mer. Ils sont obligés de passer par des établissements le plus souvent privés d'ailleurs ». (E11, Pharmacie 3).

Le rôle du médecin traitant semblait déterminant dans l'accès aux soins spécialisés. L'obtention d'un rendez-vous était facilitée en cas de contact direct entre le médecin traitant et le spécialiste.

« L'accès est assez facile à partir du moment où le médecin généraliste donne son feu vert et appelle ou écrit un courrier au spécialiste ». (E19, IDE 7).

Ici encore, à côté d'un accès facile, apparaissaient plusieurs problèmes :

3.2.7.1 Une médecine à 2 vitesses

S'il existait beaucoup de spécialistes en périphérie du territoire, il s'agissait pour la plupart de spécialistes en secteur privé, avec des dépassements d'honoraires.

« L'inconvénient c'est que l'on paye quasi systématiquement 50 euros de sa poche en plus du tarif sécu ce qui, à mon sens, est tout à fait scandaleux. Les gens qui ont moins de moyens vont se tourner vers les hôpitaux et les rendez-vous sont beaucoup plus tard. On est déjà dans la médecine à 2 vitesses alors que c'est ce que l'on doit éviter ». (E20, Pharmacie 4).

« Le secteur 1 est très bouchonné. Pour donner un délai de rendez-vous, pour un cardiologue à Grasse en secteur 1, il y a 2 mois d'attente. Pour le même cardiologue en secteur 2, il faut 15 jours. C'est la médecine à 2 vitesses, grand classique ». (E8, Médecin 6).

Selon un des professionnels interrogés, la facilité à travailler avec les spécialistes en secteur 2 conduisait peu à peu à diminuer la communication avec le secteur 1 et donc l'hôpital public.

« Du coup, les médecins généralistes locaux se focalisent sur le secteur 2, travaillent majoritairement avec eux et cela diminue les échanges avec l'hôpital public ». (E18, IDE 6).

3.2.7.2 Des difficultés concernant les soins spécialisés de psychiatrie

Des professionnels de plusieurs parties du territoire rapportaient des difficultés pour obtenir des soins spécialisés de psychiatrie voire même un suivi par un psychologue.

« Pour les patients anxio-dépressifs, on a plus de difficultés à trouver un psychiatre. On ne peut pas se contenter d'un seul praticien, il faut en essayer plusieurs ». (E28, Médecin 9).

« Ce qui nous manque beaucoup, c'est la psychiatrie. Il est difficile d'avoir un rendez-vous rapidement. Une consultation existe sur Sophia, le CMP également mais il est vrai que les délais sont très longs. Et dans ce domaine-là, c'est vrai qu'on est souvent un peu embêtés ». (E2, Médecin 2).

3.3 Représentations des professionnels interrogés sur le travail en équipe pluriprofessionnelle.

3.3.1 Coordination des soins.

Les professionnels de santé du territoire ont été interrogés sur leurs représentations de la coordination entre les professionnels. Pour beaucoup d'entre eux, la coordination faisait intervenir un cercle de professionnels réunis autour d'un même patient.

« La coordination c'est travailler ensemble pour une amélioration sur un patient donné ou sur des protocoles. Le patient est au centre de tout cela ». (E10, IDE 1).

Ce cercle de professionnels permettait une prise en charge globale et d'élargir sa vision du dossier par les avis des autres intervenants. Plusieurs personnes interrogées pensaient que tout professionnel intervenant pour un patient devait faire partie de la coordination, du biologiste à l'auxiliaire de vie.

« On travaille beaucoup aussi avec les auxiliaires de vie parce qu'on les voit, un échange est fait sur le patient, et je pense que c'est important de les inclure dans la coordination parce qu'elles font un travail important aussi ». (E15, IDE 4).

« Je pense que ce peut être intéressant de faire intervenir le laboratoire parfois ». (E19, IDE 7).

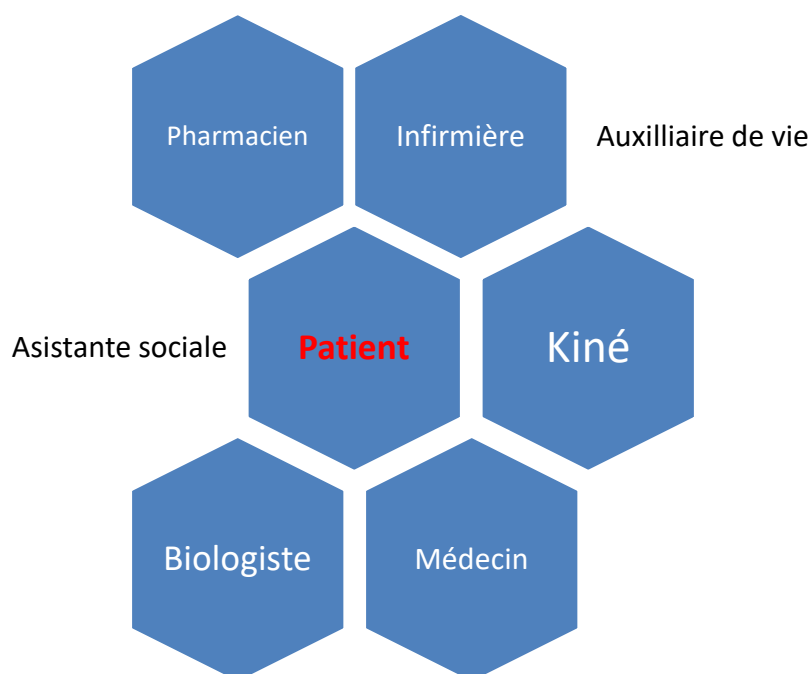


Figure 7. Représentation schématique de la coordination selon les professionnels du territoire

La coordination naissait à partir du moment où 2 professionnels étaient amenés à donner un avis ou à intervenir pour un patient donné. On comprend ainsi que coordination rime avec communication.

« Dès lors qu'il y a besoin de 2 avis différents et d'une information utilisée par 2 personnes au moins (ce qui est souvent le cas dans notre domaine), il faut pouvoir communiquer pour que ces intervenants échangent et se mettent sur la même longueur d'onde ». (E11, Pharmacie 3).

« Une bonne coordination commence par le fait de ne pas avoir peur d'appeler l'autre » (E22, IDE 8).

Cette communication autour du patient permettait d'accorder les professionnels au travers d'un seul et unique discours.

« Pouvoir en parler aux autres et se tenir tous dans le même discours sinon le patient est perdu ». (E16, Kinésithérapeute 2).

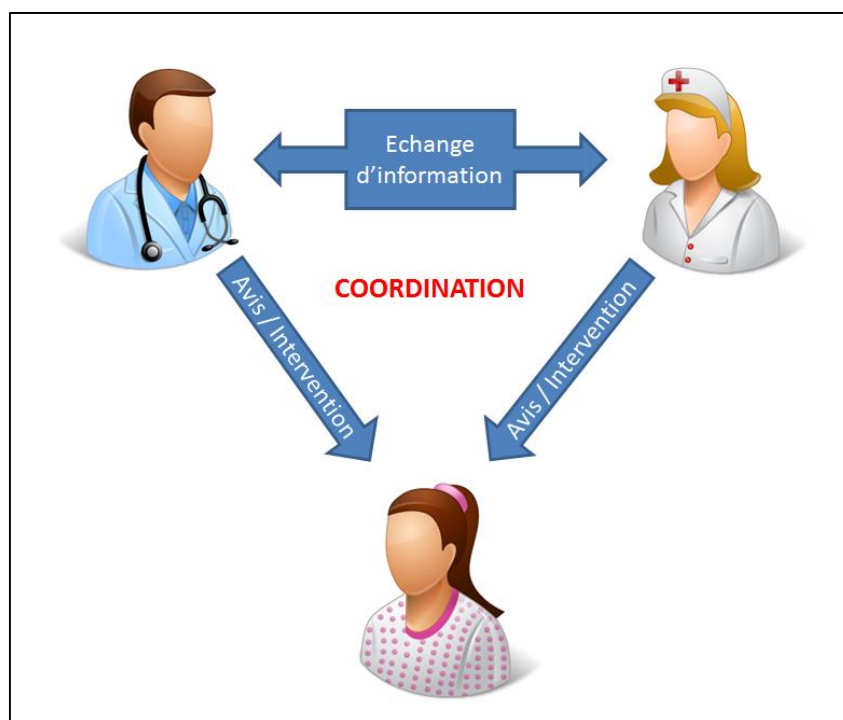


Figure 8. Genèse de la coordination selon les professionnels interrogés

Ensemble, les professionnels de santé qui se connaissent et donc peuvent se coordonner, vont définir un projet de soin pour un patient.

« On a un patient X, on sait qui est son infirmière, qui est son médecin traitant, il faut qu'à un moment donné on puisse se rencontrer et dire "bon voilà, pour ce patient c'est ça l'objectif, et avec nos moyens", en ayant décidé avec le patient bien évidemment. On se dit : c'est ça l'objectif et on se coordonne pour y arriver ». (E7, Médecin 5).

La plupart des professionnels interrogés estimaient déjà faire un travail de coordination, de façon non formalisée.

« La coordination c'est ce qu'on fait habituellement. C'est juste que, dans une maison de santé, on le formalise ». (E12, Médecin 7).

3.3.1.1 Travail en réseau.

Au fur et à mesure que le nombre de professionnels autour d'un patient augmente et que des interactions positives se nouent entre ces professionnels, il se dessine peu à peu un réseau décrit par les professionnels du territoire. La sélection des professionnels du réseau se faisait en fonction de leur capacité à se coordonner.

« On a formé une sorte de réseau de professionnels avec lesquels on s'entend bien et avec qui on travaille préférentiellement » (E26, Kinésithérapeute 5).

« Je fais en sorte d'avoir des correspondants qui peuvent travailler avec moi de façon coordonnée ». (E12, Médecin 7).

Le risque de ce travail en réseau - comme le précisait un kinésithérapeute - était l'exclusion d'autres réseaux de soins.

« Un réseau permet, certes des transmissions plus faciles, plus aisées, mais le côté négatif est qu'à partir du moment où l'on travaille en réseau, on exclut d'autres circuits d'information et de relation. On fonctionne alors en circuit fermé. Un médecin va être tenté de travailler exclusivement avec certaines infirmières et négliger les autres... » (E23, Kinésithérapeute 4).

3.3.1.2 Les bénéfices d'une bonne coordination

Pour la totalité des professionnels interrogés, la coordination contribuait à une meilleure prise en charge du patient. La figure 9 résume les bénéfices rapportés lors des entretiens.

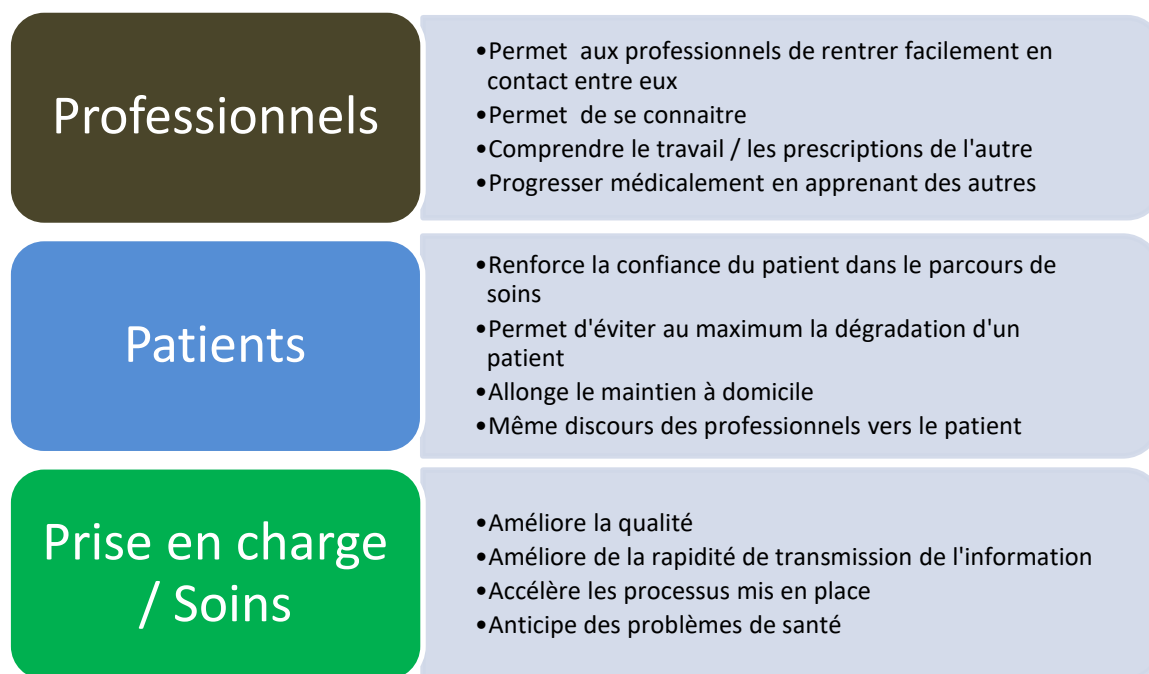


Figure 9. Bénéfices d'une bonne coordination

3.3.1.3 L'hôpital, un modèle de coordination.

Plusieurs professionnels ont fait référence à la coordination telle qu'ils ont pu la pratiquer lors de leur exercice hospitalier. Ces derniers souhaitaient pouvoir travailler en libéral tout en gardant cette coordination hospitalière.

« Il faut que l'on communique entre nous parce qu'il y a des choses à communiquer comme on peut le faire lors des transmissions à l'hôpital ». (E6, Médecin 4).

« J'ai travaillé en réanimation pendant six ans et on communiquait constamment. Dès que l'aide-soignante avait un micro souci, elle nous appelait, nous les infirmières, et dès qu'on voyait que l'état du patient s'aggravait, on appelait le docteur ». (E14, IDE 3).

3.3.1.4 Un manque de coordination interne sur le territoire.

Si les professionnels de santé interrogés étaient favorables à la coordination, une bonne partie d'entre eux estimait ne pas travailler de façon coordonnée sur le territoire. Les infirmières communiquaient peu entre elles. Certains jeunes médecins récemment installés n'avaient pas établi de façon claire leur réseau de spécialistes ou de paramédicaux.

« Je ne suis pas du tout coordonnée et à la recherche de mes référents. Je commence à sentir que je vais bosser avec telle ou telle personne. Je suis encore en phase d'observation ». (E12, Médecin 7).

Un kinésithérapeute rapportait ne pas oser appeler le médecin pour prolonger des soins en raison d'une mauvaise entente.

« On estime parfois qu'il y a besoin de faire plus de séances de kiné, mais du fait d'une mauvaise communication, il n'y a pas d'entente et on est obligé de faire notre travail plus rapidement, de le bâcler ». (E26, Kinésithérapeute 5).

Parfois, c'était la peur de déranger qui freinait l'infirmier dans sa demande de contact :

« En matière de communication on appelle souvent les médecins et pourtant on a peur de les déranger. Est-ce qu'on appelle, ou est-ce qu'on laisse tomber ? ». (E14, IDE 3).

Les professionnels paramédicaux ne contactant pas à temps les médecins pour le renouvellement ou le prolongement de prescriptions, un travail administratif se rajoutait aux médecins :

« La coordination n'existe pas aujourd'hui. On reste très ouvert mais les renouvellements de soins infirmiers, d'injection d'insuline, d'HBPM, ne sont pas toujours faits au bon moment, il faut antidater les ordonnances, ... on fait tout un petit travail administratif supplémentaire parce qu'on ne se voit pas ». (E4, Médecin 3).

Selon un médecin, le manque d'homogénéité des pratiques était un obstacle à la coordination.

« Ce qui me pose le plus de problème c'est le manque d'homogénéité de la prise en charge des patients. C'est à dire que, d'un médecin à l'autre, on ne va pas faire forcément les choses de la même façon ». (E7, Médecin 5).

3.3.1.5 Représentations des professionnels sur leur coordination externe.

La coordination externe des professionnels, c'est-à-dire leur coordination avec les structures telles que les hôpitaux, les cliniques et les spécialistes libéraux a également été étudiée.

La coordination externe apparaissait comme nécessaire à l'exercice libéral :

« On a besoin aussi, nous les libéraux, d'être coordonnés avec des structures extérieures. Il ne faut pas croire qu'on peut tout gérer et il ne suffira pas qu'on soit coordonné pour y arriver ». (E7, Médecin 5).

- **Coordination avec l'hôpital.**

La communication avec l'hôpital public semblait très difficile pour la plupart des professionnels interrogés et ce, quel que fut leur profession. L'hôpital se définissait comme une entité hermétique au sein de laquelle il était extrêmement difficile de joindre un médecin ou tout autre professionnel de façon rapide et précise.

« La difficulté principale actuellement est la communication entre l'hôpital et l'exercice libéral à la campagne. Il n'y a aucune communication entre les deux modes d'exercice ». (E18, IDE 6).

« Les gens ne sont jamais disponibles : quand on essaye d'appeler, on n'a jamais la bonne personne, jamais l'interne qui a rédigé l'ordonnance de sortie... Les cliniques c'est un peu pareil d'ailleurs. Pour joindre quelqu'un en particulier, c'est un peu compliqué ». (E9, Pharmacie 2).

Une fois le patient hospitalisé, il demeurait très compliqué à tout professionnel libéral d'obtenir des informations sur son patient.

- **A la fois durant le séjour hospitalier :** Un médecin se plaignait de ne pas être prévenu en cas d'hospitalisation de son patient.

« Le patient vient souvent nous voir rapidement après le passage hospitalier et on n'était pas au courant de son hospitalisation ». (E27, Médecin 8).

« On n'a pas accès facilement à ce qui se passe durant l'hospitalisation du patient. Il faut téléphoner et 2 fois sur 3 on n'arrive pas à avoir la personne [...] c'est le patient qui est dans sa chambre qui nous téléphone pour nous donner des informations sur son hospitalisation ». (E4, Médecin 3).

- **Mais aussi et surtout lors de la sortie d'hospitalisation.** Un nombre conséquent de professionnels interrogés rapportait des problèmes liés aux sorties d'hospitalisation. Il ne semblait exister aucune coordination entre hôpital et le professionnel libéral lorsque le patient regagnait son domicile. C'est d'ailleurs à cette étape que les professionnels libéraux avaient l'impression d'être parfois court-circuités par des organismes privés qui organisaient les soins à domicile.

« Des patients se font hospitaliser ou opérer en ambulatoire et quand ils ressortent, on ne voit pas la suite... ». (E17, IDE 5).

Il pouvait sembler difficile pour un patient, compte tenu des difficultés mises en évidence sur l'accès aux soins, de trouver les professionnels nécessaires sur le terrain :

« C'est peut-être un peu compliqué quand on sort de l'hôpital de trouver quelqu'un pour des soins. Il y a des difficultés, on me dit : "Là, on vous a trouvé, mais on a eu de gros problèmes pour avoir quelqu'un". C'est pour cela qu'il faut qu'on se structure ». (E18, IDE 6).

« Objectivement, on ne peut pas laisser un patient rentrer chez lui depuis l'hôpital et lui dire "Quand tu seras chez toi tu appelleras la pharmacie, l'infirmière etc.". S'il a besoin d'un lit médicalisé, il doit arriver chez lui et il faut que tout soit mis en place ». (E20, Pharmacie 4).

Il manquait une fonction d'alerte de la part de l'hôpital qui aurait prévenu les professionnels libéraux de la sortie imminente du patient afin de s'organiser.

« On aurait besoin d'être prévenu par la clinique ou l'hôpital. Ceux-ci pourraient alerter le médecin traitant, ce qui n'est, à mon avis, pas souvent le cas. Le médecin pourrait, à ce moment-là, prévenir le kiné, l'infirmière, le pharmacien ». (E20, Pharmacie 4).

Lorsque le patient sortait de l'hôpital et était enfin confié aux professionnels libéraux de son territoire, le manque d'information et de coordination persistait. Plusieurs personnes interrogées se plaignaient de ne pas avoir de compte-rendu.

« Les sorties d'hôpitaux, on n'a pas de courrier, on ne sait pas pourquoi le patient vient, lui le sait à peine ». (E16, Kinésithérapeute 2).

« C'est toujours la même problématique depuis plus de 15 ans, le compte-rendu n'arrive que 2 mois après la sortie du patient ». (E8, Médecin 6).

- **Coordination avec les cliniques privées**

Certains professionnels rapportaient aussi des difficultés sur les sorties d'hospitalisations avec les cliniques privées mais avec plus de nuances.

« Les cliniques, ça dépend, je n'ai pas franchement de compte-rendu. Les patients sortent avec leur paquet d'examens, leurs traitements et puis voilà ». (E2, Médecin 2).

Les spécialistes des cliniques privés étaient plus enclins à communiquer avec les collègues libéraux de premier recours.

« Ceux avec qui je travaille sur la clinique, en particulier les chirurgiens, sont très interactifs : forcément, vous leur adressez des gens et ils ont envie que vous leur en adressiez d'autres. Donc ils

vous rappellent, vous écrivent et vous recevez le courrier rapidement. Le fonctionnement avec les cliniques est beaucoup plus fluide ». (E12, Médecin 7).

3.3.1.6 Outils proposés pour l'amélioration de la coordination des soins.

Pour l'un des professionnels, la coordination était : *« avoir des outils pour communiquer et mettre en place des actions de prise en charge du patient ».* (E11, Pharmacie 3).

Plusieurs professionnels ont proposé des outils qui pourraient permettre une meilleure coordination :

Amélioration de la coordination interne :

- **Préciser l'ordonnance :** Pour l'un des médecins interrogés, l'ordonnance du praticien était la première source de coordination. Elle se devait donc d'être précise et bien renseignée.
« Je fais mes prescriptions, je précise mes indications et mes problèmes sur les ordonnances. Pour tous les patients que suivent les infirmières, il y a toujours un papier, une ordonnance expliquant ce qu'il faut faire... ». (E6, Médecin 4).
- **Le développement du dossier de soins à domicile :** *« un dossier de soins unique pour les patients poly-pathologiques, qui contient tout ce qui est lié aux soins, la fiche de surveillance journalière du patient, mais aussi la feuille de remarques faites au prescripteur ou aux soignants. Donc très simple d'utilisation ».* (E13, IDE 2).
- **Connaître les secrétaires :** *« ça n'a l'air de rien comme ça, mais c'est très important de bien connaître et de bien s'entendre avec les secrétaires parce qu'elles représentent souvent le premier barrage avant d'avoir un médecin. Quand on ne la connaît pas, elle peut facilement nous tenir 10 minutes avant de nous passer le médecin. Voire ne jamais pouvoir le joindre ».* (E20, Pharmacie 4).

Amélioration de la coordination externe :

- **Une notification des professionnels libéraux lors de l'hospitalisation :** *« Il serait bien d'avoir une notification lorsque le patient est hospitalisé ».* (E27, Médecin 8).
- **L'existence d'un coordinateur :** contacter l'ensemble des professionnels libéraux à la sortie de l'hôpital est aussi compliqué pour les professionnels hospitaliers que pour les patients. L'existence d'un coordinateur qui pourrait faire le lien entre l'hôpital et les professionnels libéraux était évoquée. Le déclenchement d'une équipe opérationnelle de professionnels

libéraux pourrait permettre d'être plus réactif, de prendre en charge le patient dès sa sortie d'hôpital et non pas une fois que tout le monde a été contacté.

« Il faudrait que l'hôpital ait le moyen de prévenir le coordinateur, ce serait plus facile pour les hospitaliers d'avoir un numéro unique, ou un mail à contacter pour qu'un patient puisse être pris en charge au lieu de téléphoner à la fois au kiné, à l'infirmière, au médecin traitant. Ils n'ont pas le temps de faire ça ». (E16, Kinésithérapeute 2).

« Il faudrait que ce soit centralisé, qu'on puisse mettre en place rapidement une équipe opérationnelle et la déclencher à un moment donné pour un patient ». (E16, Kinésithérapeute 2).

- **Ligne directe hospitalière :** L'une des solutions proposée au problème de l'hermétisme du secteur hospitalier était l'existence d'une *« hotline, c'est-à-dire une ligne hospitalière directe unique entre les médecins de famille et les autres spécialités. Cela existe dans d'autres centres hospitaliers. Nous sommes renvoyés directement aux seniors d'astreinte »*. (E28, Médecin 9).
- **Accès en ligne à des documents hospitaliers :** *« A l'hôpital Pasteur, ils ont fait un espace pour les professionnels de santé où des documents sont partagés, comme dans un cloud. Ce serait intéressant que les médecins libéraux aient accès à ces documents partagés plutôt que d'attendre le compte rendu hospitalier. Quitte à ne pas avoir quelque chose de détaillé, avoir juste accès à la synthèse de l'observation »*. (E8, Médecin 6).
- **Compte-rendu de sortie prêt pour la sortie du patient :** dans une relation idéale médecine libérale-hospitalière, le patient sortirait systématiquement avec son compte-rendu d'hospitalisation. Certains services hospitaliers et certaines cliniques privées s'efforçaient pourtant de le faire. Un médecin racontait : *« Nous, par exemple, à la clinique, on a mis en place un truc : quand le patient sort, c'est avec le compte-rendu de sortie et avec un numéro où il peut appeler si jamais il a besoin »*. (E8, Médecin 6).

3.3.2 Prise en charge pluriprofessionnelle des patients complexes.

Les professionnels de santé ont été interrogés sur leurs difficultés face à la prise en charge de patients complexes. En raison des particularités de la population du territoire, plusieurs professionnels ressentaient ne pas avoir beaucoup de patients complexes dans leur patientèle :

« Cela représente 1 % de mon travail, donc pour l'instant je ne me sens pas très concernée par ce travail pluriprofessionnel ». (E27, Médecin 8).

« La plupart des consultations ne concernent pas non plus des vieux patients qui ont 10 problèmes et encore, l'ordonnance suffit à les résumer. On sait apprécier les situations comme ça et surtout s'occuper des problèmes urgents. Il ne s'agit pas de s'occuper de l'ensemble de leurs problèmes ». (E6, Médecin 4).

Au fil des entretiens, se sont dessinés plusieurs niveaux de complexité. Ils sont résumés dans le tableau 3.

Pour plusieurs personnes interrogées, la complexité des cas créait de la coordination. Face à une difficulté, le professionnel de santé allait plus facilement chercher à entrer en contact avec les autres :

« Ici, on est plusieurs donc on essaie d'avoir un échange sur les cas complexes. Quand c'est difficile, on a besoin d'échanger avec des collègues ». (E26, Kinésithérapeute 5).

« Si j'ai un patient complexe je demande conseil, je veux dire si c'est sur le plan médical, oui je me mets en contact pour avoir un avis ». (E2, Médecin 2).

Complexité	Référence
Liée à la multiplicité des intervenants	« Ce qui est complexe c'est que l'infirmier vient, il discute avec nous puis il va chez le patient. Après faut voir avec le médecin. C'est un peu le téléphone arabe ». (E5, Pharmacie 1).
Liée au manque de coordination	« La difficulté est de joindre les professionnels et de travailler ensemble. On ne sait plus trop faire, en fait. J'ai du mal à connaître les professionnels, les infirmières par exemple et je trouve ça très dommage ». (E27, Médecin 8).
Liée au manque d'informations	« Chez moi, la complexité c'est le manque d'information, le dossier médical. La plupart du temps on ne sait rien, on apprend l'histoire au fur et à mesure. L'information médicale est basique sur l'ordonnance [...] on manque d'informations sur les cas complexes et parfois les cas deviennent complexes parce qu'on n'a aucune information sur eux ». (E16, Kinésithérapeute 2).
Médicale	« Ce sont des difficultés de compétences médicales : il faut effectivement faire des diagnostics préalables qui permettent de faire une bonne orientation ». (E6, Médecin 4). « Parfois je suis coincée, je reconnais que mes connaissances ne sont pas faramineuses, on a besoin des spécialistes ». (E2, Médecin 2).
Liée à des soins techniques	« Pour les patients complexes je pense aux patients avec des soins techniques lourds, des DVI ou des trucs comme ça ». (E19, IDE 7).
Socio-familiale	« Pour un patient complexe, la difficulté n'est pas médicale mais plutôt administrative, médico-psycho sociale. Cela augmente la charge de travail, le stress ». (E28, Médecin 9). « La difficulté, c'est souvent l'entourage familial et le contexte social. Parfois, vous vous retrouvez seul à devoir gérer plein de choses en même temps, le soin, le fait que la personne vit seule ». (E17, IDE 5).
Liée aux sorties d'hospitalisation	« les patients complexes sont souvent des sorties d'hospitalisation comme je disais ou des patients qui sont peut-être en fin de vie avec des perfusions ou des choses un petit peu particulières ». (E9, Pharmacie 2).

Tableau 3. Différents niveaux de patients complexes

3.3.3 Protocoles pluriprofessionnels.

L'avis des professionnels du territoire sur l'utilisation de protocole pluriprofessionnels était assez partagé. Certains, dont les infirmiers(ères), habitués à travailler avec des protocoles notamment lors de leur formation hospitalière, y étaient très favorables :

« En réanimation on ne travaillait qu'avec des protocoles, on savait ce qu'on avait à faire et on sollicitait moins souvent les médecins [...] Le cheminement du travail est plus clair pour les patients, les médecins et pour nous. On ne demande que ça des protocoles ». (E14, IDE 3).

Pour ces professionnels l'utilisation de protocoles était un gage de qualité.

« Quelque chose qui soit vraiment formalisé est, je pense, la meilleure manière d'arriver à de la reproductibilité et donc à du qualitatif. Parce que la qualité ne se contrôle pas, elle se fabrique ! ». (E20, Pharmacie 4).

Les kinésithérapeutes en revanche semblaient peu enthousiastes à l'idée de les utiliser, par peur de protocoles trop rigides qui ne correspondraient pas aux techniques de kinésithérapie propres à chaque kinésithérapeute.

« Si c'est pour être cadré par une fiche technique, ça ne m'intéresse pas du tout. Chaque cas est différent, chaque méthode de kiné est différente, c'est le résultat qui compte. Moi, je ne veux pas de protocoles sur la technique ». (E16, Kinésithérapeute 2).

3.3.3.1 Apports des protocoles pluriprofessionnels selon les personnes interrogées :

- **Gagner du temps dans les prises en charge :** *« ça permet de rendre routinier et plus facile et donc moins chronophage certaines démarches, de faire en sorte que chacun connaisse sa place avec des choses pas trop compliquées ». (E28, Médecin 9).*
- **Harmonisation des pratiques professionnelles :** *« Les protocoles font que l'on parle le même langage dans la prise en charge du patient. On définit ensemble une façon de faire qui nous appartient et qui nous correspond : tout d'un coup les professionnels ont le même discours et la même cohérence de soins. Donc c'est bénéfique ». (E11, Pharmacie 3).*

Au-delà du bénéfice pour la prise en charge du patient, l'harmonisation des pratiques apparaissait comme bénéfique pour le prescripteur lui-même : *« l'absence d'harmonisation nous*

dévalorise parfois vis-à-vis du patient que l'on voit en l'absence d'un confrère. Dans le cas des bronchiolites, les parents attendent une prescription ; parfois c'est inutile, on leur explique, mais quand on ne travaille pas comme les autres médecins, c'est anxiogène pour eux. Les parents ont l'impression qu'une longue ordonnance va mieux soigner leur bébé ». (E27, Médecin 8).

- **Une plus grande autonomie pour les paramédicaux :** Face à la difficulté, le professionnel paramédical n'avait souvent pas d'autre choix que d'appeler le médecin alors qu'un protocole lui aurait permis d'éviter cet appel. Le protocole pluriprofessionnel était décrit comme valorisant le travail infirmier en le responsabilisant davantage.

« Cela nous donne une meilleure autonomie, professionnellement parlant, c'est beaucoup plus intéressant d'autant plus qu'on a la formation pour ça, les capacités et les compétences ». (E14, IDE 3).

- **S'améliorer dans certains domaines :** chaque professionnel était plus ou moins à l'aise dans tel ou tel domaine. Certains infirmiers étaient plus compétents pour les pansements, d'autres en cancérologie, certains kinésithérapeutes étaient forts en kinésithérapie respiratoire, d'autres moins. Le protocole pluriprofessionnel pouvait permettre par certains aspects de pallier les faiblesses de chacun et d'exercer une médecine actualisée.

« Je trouve que c'est bien, car on n'a pas toutes les mêmes spécialités. On peut être performant dans les pansements, dans le diabète, dans les AVK. Un protocole ça peut permettre de revoir un peu tout ça et de devenir plus compétente dans un domaine où on ne l'est pas forcément ». (E22, IDE 8).

- **Se rencontrer lors de l'élaboration du protocole :** pour l'un des infirmiers interrogés, l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel était un moment privilégié de rencontre et de travail en commun.

« Pour moi, c'est une facilitation qui oblige les différents intervenants à se rencontrer : au-delà du papier et du multimédia, lors de l'élaboration du protocole, lors de la lecture de son contenu et après, lors de l'échange des informations. A un moment donné, la rencontre pluridisciplinaire au travers d'une pathologie ou d'un patient est nécessaire ». (E13, IDE 2).

3.3.3.2 Craintes exprimées par les professionnels en vue de l'utilisation de protocoles pluriprofessionnels :

Plusieurs professionnels ne voyaient pas d'un bon œil le recours à des protocoles pluriprofessionnels :

- **Trop de rigidité dans la prise en charge :** Pour beaucoup, protocole rimait avec rigidité et contrainte.

« A partir du moment où on est trop rigide, ça devient dangereux, il y a toujours des exceptions qui font que l'on doit changer et adapter le protocole ». (E23, Kinésithérapeute 4).

- **Encadrement légal du protocole pluriprofessionnel :** beaucoup de professionnels évoquaient les responsabilités légales comme frein à l'utilisation de protocoles.

« Je ne sais pas si on a le droit de modifier certaines choses sans l'avis du médecin. Le problème de ces protocoles concerne les limites de la responsabilité et des compétences de chacun. Si la réglementation nous oblige à demander l'avis du médecin, je ne peux pas faire autrement ». (E19, IDE 7).

Mais quoi qu'il en soit, certaines infirmières avouaient déjà, en l'absence de protocoles, dépasser le cadre de leur responsabilité :

« Il y a beaucoup de choses que l'on fait qui ne sont pas protocolisées, que l'on n'a pas le droit de le faire. Officiellement, on n'a pas le droit et s'il y a quoi que ce soit, on n'est pas protégé. Néanmoins, le bon sens veut qu'on le fasse ». (E10, IDE 1).

- **Surcharge de travail liée aux protocoles :** plusieurs personnes interrogées craignaient que l'utilisation de protocole alourdisse leur charge de travail. Certaines craignaient l'ajout de papiers à remplir. L'aspect chronophage était également évoqué.

« Il ne faut pas que ce soit trop administratif, trop compliqué, trop chronophage, je veux pas avoir à faire ça le soir, il faut quelque chose de simple. Peut-être des fiches ou des trucs à cocher, mais pas plus ». (E16, Kinésithérapeute 2).

- **Un protocole peut-il s'adapter à chaque situation ?** L'une des craintes exprimées était l'absence de plasticité des protocoles. Plusieurs personnes pensaient que la rigidité des protocoles allait à l'encontre du cas par cas.

« La décision est souvent un peu artisanale. Le grand mot de la médecine de terrain c'est qu'on s'adapte. On n'a pas les protocoles, les guidelines comme on pourrait les avoir dans une clinique ou dans une industrie où on débite un produit. On s'adapte et ça dépend de plein de choses ».

(E4, Médecin 3).

« Les protocoles ne sont pas forcément adaptables à tous les patients. Si on prend un patient infecté, qui n'a plus de foie, plus de pancréas ou tout ça, le protocole ne marchera peut-être pas ». (E6, Médecin 4).

- **L'absence de coordination avec les spécialistes** : pour plusieurs professionnels, la participation des spécialistes était nécessaire dans l'élaboration des protocoles pluriprofessionnels.

« Les protocoles ne sont pas optimaux sur les solutions à mettre en place parce que je pense qu'on n'est pas à jour. A force de vouloir tout coordonner, on ne s'adjoint pas et on a du mal à faire rentrer les spécialistes. Je pense que dans la coordination optimale, et donc dans l'équipe de soins, il y a les spécialistes ». (E7, Médecin 5)

3.3.3.3 Avis des professionnels de santé sur les protocoles pluriprofessionnels déjà mis en place sur le territoire.

Des protocoles pluriprofessionnels ont déjà été mis en place sur le territoire étudié : un protocole pluriprofessionnel sur la contraception, les anti-vitamines K et les enfants dyslexiques notamment. La quasi-totalité des personnes interrogées déclarait ne pas avoir connaissance de ces protocoles.

« Je ne les connais pas, parce que je n'ai pas fait partie des rédacteurs et surtout parce que je n'en ai pas l'utilisation ». (E11, Pharmacie 3).

« C'est le Dr X. qui les a mis en place, mais je ne les connais pas, je n'en ai pas vraiment entendu parler ». (E1, Médecin 1).

Pour les rares professionnels au courant, la méconnaissance de ces protocoles tenait à l'absence de diffusion et de communication autour de ces derniers.

« Je pense que beaucoup d'entre nous ont bossé ponctuellement sur des choses mais on a pas du tout été bon sur la diffusion des protocoles et la discussion avec nos collègues des spécialités et des autres disciplines. On a un peu trop bossé seul dans notre coin, moi le premier ». (E7, Médecin 5).

Pourtant ces protocoles semblaient avoir toute leur place sur le territoire. Concernant les anti-vitamines K, plusieurs professionnels rapportaient des problèmes dans la coordination autour de l'équilibre.

« Pour les AVK, ce n'est pas clair, savoir qui intervient, nous, les angiologues, la gestion des biologistes quand le médecin est absent, qui les biologistes doivent-ils appeler, le médecin, le médecin de garde ? ». (E28, Médecin 9).

3.3.3.4 Proposition de protocoles pluriprofessionnels à mettre en place.

Les personnes interrogées ont été invitées à évoquer des protocoles qu'il pourrait être intéressant de développer. Ils sont résumés dans la figure 10.



Figure 10. Idées de protocoles pluriprofessionnels à mettre en place

3.3.4 **Revue de dossiers lors de réunions pluriprofessionnelles**

Dans l'ensemble, les professionnels de santé du territoire étaient favorables à la tenue de réunions pluriprofessionnelles pour échanger autour des cas complexes. Ceci d'autant plus que des professionnels se réunissaient déjà de façon informelle pour discuter des patients compliqués.

« Je suis partisane de cette manière de fonctionner car en réfléchissant ensemble, en échangeant, on élabore des idées qui n'ont rien à voir avec ce qu'on fait derrière notre ordinateur à distance ». (E12, Médecin 7).

« On le fait une fois par semaine au cabinet, le mercredi midi, de façon informelle et gratuite. Cela ne nous prend pas un temps important, 1 heure environ, mais c'est 1 heure pendant laquelle je ne peux pas faire mon travail administratif ». (E28, Médecin 9).

L'organisation de ce type de réunion était vue comme un moyen de gagner du temps et un moyen de se former au contact d'autres professionnels comme cela peut être le cas lors de réunions hospitalières.

« Ça justement, pourrait me faire gagner du temps. Si en une session avec 2 ou 3 dossiers complexes, on peut trouver une solution à 5 réunis plutôt que je me prenne la tête tout seul pendant 2 mois...Je suis très partant ». (E8, Médecin 6).

« Je trouve ça bien ces réunions, parce qu'on a toujours besoin de nouvelles connaissances en raison des nouvelles avancées. L'infirmière à l'hôpital peut plus se former que nous car elle est plus en contact avec des médecins ou d'autres professionnels ». (E22, IDE 8).

Plusieurs craintes ont cependant été exprimées concernant ces réunions :

- **L'horaire de tenue de ces réunions et leur fréquence inquiétaient plusieurs professionnels :**
« Il faut que ça ait lieu en journée aussi, on n'a pas le temps le soir quand on rentre du travail d'aller à des réunions. On a une vie de famille aussi ». (E15, IDE 4).
- **Le problème du secret professionnel a également été évoqué :**
« Le problème c'est le secret professionnel, c'est difficile de s'ouvrir devant beaucoup de personnes et de rentrer dans des détails surtout s'il y a des professionnels non concernés. On peut être attaqué pour non-respect du secret professionnel ». (E23, Kinésithérapeute 4).
- **Pour certains, l'efficacité de ces réunions était discutable.** Pour eux, un simple coup de fil à un confrère pouvait produire le même effet.
« Je pense que c'est un peu lourd pour juste un avis de pairs. Si je veux demander un avis justement, je peux passer un coup de fil à un confrère ou en discuter plutôt que d'avoir à organiser toute une réunion ». (E6, Médecin 4).
- **La présence physique à ces réunions** représentait une contrainte pour l'un des médecins interrogés : « Ce sont des réunions comment, virtuelles ou physiques ? Je veux bien des réunions virtuelles, avec des Skype ou des téléconférences. Mais physiques... je ne vais pas me faciliter la prise en charge des patients pour avoir de l'autre côté des ennuis, c'est à dire passer mon temps en réunion ». (E1, Médecin 1).

Concernant la rémunération de ces réunions, les avis étaient très partagés. Certains considéraient qu'être rémunéré pour la préparation et la participation à ces réunions allait de soi et assurait une pérennisation du système.

« La participation à des prises de décisions collectives me semble être essentielle, surtout pour les patients complexes. Qu'elle soit reconnue et structurée et rémunérée est une chose évidente pour que cela fonctionne à moyen terme ». (E11, Pharmacie 3).

Pour d'autres, la rémunération semblait être un détail, le bien-être du patient primant sur tout le reste.

« L'histoire que c'est rémunéré, franchement c'est un détail. Ce n'est pas le plus important. Le plus important, c'est le patient ». (E5, Pharmacie 1).

La rémunération était aussi vue par l'un des professionnels comme étant de nature à créer de l'obligation.

« Le fait que ça soit rémunéré, va créer des obligations. Quelque chose qui devrait être spontané au départ, devient du coup contraignant. Quand on fait du bénévolat, on le fait toujours bien volontiers. A partir du moment où c'est rémunéré, on trouvera toujours que ça ne sera pas assez bien payé ». (E23, Kinésithérapeute 4).

3.3.5 Accueil de professionnels en cours de formation

Concernant l'accueil de professionnels en cours de formation (internes notamment mais aussi jeunes infirmiers ou jeunes kinésithérapeutes), le retour des professionnels qui étaient déjà maîtres de stage était à chaque fois positif :

« Les accueillir me fait du bien, c'est sympa, c'est plus agréable, ça permet de reprendre le dossier des patients, on s'oblige à faire mieux, à mieux tenir ses dossiers ». (E1, Médecin 1).

Au-delà de l'ouverture du jeune professionnel sur le monde libéral, un médecin décrivait une montée en niveau du maître de stage.

« Parce que quand tu reçois un étudiant tu n'as pas envie de passer pour une buse, donc tu vas peut-être un peu plus te former, ça te met dans une démarche où tu vas transmettre, tu ne peux pas transmettre des choses que tu n'as pas bien comprises ». (E7, Médecin 5).

Plusieurs professionnels ont rapporté un intérêt à la réalisation d'une partie du stage des internes aux côtés de professionnels paramédicaux. Cela permettait aux internes de mieux appréhender le travail fait derrière l'ordonnance et aux paramédicaux de se rendre compte du regard des internes sur leur profession.

« Il m'arrive même d'accueillir des internes : je trouve que c'est bien car les médecins sont les prescripteurs et ils voient ainsi la réalité des choses, que le rythme est soutenu pour nous, que ce n'est pas toujours facile. Ils voient aussi comment rédiger les prescriptions pour les infirmières ». (E10, IDE 1).

« J'ai aussi eu des médecins stagiaires qui m'ont fait ouvrir les yeux sur le fait qu'ils ne connaissaient pas trop bien ce qu'on fait ». (E16, Kinésithérapeute 2).

La figure 11 reprend les représentations des professionnels de santé sur les bénéfices de l'accueil des professionnels en cours de formation pour les 3 parties.

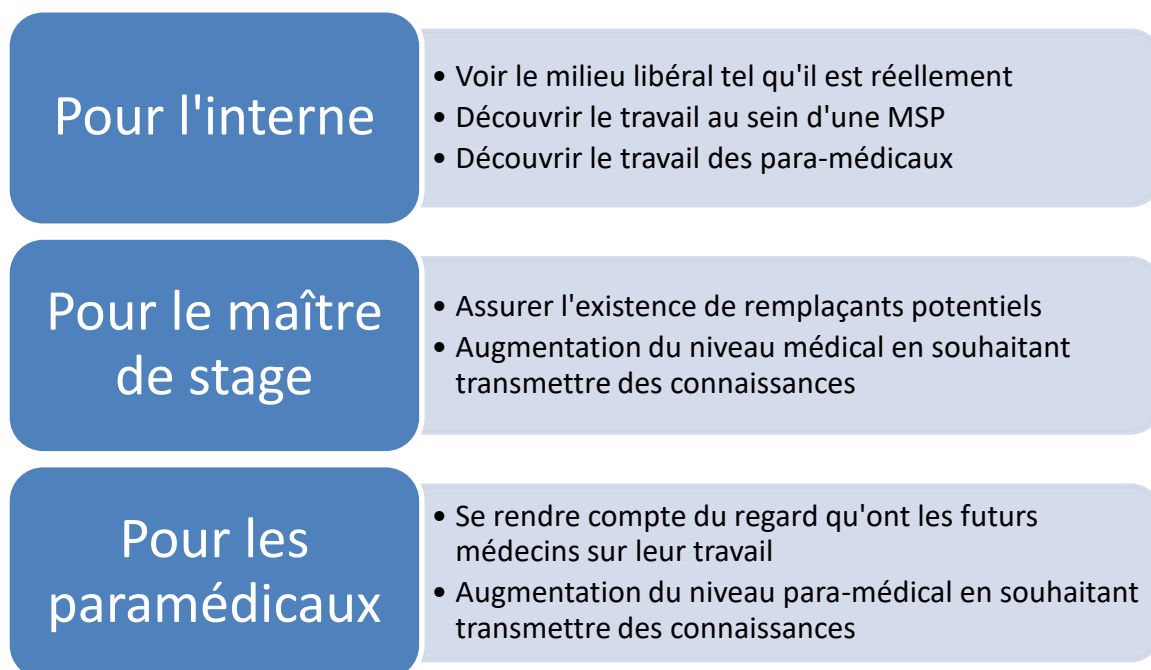


Figure 11. Bénéfices à l'accueil des professionnels de santé en cours de formation.

Plusieurs professionnels ont rapporté ne pas accueillir de jeunes en cours de formation principalement parce qu'ils ne savaient pas à qui s'adresser ou parce qu'ils n'avaient tout simplement pas eu de réponse des structures universitaires.

« Je n'en ai pas parce que je ne sais pas trop à qui il faut que je m'adresse... ». (E22, IDE 8).

« Je souhaite accueillir un stagiaire d'externat. J'ai envoyé un courrier, mais je n'ai eu aucune réponse ». (E27, Médecin 8).

Les freins à l'accueil de jeunes professionnels rapportés étaient :

- **Une installation récente :** « Avec un interne, je n'ai pas assez de recul sur l'installation, je ne peux pas lui injecter une bonne philosophie des soins primaires ». (E8, Médecin 6).
 - **Un manque de connaissance ressenti :** « Ce qui me met mal à l'aise ce sont mes connaissances et le sentiment peut-être de ne plus avoir les connaissances qu'il faut pour eux ». (E2, Médecin 2).
 - **Le manque de temps :** « Ce n'est pas que ça ne m'intéresse pas, mais je n'ai pas le temps disponible dans ma tête par rapport à tout ce qu'implique la gestion d'un cabinet ». (E6, Médecin 4).
 - **Le passage d'une relation à 2 à une relation à trois :** « Je suis assez solitaire, j'aime bien la relation directe avec le patient et j'aime bien finalement tout contrôler, ne pas tout partager. Je n'ai encore jamais pris d'internes, ça prend du temps ». (E4, Médecin 3).
- « Comme tous les médecins, on a peur de passer à trois dans un fonctionnement à deux ». (E12, Médecin 7).
- **Un mauvais vécu de ses propres stages de médecine :** « Le stage en internat, je n'en garde pas un très bon souvenir, aussi accueillir un interne me semble plus difficile ». (E27, Médecin 8).
 - **L'impossibilité pour les infirmières de coter les actes réalisés par les étudiants :** « Les infirmières ne peuvent pas coter les actes des étudiants infirmiers car le cadre réglementaire est plus contraignant pour les paramédicaux que pour nous ». (E28, Médecin 9).

3.4 Problèmes identifiés de santé, éducation ou prévention.

Les professionnels du territoire ont également été interrogés sur les problèmes du territoire qui seraient susceptibles de faire naître un projet de santé local.

L'ensemble des problèmes rapportés est regroupé dans le tableau 4.

Prise en charge du diabète	Dépistage
	Education thérapeutique
Prévention des lombalgies	Création d'une école du dos
Prise en charge de l'obésité	Prévention
	Suivi
Préparation à l'effort physique	Prévention des accidents liés au sport
Toxiques	Alcoolisme
	Drogues
Education sexuelle	Contraception
Grippe	Information sur la vaccination
	Prévention de la transmission dans les cabinets médicaux ou de kinésithérapie

Tableau 4. Différents problèmes de santé, éducation et prévention rapportés.

3.5 Partage du système d'information

3.5.1 Insuffisance de partage d'informations sur le territoire

Un grand nombre de personnes interrogées décrivait un manque d'information, et ce dans toutes les professions concernées. Ce manque d'information semblait particulièrement problématique lors des gardes et des astreintes :

« Quand tu débarques à 22 h le soir, il n'y a aucune info, rien du tout. Pas de truc bien fait qui pourrait te faciliter la tâche et améliorer la prise en charge ». (E8, Médecin 6).

Les kinésithérapeutes étaient, semble-t-il, les premiers à souffrir de ce manque de partage de l'information. Ils rapportaient des prescriptions de kinésithérapie sommaires, avec peu d'indications, les obligeant à reprendre l'anamnèse de façon complète à chaque première consultation, diminuant ainsi le temps de soins.

« En kiné, la plupart du temps on ne sait rien, on apprend l'histoire au fur et mesure. L'information médicale est basique sur l'ordonnance, par exemple "rééducation respiratoire" et nous ne savons pas du tout ce qu'il y a derrière. On ne connaît pas les antécédents, les pathologies, on fait à l'aveugle ». (E16, Kinésithérapeute 2).

A l'inverse, il était souvent évoqué une absence de synthèse ou de bilan de la part des kinésithérapeutes :

« Avec les paramédicaux, on n'a pas le retour de ce qui a été fait ou de ce qui se passe avec les kinésithérapeutes. Nous transmettre un bilan initial et un bilan de sortie ce serait l'idéal, que nous puissions voir la progression et savoir s'il y a des éléments à surveiller ensuite ». (E27, Médecin 8).

Les kinésithérapeutes avouaient eux-mêmes ne pas faire ces bilans, considérés comme chronophages. Plusieurs kinésithérapeutes doutaient de leur utilité auprès des médecins, pensant que ceux-ci n'étaient même pas lus.

« Normalement, on doit faire des bilans, mais moi, je ne les fais jamais. Aller faire un bilan sur un dos ou une lombalgie, c'est une perte de temps ! ». (E21, Kinésithérapeute 3).

« Je ne suis pas sûr que les médecins en retirent grand-chose ». (E23, Kinésithérapeute 4).

Absence de retour d'information :

Il existait surtout une absence de retour d'information. Un professionnel A envoyait une information au professionnel B qui, en retour, ne communiquait pas sur son information. Le professionnel A n'avait alors aucun moyen de connaître l'utilité ou la portée de l'information ou du bilan transmis.

« Il y a un manque de continuité de l'information : on a difficilement des retours de certains spécialistes, de certains paramédicaux et même entre nous. Quand on doit prendre en charge le patient d'un autre confrère du territoire, on n'a pas accès au dossier et ça pose problème car, du coup, on perd plein d'infos et on n'est pas au top ». (E7, Médecin 5).

3.5.2 Informations pertinentes à échanger

Les personnes interrogées ont décrit les informations qui leur semblaient pertinentes voire indispensables de partager. Il s'agissait pour certains de partager un regard, un avis ou une intuition, qui aurait pu permettre de faire avancer sur un diagnostic.

« Si quelqu'un se fait une remarque intéressante dans son cabinet, ou a un doute, c'est dommage de ne pas les partager. C'est vraiment ça qui fait avancer les diagnostics [...] Partager des intuitions est important parce que finalement on a des niveaux d'analyse différents ». (E12, Médecin 7).

Une information pertinente était avant tout une information rapide, souvent dématérialisée, permettant de tenir au courant les intervenants habituels du patient dont son médecin traitant :

« J'ai vu ton patient dimanche, il n'était pas bien, finalement j'ai préféré l'hospitaliser. Voilà, lundi j'envoie un mail au confrère et si la famille du patient téléphone pour avoir des nouvelles il sera au courant. Il faut surtout, mettre les autres au courant de ce que l'on a fait ». (E4, Médecin 3).

Selon un des professionnels de santé, les informations à échanger se devaient d'être claires et succinctes avec la possibilité d'en dire plus lors des réunions pluriprofessionnelles.

Le caractère quantitatif des données à partager était évoqué par plusieurs personnes :

« Il faudrait arriver à avoir un échange d'informations concrètes, quantitatives par rapport au suivi du patient, qu'on puisse les comptabiliser. Il faut des données quantitatives car c'est un moyen pour dire que le patient est bien suivi, pour évaluer ce que l'on fait ». (E20, Pharmacie 4).

Plusieurs niveaux d'informations à partager ont été décrits :

- **L'entourage médical :** pour un patient donné il semblait nécessaire de pouvoir identifier son médecin traitant, ses infirmières, son kinésithérapeute et son pharmacien.
« Il faut identifier les 2 ou 3 professionnels de santé qui peuvent prendre en charge le patient. Je crois que c'est important que, pour un patient donné, on sache qui sont les intervenants ». (E11, Pharmacie 3).
- **Le contexte social et familial :** couverture par l'assurance maladie, couverture mutuelle, entourage familial, profession ont été évoqués comme des informations importantes à connaître.
- **Renseignements médicaux :**
 - les antécédents.
 - les traitements.
 - les allergies.
 - les principaux points importants dans l'historique médical.
 - les problèmes en cours.
 - Le dernier bilan biologique.
- **Evolution des soins :** un retour des paramédicaux sur leur prise en charge était attendu.
« L'évolution sous traitement, il a besoin d'une rallonge de soins infirmiers, pourquoi ? Il a besoin de plus de soins de kiné, pourquoi ? ». (E2, Médecin 2).
- **Le niveau d'information du patient sur sa pathologie :** *« Dans les cas graves comme les cancers, le patient nous questionne [...] Ce serait bien de savoir ce qui a été dit et jusqu'où on peut aller dans les explications ». (E10, IDE 1).*
- **Le projet de soins et les directives anticipées de fin de vie :** *« Par exemple, tu intervies pour un patient qui ne va pas super bien, tu regardes son dossier, tu vois que finalement c'est un patient en fin de vie avec des directives anticipées : donc tu ne vas pas l'embêter et l'envoyer à l'hosto, et toi t'es un peu content ! ». (E7, Médecin 5).*

3.5.3 Une fonction d'alerte dans le système d'information

Les échanges d'information et de « feedback » étaient décrits comme permettant la mise en place d'actions correctrices rapides et efficaces.

« Si à la base il n'y a pas un lanceur d'alerte, quelqu'un qui partage l'information, c'est impossible de déclencher une réponse rapidement ». (E11, Pharmacie 3).

Pour plusieurs professionnels, un bon système d'information s'appuierait sur le personnel paramédical qui, souvent en première ligne, occupe une place privilégiée de lanceur d'alerte. L'utilisation d'autres outils comme des systèmes de santé connectée a également été évoquée. (E11, Pharmacie 3). Le fait de pouvoir traiter les problèmes en amont ou dès leur apparition était perçu comme un plus pour la prise en charge. Il pouvait s'agir d'une alerte sur une aggravation de l'état général du patient ou sur une inobservance d'un traitement. Les pharmacies étaient aussi décrites comme pouvant avoir ce rôle de lanceur d'alerte.

« L'infirmière qui va au domicile d'un patient, c'est nos yeux et nos oreilles : si elles perçoivent une situation avec une aggravation, j'ai besoin d'avoir ce retour rapidement ! Je ne dois pas l'apprendre quand je la croise trois mois plus tard ». (E12, Médecin 7).

« Si je ne suis pas au courant que mes patients ne prennent pas leurs médicaments ça change les choses par rapport à ma prise en charge. Souvent les patients disent des choses aux paramédicaux qu'ils ne disent pas à nous, médecins ». (E7, Médecin 5).

3.5.4 Outils du partage de l'information.

« A un moment donné il faut créer un outil sur lequel on est amené à travailler ensemble et on se coordonne autour de ça ». (E13, IDE 2).

Pour communiquer efficacement et partager de l'information, l'utilisation d'un outil efficace et consensuel apparaissait comme nécessaire.

Les différents outils envisagés et/ou déjà utilisés ont été reportés dans la figure 12 par ordre décroissant de citation dans les entretiens.

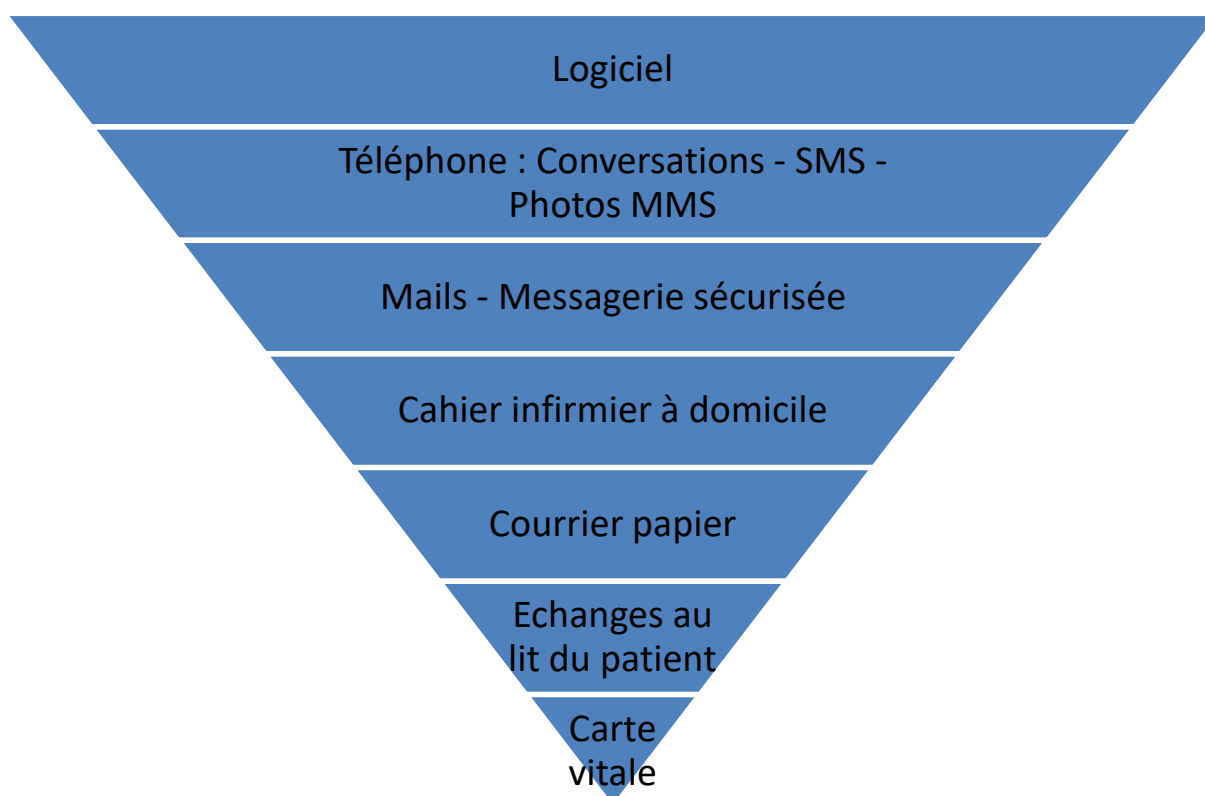


Figure 12. Outils envisagés et/ou déjà utilisés par les professionnels du territoire pour le partage de l'information.

3.5.4.1 Utilisation d'un logiciel commun.

L'utilisation d'un logiciel commun semblait inévitable pour plusieurs professionnels. Les avantages rapportés du logiciel commun étaient la rapidité de transfert de l'information, sa traçabilité et un gain de temps comparativement à l'utilisation d'une messagerie sécurisée. Il aurait aussi pu permettre d'identifier facilement l'équipe de soins du patient, afin que tout professionnel puisse savoir quels sont les intervenants (cf. informations pertinentes à échanger).

« A mon avis, c'est inenvisageable sans un logiciel commun. On peut faire sans, mais ça va être compliqué : le médecin devra taper son observation sur son logiciel perso et après il devra la retranscrire sur un autre outil de partage... » (E8, Médecin 6).

Un logiciel commun était avant tout vu comme un outil de communication, permettant par exemple aux paramédicaux d'envoyer des messages sans déranger le médecin. Il constituait aussi un moyen d'obtenir des données quantitatives en vue d'études ultérieures.

« C'est vrai que sur un logiciel je pourrais envoyer des messages au médecin au lieu de le déranger par téléphone si ce n'est pas extrêmement urgent ». (E19, IDE 7).

« Le logiciel commun c'est le top, sachant qu'il faut absolument que l'on puisse travailler sur la base de données des consultations ». (E7, Médecin 5).

Mais l'utilisation de cet outil faisait naître quelques craintes :

- **Surcharge de travail :** les infirmiers libéraux étaient peu favorables à la saisie de données dans un logiciel, en partie parce qu'ils étaient la plupart du temps en déplacement et donc pas à même d'utiliser un logiciel sur un ordinateur.
« Ça va nous forcer comme les toubibs à rentrer les données dedans et donc on aura un travail supplémentaire. Je me vois mal le soir rentrer et devoir marquer dans le logiciel "j'ai fait ça pour tel patient". A moins qu'on puisse le faire au domicile du patient, avec un accès sur le smartphone par exemple ». (E13, IDE 2).
- **Le coût :** L'investissement dans un nouveau logiciel pouvait effrayer certains professionnels, notamment ceux proches de la retraite ou ayant des charges importantes comme les pharmaciens.
« Moi j'ai peur du cout d'un nouveau logiciel. Je suis à 10 ans de la retraite donc je n'ai pas trop envie d'investir dans un nouvel outil ». (E16, Kinésithérapeute 2).
- **Tenue des dossiers par différents intervenants :** Partager les dossiers c'est aussi accepter qu'un autre professionnel rentre des informations dans une fiche qui était auparavant personnelle pour le professionnel qui la remplissait. Ceci était de nature à freiner certains professionnels dans l'utilisation d'un logiciel commun.
« Alors un logiciel ça peut dans l'idéal être pas mal mais en même temps, il faut être réaliste : on a quand même des façons différentes de voir les situations, de traiter les cas et de remplir les dossiers ». (E6, Médecin 4).

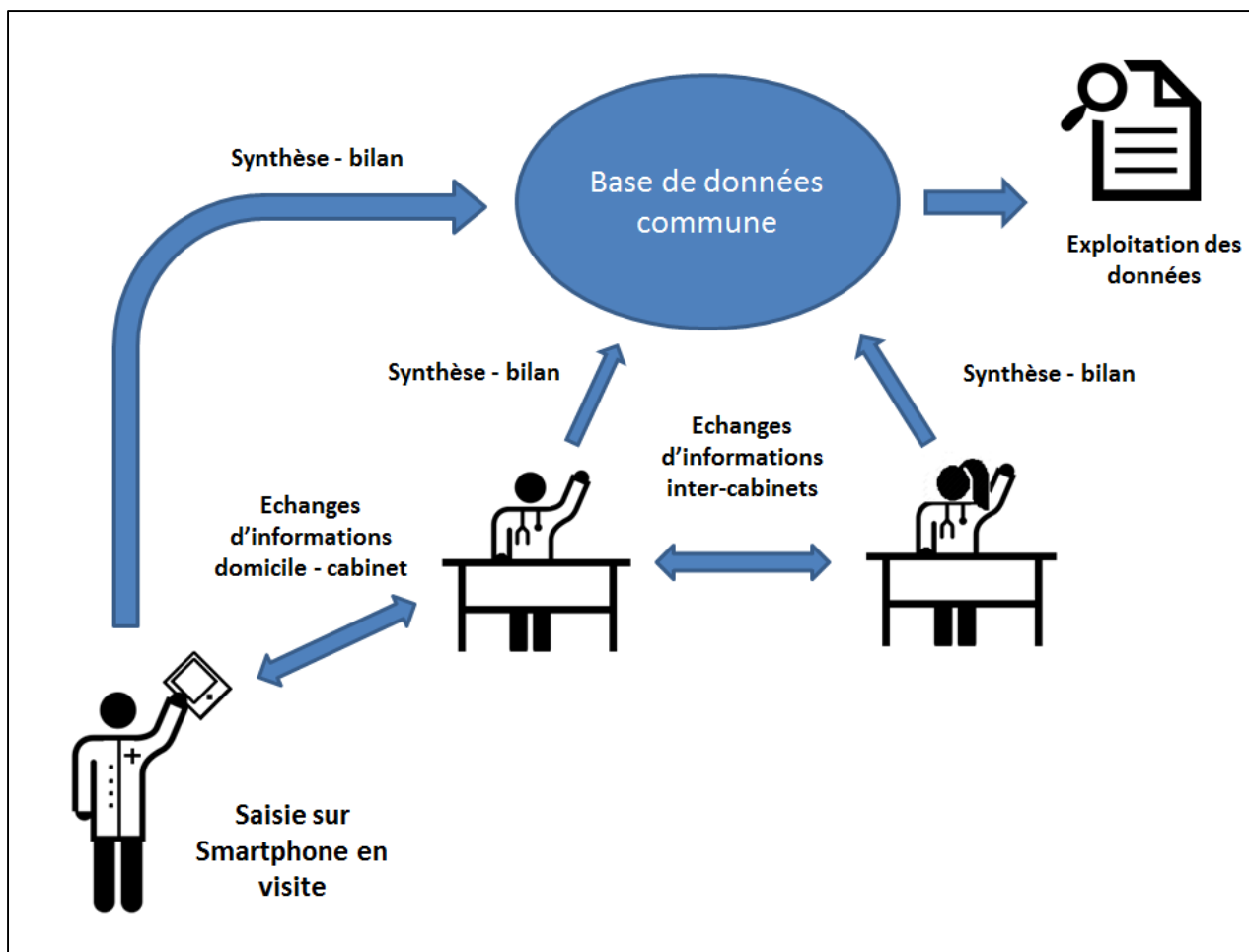


Figure 13. Représentation idéale de l'utilisation d'une base de données commune selon les professionnels du territoire.

3.5.4.2 Téléphone – Smartphone – SMS.

Conversations téléphoniques :

Lors des entretiens, le téléphone restait l'outil de communication le plus utilisé. La conversation téléphonique représentait pour les professionnels un moyen plus rapide que l'écriture d'un mail ou d'un message.

« Le téléphone prend moins de temps, c'est moins compliqué qu'écrire un mail, la discussion téléphonique est beaucoup plus rapide ». (E6, Médecin 4).

Pourtant, un grand nombre de professionnels interrogés, considérait que l'appel téléphonique était un poids pour les médecins lors de leurs consultations. Ceci freinait parfois les paramédicaux dans leur communication de peur de déranger le médecin.

« Ça me fatigue de répondre au téléphone ! Le téléphone me parasite, en moyenne par jour je dois répondre 40 ou 50 fois au téléphone, je pense ». (E6, Médecin 4).

« C'est vrai que si on doit appeler le médecin à chaque fois et si chaque paramédical fait la même chose, le médecin, de son côté, passe sa journée à répondre au téléphone ». (E21, Kinésithérapeute 3).

« On appelle souvent les médecins et pourtant on a peur de les déranger ». (E14, IDE 3).

Le téléphone pouvait en outre rajouter du travail aux professionnels qui devaient consulter leurs messageries téléphoniques.

« Ils laissent des messages au secrétariat présentiel ou téléphonique et cela me rajoute du travail après ma journée ». (E27, Médecin 8).

Smartphone :

Le smartphone, en plus des conversations téléphoniques, permet la connexion à internet et l'envoi de photographies. Ces 2 fonctions étaient vues comme des outils de communication.

Les infirmiers étaient favorables à l'utilisation d'une base de données sur un logiciel qu'ils auraient pu remplir directement depuis le domicile du patient sur leur smartphone. Un médecin rapportait déjà utiliser un logiciel en ligne permettant de remplir ses dossiers en visite.

« Un logiciel qui envoie les informations sur le téléphone. Le téléphone permet de gagner du temps, on est dans notre voiture toute la journée, je ne me vois pas utiliser l'ordinateur ». (E17, IDE 5).

L'envoi de photos entre les professionnels était vu comme une facilitation à la prise en charge des plaies à domicile ou de toute autre atteinte dermatologique.

« Envoyer aux médecins des photos des plaies est quelque chose que je fais régulièrement. Quand il va voir les patients, il ne défait pas les pansements et prescrit les médicaments. Il faut savoir qu'on n'a pas forcément le temps d'aller en consultation avec eux ». (E17, IDE 5).

Messages texto - SMS :

L'envoi de SMS était aussi mentionné. Ils étaient perçus par plusieurs professionnels comme encore plus rapides que la conversation téléphonique mais moins fiables car ne garantissant pas la lecture du destinataire.

« J'envoie des SMS mais ça n'est pas idéal, ça ne résout pas le problème de partage d'information. Envoyer un SMS ne donne pas toujours de réponse, parfois il ne passe pas ou bien le médecin est en repos et pas joignable et je n'en ai pas l'information, je ne suis pas réorientée vers un autre collègue qui prendrait le relai et connaîtrait le cas aussi ». (E10, IDE 1).

3.5.4.3 Mails – Messagerie sécurisée.

L'envoi de mails ou l'utilisation d'une messagerie sécurisée pouvait s'intégrer dans l'utilisation du logiciel. Néanmoins, l'utilisation de mails à proprement parler était globalement ressentie comme contraignante notamment pour les médecins qui étaient susceptibles de centraliser tous les mails.

« Il faut trouver ce qui est le plus facile pour les médecins. Si à chaque fois qu'il envoie un patient chez un kiné il reçoit un mail, il ne va pas s'en sortir ». (E23, Kinésithérapeute 4).

«Franchement les mails dans nos métiers on ne peut plus y arriver, ça prend un temps fou ! Il y a déjà le labo qui envoie les mails. Admettons que le toubib a eu 10 personnes qui ont eu un bilan ce jour-là pour des prescriptions qui datent de plusieurs mois... Ça prend 1 heure tous les soirs ! Donc, à un moment, trop d'information nuit à l'information ». (E13, IDE 2).

Les mails semblaient aussi poser un problème de responsabilité dans leur lecture.

« On prend une responsabilité personnelle quand on s'engage là-dedans. Ça veut dire qu'il est hors de question de louper un mail. Alors ça peut arriver on est partis le soir, on le lit le lendemain matin, mais en tout cas hors de question de le louper pendant plus de 12 heures ». (E20, Pharmacie 4).

Pour certains professionnels, l'utilisation de mails ne se concevait qu'au sein d'une messagerie sécurisée dédiée, qui aurait permis de séparer les mails de la structure pluriprofessionnelle de la masse des autres mails. Certains médecins utilisaient déjà une messagerie sécurisée APYSCRIPT® pour l'échange de messages avec les biologistes et les autres spécialistes.

3.5.4.4 Dossier de soins à domicile.

Sur certaines parties du territoire, un dossier de soins à domicile, appelé aussi cahier infirmier avait été développé. Il constituait une forme d'outil de communication dans la mesure où chaque intervenant à domicile était amené à le remplir lors de son passage.

Il s'agissait aussi d'une solution de continuité des soins, lors des gardes ou lors des consultations avec les spécialistes.

« Le dossier de soins. C'est un dossier papier et généralement quand on envoie les patients en consultation, on leur demande de prendre le dossier de soins ». (E15, IDE 4).

Le dossier de soins à domicile était vu comme un moyen d'amélioration de la coordination facile à mettre en place et surtout à court terme, là où l'utilisation d'un logiciel concernait plutôt le moyen/long terme.

« Si on veut commencer tout de suite, il nous faut du papier ». (E14, IDE 3).

« Il faudrait peut-être développer le cahier de soins dans un premier temps puis ensuite voir pour l'informatiser ». (E18, IDE 6).

3.5.4.5 Courriers papiers.

Les courriers papiers entre professionnels apparaissaient comme dépassés, comme une forme de communication trop lente devant la rapidité des échanges exigée par le système de soins actuel. Ecrire un courrier puis le remettre au patient ne garantissait pas d'une part, qu'il arrive jusqu'au destinataire et qu'il soit suivi d'une réponse d'autre part.

« Les courriers font perdre un temps fou. Il y a deux façons de pratiquer la médecine générale : soit on fait des courriers, et on attend que les gens voient le spécialiste, et reviennent avec le retour du courrier ; en gros il se passe trois mois. Soit on prend son téléphone et une certaine efficacité s'enclenche ». (E12, Médecin 7).

« Je remets une lettre aux patients et j'attends un hypothétique retour ». (E27, Médecin 8).

3.5.4.6 Echanges au lit du patient

La communication face à face restait importante aux yeux de plusieurs professionnels. L'espace privilégié pour cet échange était le domicile ou le lit du patient comme cela pouvait se faire lors de la mise en place d'une hospitalisation à domicile ou au sein de l'hôpital.

« Je pense que le partage de l'information de visu est tout aussi important. C'est ce que l'on appelait autrefois les réunions de transmission où l'on partage l'information ». (E13, IDE 2).

« Il faut envisager un réseau de paroles ; donner du temps aux soignants pour qu'ils se voient au lit du malade ». (E4, Médecin 3).

« Je rencontre le professionnel de santé au domicile du patient ou bien je me rends à son cabinet. Quand je dois faire signer la démarche de soins infirmiers, j'essaye de le rencontrer personnellement ». (E17, IDE 5).

3.5.4.7 Carte vitale

Une des personnes interrogées envisageait la carte vitale comme système de partage d'information, faisant référence au dossier médical personnalisé mais intégrant des moyens de communication.

« Même si ça n'est pas une sécurité parfaite, la carte vitale peut être un outil de communication. Ce serait bien de pouvoir partager des informations dessus ». (E26, Kinésithérapeute 5).

3.5.5 **Obstacles au partage de l'information sur le territoire.**

Plusieurs obstacles au partage de l'information ont été décrits.

3.5.5.1 Garantir la confidentialité des échanges.

Plusieurs professionnels craignaient le manque de confidentialité des échanges au sein d'une MSP. Une des médecins interrogés souhaitait pouvoir dialoguer avec les autres professionnels paramédicaux de façon confidentielle, sans que ces échanges soient visibles de tous. Il était donc préférable selon elle d'avoir un système de messagerie privée en plus d'un dossier médical partagé.

« Il faudrait un réseau d'échange perso puis un réseau sur le dossier du patient. Si j'ai envie de dire une chose à mon infirmière préférée, que je puisse lui dire. Je n'ai pas envie que tout le monde le sache. Il faut un truc partagé puis des messages individuels ». (E1, Médecin 1).

Le fait de pouvoir être lu par d'autres professionnels peu ou pas connus était de nature à freiner les professionnels dans leur renseignement des dossiers médicaux.

« Ce qui me semble difficile avec le partage de l'information dans une MSP hors les murs, c'est que ce qu'on écrit est très personnel. Ce n'est pas pareil dans une structure où on travaille tous ensemble et où on se connaît tous personnellement. Du coup, qu'est-ce que l'on note ? Ça veut dire qu'on n'écrit plus tout dans son dossier ? ». (E12, Médecin 7).

3.5.5.2 Limites du secret médical

Si certains professionnels, notamment les médecins, souhaitent avoir accès à la totalité du dossier et des informations médicales, d'autres considéraient que cela n'était pas nécessaire. Il était décrit des niveaux d'accès aux informations en fonction des qualifications et de l'implication dans le dossier, garantissant ainsi le secret médical.

« Je pense que nous n'avons pas besoin de tout voir, toutes les informations n'ont pas besoin d'être vues par tous les professionnels ». (E27, Médecin 8).

« Je ne serais pas contre un dossier médical partagé avec des informations médicales accessibles au médecin et pas au kiné... il faut des niveaux d'information différents. On n'a pas forcément besoin de tout savoir dans tous les domaines ». (E23, Kinésithérapeute 4).

« Ce n'est pas acceptable d'avoir un logiciel où tout le monde aurait accès aux données médicales des patients. Cela suppose que vous mettiez au niveau médical les kinés ou les autres professions paramédicales. Les informations sont tenues au secret médical donc sont censées rester vraiment dans le milieu médical ». (E2, Médecin 2).

3.5.5.3 Partager les patients

Partager l'information sur un patient impliquait partager éventuellement le patient lui-même, ce dernier pouvant ainsi être plus facilement pris en charge par un autre professionnel. Ceci constituait un frein au partage de l'information.

« Partager l'information ça veut dire partager le patient et je ne suis pas sûre que tout le monde soit capable de le faire ». (E12, Médecin 7).

« Tout ça doit se faire avec une bonne entente entre les praticiens. Il ne faut pas que les gens utilisent le réseau pour tirer la couverture à eux ». (E4, Médecin 3).

3.5.6 Partage de l'information avec le patient.

La quasi-totalité des professionnels interrogés était favorable au développement de l'information du patient sur son dossier médical, ceci dans le but de le rendre moins passif dans sa prise en charge.

« C'est évident que le patient doit devenir actif. On est dans une école de la passivité. Le patient lui-même doit être partie prenante de son traitement et aussi pour régler le problème de la mauvaise observance ». (E11, Pharmacie 3).

« C'est indispensable d'expliquer aux gens ce qui se passe. Qu'ils s'autonomisent et se responsabilisent dans leur situation ». (E6, Médecin 4).

Faire participer le patient à sa prise en charge était vu comme pouvant faire avancer la prise en charge elle-même voire le diagnostic médical.

« Le patient vous apporte des pistes et il ne faut pas le priver de chercher lui aussi les causes de tel ou tel problème ». (E12, Médecin 7).

Pour beaucoup, l'information du patient au sein du réseau devait passer par le médecin traitant notamment lorsqu'il y avait des décisions à prendre ou une évolution dramatique. L'information chez les paramédicaux ou même à la pharmacie semblait inadaptée.

« Je pense que c'est uniquement de la responsabilité du médecin traitant. Le patient n'appartient pas à son médecin traitant mais quand on travaille en réseau, le médecin traitant est souvent celui qui connaît le mieux son patient. C'est à lui de faire passer les messages importants ». (E4, Médecin 3).

Plusieurs professionnels rapportaient cependant un manque d'information des patients sur leur traitement, sur la conduite à tenir. Les professionnels paramédicaux étaient alors chargés d'une information de deuxième ligne, pas toujours évidente à faire.

« Il y a un manque d'information des patients, notamment sur ce qu'il doivent faire en terme de suivi de traitement. En général, ce qu'il vient d'avoir, maladie ou opération ne lui a pas été bien expliqué et ce, d'où qu'il vienne ». (E13, IDE 2).

« Nous, on est plus là pour compéter, pour expliquer ce qui n'a pas été compris chez le médecin, on fait de l'information de deuxième ligne ». (E22, IDE 8).

Plusieurs personnes interrogées étaient contre l'accès total du patient à son dossier informatisé. Ce dernier risquait de mal comprendre les choses et où de vouloir s'informer par lui-même notamment sur internet avec tous les dangers que cela engendre.

« Je ne suis pas trop pour lui donner toutes les informations médicales du dossier et qu'il puisse consulter le dossier informatisé car il peut interpréter des choses pour lesquelles il est besoin d'un regard médical afin de comprendre ». (E27, Médecin 8).

« Il ira sur Internet pour essayer de comprendre ce qu'il est en train de lire, il peut s'alerter ou comprendre des choses de manière erronée. L'information doit être totale, mais elle doit être expliquée, c'est notre métier ». (E2, Médecin 2).

Moyens évoqués pour l'amélioration de l'information au patient :

- **Rendre le patient propriétaire de ses documents :** Donner les courriers au patient une fois numérisés dans le logiciel constituait une forme d'information du patient. Celui-ci devenait alors le détenteur de l'information, pouvant à son tour informer d'autres professionnels de santé, pendant les gardes ou lors de soins avec d'autres professionnels de santé.
« On a fait le choix de laisser le patient complètement propriétaire de son dossier médical. L'ensemble des courriers que l'on reçoit sont scannés, on en garde donc une trace, et on lui remet l'original. Il a donc tout en main si le 15 doit débarquer chez lui. On informe le patient pour qu'il puisse informer à son tour, avoir l'information en main ». (E28, Médecin 9).
- **Délivrance d'une information papier complémentaire :** la distribution aux patients de fiches informatives fut évoquée comme moyen complémentaire d'information, permettant une information maîtrisée au patient qui n'aurait pas tout compris lors de sa consultation.
« Je pense qu'il faut donner une information simple et intelligible, quitte à donner un document écrit comme peuvent le faire certains chirurgiens. Si on ne donne que la prescription sans explication c'est presque inutile ». (E13, IDE 2).

« Il faudrait avoir plus de flyers au cabinet. Je voulais le faire pour les pathologies les plus courantes, comme ça le patient a son information plutôt que d'aller voir sur internet. Ça permettrait de maîtriser l'information que le patient reçoit ». (E3, Kinésithérapeute 1).
- **Permettre au patient de corriger ses données personnelles :** Pour certains, partager l'information avec le patient, c'était aussi envisager de lui permettre de rentrer ses données lui-même quitte à les corriger, permettant une information plus juste des professionnels de santé et de gagner du temps.
« Je me suis même imaginée donner des tablettes aux patients en salle d'attente, reliées au logiciel, où les gens rentrent leurs motifs, leur médecin traitant, comme ça ils font l'administratif dans la salle d'attente ». (E1, Médecin 1).

« Des fois on marque des données dans les dossiers et en fait on a rien compris, donc partager l'information avec le patient, ça améliore la qualité des données ». (E7, Médecin 5).

3.5.7 Développement de la recherche en soins primaires

Le territoire étudié comprenait 3 médecins enseignants chercheurs. Dans l'hypothèse du développement d'activités de recherche sur le territoire, les professionnels de santé ont été interrogés sur leurs représentations de la recherche en soins primaires.

Une grande partie des sujets ne connaissait pas la recherche en soins primaires. Une fois expliquée, la recherche en soins primaires faisait apparaître un frein important : le manque de temps. L'absence de rémunération a également été évoquée.

« Je m'y intéresse mais j'ai pas encore mis les pieds dedans. Pour l'instant c'est plus une question de manque de temps ». (E8, Médecin 6).

Pour autant une grande partie des personnes interrogées était favorable au développement de la recherche en soins primaires sur leur territoire. Certains professionnels avaient déjà participé à des actions de recherche en soins primaires : les enseignants-chercheurs bien-sûr mais aussi des infirmiers libéraux.

Le développement de la recherche en soins primaires pouvait permettre :

- **Une amélioration de la prise en charge des patients :** *« Ce serait une bonne chose qui permettrait d'améliorer les prises en charge ». (E18, IDE 6).*

« Je crois que la médecine générale a de l'avenir. Devant la complexité de la médecine d'aujourd'hui, si on veut faire de la médecine de qualité, je pense que ça doit passer par la recherche en médecine générale ». (E4, Médecin 3).

- **De gagner du temps :** *« Ça pourrait lever des difficultés et les lisser. Je pense qu'on peut même gagner du temps en améliorant les soins et en faisant en sorte que la prise en charge soit la plus globale et la plus simple possible ». (E18, IDE 6).*

- **Une progression médicale des professionnels :** *« La recherche intellectualise la profession, aussi je ne demande que ça ». (E14, IDE 3).*

- **La géolocalisation du soin :** l'un des pharmaciens interrogés pensait que le développement d'une recherche locale était à même de préciser des phénomènes locaux.

« Les résultats seront différents d'une population à une autre en fonction de la région où se trouve la recherche. Roquefort les pins, ce n'est pas Nice l'Ariane, les gens n'ont pas les mêmes

habitudes alimentaires, ni d'hygiène de vie ou de qualité de vie [...] On ne pourra pas extrapoler l'étude à toute la France, mais on pourra l'extrapoler dans une certaine mesure à des régions avec un échantillon plus ou moins similaire ». (E20, Pharmacie 4).

- **Une auto-évaluation :** La recherche était vue par plusieurs professionnels comme un moyen d'auto-évaluation de leur pratique et des actions mises en place (protocoles pluriprofessionnels notamment). L'obtention de données quantitatives était décrite comme nécessaire.

« Je pense qu'on ne pourra pas avancer sur la prise en charge de nos patients s'il n'y a pas d'évaluation ». (E7, Médecin 5).

« Il faut des données quantitatives car c'est un moyen pour dire que le patient est bien suivi, pour évaluer ce que l'on fait. On pourrait avoir des statistiques du type : combien de patients sont retournés à l'hôpital sur les 7 qui sont sortis ? 1 cette année, 6 l'année dernière. Ce sont des choses comme ça qui peuvent attester d'une progression de la qualité ». (E20, Pharmacie 4).

« Ensuite, quand un protocole est mis en place, savoir s'il marche constitue une forme de recueil de données pour répondre à une question ». (E28, Médecin 9).

Le travail au sein d'une MSP avec une base de données commune était perçu comme une facilité pour mettre en place des actions de recherche.

« Ce n'est pas facile à mettre en place mais ça peut être aidé par l'exercice pluriprofessionnel. On est propriétaire de données de soins primaires qui sont assez peu exploitées, on peut imaginer s'en servir pour donner des recommandations, pour avoir des démarches d'amélioration de la qualité des soins ». (E28, Médecin 9).

Une étude dans un domaine susceptible d'intéresser un professionnel donné était un levier pour faire entrer ce professionnel dans la recherche. Les infirmiers semblaient très enthousiastes à leur participation à des actions de recherches, notamment dans le domaine des plaies/pansements et de l'éducation thérapeutique.

« Je pense qu'on peut y participer parce que nous, les infirmiers, avons des connaissances dans certains domaines. Dans les plaies et l'éducation thérapeutique, de la recherche reste à faire. Evaluer si une intervention infirmière améliore la pathologie et dans quelle mesure. Là, il y a du boulot et moi je suis intéressé ! (E13, IDE 2).

Les kinésithérapeutes étaient par contre peu favorables à la recherche en kinésithérapie, invoquant surtout comme dans les protocoles pluriprofessionnels des techniques de kinésithérapie peu reproductibles d'un praticien à l'autre.

« Je pense que dans le domaine de la kinésithérapie c'est un peu complexe et ça ne mènerait pas forcément à grand-chose. 20 kinés = 20 techniques ». (E16, Kinésithérapeute 2).

3.6 Contraintes ressenties par les professionnels de santé vis-à-vis d'un exercice au sein d'une MSP :

3.6.1 L'aspect chronophage

Un seul des professionnels interrogés avait peur que l'exercice au sein d'une MSP ne soit pas bénéfique en termes de temps consacré.

« Les projets qui sont lancés sont très intéressants mais pour moi phagocytent un temps pas possible. Pour moi, il ne faut pas créer des projets qui demandent un temps supplémentaire car on risque de s'y noyer ». (E12, Médecin 7).

3.6.2 Travail administratif

Ce même médecin craignait que ce type d'organisation soit à l'origine d'un travail administratif supplémentaire.

« Au début, tout va bien et ensuite il faudra faire de la paperasse pour démontrer les objectifs, rendre des comptes etc. Il faut être sur des projets simples qui valident déjà ce que l'on fait ». (E12, Médecin 7).

3.6.3 Absence de besoins ressentis de la part des patients

Pour l'un des kinésithérapeutes, il ne semblait pas y avoir de demande particulière des patients pour une meilleure organisation pluriprofessionnelle du territoire.

« Il faudrait peut-être interroger les patients, je ne ressens pas qu'ils soient perdus ou pas contents de la prise en charge. Ça me paraît très théorique tout ça ». (E21, Kinésithérapeute 3).

3.6.4 Aspects financier

Le coût financier d'une organisation pluriprofessionnelle était évoqué. Les professionnels craignaient que la structure ne soit pas pérenne faute de financements suffisants. Une des personnes interrogées voyait surtout dans le projet de MSP un moyen de majorer sa rémunération et avait peur que le temps investi ne soit pas récompensé à sa juste valeur.

« Mais il y a que le temps que l'on donne qui peut former un réseau. Et pour ça, il faut de l'argent. Si vous voulez faire un réseau sans argent, il n'y aura personne ». (E4, Médecin 3).

« La seule chose qui m'intéresse dans cette histoire est la question du financement. C'est vrai qu'on est serré au niveau des rémunérations, et que du coup si ça n'est pas rentable ça ne me donne pas d'autres motivations que mes patients au niveau de l'organisation des soins ». (E6, Médecin 4).

3.6.5 La définition du territoire

Certains professionnels interrogés se sentaient peu concernés par le projet de MSP considérant qu'il n'intéressait pas vraiment leur territoire, notamment des professionnels de la commune de Valbonne.

« Je vais rester encore observatrice car ce qui m'a un peu interpellée dans la réunion de l'autre fois, c'est qu'il n'y a pratiquement personne de Valbonne et je n'ai pas eu l'impression que c'était sur mon territoire ». (E12, Médecin 7).

« Je sais où ça se tient le plus souvent, sur le Rouret, mais j'espère que ça va se délocaliser, c'est important que tous les territoires se sentent concernés ». (E13, IDE 2).

Pour un des médecins, le territoire pressenti pour le projet était trop grand et ne correspondait pas à son territoire de la permanence des soins :

« Il faut d'abord savoir ce que l'on entend par territoire. Si je considère mon territoire d'exercice naturel, c'est mon territoire de continuité des soins. Je suis plus intéressée par mon projet de santé ici, il est plus concret, à l'échelle humaine, avec des paramédicaux que je connais. L'approche cantonale est utile pour avoir une approche macro pour certaines missions de santé mais pour d'autres missions, l'échelle locale me semble plus intéressante, permet une proximité et un réseau beaucoup plus naturel et établi de fait ». (E28, Médecin 9).

3.6.6 Les kinésithérapeutes peu intéressés par le travail pluriprofessionnel

Les kinésithérapeutes semblaient moins intéressés par un exercice pluriprofessionnel que les autres professionnels. Principalement car ils n'en ressentait pas le besoin. L'absence de pathologies complexes pouvait être en cause.

« Je pense que les kinés représentent une profession un petit peu à part, peu sont motivés par le travail pluriprofessionnel ». (E16, Kinésithérapeute 2).

« On n'a pas trop besoin de se coordonner avec les autres ». (E21, Kinésithérapeute 3).

3.6.7 L'exclusion de certains professionnels

Plusieurs personnes craignaient que l'organisation pluriprofessionnelle soit de nature à exclure certains : ceux refusant la participation au réseau. Ce sentiment d'être dans un circuit fermé était de nature à freiner l'adhésion au projet.

« Au travers de cette organisation, on va exclure des collègues. D'un côté, ce n'est pas nous qui les excluons, c'est eux qui s'excluent tout seuls. Néanmoins, c'est toujours dommage d'exclure des gens ». (E23, Kinésithérapeute 4).

« Ma participation dépend aussi de l'implication des autres professionnels. L'absence d'implication des autres peut être un frein ». (E26, Kinésithérapeute 5).

3.6.8 Conflits entre les professionnels

Plusieurs professionnels rapportaient une méfiance des acteurs du territoire entre eux. L'esprit libéral ne semblait pas favoriser la communication, les gens ne se connaissant pas, il pouvait naître un esprit de suspicion.

« En fait, il faut se voir. Lorsque les gens ne se voient pas, ils deviennent parano ». (E4, Médecin 3).

3.6.8.1 Rivalités intergénérationnelles

La différence d'âge entre les professionnels était rapportée comme source de conflit. Les jeunes professionnels étaient décrits comme méfiants car ayant peur qu'on leur prenne une partie de leur patientèle fraîchement acquise.

« Les jeunes qui viennent de s'installer ont peur qu'on leur pique leur clientèle. Il y a toujours des notions de méfiance. Souvent, les vieux médecins cherchent plus à accueillir les jeunes. Dans ces conditions, le partage de l'information est difficile ». (E1, Médecin 1).

Différentes générations correspondaient à différentes pratiques de la médecine qui pouvaient être un frein au travail pluriprofessionnel. Certains professionnels avouaient avoir du mal à ne pas juger le travail des autres.

« Il y a ce souci générationnel qui n'est pas forcément une question d'âge physique : il y a des gens qui pratiquent la médecine ou la pharmacie à leur façon et qui ne dérogeront pas et qui n'en ont rien à faire des améliorations à apporter. Et il y en a d'autres qui chercheront à se moderniser ». (E24, Pharmacie 5).

« Après, des jeunes sont arrivés et ont peut-être d'autres points de vue, d'autres façons de travailler. On n'a pas encore nos marques, nos repères avec eux ». (E4, Médecin 3).

3.6.8.2 Rivalités entre les infirmières du territoire

Il ne semblait pas y avoir une bonne entente entre les différents cabinets infirmiers du territoire. La principale raison invoquée était la préservation de la patientèle inhérente à l'exercice libéral. Des infirmiers se plaignaient de ne pas avoir de patients adressés par d'autres cabinets qui pourtant parfois ne pouvaient pas assurer les soins. Là encore, la différence de génération était évoquée comme source de conflits.

« Je sais que des infirmières installées récemment ont plus de mal à travailler et trouver des patients. On préserve son gagne-pain et je pense qu'on est trop nombreuses sur le coin ». (E10, IDE 1).

3.6.8.3 Rivalités médecin-kinésithérapeutes

Une mauvaise entente pouvait exister entre les médecins et les kinésithérapeutes. Selon les kinésithérapeutes interrogés l'origine de ces conflits remontait à l'ancienne génération où les kinésithérapeutes étaient vus comme « profitant du système ».

« Je pense que malheureusement il y a toujours une "guéguerre". Les vieux médecins sont en guerre contre les vieux kinés et du coup, ne veulent pas entendre parler des courriers des kinés et des choses comme ça ». (E3, Kinésithérapeute 1).

« Les médecins ont une mauvaise image des kinés parce qu'à l'époque, les kinés prenaient trois ou quatre patients en même temps, c'était un peu l'usine. On faisait de la lampe chauffante et des électro et puis c'est tout ». (E26, Kinésithérapeute 5).

3.6.9 Projet trop ambitieux

Le projet lui-même, parce que perçu comme trop ambitieux, était de nature à faire peur. Plusieurs professionnels souhaitaient formaliser des actions déjà mises en place plutôt que de développer de nouvelles choses.

« Je pense qu'il faut faire avec ce qui existe pour démarrer une MSP et pour mettre tout le monde dans l'action, il faut faire des choses simples puisque l'objectif est de faire du qualitatif ». (E12, Médecin 7).

Rivaliser avec les plus grosses structures au niveau qualitatif paraissait impossible à réaliser car ces dernières étaient décrites comme trop efficaces et mieux organisées.

« Vouloir faire une organisation qui rivalise efficacement avec ce genre de structures, c'est tout simplement impossible. Je ne pense pas que l'on puisse arriver à donner une offre de soins qui soit équivalente en quantité et en qualité. Ils ont une offre irremplaçable ». (E23, Kinésithérapeute 4).

3.6.10 Sentiment d'être sous la directive des pouvoirs publics

La création d'un cadre légal et administratif pouvait faire peur à certains professionnels qui pensaient qu'à terme, les libertés permises par leur exercice libéral allaient disparaître. Les MSP étaient vues comme permettant au gouvernement d'avoir un contrôle sur les professionnels libéraux.

« J'ai l'impression qu'en créant ces organisations, ces protocoles, on crée ainsi la structure qui va permettre la contrainte des autorités sur l'exercice des praticiens ». (E6, Médecin 4).

3.7 Désir d'adhérer au projet de MSP hors les murs :

Parmi les 29 personnes interrogées, 23 personnes étaient intéressées par une organisation pluriprofessionnelle sur le territoire. Parmi les personnes non intéressées :

- 1 kinésithérapeute ne ressentait pas le besoin d'une telle structure sur le territoire.
- 2 infirmières demandaient plus d'informations sur le projet pour adhérer au projet.
- 1 médecin et 1 infirmière attendaient de voir quel allait être le rôle de chacun et à quoi allait ressembler le projet une fois mis en place.
- 1 des médecins n'y voyait pas d'intérêt financier.

Pour une grande majorité des professionnels intéressés par le projet, mieux se connaître apparaissait comme le premier objectif à atteindre. Mieux se connaître aurait permis de :

- **Connaître le travail de l'autre** : connaître le travail des autres professionnels était un moyen de mieux orienter les patients et surtout de comprendre ce qui se passe au-delà de la prescription.
« La première chose qu'il faut faire, c'est mettre en place quelque chose pour que les professionnels se connaissent bien et que l'on connaisse les compétences de chacun afin de pouvoir orienter au mieux les patients ». (E27, Médecin 8).

« L'infirmière comprend pourquoi on fait ces prescriptions, le médecin comprend ce que fait l'infirmière, ce qu'elle fait effectivement ». (E7, Médecin 5).

- **Mieux communiquer** : en se connaissant mieux, les professionnels du territoire pourraient avoir plus de facilités à s'appeler, à s'envoyer des messages ou des photos. Pour eux, se connaître signifiait être mieux coordonné.

« Maintenant que je connais tout le monde, je n'hésite pas à appeler un médecin ou une infirmière, alors qu'avant j'avais plus de difficultés ». (E16, Kinésithérapeute 2).

« Je pense que pour bien être coordonné il faut avoir un bon réseau. Et ça, si on ne connaît pas les gens, si on ne les rencontre pas c'est difficile à obtenir ». (E11, Pharmacie 3).

Discussion

1 Principaux résultats

Comme l'avait montré la thèse du Docteur Kozlowski (12), il existe sur le TDS VROR un essoufflement du système de santé : tant dans l'épuisement des professionnels toujours plus sollicités qu'au niveau organisationnel. Les professionnels de santé sont parfois trop disponibles et croulent sous le travail administratif comme cela a été évoqué dans les entretiens E1, E3, E4, E5, E9, E21. Leur rémunération est décrite comme insuffisante comme dans les autres travaux réalisés sur le département des Alpes Maritimes (12) (13). Certains semblent aussi souffrir de la solitude apportée par l'exercice libéral.

Il est aussi décrit un changement dans le comportement des usagers qui oblige les professionnels libéraux à mieux s'organiser. Il existe de façon générale, depuis plus d'une dizaine d'années, une augmentation des consultations aux urgences pour des motifs «*non-urgents*», qui auraient pu être prises en charge par le secteur libéral (26). Le comportement du patient est parfois décrit comme «*consommériste*» voire «*exigeant*» (27). Il semble indispensable pour plusieurs professionnels du territoire de redéfinir avec le patient la notion d'urgence, tant cette notion sous-entend des interprétations différentes (E4, E12, E13, E14, E28) et peut amener à consulter dans les services d'urgences au lieu de s'adresser aux professionnels du territoire.

Les patients sont aussi à la recherche d'informations et de services rapides. La rapidité de l'obtention d'un service semble parfois primer sur sa qualité comme cela a été rapporté dans les entretiens E13 et E18. La prise en charge rapide de ces urgences «*non-urgentes*» et des soins non programmés ne pourra se faire sans l'organisation par les professionnels du territoire d'une permanence de soins clairement visible par les patients et connue des services de régulation du SAMU. Cette continuité des soins devra être clairement affichée et diffusée (par exemple sous forme d'affiches dans les cabinets ou directement sur les ordonnances comme cela a été évoqué dans les entretiens E5, E16, E28). Enfin, une éducation des patients sur le recours aux soins est envisagée par certains (E12, E14).

Face à ces difficultés, le travail pluriprofessionnel apparaît pour un grand nombre d'entre eux comme une solution. 23 des 29 professionnels de santé interrogés se disaient intéressés pour participer à une organisation pluriprofessionnelle sur le territoire. Le taux de professionnels intéressés est plus faible que lors de la thèse du Dr. Kozlowski (12) mais il est utile de rappeler que sur les 19 cas interrogés dans son étude, on ne comptait que 2 professionnels de chaque catégorie que nous avons interrogée.

Les 29 entretiens que nous avons réalisés sur le territoire VROR ont mis en évidence les attentes et les représentations des professionnels de santé vis-à-vis du travail pluriprofessionnel tel qu'il peut s'organiser au sein d'une MSP. Evidemment, celles-ci sont conditionnées par le contexte de soins particulier du territoire : des professionnels de santé nombreux statistiquement mais mal organisés.

Le manque de coordination sur le territoire tient au fait que les professionnels ne se connaissent pas ou peu. Ne se connaissant pas, ils ne communiquent pas, pas directement du moins et peuvent devenir méfiants les uns des autres comme l'avait montré la thèse de N. Guerrier (13).

Ce manque de communication conduit à un manque de partage d'information et à une incompréhension des professionnels entre eux. Les médecins veulent des bilans de la part des paramédicaux quand les paramédicaux pensent que les bilans sont inutiles car non lus par les médecins (E1, E7, E16, E23, E27).

Pourtant le TDS VROR semble avoir toutes les ressources nécessaires au développement d'un exercice pluriprofessionnel de qualité : plusieurs jeunes professionnels se sont récemment installés ce qui témoigne d'une certaine attractivité (E28), les professionnels de santé du territoire se considèrent comme polyvalents et bien formés (E17, E18, E20) et la présence d'enseignants chercheurs permet d'envisager la création d'un pôle universitaire.

Au travers de cette thèse, puis du travail de rédaction du projet de soins qui sera entrepris, les professionnels du territoire devront apprendre à se connaître et à fraterniser. Comme l'avait souligné le rapport Juilhard (28), l'élaboration du projet de santé permet une mise en lien des professionnels qui va au-delà de celle apportée par un projet architectural. Le projet de santé met en cause le contenu effectif de leurs pratiques et permet à chacun d'y trouver un bénéfice pour leur travail quotidien. Ce n'est qu'ensuite qu'ils pourront développer des actions communes comme la rédaction de protocoles pluriprofessionnels ou la tenue de réunions de concertations autour des cas complexes.

Plusieurs professionnels ont exprimé leurs souhaits de formaliser les actions déjà mises en place plutôt que d'en créer de nouvelles.

Le travail pluriprofessionnel passera par la création d'un outil commun de partage de l'information. La multiplicité des moyens technologiques actuels (internet, logiciels, smartphones...) permet d'envisager un partage idéal voire total de l'information qui sera l'occasion d'une autoévaluation et du développement d'une activité de recherche en soins primaires. Les seules limites à ce partage seront celles fixées par les professionnels eux-mêmes : quelle confidentialité dans les échanges ? Quels professionnels de santé auront accès au dossier médical et quels professionnels seront restreints ?

Une fois coordonnés et identifiés comme un groupement unique, les professionnels du territoire seront à même de se coordonner avec les structures extérieures - dont les hôpitaux - pour faciliter notamment

les sorties d'hospitalisations, qui semblent être le problème majeur de la coordination externe (E8, E16, E17, 18, E20, E 27).

2 Forces et limites méthodologiques :

2.1 Recrutement et échantillon.

La première difficulté de notre étude fut le recrutement des professionnels de santé. Comme nous l'avons montré, ces derniers sont surchargés et l'obtention de rendez-vous était souvent difficile. Ceci fut encore plus important lors du recrutement des infirmiers(ères) ce qui nous a contraints à l'utilisation d'entretiens téléphoniques. Il semble que l'absence de local propre à la plupart des infirmiers ne facilitait pas la réalisation d'un entretien en face à face. Les premiers entretiens avec des infirmiers(ères) ont d'ailleurs été réalisés, soit à leur domicile, soit dans des cabinets de médecin généraliste pour celles et ceux faisant partie d'une structure AZALEE.

Lors de notre étude, 72 % des professionnels interrogés exerçaient en cabinet de groupe ce qui suggère que les professionnels intéressés par notre étude avaient déjà une dynamique de regroupement, cela peut constituer un biais de recrutement.

Les médecins interrogés exerçaient en moyenne depuis moins longtemps que les autres professionnels sur le TDS VROR, ce qui va de pair avec l'installation récente de médecins évoquée dans les entretiens. Cela laisse aussi suggérer que les jeunes médecins sont peut-être plus intéressés par le travail pluriprofessionnel que leurs aînés.

Pour plus de transférabilité des résultats, l'échantillonnage de notre étude a voulu cibler l'ensemble des professionnels qui peuvent, ensemble, participer à la création d'une MSP. Des professionnels des 4 communes qui composent le TDS VROR ont participé avec tout de même un très faible taux de participation des professionnels de la commune d'Opio. Ceux-ci semblaient, au téléphone lors du recrutement, complètement débordés par leur travail comme a pu en attester le seul et unique professionnel interrogé sur ce territoire (E4). Cette sous-représentation tient aussi au fait que cette commune comporte peu de professionnels de santé (1 médecin, 1 pharmacie, 1 IDE et 3 kinésithérapeutes).

Dans les analyses multi-cas et multi-sites, l'échantillon bien que restreint doit être suffisamment diversifié en incluant (29) : des informateurs centraux (ici il s'agissait de professionnels actifs dans le projets) comme périphériques (des professionnels naïfs de tout travail pluriprofessionnel) ; des partisans

et des opposants (certains professionnels inclus dans l'étude ont accepté l'entretien mais avaient affiché clairement leur opposition pour ce type de travail). Les professionnels de santé codirigeant cette étude n'ont pas été inclus afin d'éviter un biais de recrutement manifeste.

Nous avons choisi de ne pas inclure de dentistes ou de médecins biologistes comme cela était le cas dans les autres thèses réalisées sur le département (12) (13). Ces derniers ne sont pas, à priori, nécessaires à la mise en route d'un projet de MSP mais on pourra critiquer l'absence de biologistes dans l'étude car ils sont un maillon essentiel du système de soins primaires et peuvent participer directement à des protocoles pluriprofessionnels (exemple des AVK, E4).

La liste initiale des professionnels de santé sur laquelle s'est basé le recrutement provenait de l'annuaire des professionnels de santé du site de l'Assurance Maladie (ameli.fr). Certains professionnels avec qui nous avons pu entrer en contact au cours de l'étude ne figuraient pas sur cette liste. A l'inverse, certaines coordonnées étaient fausses et certains professionnels recensés n'exerçaient plus sur le territoire. Ceci peut constituer un biais de recrutement.

Les entretiens ont été menés jusqu'à la saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune idée nouvelle ne surgisse au cours des entretiens. 29 entretiens ont donc été réalisés ce qui est assez conséquent pour ce genre d'étude. En outre, la diversité des professionnels interrogés (à la fois diversité géographique et professionnelle) nous a encouragés à augmenter le nombre d'entretiens jusqu'à obtenir une saturation des catégories qui est de plus en plus la référence pour estimer la fin de la collecte des données (29).

2.2 Enquêteur

L'enquêteur qui a réalisé les entretiens n'avait aucune expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Ce biais de recueil de l'information a été limité d'une part par une période d'autoformation de l'enquêteur qui a précédé les entretiens et par l'expérience de la directrice de thèse en recherche qualitative.

2.3 Analyse

L'analyse est un moment critique dans la recherche qualitative. Nous avons formalisé cette analyse selon le modèle interactif en trois temps à partir de la collecte des données (29) :

- condensation des données avec codage thématique sur Nvivo 11 Software®
- présentation des données sous forme de texte narratif et de figures
- conclusion.

Comme la plupart des thèses qualitatives de médecine générale, la recherche est conduite par un seul investigateur. On pourra donc regretter l'absence de triangulation lors de la l'analyse.

La recherche qualitative est désormais reconnue par la communauté scientifique à condition de pouvoir démontrer une transférabilité exemplaire. Elle repose sur la constitution de l'échantillon et sa représentativité en termes de processus sociaux, sur la description détaillée du site étudié et sur le niveau d'abstraction que l'analyse doit atteindre. Notre étude présente, comme discuté ci-dessus, un échantillon répondant aux principaux critères de représentativité pour la création d'une MSP.

Enfin, comme nous l'avons évoqué plus haut, l'absence d'expérience dans le domaine de recherche qualitatif de l'investigateur constitue une des principales faiblesses de l'étude. Cette faiblesse peut être accentuée par le fait que l'interviewer et analyste est médecin généraliste, ce qui peut biaiser l'étude.

3 Théorisation à partir du modèle SWOT

L'utilisation du modèle SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats pour Forces, faiblesses, opportunités et menaces) permet d'obtenir une vision synthétique des envies et des réticences de chacun vis-à-vis du travail pluriprofessionnel tel qu'il peut être organisé au sein d'une MSP. Cette méthode permet de rassembler et de croiser les analyses internes (forces et faiblesses de l'organisation du travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP) et externe (opportunités et menaces vis-à-vis de l'environnement dans lequel cette organisation en MSP se conçoit). On distingue ainsi le négatif (faiblesses et menaces) du positif (forces et opportunités).

3.1 Forces et opportunités du travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP multi-site sur le territoire VROR

Le TDS VROR est un territoire propice à la création d'un pôle de santé (12) ou désormais d'une MSP dite hors les murs. Ceci en raison d'un nombre de professionnels suffisants, jeunes et motivés pour certains, se sentant capables de prendre en charge toute problématique de soins ambulatoires (E17, E18, E20).

La multiplicité des professionnels du territoire fait naître une envie de mieux identifier les autres professionnels et de s'identifier soi-même au sein du groupe (E7, E8, E27, E28). Il sera ainsi plus facile pour un professionnel donné de bien orienter ses patients et d'en recevoir en raison de ses spécificités d'exercice. Cette volonté d'être connu ou reconnu se retrouve dans le système de garde local. Plusieurs professionnels souhaitent au travers de ce regroupement être plus visibles et donc développer la permanence de soins.

Le regroupement des professionnels de santé permettra également d'améliorer l'accès aux soins en élargissant les horaires d'ouverture comme cela est souhaité par plusieurs professionnels (E13, E16, E20).

Il existe au sein de ce projet une formidable opportunité pour les professionnels du territoire de se connaître. Comme le rapportait un médecin, certains communiquent entre eux mais sont incapables de se reconnaître lorsqu'ils se croisent dans la rue (E27).

La création de liens professionnels permet de lutter contre l'isolement du métier libéral qui est connu pour être un frein à l'installation des professionnels de santé et à la poursuite de leur activité (30).

Accès aux soins	• Mieux identifier les professionnels et leurs spécialisations • Meilleure visibilité du système de garde
Se connaître	• Se rencontrer lors des réunions ou de la rédaction des protocoles • connaître le travail de l'autre • Lutter contre l'isolement
Améliorer la prise en charge des patients	• Meilleure permanence / continuité des soins • Mieux informer les patients
Coordination interne	• Gagner du temps • Homogénéisation des pratiques • Continuer à se former
Coordination externe	• Améliorer les sorties d'hôpitaux • Rivaliser avec les plus grosses structures • communiquer plus facilement avec les cliniques et les hôpitaux
Partage du système d'information	• Communiquer facilement en développant un outil commun de communication • Avoir un retour des paramédicaux (médecins) • Avoir plus d'informations sur les ordonnances (kinésithérapeutes)
Aspects financiers	• Obtenir de meilleures cotations (Kinésithérapeutes) • Se faire rémunérer pour des actions déjà mises en place
Développer l'attractivité	• Attractivité pour les professionnels en cours de formation • Attractivité pour les professionnels en général
Développement de la recherche	• S'auto-évaluer • Soigner en lien avec les spécificités du territoire • Améliorer le niveau médical

Figure 14. Motivations des professionnels du territoire intéressés par le projet de MSP.

Se connaître c'est aussi connaître le travail de l'autre et s'y intéresser. Les réunions de concertation pluriprofessionnelles et la rédaction des protocoles pluriprofessionnels sont vues comme un moyen de mieux se connaître au-delà des bénéfices pour le patient.

En travaillant de concert, les professionnels du territoire espèrent lutter contre les difficultés de leur exercice actuel, en gagnant du temps dans leur prise en charge notamment pour être plus efficaces et pouvoir se former (E7, E8, E10, E12). Dans notre étude, aucun professionnel n'évoquait un gain de qualité de vie au travers du regroupement, contrairement à la plupart aux autres travaux sur le travail pluriprofessionnel (10) (11) (12) (13).

L'implantation de groupement de médecins exige à chaque fois la mise en commun de pratiques médicales souvent hétérogènes (31). L'exercice au sein d'une MSP multi-sites est aussi l'occasion d'harmoniser les pratiques entre les professionnels. Il permet de lutter contre la dévalorisation de certains professionnels plus exigeants (notamment dans l'exemple de la rédaction de certificats médicaux avec examen médical préalablement fait (E7)).

La volonté de se regrouper au sein d'une MSP témoigne aussi d'une volonté d'être plus fort au sein d'un ensemble reconnu. La menace des structures plus grosses (HAD, groupement privés de soins ambulatoires) et les difficultés de communications avec l'hôpital sont des leviers au regroupement des professionnels sur le territoire. Ces derniers voient peu à peu leurs patients sortir du système local de soins ambulatoires et se demandent pourquoi. La réponse apportée par l'un des sujets (E20) est que l'hôpital ne peut pas se permettre de coordonner les professionnels libéraux lors de la sortie d'un patient si cela n'a pas été fait en amont. Il est plus facile pour le cadre hospitalier de contacter un seul organisme privé plutôt que l'ensemble des intervenants susceptibles de soigner le patient.

L'organisation d'une sortie d'hôpital idéale était décrite de la façon suivante (E16) : une notification de sortie d'hôpital imminente serait envoyée au groupement de professionnels libéraux où un coordinateur se chargerait de mettre en place une équipe prête à prendre en charge le patient à son domicile : mise à disposition d'un lit médicalisé pour le patient par la pharmacie, soins de kinésithérapie dès le premier jour à domicile, soins de nursing, visite programmée du médecin traitant...

Se regrouper permettra aussi de communiquer d'une même voix avec les structures de soins environnantes, cliniques ou hôpitaux et de peser plus lourd dans certaines discussions. Selon un rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (32), le regroupement des professionnels n'est pas considéré comme la condition nécessaire et suffisante à l'amélioration des relations ville-hôpital mais peut néanmoins la favoriser.

Des voies de communications privilégiées pourront être mises en place comme la création de lignes directes téléphoniques entre libéraux et hôpitaux (E16, E28).

La totalité des professionnels souhaite mieux communiquer et imagine pour cela un outil de communication commun qui sera idéalement un logiciel commun mais pourra être, pour commencer,

un simple dossier de soins papier à domicile ou une messagerie sécurisée. Cet outil facilitera les échanges et surtout les retours d'informations. Ceci va dans le sens du gouvernement actuel qui souhaite développer les échanges entre les professionnels notamment au travers du développement de la stratégie nationale e-santé 2020 (33).

Au travers de ce système d'information, c'est toute une démarche d'auto-évaluation et de recherche en soins primaires qui pourra s'organiser sous l'impulsion d'enseignants chercheurs présents sur le territoire. En France, la médecine générale en tant que profession a du mal à faire reconnaître ses besoins notamment en recherche universitaire. Une organisation pluridisciplinaire défendant l'offre de soins primaires pourrait être plus forte et plus efficace (34). La création d'une culture de recherche commune aux soins primaires en France est essentielle à la mise en place d'un réseau de recherche comme cela a pu être mis en place en Grande Bretagne (34). Pour cela une information et une formation à la recherche sera nécessaire chez des professionnels ambulatoires pour la plupart inexpérimentés mais néanmoins intéressés par la celle-ci (E10, E11, E12, E13, E14, E17, E18, E20, E24, E27, E28).

Comme dans la plupart des études sur le sujet, les aspects financiers ont été évoqués. S'il va de soi que l'enrichissement ne doit pas être le motif d'entrée dans une MSP, la perspective d'être rémunéré pour des actions déjà mises en place semble intéresser un grand nombre de professionnels. La rémunération des professionnels lors de leur participation à des réunions de concertation sur les cas complexes est une évidence pour la plupart d'entre eux.

Au-delà de cette rémunération directe, certains professionnels comme les kinésithérapeutes imaginent pouvoir améliorer leurs cotations en les expliquant mieux aux médecins du territoire (E3, E26).

L'amélioration de la prise en charge des patients reste le principal moteur à l'entrée dans une organisation pluriprofessionnelle. Qu'il s'agisse de permanence et de continuité des soins, d'efficience de la prise en charge ou même d'information. Sur ce dernier point le travail pluriprofessionnel permet d'accorder le discours des différents intervenants, surtout lors de cas difficiles avec des diagnostics lourds.

L'HAS, dans un rapport sur l'information des patients, rappelait qu'un même patient reçoit des informations qui émanent de plusieurs intervenants, ce qui nécessite à la fois de déterminer ce qu'on entend par information (qui doit dire quoi ?) et de synthétiser les multiples informations reçues afin d'en assurer leur cohérence (35). Le médecin traitant était décrit dans notre étude comme devant assurer ce rôle de synthèse, là où les paramédicaux assuraient plutôt un rôle d'information de 2^{ème} ligne mais qui n'était pas à négliger dans la mesure où l'information du médecin n'était pas toujours suffisante (E2, E9, E13, E16, E18, E22).

Enfin, l'organisation en MSP pourrait contribuer à l'arrivée de nouveaux professionnels sur le territoire. Il a été montré que les pôles et maisons de santé bénéficient d'une forte attractivité (36). Cela permettra également, comme le rappelait l'un des médecins, de faire découvrir ce type d'exercice aux jeunes professionnels de santé en cours de formation lors de leurs futurs stages au sein de cette structure (E8).

3.2 Freins et menaces vis-à-vis du travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP multi-site sur le territoire VROR

Les freins et les menaces rapportés par les professionnels rapportés dans la figure 15.

Contexte	• Patients exigeants • Concurrences de structures privées • Volonté de certains de ne pas développer la permanence de soins
Coordination interne	• Méfiance et conflits entre les professionnels • Exclusion de certains professionnels • Kinésithérapeutes peu intéressés
Coordination externe	• Manque de communication avec les hôpitaux et les cliniques • Absence de coordination avec les spécialistes
Définition du projet	• Définition du territoire • Projet trop ambitieux
Mise en oeuvre du projet	• Coût de mise en oeuvre • Surcharge de travail (réunions, protocoles...) • Contrainte des autorités de santé
Partage d'informations	• Perte du secret médical • Refus de partage des patients

Figure 15. Freins et menaces ressentis par les professionnels vis-à-vis du travail pluriprofessionnel
Face aux modifications du système de soins actuel, les professionnels du TDS VROR non seulement veulent mais doivent s'organiser. La multiplication des structures de soins à domicile que sont les SSIAD et les HAD, constitue une première menace. Pour les libéraux, il est nécessaire de se coordonner au risque, le cas échéant, de perdre une partie de leur activité sur le territoire. Ce problème semble exister

dans d'autres territoires de soins français. En janvier 2016, un collectif d'infirmiers libéraux du Cotentin dans une lettre ouverte à la Ministre de la santé Marissol Touraine se plaignait déjà de la concurrence des HAD (37). En Mai 2016, L'autorité de la concurrence a d'ailleurs été saisie autour de ces questions et admettait que ces structures (HAD, SSIAD, CSI, SSAD, SPASSAD, PSAD...) obéissent à une réglementation moins stricte que celle applicable aux infirmiers : elles ne sont notamment pas soumises, en tant que telles aux règles de la profession infirmière, comme celles relatives à la publicité (38). Elles peuvent dans ces conditions effectuer un certain démarchage auprès des hôpitaux et cliniques comme cela était rapporté dans plusieurs entretiens (E9, E10, E11, E17, E18, E20). Dès lors qu'une concurrence pourrait s'intensifier avec ces structures, il semblait impératif de redonner aux infirmiers des leviers de concurrence. La principale solution recommandée par l'autorité de la concurrence était le regroupement des professionnels libéraux qui constitue, selon elle, une évolution souhaitable de la profession pour répondre aux demandes de soins ainsi qu'aux aspirations des nouvelles générations de praticiens (38).

Des patients de plus en plus exigeants incitent aussi au regroupement et au travail pluriprofessionnel ; il faut pouvoir aller plus vite dans les réponses que l'on apporte et dans les prises en charge. Le regroupement des compétences et la mutualisation des moyens s'inscrit dans une logique d'efficacité et de rentabilité, mais traduit aussi une volonté d'amélioration des conditions d'exercice, tout en permettant d'assurer une permanence des soins de plus en plus exigeante (38).

Les professionnels du territoire devront s'accorder sur le développement de cette permanence de soins. Comme cela a été rapporté dans plusieurs entretiens (E7, E12, E24, E27), il semble exister une volonté de certains de ne pas développer le système de gardes et astreintes. L'exemple des professionnels de la commune du Rouret avec des affiches dans les différents cabinets est peut-être celui à suivre.

Le problème de la définition du territoire est aussi un frein important. S'il correspond à la permanence de soins sur le territoire, il existe en fait 2 tours de garde différents sur le secteur (E28). Comme le rappelait la Fédération Française des Maisons de santé (FFMS), l'un des étapes préalable à la création d'une MSP est de correctement définir l'échelle territoriale du projet et la population concernée (39).

Ils devront également apprendre à se connaître pour ne plus être méfiants et aller au-delà des conflits, médecins-kinésithérapeutes comme cela a été retrouvé dans une autre étude (10).

Le travail en réseau permettra de tisser des liens entre les professionnels de santé mais risque aussi d'exclure certains (E23). En refusant de participer à l'organisation pluriprofessionnelle sur le territoire, un paramédical (infirmier ou kinésithérapeute) s'expose à ne plus recevoir de patients de la part des médecins. Il s'agit d'une forme d'exclusion passive mais inévitable. De même, un médecin refusant le partage de l'information (dossier médical commun par exemple) risque de s'auto-exclure du circuit

médical d'information. Nous n'avons pas retrouvé ce frein dans les autres études sur le sujet bien qu'il soit assurément à prendre en compte.

L'un des enjeux majeur de l'organisation pluriprofessionnelle est l'amélioration des relations ville-hôpital et premier recours-spécialistes. Ces interlocuteurs ne peuvent pas exister les uns sans les autres et pourtant n'ont pas su se coordonner sur le territoire. L'accès aux spécialistes n'était pas rapporté comme un problème à condition que le patient soit prêt à s'acquitter de dépassements d'honoraires. L'organisation de vacations de spécialistes au sein du projet de MSP comme le prévoit le règlement arbitral (40) peut être une solution à condition que ceux-ci exercent en secteur sans dépassements d'honoraires.

Comme dans d'autres études (12) (13), l'exercice pluriprofessionnel fait craindre une surcharge de travail administratif et une chronophagie, notamment ici par l'organisation de réunions pluriprofessionnelles et la rédaction de protocoles. Un grand nombre des personnes interrogées n'était pas contre participer à ces réunions à condition que ces dernières ne soient pas trop fréquentes (E1, E7, E9, E15, E17, E26, E27). Mais quelle est la fréquence idéale ?

Le règlement arbitral stipule que ces réunions doivent porter sur 3 % des patients de la structure par an. Selon le portrait de territoire du TDS VROR établi par le SIRSé PACA (21) en 2014, 14410 personnes ont eu recours à un médecin généraliste. Si l'on imagine que le projet ne regroupe sur le territoire ne serait-ce que la moitié de ces patients, cela correspond à 216 patients complexes par an, soit 18 par mois environ. Il y a fort à parier que les professionnels de santé, notamment les médecins soient régulièrement sollicités pour leur participation à ces réunions.

La peur de la contrainte et de la mise sous tutelle des autorités de santé est aussi retrouvée dans notre étude (E4). L'absence de cadre législatif a été décrite comme un frein au montage d'une MSP (11) mais l'encadrement pour l'obtention d'une labellisation est possiblement de nature à freiner lui aussi l'adhésion de certains professionnels.

Quoi qu'il en soit, cette labélisation et donc la rémunération qui en découle, semblent nécessaires pour le financement et la pérennisation de ce type d'organisation : le financement des réunions et de la mise en place d'un outil informatique commun étaient de nature à inquiéter les personnes interrogées (E4, E5, E16) qui étaient donc favorables à un encadrement légal de l'organisation pluriprofessionnelle.

Le partage des informations constitue une forme de perte de confidentialité et peut dans une certaine mesure porter atteinte au secret médical. Outre les problèmes techniques ou méthodologiques, le partage des informations pose souvent des problèmes psychologiques et culturels (41). Plusieurs professionnels avaient peur du secret médical lors des réunions autour des cas complexes et dans l'hypothèse d'un dossier médical partagé (E1, E2, E5, E12, E23, E28).

Le partage des patients constitue le dernier frein à la mise en place d'un travail pluriprofessionnel. C'est peut-être le plus important. Il faut accepter que son patient soit examiné ou pris en charge par un autre quand celui-ci consulte de façon non programmée où en cas d'indisponibilité. Il faut accepter qu'un autre professionnel juge le travail déjà accompli et rajoute son avis. Partager les patients c'est aussi accepter de les perdre.

3.3 Synthèse de l'analyse SWOT

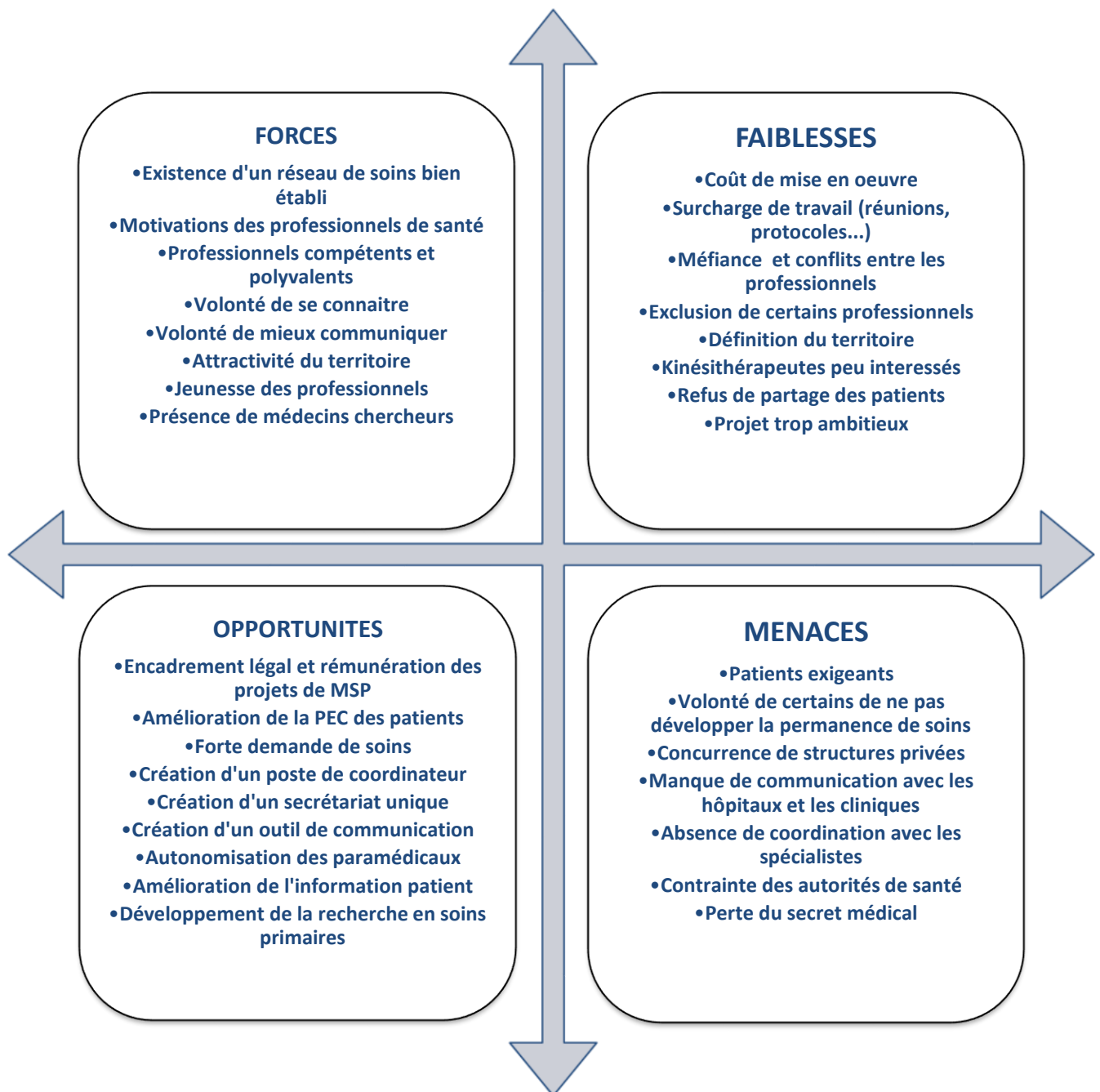


Figure 16. Synthèse de l'analyse SWOT.

Comme le rappelait le P. De Haas dans son livre (42), la réussite d'un projet de maison de santé repose sur 5 éléments fondateurs qui sont :

- La dynamique de groupe.
- L'approche territoriale.
- Le projet de santé.
- Un financement solide.
- Un projet immobilier.

Le projet de MSP hors les murs sur le TDS VROR bénéficie d'une **dynamique de groupe ancienne** déjà démontrée par le passé (12).

L'approche territoriale semble encore incomprise de certains professionnels qui pensent, à tort, que le projet ne concerne pas leur commune. Un travail d'information à ce niveau semble encore nécessaire pour fédérer un maximum de professionnels autour du projet. Cette étude a indirectement contribué à l'information des professionnels du territoire.

Le projet de santé sera rédigé prochainement en s'appuyant sur les résultats de notre étude afin d'avoir un projet consensuel parmi l'ensemble des catégories professionnelles du territoire. Les notions d'accès aux soins, de permanence de soins, de travail en équipe pluriprofessionnelle et de partage de l'information devront être précisées. De véritables difficultés ont émergé de notre étude mais des pistes d'améliorations qui permettront de structurer l'équipe de soins et le projet ont été proposées par les professionnels eux-mêmes. Elles sont résumées dans le tableau 5.

Le règlement arbitral permet désormais d'assurer un **financement solide**, sous couvert du respect des critères exigés. En acceptant le travail préalable et les contraintes demandées par ce cadre législatif nouveau, le professionnel libéral peut désormais se lancer avec confiance et plus de facilité dans un projet de MSP.

Enfin le projet immobilier n'a pas lieu d'être ici puisqu'il est envisagé une **organisation hors les murs**, où chacun conserve son cabinet mais reste en lien étroit avec les autres professionnels du territoire au travers de moyens technologiques et de réunions de concertation.

Eléments de structuration	Equipe	Projet
Accès aux soins	• Identification des professionnels comme un groupe organisé • Identification des professionnels au sein de ce groupe • Organisation de la prise en charge des soins non programmés	• Unique source d'information pour les patients. • Diffusion du système de garde • Education des patients sur le recours au soin et les urgences
Travail en équipe pluriprofessionnelle	• Formalisation de la coordination interne • Homogénéisation des pratiques professionnelles • Autonomisation des paramédicaux • Formation des professionnels (réunions, protocoles)	• Présence d'un coordinateur • Coordination avec les spécialistes • Organisation des sorties d'hôpitaux • Développement de la communication avec les structures extérieures
Partage du système d'information	• Fonction d'alerte efficace • Systématisation des bilans paramédicaux • Consensus sur les niveaux d'accès aux renseignements médicaux	• Consensus autour d'un outil de partage de l'information • Autoévaluation des actions mises en œuvre

Tableau 5. Eléments de structuration de l'équipe de soins et du projet de MSP.

Conclusion

Le cadre légal du travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP fixe une bonne base de départ pour la mise en place d'un projet de travail pluriprofessionnel. Les professionnels interrogés dans notre étude ont identifié des problèmes d'accès aux soins, de travail en équipe et de partage de l'information sur leur territoire mais ont aussi apporté des solutions pour y faire face. Tout en étant exhaustif, le cadre légal de structuration d'une MSP laisse une certaine souplesse à sa mise en œuvre, permettant à chaque équipe de soins de s'adapter en fonction du contexte de soins et de ses envies. Malgré une offre de soins importante, les professionnels de santé du TDS VROR ont exprimé le besoin d'une meilleure organisation. Ce travail d'expression des professionnels de santé d'une zone péri-urbaine est innovant.

Le travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP, qu'il soit dans les murs ou hors les murs ne nécessite finalement qu'une seule et unique chose : que les professionnels se connaissent pour travailler ensemble et améliorer les attentes de chacun. Il ne s'agit pas de savoir qui exerce dans le cabinet d'à côté mais d'être capable de communiquer avec lui en minimisant les contraintes. Connaître l'autre et connaître son travail semble une étape essentielle pour respecter ce dernier. En accordant de la valeur au travail de l'autre et en connaissant ses attentes, on prend soin de préciser ses ordonnances, de répondre aux courriers et de le prévenir personnellement. La communication s'en trouve directement améliorée.

Connaître l'autre est peut être encore plus important dans une structure hors les murs où il n'existe pas cette proximité que l'on peut retrouver au sein d'une MSP dans les murs. Ces liens permettent d'établir un réseau solide et privilégié au sein duquel circuleront plus facilement les patients et les informations.

L'identification de tous les professionnels au sein d'un réseau clair et parfaitement accessible garantit un accès aux soins idéal sur un territoire donné. Il semble d'ailleurs impératif de redéfinir conjointement avec le patient la notion d'accès aux soins et d'urgence médicale. Peut-être qu'une meilleure information des patients sera un moyen de les rassurer et de les éduquer sur ce domaine, réduisant ainsi le recours aux services d'urgences et valorisant du même coup les professionnels de premier recours.

Les professionnels interrogés ont fait part de leur volonté de commencer petit à petit, de formaliser les actions déjà mises en place et qui s'inscrivent dans les axes du travail pluriprofessionnel. Comme s'il existait, déjà, une graine de travail pluriprofessionnel sur ce territoire qui ne demandait qu'à germer.

Il sera intéressant à l'avenir d'étudier le ressenti des patients et l'impact sur leur santé de la mise en place de ce type d'organisation.

Résumé

Objectif : Malgré la motivation des professionnels de santé, l'évolution des structures de soins préexistantes vers la labellisation se heurte souvent à des difficultés, en particulier méthodologiques et d'accompagnement. Certains professionnels souhaitent avoir un cadre réglementaire pour encadrer l'exercice coordonné en pôle ou maison de santé. En 2015, nos institutions ont formalisé ce que l'on appelle aujourd'hui une maison de santé pluriprofessionnelle avec des objectifs socles et des moyens opérationnels. La proposition des institutions donne une base commune qui permet peut-être de construire une MSP plus facilement. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des professionnels de santé d'un territoire français vis-à-vis des 3 piliers définissant le travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive qualitative par entretiens individuels semi-dirigés effectués à l'aide d'un guide d'entretien. La démarche était interprétative car l'étude a été initiée sans préjugés de départs.

Résultats : Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive par 29 entretiens semi-dirigés auprès des professionnels de santé du territoire parmi médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et pharmaciens libéraux. Les entretiens ont débuté en juillet 2016. Ils ont été enregistrés puis retranscrits sous la forme de verbatim, avant d'être analysés à l'aide du logiciel QSR Nvivo 11® par l'investigateur. La fin du recueil des données a eu lieu lorsque l'analyse permettait la « saturation théorique » des données. 23 des 29 professionnels de santé interrogés ont fait part de leur volonté de travailler au sein d'une structure d'exercice pluriprofessionnelle. L'étude a permis de faire émerger les motivations, réticences et suggestions pour ce type d'organisation. Les attentes principales des professionnels du secteur étaient de : mieux se connaître et formaliser les actions déjà mises en place. Une analyse SWOT a permis de mettre en évidence des éléments de structuration de l'équipe de soins et du projet.

Conclusion : La connaissance des professionnels de santé, entre eux, sur un territoire donné est de nature à favoriser l'émergence d'un travail pluriprofessionnel. L'existence d'un cadre réglementaire permet de diminuer les craintes des professionnels de santé vis-à-vis de leur organisation en maison de santé pluriprofessionnelle.

Summary

Objective: Despite the motivation of health professionals, the evolution of existing health structures towards labeling often face difficulties such as methodology and support. Professionals wish to have a well-defined structure for coordinated work in a medical home. In 2015, French government formalized what we call today a multi professionals medical home with objectives and operational means. The proposal of institutions should allow us to build medical homes more easily. The aim of this study was to know what health professionals' in an area of France thought about the 3 axes that defines collaborative work in a medical home.

Methodology: It was a descriptive and qualitative study conducted with individuals and semi-structured interviews.

Results: We decided on a descriptive and qualitative study which was based on 29 interviews set up with health professionals' such as general practitioners, nurses, physiotherapists and pharmacists. The interviews started July 2016. They were recorded and transcribed in to verbatim before being analyzed thanks to QSR Nvivo 10. The data collection ended when the data saturation was reached. 23 of the 29 health professionals that were interviewed wished to work in a multi professional medical home. The study allowed us to know the motivations, the fears and the suggestions concerning team work. The Health professionals wanted to know each other better and to make official what had already been done on their territory. A SWOT analysis allowed us to acknowledge elements that would help structure the health team and project

Conclusion: As long as the health professionals know each other it will encourage the development of multi professions working together. A well-defined context will decrease the health professionals' fears concerning working in a multi professional medical house.

Mots clés : Maisons de santé pluriprofessionnelles – Soins primaires – Travail en équipe pluriprofessionnelle – coordination des soins – Accès aux soins – Partage de l'information – Professionnels de santé – Protocoles pluriprofessionnels – Recherche qualitative – Alpes Maritimes.

Bibliographie

1. **Bourgueil et al.** Médecine de groupe en soins primaires dans 6 pays Européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? *Questions d'économie de la santé*. IRDES, 2007, 127.
2. **I. Robert-Bobée, INSEE.** *La population continue de croître et le vieillissement se poursuit*. s.l. : INSEE, 2016.
3. **P. Clerc et al.** Etude polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. *Pratique et organisation des soins*. 2008, 39.
4. **INSEE.** *En France, la croissance retrouvée des espaces ruraux reste limitée à sept régions*. 2010.
5. **Observatoire national de la démographie des professions de santé.** Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays Européens. Mars 2015.
6. **V. Dory et al.** La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer*. 2009, Vol. 20, 85.
7. **LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.** [En ligne] 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte> .
8. **G. Chevillard et al.** Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. 2013.
9. **C. Gangloff-Ziegler.** *Les freins au travail collaboratif*. 2010.
10. **C. Fournier et al.** *Dynamiques professionnelles et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé*. s.l. : IRDES, 2014. 557.
11. **V. Leprette.** Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en île de France : motivation des porteurs de projets et difficultés rencontrées. 2011.
12. **M. Kozlowski-Dupret.** Représentations et attentes des acteurs de santé concernant la création d'un pôle de santé sur un territoire de santé des Alpes-Maritimes. Nice : Thèse de médecine générale, 2014.
13. **N. Gerrier.** Besoins, attentes et craintes des professionnels de santé à propos de la création d'un pôle de santé pluriprofessionnel au sein du quartier des Moulins-Meridia. Nice : s.n., 2016.
14. **F. Vaudier et al.** La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Question d'économie de la santé*. s.l. : IRDES, 2010. 157.
15. *Etat des lieux des MSP issu de l'observatoire des recompositions au 16 Mars 2015.* **Direction générale de l'offre de soins - DGOS.**

16. **T. Wattinne et al.** *Etat des lieux et évaluation des mesures d'accompagnement à la création des maison et pôles de santé pluriprofessionnels dans la région Nord Pas de Calais*. Lille : s.n., 2011.
17. **Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Texte n°34, 2015, Vol. JORF n°0049, p. page 3751 .**
18. **G. Chevillard.** *Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine*. université de Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense : s.n., 2015.
19. **Règlement arbitral - présentation du contrat.** *Ameli.fr*. [En ligne] juillet 2015.
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-mayenne/vous-informer/reglement-arbitral_mayenne.php.
20. **Projet régional de santé - Provence Alpes Cote d'Azur. PACA, Agence régionale de santé. 2012-2016.**
21. **Système d'information régional en santé de l'observatoire régional de la santé .** Portrait de territoire : cantons regroupés ; Le Bar-sur-Loup. PACA : s.n., 2013.
22. **M. Langlois.** *Maison de santé hors les murs, multi-sites, "la maison de santé Pluriprofessionnelle Les collines"*. 2016.
23. **M. Nurger.** *Evaluation des besoins de santé de la population étudiante de l'université Nice Sophia Antipolis pour la création d'un centre de santé universitaire*. 2013.
24. **Bureau d'aide psychologique universitaire de Nice.** *Même les étudiants ont du vague à l'âme*. [En ligne] 2011. www.bapunice.org.
25. **JC. Andreani et al.** *Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. Revue française du marketing*. 2005, Vol. 201.
26. **S. Gentil et al.** *Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé publique*. S.F.S.P, 2004, Vol. 16.
27. **La place des usagers dans le système de santé. ADSP, 2000.**
28. **JM. Juilhard et al.** *Le bilan des maisonss et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. 2010.
29. **J. Mukamurera et al.** *Des avancées en analyse qualitative. Recherches qualitatives*. 2006, Vol. 26.
30. **G. Sliman et al.** *Attentes, projets et motivations face à leurs exercices professionnels. Rapport de sondage*. Paris : Conseil national de l'ordre des médecins, 2007.
31. **MD. Beaulieu et al.** *L'implantation des groupes de médecine de famille : défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Québec : s.n., 2006.
32. **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.** *État des lieux des dispositifs de coopération et de coordination des soins, Rapport*. 2014.

- 33. Stratégie nationale e-santé 2020.** *Ministère des affaires sociales et de la santé.* [En ligne] 04 Juillet 2016. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf.
- 34. C. Huas.** Le développement d'un réseau de recherche en soins primaires augmente-t-il la qualité et la quantité de la recherche en soins primaires ? *Exercer.* 2008, 83.
- 35. Haute autorité de santé.** Information des patients : recommandations aux médecins. 2000.
- 36. S.Munck.** Étude des déterminants de l'appropriation d'un projet d'installation en ambulatoire chez les internes de médecine générale français. *Thèse d'exercice de médecine générale.* Nice : s.n., 2012.
- 37. Les IDEL du Cotentin.** Lettre ouverte à la Ministre de la santé, Marisol Touraine. [En ligne] <http://www.actusoins.com/272676/idel-un-ras-le-bol-qui-se-generalise.html>.
- 38. Autorité de la concurrence.** *Avis n°16-A-11 du 11 mai 2016 relatif à un projet de décret portant code de déontologie des infirmiers.* 2016.
- 39. Fédération française des maisons de santé et pôles de santé.** Qu'est ce qu'une Maison et un pôle de santé ? [En ligne] 2013. <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>.
- 40. Règlement arbitral relatif aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.** *Ameli.fr.* [En ligne] 13 Août 2015. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-mayenne/vous-informer/reglement-arbitral_mayenne.php.
- 41. M. Fieschi.** *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins.* 2003.
- 42. P. De Haas.** *Monter et faire vivre une maison de santé.* s.l. : Le Coudrier, 2015.
- 43. Ministère des affaires sociales et de la santé.** La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). <http://www.sante.gouv.fr/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa.html>. [En ligne] 29 Août 2012.

Annexes

Annexe 1 : courrier d'inclusion dans l'étude

Objet : les professionnels libéraux du territoire de Valbonne, Roquefort les pins, Le Rouret, Opio, demain ?

Madame, Monsieur,

Vous avez sans doute lu ou entendu parler des notions telles que "parcours de soins ", "prises en charge des patients en équipe pluriprofessionnelle", "objectifs de santé publique" pour la population d'un territoire, "virage ambulatoire", "modernisation de l'offre de soins ", "nouvelles offres de santé" "nouvelles missions " confiées aux professionnels de santé ...

Cela se met en place peu à peu et nécessite une organisation des professionnels libéraux librement consentie, plus ou moins libérale, finançable sous réserve du respect de certains critères définis par nos institutions.

Cette organisation peut prendre la forme d'une maison de santé pluriprofessionnelle, multi sites, chacun gardant son lieu d'exercice mais travaillant en lien avec d'autres professionnels de santé.

Actuellement, un groupe de professionnels libéraux réfléchit pour s'inscrire dans ces nouvelles réponses en équipe aux besoins des patients du territoire de Valbonne, Roquefort les pins, Opio, le Rouret.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaite vous rencontrer au cours d'un court entretien pour recueillir votre opinion, vos critiques et vos suggestions sur ce projet. Eventuellement, votre envie de participer à sa réalisation.

Merci de me préciser par mail les moments les plus favorables pour vous :

these.cubaud.MSP@gmail.com

Bien cordialement,

Jean-Rémi CUBAUD

Annexe 2 : guide d'entretien n°1

Introduction

Bonjour, je suis Jean-Rémi CUBAUD. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien qui participe à la réalisation de ma thèse de médecine générale.

Sur votre territoire, un groupe de professionnels de santé parmi des médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières et pharmaciens réfléchit actuellement à la création d'une structure d'exercice pluriprofessionnel.

L'objectif est d'améliorer les prises en charge des patients, de moderniser notre exercice professionnel. Ces modalités d'exercice sont inscrites dans la loi et la convention qui nous lie avec la Sécurité sociale. Elles sont rendues nécessaires devant l'évolution des soins attendus par les usagers et plébiscitées par les jeunes professionnels

Je suis ici pour recueillir vos propositions en tant que professionnel du territoire intéressé par un travail en équipe. J'espère obtenir une philosophie et des projets de soins communs. C'est aussi l'occasion d'identifier le plus précisément possible vos représentations et vos attentes sur l'évolution de votre pratique professionnelle.

Les entretiens que je réalise sont à titre exploratoire, c'est-à-dire que je souhaite recueillir le maximum d'idées possible sur le sujet.

Les entretiens sont enregistrés pour faciliter la discussion et éviter les prises de notes. Leur retranscription écrite sera anonyme mais tout ce qui aura été dit lors de l'entretien pourra figurer dans ma thèse.

La durée de notre discussion n'excèdera pas 30 minutes.

Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

Question brise-glace :

Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre exercice au quotidien ?

Questions d'entretien semi-dirigé :

Population et Accès aux soins :

Que pensez-vous de l'information des patients sur l'accès aux soins sur votre territoire ?

- Selon vous quelles sont les différentes raisons du recours aux services d'urgences ?
- Selon vous, comment font les patients devant une demande de soins non programmés ? Pendant l'absence de leur médecin traitant ?
- Pour l'accès aux soins spécialisés ?

Quelles améliorations pourraient être apportées selon vous ?

Travail en équipe pluriprofessionnelle :

Que vous évoque la notion de coordination avec les autres professionnels de santé ?

- En quoi la coordination des professionnels de santé peut améliorer la PEC des patients ?
- Lorsque vous êtes confronté à un patient complexe, quelles difficultés rencontrez-vous ?

En quoi l'élaboration ou l'utilisation de protocoles pluriprofessionnels pourrait être une facilitation ou un frein à la prise en charge de certains patients ?

- Certains protocoles ont été élaborés par des professionnels libéraux sur votre territoire. Qu'en pensez-vous ?
- Relance : Control'ception, Gestion des AVK, Bronchiolite du nourrisson, Enfants dyslexiques.

Quelles autres actions de prévention ou d'éducation pourraient être intéressantes selon-vous ?

Que pensez-vous de la participation à des réunions de concertations pluriprofessionnelles rémunérées pour échanger en équipe et améliorer votre prise en charge de certains patients ?

- Que pensez-vous de votre coordination avec les autres professionnels de votre territoire
- Avec les établissements (hôpitaux, cliniques, maisons de retraite)?

Quel regard avez-vous sur l'accueil de professionnels de santé en cours de formation ?

Développement des systèmes d'information

Qu'attendez-vous d'un partage de l'information entre les professionnels sur votre territoire ?

- Quelles informations vous paraissent pertinentes à être échangées ?

Quel outil utilisez-vous actuellement ?

- Dans une éventualité de travail en équipe, quels outils vous paraissent acceptables et quelle en serait votre utilisation ? Une messagerie sécurisée ? Un outil informatique commun ?

Que pensez-vous du partage de l'information avec le patient ?

Quel regard avez-vous sur la recherche en soins primaires ?

Conclusion :

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à cet entretien.

Puis je vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à une organisation pluriprofessionnelle sur le territoire et pourquoi ? (d'éventuels éléments complémentaires à ce questionnaire)

Evocation de la réunion de restitution : Une fois tous les entretiens réalisés, vous serez convié(e) à une réunion de restitution anonymisée avec les autres professionnels du territoire. Cela peut vous intéresser de confronter vos idées à celles des autres.

Annexe 3 : guide d'entretien n°2

Introduction

Bonjour, je suis Jean-Rémi CUBAUD. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien qui participe à la réalisation de ma thèse de médecine générale.

Sur votre territoire, un groupe de professionnels de santé parmi lesquels, médecin généraliste, kinésithérapeute, infirmière et pharmaciens réfléchit actuellement à la création d'une structure d'exercice pluriprofessionnel.

L'objectif est d'améliorer les prises en charge des patients, de moderniser notre exercice professionnel. Ces modalités d'exercice sont inscrites dans la loi et la convention qui nous lient avec la Sécurité sociale. Elles sont rendues nécessaires devant l'évolution des soins attendus par les usagers et plébiscitées par les jeunes professionnels

Je suis ici pour recueillir vos propositions en tant que professionnel du territoire intéressé par un travail en équipe. J'espère obtenir une philosophie et des projets de soins communs. C'est aussi l'occasion d'identifier le plus précisément possible vos représentations et vos attentes sur l'évolution de votre pratique professionnelle.

Les entretiens que je réalise sont à titre exploratoire, c'est-à-dire que je souhaite recueillir le maximum d'idées possible sur le sujet.

Les entretiens sont enregistrés pour faciliter la discussion et éviter les prises de notes. Leur retranscription écrite sera anonyme mais tout ce qui aura été dit lors de l'entretien pourra figurer dans ma thèse.

La durée de notre discussion n'excèdera pas 30 minutes.

Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

Question brise-glace :

Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre exercice au quotidien ?

Questions d'entretien semi-dirigées :

Population et Accès aux soins :

Que pensez-vous de l'information des patients sur l'accès aux soins sur votre territoire ?

- Selon vous quelles sont les différentes raisons du recours aux services d'urgences ?
- Selon vous, comment font les patients devant une demande de soins non programmés ? Pendant l'absence de leur médecin traitant ?
- Pour l'accès aux soins spécialisés ?

Quelles améliorations pourraient être apportées selon vous ?

Travail en équipe pluriprofessionnelle :

Que vous évoque la notion de coordination avec les autres professionnels de santé ?

- En quoi la coordination des professionnels de santé peut améliorer la PEC des patients ?
- Lorsque vous êtes confronté à un patient complexe, quelles difficultés rencontrez-vous ?

En quoi l'élaboration ou l'utilisation de protocoles pluriprofessionnels pourrait être une facilitation ou un frein à la prise en charge de certains patients ?

- Quels protocoles serait-il intéressant de mettre en place ici ?

Quels sont les problèmes de santé ou d'éducation où l'on doit progresser sur le territoire ? Et de prévention ?

Que pensez-vous de la participation à des réunions de concertations pluriprofessionnelles rémunérées pour échanger en équipe et améliorer votre prise en charge de certains patients ? Comment organiseriez-vous ces réunions ?

Que pensez-vous de votre coordination avec les autres professionnels de votre territoire

- avec les établissements (hôpitaux, cliniques, maisons de retraite)?

Quel regard avez-vous sur l'accueil de professionnels de santé en cours de formation ?

Développement des systèmes d'information

Qu'attendez-vous d'un bon partage de l'information entre les professionnels sur votre territoire ?

- Quelles informations vous paraissent pertinentes à être échangées ?

Quel outil utilisez-vous actuellement pour le partage de l'information ?

- Dans une éventualité de travail en équipe, quels outils vous paraissent acceptables et quelle en serait votre utilisation? une messagerie sécurisée ? un outil informatique commun ?

Que pensez-vous du partage de l'information avec le patient ?

Quel regard avez-vous sur la recherche en soins primaires ?

Conclusion :

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à cet entretien.

Puis-je vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à une organisation pluriprofessionnelle sur le territoire et comment allez-vous participer ?

Par quoi voudriez-vous commencer ?

Evocation de la réunion de restitution : Une fois tous les entretiens réalisés, vous serez convié(e) à une réunion de restitution anonymisée avec les autres professionnels du territoire.

Cela peut vous intéresser de confronter vos idées à celles des autres.

Annexe 4 : questionnaire des données quantitatives

Données quantitatives :

- Age :
- Sexe :
- Profession :
- Durée d'exercice sur le territoire VROR :
- Mode d'exercice (seul ou en groupe) :
- Lieu d'installation :
- Date d'installation :
- Logiciel utilisé (si logiciel) :
- Horaires de travail :

Annexe 5 : MSP labellisée : la reconnaissance d'une structure pluriprofessionnelle.

La question de la labélisation est cruciale dans le processus de création d'une MSP puisqu'elle permet d'assurer la pérennité d'un tel mode de fonctionnement. Pour bénéficier d'une labélisation et donc d'une rémunération, les structures concernées doivent, lorsqu'elles sont en exercice libéral (maisons de santé mono ou multi sites), être constituées en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même, telle la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) (43).

L'agence régionale de santé et la caisse primaire d'assurance maladie signent le contrat avec les structures retenues lorsqu'elles estiment que le projet de santé de la structure est cohérent avec le projet régional de santé.

Ce projet doit s'organiser autour de 3 grands axes (40) : accès aux soins, travail en équipe pluriprofessionnelle et développement des systèmes d'information.

Ces grands axes ou « axes types » comprennent un certain nombre de critères. On distingue des critères socles et des critères optionnels.

Les 3 critères socles de l'axe accès aux soins sont obligatoires mais seul un critère (socle) sur les critères relatifs au travail en équipe pluriprofessionnelle et au développement des systèmes d'information est nécessaire pour permettre le déclenchement de la rémunération.

Comme leur nom l'indique, les critères optionnels ne sont pas obligatoires pour permettre le déclenchement d'une rémunération mais ils peuvent être maintenus dans le projet afin d'augmenter la rémunération à percevoir.

Que les critères soient des critères socles ou optionnels, chacun apporte un certain nombre de points. C'est en fonction du nombre de points obtenus par une structure que se calcule la rémunération (19). Cette dernière pourra ensuite servir au financement d'un coordinateur, de réunions de concertation autour des cas complexes, d'un système de partage de l'information, etc.

L'ensemble de ces critères fait l'objet d'une charte d'engagement vis-à-vis des patients, qui précise la garantie de service sur chacun des aspects retenus. Cette charte doit être affichée dans la structure.

Comme nous l'avons dit plus haut, un consensus autour de valeurs communes de travail est nécessaire pour qu'une structure soit viable. Ce consensus ne peut être obtenu que par un travail collectif. Il permet de savoir qui est prêt à s'engager durablement dans la dynamique de construction du projet.

	3 axes		
	Accès aux soins	Travail en équipe	Systèmes d'information
Critères socles	Amplitude horaire d'ouverture : de 8h à 20h en semaine et pendant les congés scolaires	Protocoles pluriprofessionnels pour certaines pathologies (liste définie dans le contrat)	Système d'information niveau 1 labellisé par l'ASIP
	Accès à des soins non programmés les jours ouvrés	Revue de dossier	
	Fonction d'accueil et de coordination identifiée		
Critères optionnels	Consultations spécialistes de second recours	Formation des jeunes professionnels de santé	Système d'information niveau 2 labellisé par l'ASIP
	Offre diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux	Mise en place de procédure définissant des modalités de transmission de données de santé	
	Mission de santé publique locale		

Tableau 6 : critères socles et optionnels d'une MSP en vue de l'obtention d'un financement.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

