



HAL
open science

Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Elsa Léger

► **To cite this version:**

Elsa Léger. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01648011

HAL Id: dumas-01648011

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01648011>

Submitted on 24 Nov 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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 156

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience
des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet
de Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Présentée et soutenue publiquement
le 27 septembre 2016

Par

Elsa LÉGER

Née le 15 mars 1987 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Robert Sourzac

Jury :

M. Le Professeur Gilles Chatellier Président

M. Le Docteur Michel Teboul

M. Le Docteur Jean Schwartz



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers
l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant
partie d'un projet de Maison de Santé
Pluriprofessionnelle.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Gilles Chatellier, d'avoir accepté de présider ce jury.

Au Docteur Sourzac, d'avoir répondu au « SOS d'une tutored en détresse », et de m'avoir aidé à définir mon sujet, mais aussi de m'avoir accompagné pendant ces trois années de DES.

Au Docteur Michel Teboul et ses énigmes, et au Docteur Jean-Claude Schwatz, d'avoir accepté d'évaluer mon travail en faisant partie de ce jury.

A tous les professionnels de maisons de santé qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de ce travail.

Aux filles : Marguerite, Emilie, Pauline H, Pauline G, Pauline Q, Agathe, Sophie, Morguy et à tous les copains de médecine, avec qui j'ai traversé ces dix années. Merci pour tous ces bons moments !

A mes co-internes, Victoria, Juline, Wlad, Marie, Clara, Annabelle, Alice et Erwan.

A ma future associée, Morgy, qui m'a accompagné dans cette histoire de thèse.

A Natasa et Victor d'être toujours présents depuis presque 15 ans.

A mes parents, Nathalie et François de m'avoir soutenu, épaulé et merci pour l'amour dont vous avez toujours su m'entourer. Merci maman pour tes conseils avisés. Et merci à toi, papa, pour ton aide dans ce travail.

A ma sœur Juliette, toujours là pour moi. En espérant que tes cours de relaxation et de respiration soient efficaces le jour J.

A Koré, de me soutenir et de me rassurer. Merci pour ton aide, ta patience, et nos nombreuses discussions qui m'ont permis d'aboutir à ce travail.

Table des matières

I. Introduction.....	6
II. Contexte	9
A. La collaboration Interprofessionnelle.....	9
1. Définitions	9
2. La collaboration interprofessionnelle dans le parcours de soins du patient	11
B. L'exercice pluriprofessionnel	11
C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles	14
1. Définition	14
2. Historique	16
3. Soutien financier	16
4. Engagements et Objectifs des MSP :	18
III. Matériel et méthodes	20
A. Type d'étude.....	20
B. Population étudiée.....	20
C. Constitution de l'échantillon.....	21
D. Recueil des données.....	22
1. Conception du guide d'entretien	22
2. Réalisation des entretiens	23
E. Analyse des données	23
IV. Résultats.....	25
A. Déroulement des entretiens	25
B. Profils des participants	25
C. Analyse thématique	26
1. L'esprit « maison de santé ».....	26

2.	Le patient au cœur du projet interprofessionnel.....	31
3.	Défis et enjeux de l'interprofessionnalité	34
4.	Les conditions du travail interprofessionnel	40
5.	La maison de santé : une organisation horizontale ?.....	43
V.	Discussion.....	45
A.	Forces et faiblesses de la méthodologie	45
1.	Le choix du territoire d'étude.....	45
2.	Le choix de la population cible	45
3.	Choix de l'échantillon étudié	46
4.	Réalisation de l'étude.....	47
B.	Profil des participants.....	49
C.	Analyse thématique	50
1.	Le but de l'interprofessionnalité en MSP : une meilleure prise en charge du patient	51
2.	Le patient au cœur de sa prise en charge	55
3.	Les déterminants relationnels de l'interprofessionnalité	58
4.	Les déterminants structurels à l'interprofessionnalité	69
5.	Une piste pour l'amélioration : la formation interprofessionnelle	82
6.	Les modèles d'interprofessionnalité à l'étranger.....	84
VI.	Conclusion	89
VII.	Bibliographie :.....	91
VIII.	Annexes.....	99

Abréviations :

AERES : Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP santé : Agence de Systèmes d'Information Partagés de santé

CMS : Centre Municipal de Santé

CLSC : Centres Locaux de Services Communautaires

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EIP : Education Interprofessionnelle

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ETP : Equivalent Temps Plein

FEMASIF : FÉdération des MAisons et pôles de Santé d'Ile de France

GMF : Groupement de Médecins de Famille

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IDF : Ile de France

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OCDE : Organisation de Coopération et Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RA : Règlement Arbitral

SCM : Société Civile de Moyens

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

I. Introduction

Les soins de santé primaires (« soins de premier recours », « primary (health) care ») répondent à un objectif de justice sociale. Ils ont été définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à Alma Mata en 1978, et doivent garantir à tous un égal accès aux soins(1).

Vingt-cinq ans plus tard, dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*(2), l'OMS encourage fortement à une importante évolution vers un modèle de système de santé basé sur les soins de santé primaires(3).

Ces soins primaires, doivent assurer la promotion de la santé, l'amélioration de la qualité de vie, la prévention et le traitement des maladies, la réhabilitation, la prise en charge des douleurs et les soins palliatifs, la participation des patients dans la prise de décision concernant leur santé, l'intégration et la continuité des soins, en tenant compte du contexte culturel spécifique(4).

Ils constituent la porte d'entrée dans le système de soins, offrant des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, en coordonnant et en intégrant des services nécessaires à d'autres niveaux de soins(5).

La médecine générale en est donc le socle.

Depuis la fin des années 90, à l'instar des autres systèmes de soins européens, le système de santé français se tourne vers les soins primaires ambulatoires(6).

Or le vieillissement de la population, la chronicisation des pathologies(7) et l'accroissement des inégalités sociales de santé(8) entraînent une complexification des prises en charge(9).

Ces éléments impliquent la multiplication des acteurs de santé dans le parcours de soins des patients en coordination avec le médecin généraliste.

L'interprofessionnalité apparaît donc comme la clé d'une prise en charge réussie dans les soins primaires étendus(10).

La collaboration interprofessionnelle, ou interprofessionnalité, a différentes définitions.

Dans le domaine de la santé, on peut la définir comme un travail d'équipe permettant de prendre en charge au mieux le patient en conjuguant et harmonisant les compétences et les expériences des différents professionnels.

L'interprofessionnalité vise à améliorer ainsi l'efficacité et l'efficience des soins offerts(11).

Les maisons et centres de santé pluriprofessionnels(12), structures regroupant des professionnels de santé de différentes disciplines, constituent un mode d'organisation apportant une réponse concrète aux problématiques d'accessibilité et de coordination des soins. Dans un contexte de crise de la démographie médicale(13)et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, ces formes d'organisation sont perçues comme un moyen de maintenir en tout point du territoire, une offre de santé suffisante, moderne et de qualité(14).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) constituent donc l'une des réponses apportées par les professionnels du soin et promues par l'Etat à la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle en soins primaires(15)(16).

Elles apparaissent comme une solution d'avenir en matière de soins primaires(17), ce d'autant que la pratique de groupe (qu'elle soit mono ou pluriprofessionnelle) est aussi plébiscitée par les jeunes professionnels, aussi bien pour des raisons de facilité d'installation, que par la motivation à ne pas travailler seul.

Ceux-ci semblent en effet vouloir favoriser le partage des connaissances, les échanges humains et avoir une meilleure qualité de vie(18).

Mais l'interprofessionnalité n'est ni acquise ni garantie. Elle peut être source de difficultés, de frustrations et de tensions(19).

Nous nous proposons d'étudier dans cette thèse les freins et les moteurs de l'interprofessionnalité dans les maisons de santé pluriprofessionnelles en Ile de France, y compris celles en projet.

II. Contexte

A. La collaboration Interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle ou interprofessionnalité est un concept crucial en santé permettant d'offrir des soins plus efficaces et de meilleure qualité aux patients.

1. Définitions

a) Collaboration :

En latin « collaborare » signifie « travailler ensemble (20) ».

La collaboration est un processus dans lequel des individus, des groupes, ou des organisations, interagissent et travaillent ensemble dans le but d'un gain ou d'un bénéfice mutuel.

La collaboration n'est donc pas une fin en soi mais plutôt un moyen de réaliser un objectif.

Elle peut se définir comme un processus, par lequel des acteurs qui portent des points de vue différents sur un même problème, explorent leurs différences de façon constructive, pour trouver une solution qui dépasse leur vision individuellement limitée de ce qui est possible.

b) Pluridisciplinarité et interdisciplinarité :

Pour l'AERES (21), la pluridisciplinarité est définie comme « *une juxtaposition de perspectives disciplinaires qui élargit le champ de la connaissance, en accroissant le nombre*

des données, des outils et des méthodes disponibles. Les composantes disciplinaires, dans ce cas, gardent leur identité : une discipline, qui se trouve en général en situation de pilotage, utilise la méthodologie et les instruments d'une ou plusieurs autres disciplines pour traiter une question ou faire avancer un projet de recherche qui est propre à son domaine disciplinaire ».

Ce même organisme définit l'interdisciplinarité comme « *la coopération de plusieurs disciplines autour de projets communs. Ces projets ouvrent des perspectives de recherche à chacune des disciplines, qui ne sont plus cantonnées pour la plupart à des situations d'application. Les travaux en commun associent des données, des théories et des concepts issus de disciplines différentes en une synthèse dans laquelle le rôle des composantes disciplinaires va bien au-delà de la simple juxtaposition ».*

c) Pluriprofessionnalité et interprofessionnalité :

En nous inspirant de ces définitions, nous pouvons définir la pluriprofessionnalité comme le travail en parallèle de plusieurs acteurs d'un même secteur professionnel au service d'un projet commun piloté par une de ses professions (médecins par exemple). De manière homologue, en l'assimilant à l'interdisciplinarité, nous définirons l'interprofessionnalité comme un partenariat impliquant de nombreux échanges qui apporte une dimension de synergie au service de ce projet commun(22).

Dans le secteur de la santé, l'interprofessionnalité émane de la préoccupation des professionnels de concilier leurs différences et leurs points de vue afin de fournir aux patients la réponse la plus adéquate et la plus efficiente en termes de soins. Elle renvoie aux notions d'interrelation et d'interdépendance, qui elles-mêmes supposent une volonté partagée de travail en équipe et de non concurrence.

La collaboration interprofessionnelle peut donc se définir comme étant l'ensemble des relations et des interactions permettant aux différents acteurs de soins de mettre en commun leurs connaissances et leurs expériences au service du patient afin de fournir une réponse adaptée et de qualité à ses besoins.

Ainsi, D'amour(23) définit la collaboration professionnelle en santé comme «les relations et les interactions entre professionnels leur permettant de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience pour les mettre au service des patients ».

2. La collaboration interprofessionnelle dans le parcours de soins du patient

Comme nous l'avons vu, le système de soins actuel tourné vers les soins primaires ambulatoires, implique une multiplication des acteurs de soins, et un pivot, le médecin généraliste, « gatekeeper », qui doit coordonner les soins autour du patient(24).

La collaboration interprofessionnelle apparaît donc comme un élément-clé dans le parcours de soins du patient. En dehors du gain d'efficacité et d'efficience pour la prise en charge, l'interprofessionnalité améliore la satisfaction du patient et des professionnels en offrant notamment un cadre de travail plus agréable et confortable(25).

Ces éléments expliquent l'évolution de notre système de soins vers un modèle d'exercice interprofessionnel.

B. L'exercice pluriprofessionnel

L'exercice pluriprofessionnel semble donc constituer une réponse concrète aux problématiques d'accessibilité et de coordination des soins.

Le mode d'exercice pluriprofessionnel(12)regroupe un modèle salarié déjà ancien, les centres de santé (municipaux ou associatifs), et un modèle libéral plus récent, les maisons de santé pluriprofessionnelles, objet de cette thèse.

S'ajoute à ces deux types d'exercice la notion de pôle de santé ou nouvellement communauté professionnelle territoriale de santé(CPTS)(26). Ellecorrespond au regroupement de professionnels de santé, de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale d'un même territoire. Elle assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de deuxièmerecours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Il se dessine ainsi dans cette définition, des regroupements d'organisation des soins territoriaux de plusieurs formes.

L'essor de l'exercice pluriprofessionnel, est accentué par le fait que les pouvoirs publics le voient comme un levier de renforcement de l'attractivité des territoires à faible densité médicale pour de nouveaux professionnels, et encouragent donc ce mode d'installation depuis une dizaine d'années(15)(13).

Le cadre juridique en a été défini pas à pas:

- Qualification de l'exercice pluriprofessionnel regroupé au travers des textes de loi successifs : Loi de financement de la sécurité sociale en 2007(27), Loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)en 2009(28), Loi Fourcade en 2011(29);
- Consécration de ces évolutions avec l'introduction en 2011 d'un nouveau statut juridique(30), la SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires)(31). Ce statut permet le regroupement des professionnels de santé (au moins 2 médecins généralistes et 1 auxiliaire de soins) relevant de professions différentes. Il permet de percevoir des financements publics et de redistribuer ces sommes entre ses

membres, de facturer certains actes à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations prévues par la loi HPST, et de mettre à disposition des professionnels de santé un cadre fiscal et social sécurisé.

- Clarification de la notion d'équipe de soins dans le projet de loi de modernisation du système de santé (32): « Art. L. 1411-11-1. – Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé, mentionnés à l'article L. 1411-1, des usagers. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

Intégration aux politiques publiques de santé :

- Inscription comme l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé (Axe 2.1, Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluriprofessionnelles) ;
- Déclinaison au sein des Projets Régionaux de Santé et des SROS ambulatoires. Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. (Art L1434-7 du code de Santé Publique)

Mise en place d'une politique de soutien financier :

- A partir de 2010 : expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR, budget d'environ 7 millions d'euros par an) pour soutenir la collaboration interprofessionnelle(31);

- Généralisation puis pérennisation du dispositif des NMR avec l'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral pour les MSP et le nouvel accord national entre l'Assurance Maladie et les Centres de santé, signé le 8 juillet 2015
- Attributions d'aides à l'investissement et / ou au fonctionnement provenant d'acteurs multiples : Etat, Assurance Maladie et agences régionales de santé (ARS), collectivités locales.

Sous l'effet combiné de ces mesures, le nombre de maisons pluriprofessionnelles de santé est en augmentation continue et de nouveaux centres de santé ont été créés.

C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles

1. Définition

Selon l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »(33)

Les MSP regroupent donc des professionnels de santé, autour d'un projet de santé commun visant à répondre aux besoins sanitaires de leur territoire ou à des missions ponctuelles. Ces professionnels assurent des soins de premier recours.

Ces équipes sont constituées de professionnels des soins primaires : médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, pédicures-podologues, orthophonistes.

Dans ces équipes, chacun intervient en fonction de ses compétences et des besoins du patient.

Les professionnels interagissent selon un modèle fondé sur l'écoute et la coopération autour du patient. Leurs échanges permettent de construire progressivement un projet de santé partagé.

Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Cependant, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). **Les équipes doivent être composées au minimum de deux médecins et un professionnel paramédical. Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte.**

On distingue deux types de MSP : « en les murs » et « hors les murs ». Les MSP « en les murs » regroupent des professionnels dans un lieu unique. Les MSP « hors les murs », regroupent des professionnels exerçant dans des différents cabinets mono ou pluriprofessionnels, autour d'un projet de santé commun.

Le projet de santé témoigne d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités. Il se différencie du projet professionnel qui définit l'organisation du travail ou encore du projet architectural.

Le projet de santé est élaboré par l'ensemble des membres de la structure. Il s'appuie sur un diagnostic du territoire et propose des missions spécifiques et des activités en réponse à ce diagnostic.

Il est donc amené à évoluer en fonction de l'évolution de la structure, elle-même dépendante des besoins et offre de soins du territoire.

2. Historique

La définition des maisons de santé a évolué au cours des précédentes lois de santé. La première inscription législative s'est faite dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2007 (19) pour inscription dans le code de la santé publique, article L. 6323-3. Elle a été modifiée par l'article 39 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009 (20), puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011. Cette définition est enrichie du cahier des charges de la DGOS.

D'une dizaine de MSP en 2006, on est passé à 284 en fonctionnement en 2013, et 436 en 2014. 620 sont enregistrées par les ARS en 2015 et les prévisions tablent sur plus de 1000 structures d'exercice coordonné d'ici fin 2016(33)(34).

3. Soutien financier

Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont été introduites dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 visant à cofinancer le fonctionnement de maisons, pôles et centres de santé sur la période 2009- 2014 (35).

Ces montants visent à améliorer l'organisation des soins, développer la collaboration entre professionnels et favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients.

Pilotées par la Direction de la Sécurité Sociale, les ENMR ont été mises en œuvre au niveau local par les Agences régionales de santé (ARS), et ont concerné 151 structures en 2012, dont 115 maisons ou pôles de santé.

Ces nouveaux modes de rémunération nécessitaient un contrat passé entre l'ARS et une structure volontaire représentant un collectif de professionnels composé a minima de médecins généralistes et d'infirmières. Ce contrat portait sur des montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte, mais non substitutifs, en contrepartie d'améliorations attendues en termes de qualité des soins et d'efficience, et sans obligations en matière de modalités d'allocations des ressources versées. L'hypothèse sous-jacente était que le paiement forfaitaire favorisait une meilleure performance des structures collectives que le paiement à l'acte.

Trois types de forfaits existaient : le forfait pour les missions coordonnées (dit module 1), le forfait pour les nouveaux services aux patients (module 2) et, en 2013, le forfait coopération entre professionnels de santé (module 3).

Le premier module vise à rémunérer le temps passé à la coordination (management de la structure et concertation interprofessionnelle) ; le second concerne principalement l'éducation thérapeutique du patient, même s'il n'a pas vocation à se limiter à ce dernier ; le troisième renvoie à la coopération sous la forme de transferts d'actes et d'activités médicales à des infirmières. L'ensemble des sites inclus dans les ENMR sont signataires du module 1, sauf exception, les modules 2 ou 3 sont cumulables avec le module 1, et les modules 2 et 3 le sont sous certaines conditions. Les modalités de calcul des forfaits initiaux sont propres à chaque module. Elles reposent principalement sur la taille des équipes calculée en équivalents temps plein (ETP) et sur le nombre de patients inscrits « médecin traitant » pour le module 1, sur le nombre de patients inclus dans le module 2 et sur le nombre d'infirmiers ETP pour le module 3.

Le règlement arbitral entré en vigueur le 28/02/2015 a permis de pérenniser les NMR(36). Il concerne les MSP et les centres de santé, qui signent un contrat pour 5 ans avec les ARS.

Ce contrat repose sur des engagements selon 3 axes :

- Accès aux soins,

- Travail en équipe,
- Système d'information.

Ainsi, l'interprofessionnalité apparaît comme un pilier de la prise en charge en soins ambulatoires et doit donc être au cœur du projet de santé.

Certains de ces engagements sont considérés comme des prérequis conditionnant le versement de la rémunération dits engagements « socle », d'autres engagements sont dits « optionnels », dont certains modulables au niveau local. Les deux niveaux de rémunération (« socles » et « optionnels ») contiennent chacun une partie fixe et une partie variable (en fonction de la taille de la patientèle de la structure).

La rémunération se fait par points en fonction du respect de ces engagements, mesurés par des indicateurs.

4. Engagements et Objectifs des MSP :

Les MSP accueillent les patients en garantissant :

- L'égal accès à des soins de qualité ;
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;
- La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Leurs objectifs sont :

- L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients,
- L'amélioration des conditions d'exercices des professionnels,
- Attirer de nouveaux professionnels sur un territoire,
- Favoriser la prévention et l'éducation à la santé.

Pour répondre à ces objectifs, les acteurs de santé exerçant en MSP doivent travailler de manière coordonnée en interprofessionnalité. Il en résulte de nombreuses interactions entre les différents acteurs au sein de la MSP et entre la MSP et ses nombreux partenaires. Comment influencent-elles le fonctionnement de la structure ? Quel est l'impact de ces interactions sur le projet de santé porté par la MSP ? Il n'existe pas à notre connaissance d'étude sur les freins et les moteurs de l'interprofessionnalité dans les maisons de santé. Nous nous proposons donc d'en faire l'étude ici.

III. Matériel et méthodes

A. Type d'étude

Cette thèse porte sur les freins et les moteurs à l'interprofessionnalité d'après l'expérience des professionnels exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles(MSP) en Ile de France.

Il s'agit d'une étude qualitative, exploratoire, descriptive et transversale sur un territoire de santé donné, réalisée à partir d'entretiens semi directifs(37).

B. Population étudiée

La population cible regroupe les professionnels de santé médicaux et paramédicaux exerçant en MSP « en les murs » en Ile de France, ou investit dans un projet de MSP en cours de finalisation.

La liste des MSP a été obtenue en croisant les informations suivantes :

- Carte des MSP d'Ile de France trouvée sur le site de la Femasif (Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile de France)(38)
- La liste fournie par Hélène Gridel, qui réalise actuellement une thèse sur le recensement des MSP d'Ile de France (Annexe1)

La population source ainsi définie comportait les professionnels exerçant dans:

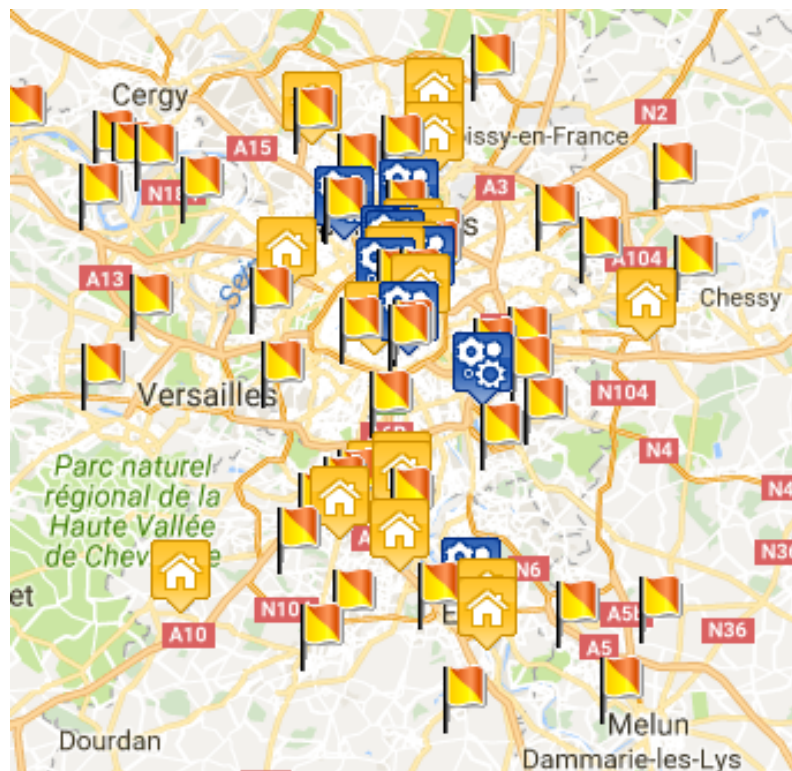
- 13 MSP en projet en cours de finalisation,
- 14 MSP en exercice.

C. Constitution de l'échantillon

Le but de l'étude étant d'obtenir la plus grande diversité de profils possible, il a été décidé de constituer un échantillon à valeur théorique(39).

En regardant la carte des MSP d'Ile de France sur le site de la Femasif, nous avons constaté qu'elles se trouvaient essentiellement dans le Nord-Est parisien et en milieu semi urbain. Les MSP en milieu semi urbain étaient réparties selon 2 axes : un axe Paris - Nord et un axe Paris - Sud Est.

Carte issue du site de la FEMASIF : (légende : en jaune : les MSP, en bleu : les pôles, les drapeaux correspondent aux projets)



Nous avons donc sélectionné 4 MSP dans Paris, 2 sur l'axe nord, 2 sur l'axe sud-est.

Par ailleurs il nous semblait intéressant de comparer les attentes des professionnels des MSP en projet avec celles des MSP en exercice. Nous avons donc choisi d'étudier 3 MSP en projet en cours de finalisation : une dans Paris, une au nord et une au sud.

En pratique, pour sélectionner les participants au sein de chaque MSP nous avons sollicité les leaders des différents projets. Au cours d'un entretien téléphonique ou lors d'une rencontre, nous leur avons demandé des renseignements sur le fonctionnement de la maison de santé ainsi que sur les membres qui la composaient. A partir de cela nous avons sélectionné au moins deux participants de professions différentes par maison de santé afin d'obtenir un échantillon le plus divers possible. Une fois leur accord donné, le responsable nous transmettait leurs coordonnées. Le contact était pris par mail ou téléphone pour convenir d'un rendez-vous pour l'entretien.

Le processus était reproduit jusqu'à obtenir saturation de données.

D. Recueil des données

1. Conception du guide d'entretien

Le guide d'entretien était similaire pour tous les professionnels. Il portait sur plusieurs axes (Annexe 2) :

- Un axe général sur les données personnelles des participants.
- Un axe sur le travail du professionnel et des représentations qu'il en avait.
- Un axe sur le travail ensemble.
- Un axe sur le fonctionnement de la MSP et le projet de santé.
- Un axe sur le patient.

Avant de débiter les entretiens, le guide a été testé auprès d'une infirmière de la MSP en projet de la porte de Vanves (les données du test n'ont pas été intégrées à l'analyse

globale). L'intérêt de ce test était d'adapter la grille d'entretien et de permettre à l'enquêteur, inexpérimenté pour ce type d'enquête, d'acquérir une première expérience.

Après les deux premiers entretiens des rubriques supplémentaires ont été ajoutées au guide d'entretien.

2. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés par un unique investigateur. Le lieu, la date et l'heure du rendez-vous étaient choisis par les participants.

L'ensemble des entretiens a été mené sur le lieu d'exercice des personnes interrogées.

Ils duraient entre 30minutes et une heure en fonction de ce que les participants avaient à exprimer.

Chaque entretien a été enregistré dans son intégralité, avec l'accord des personnes interrogées, à l'aide d'un dictaphone.

Le nombre d'entretien à conduire n'a pas été déterminé à l'avance : En fonction de nos objectifs et des données recueillies, nous avons estimé avoir atteint le seuil de saturation et décidé d'arrêter les entretiens après le 17ème.

E. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits manuellement sur logiciel Word.

Les verbatim obtenus ont été anonymisés, un chiffre était attribué à chaque participant interviewé (de 1 à 17). Les noms propres apparaissant dans les verbatim ont été masqués et remplacés par des lettres : de A à H pour les noms de lieux, et de I à Q pour les noms de personnes, sans qu'il y ait de correspondance d'un entretien à l'autre.

Nous avons utilisé une méthode d'analyse thématique, sans codage formel des données recueillies. Selon la méthode classiquement utilisée pour des études de cas multiples (40), une lecture systématique des entretiens a permis de classer des éléments en catégories thématiques, progressivement affinées au cours de l'analyse. Ces catégories ont été regroupées en thèmes plus transversaux, sur la base desquels nos résultats seront présentés par la suite.

Pour chaque entretien, nous avons regroupé les extraits de verbatim correspondant à un même thème, puis rédigé un bref résumé. Tous les résumés correspondant à un même thème, ont ensuite été regroupés sur un même fichier Word, pour faciliter l'analyse. Chaque thème a alors été analysé séparément. Pour nous aider dans l'analyse, nous avons réalisé à la main des diagrammes permettant une meilleure visualisation.

IV. Résultats

A. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre mai et juin 2016. En dehors des entretiens réalisés avec les professionnels appartenant à des MSP en projet, tous les entretiens se sont déroulés aux cabinets des professionnels de santé pour des raisons pratiques.

Les entretiens sont numérotés de E1 à E17 selon l'ordre chronologique de leur déroulement.

B. Profils des participants

Nous avons interrogé 17 participants dans 8 MSP dont 2 en projet.

Concernant les MSP en exercice, l'une s'est établie dans une structure pluridisciplinaire existant depuis plusieurs années, deux autres ont été créées après l'existence des ENMR dans des territoires ayant une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) très active. Les CPTS, anciennement pôles de santé pluriprofessionnels, s'inscrivent dans une logique de coordination territoriale et favorisent donc l'intégration des MSP dans le territoire.

Les 3 autres MSP en exercice, et les deux MSP en projet en cours de finalisation, sont établies sur des territoires dépourvus de CPTS dynamiques.

Parmi les MSP nous avons fait la distinction entre les MSP faiblement intégrées dans le territoire (de moins de 5 ans) et les MSP intégrées (plus de 5ans ou sur un territoire ayant une CPTS dynamique).

Nous avons interrogé 7 médecins généralistes, 5 infirmières (IDE), 2 kinésithérapeutes, 1 sage-femme et 1 psychologue. A la suite des 16 premiers entretiens, il nous a semblé intéressant d'interroger un coordinateur ayant de l'expérience dans le domaine de

l'interprofessionnalité, même s'il ne s'agissait pas d'un professionnel médical ou paramédical et qu'il ne faisait pas partie de l'échantillon sélectionné.

Le tableau suivant présente les données socio démographiques des participants :

identification	profession	sexe	Age	1ere installation	MSP
E1	médecin généraliste	F	<35ans	oui	faiblement intégrée
E2	médecin généraliste	F	<35ans	oui	faiblement intégrée
E3	IDE	F	> 50ans		faiblement intégrée
E4	IDE	H	>35ans <50ans		faiblement intégrée
E5	IDE	F	>35ans <50ans		faiblement intégrée
E6	médecin généraliste	H	> 50ans	oui	intégrées
E7	psychologue	F	<35ans		projet
E8	IDE	F	> 35ans <50ans	oui	Intégrée
E9	médecin généraliste	F	>50ans	oui	intégrée
E10	médecin généraliste	F	<35ans	oui	intégrée
E11	sage-femme	F	>35ans <50ans		faiblement intégrée
E12	médecin généraliste	H	>50ans		faiblement intégrée
E13	médecin généraliste	H	<35ans		projet
E14	IDE	F	>50ans		intégrée
E15	kiné	F	>35ans <50ans		intégrée
E16	kiné	F	>50ans		intégrée
E17	coordinateur	H	> 35ans <50ans		Hors les murs

C. Analyse thématique

1. L'esprit « maison de santé »

« Par leur profession les gens ont une vue qui peut être globale mais par un point de vue partiel. Le diététicien voit les gens par la bouche, le podologue par les pieds. Mais à partir du moment où ces personnes sont ouvertes à une certaine pluriprofessionnalité, elles conçoivent que la personne a une certaine globalité et du coup elles ne peuvent plus faire toute seule. Et l'aide des autres professionnels est contributive à leur propre amélioration de compétences. » (E6, médecin)

Cette citation résume le point de vue très partagé par nos interlocuteurs sur les vertus du fonctionnement interprofessionnel : favoriser un dialogue constant qui permet un regard plus global sur le patient et une amélioration des compétences. La maison de santé représenterait une configuration particulièrement favorable à ce mode de travail.

a) Choisir l'exercice en maison de santé

Pour la plupart des professionnels interrogés, c'est cette confiance dans les bénéfices potentiels du travail interprofessionnel qui a justifié leur choix d'exercer en maison de santé.

La motivation première était la nécessité de travailler en interprofessionnalité pour lutter contre l'isolement. D'autre part, la proximité physique facilite le partage des compétences avec d'autres professionnels mais aussi la réassurance sur leurs pratiques.

« Pour moi, travailler seule c'est complètement obsolète. Chacun dans son coin, sans confrontation, c'est archaïque ! » (E9, médecin)

La collaboration entre professionnels permet aussi de mieux affronter la complexification des situations ambulatoires.

Plusieurs personnes interrogées placent le patient comme moteur omniprésent de leur travail et sa prise en charge globale comme un impératif auquel la maison de santé permet de mieux répondre.

« Pour moi, la première motivation pour travailler en MSP ça doit être avant tout le bien être du patient. Et dans certains cas ça veut obligatoirement dire travailler avec les autres professionnels. » (E16, kinésithérapeute)

Pour d'autres, l'interprofessionnalité n'est pas une obligation mais plutôt une opportunité. L'opportunité de partager des locaux aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, spacieux, en bon état et à moindre coût.

En effet l'intégration d'une MSP peut avoir de nombreux avantages matériels et faciliter l'installation des jeunes professionnels, ce qui est vu comme attractif par les jeunes professionnels mais aussi par les plus âgés qui pensent trouver ainsi plus facilement un successeur.

« Pour nous la première motivation c'était de trouver un local répond aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduites. Et on a trouvé ce local. C'était tellement grand par rapport à ce qu'on avait, qu'on s'est dit : c'est super on va pouvoir travailler avec d'autres sages-femmes mais aussi des infirmières et des médecins généralistes ! » (E11, sagefemme)

« L'une de mes motivations s'était vraiment d'assurer la continuité des soins pour ma patientèle. Je vais partir dans quelques années à la retraite et c'est évident que l'installation en MSP est plus attractive pour les jeunes » (E12, médecin)

Mais tous s'accordent à dire qu'il faut partager les mêmes valeurs de travail, c'est-à-dire avoir une vision commune du soin, de la santé et de l'organisation du travail en maison de santé. Il faut donc prendre le temps d'avoir une réflexion commune, de mettre la même signification sur chaque terme, mais aussi de se mettre d'accord sur les contraintes acceptables ou non. Cette réflexion commune est, comme nous l'avons vu, favorisée par la connaissance et la confiance en l'autre, le respect, la convivialité et la communication.

« Il faut partager des valeurs de travail communes, avoir une même philosophie du projet sinon ça ne fonctionne pas. On l'a vu assez vite, les gens qui ne partageaient pas nos valeurs ont été exclus naturellement » (E13, médecin)

b) Le travail interprofessionnel est enrichissant et stimulant pour la pratique.

Le partage des compétences avec des professionnels d'autres disciplines, ainsi que le partage d'expériences de professionnels d'une même discipline permet d'élargir ses connaissances. Même après des années d'exercice, l'interprofessionnalité permet d'apprendre au contact des autres et donc de s'améliorer tous les jours dans ses pratiques.

« Chacun apporte son expérience, sa profession, ses compétences, il y a un vrai partage et ça c'est quand même très enrichissant » (E14, infirmière)

L'esprit d'équipe qui existe en maison de santé est vécu comme stimulant. Les professionnels veulent être plus performants pour mieux prendre en charge les patients et notamment les patients complexes.

« Moi ça m'arrive hyper souvent, dès que j'ai un problème de plaie, de pansement, d'appeler les IDE que ce soit pour un de mes patients ou pour un qu'on a en commun » (E1, médecin)

Par ailleurs le travail en MSP apporte une diversification de l'activité en sortant du cadre du soin pur. L'élaboration et la participation aux protocoles, les échanges lors des staffs patients mais aussi l'accueil d'étudiants et l'ouverture sur l'extérieur sont vécus comme stimulants. L'accueil des étudiants a ainsi été évoqué à plusieurs reprises comme source permanente d'enrichissement des connaissances.

« Avoir tout le temps des étudiants c'est stimulant, ça nous oblige à nous former et à nous tenir informer » (E1, médecin)

Pour la plupart des participants la réflexivité est essentielle à la bonne pratique. Le fait de se confronter aux regards des autres, qu'ils soient patients ou professionnels, et de se remettre constamment en question, permet de faire une analyse de ses pratiques. Cette analyse est nécessaire pour le professionnel et permet l'amélioration de ses compétences, puisqu'elle l'empêche de se reposer sur ses acquis, l'oblige à se mettre à jour, et le rend plus performant individuellement et plus efficace en équipe.

« Ce qui m'intéresse dans la pluriprofessionnalité c'est d'avoir des regards différents sur ma pratique et sur mon patient. C'est même essentiel » (E13, médecin)

c) Le travail en MSP facilite la coordination interprofessionnelle

Tous les professionnels ayant travaillé en libéral seuls ou en cabinet mono-professionnel avant d'intégrer la MSP, s'accordent à dire que le travail ensemble, la coordination autour d'un patient est « chronophage ».

« Ce qui se passait avant la MSP, c'est que joindre un médecin pour la coordination c'était la galère. Même dans le cadre de réseau, c'est hyper difficile de joindre ses correspondants pour se mettre d'accord sur une prise en charge. On perdait un temps fou ! » (E16, kinésithérapeute)

En effet hors MSP, obtenir un avis, des renseignements sur un patient est extrêmement compliqué, la communication est difficile et la coordination souvent vécue comme un échec.

En MSP, les professionnels se connaissent, ils ont à leur disposition de nombreux moyens de communication entre eux (téléphone, portable, messagerie instantanée, logiciel métier, salle de repos). Les professionnels sont facilement disponibles les uns pour les autres, ce qui représente un réel gain de temps. Ils mettent en commun leurs ressources, leurs réseaux. Les prises en charges sont donc plus faciles et plus efficaces.

« La coordination ça prend du temps, c'est vraiment long à mettre en place, mais ça permet de mieux prendre en charge les patients donc finalement on gagne du temps en en prenant. » (E4, infirmière)

Mais le travail ensemble est aussi chronophage par son aspect administratif et organisationnel.

Pour beaucoup, les contraintes liées au règlement arbitral (RA) sont très importantes, notamment au stade de projet de MSP ou jeune MSP. Le temps perdu en démarches administratives est vécu comme du temps perdu au détriment du patient.

d) Le travail en MSP est enrichissant sur le plan personnel

« Moi je me suis découvert des amis. Il y a des gens avec qui je travaille avec plaisir des gens pour qui j'ai de l'amitié et des gens avec qui je m'entends moins bien mais avec qui ça se passe très bien professionnellement » (E9, médecin)

Le travail en MSP permet aussi un enrichissement sur le plan personnel par la création d'affinités et de liens d'amitiés. Cela crée une ambiance de convivialité, qui en plus de rendre les conditions de travail plus agréables, permet de se sentir en confiance, de se libérer l'esprit en cas de besoin, voire d'avoir un véritable soutien en cas de difficultés.

« Je sais que j'ai besoin de parler, de me libérer de tout ce qu'on entend dans la journée. On peut être confrontée à des situations médicales ou sociales difficiles, et ça fait du bien de pouvoir en parler à quelqu'un » (E2, médecin)

La convivialité et l'esprit d'équipe créent un véritable plaisir de travailler et apportent une réelle satisfaction personnelle.

« Quand on rentre le soir on est content parce c'est agréable de travailler ensemble et qu'on a fait du bon boulot » (E5, infirmière)

2. Le patient au cœur du projet interprofessionnel

a) Une prise en charge plus efficace

De l'avis des personnes interrogées, l'interprofessionnalité en maison de santé permet de prendre en charge plus efficacement les patients complexes. En effet, grâce à la proximité physique et aux relations privilégiées les interactions entre les professionnels sont facilitées. La plus grande disponibilité des acteurs des soins permet d'avoir recours rapidement aux compétences des autres professionnels et de diminuer le délai d'intervention de chaque professionnel auprès du patient.

« L'autre jour je voyais en consultation une jeune femme pour douleur pelvienne. Elle avait des antécédents de fausses couches à répétition. En l'examinant je suspectais une GEU. J'ai demandé à la sage-femme de jeter un coup d'œil par échographie. C'était bien ça et j'ai pu faire hospitaliser la patiente directement en gynécologie sans passer par les urgences parce que les sages-femmes ont des rapports privilégiés avec la maternité. Voilà on est plus efficaces quoi ! » (E12, médecin)

Le patient est mieux orienté. Sa prise en charge plus rapide et plus efficace.

Le fait d'exercer en MSP permet aussi de communiquer plus facilement avec les acteurs de santé extérieurs et de manière générale de s'ouvrir vers les structures de soins extérieures.

« Quand j'ai intégré la MSP certains professionnels m'ont parlé du réseau diabète, j'ai trouvé ça intéressant donc j'y ai adhéré. C'est hyper enrichissant, j'apprends énormément, mais je suis presque certaine que je ne l'aurai jamais intégré si j'avais été seule en cabinet. » (E8, infirmière)

En travaillant ensemble on partage son réseau de correspondants. De plus, certaines équipes organisent des réunions avec les professionnels extérieurs afin de se faire connaître, et comme nous l'avons déjà vu, le fait de se connaître permet d'échanger plus vite.

La prise en charge globale des patients complexes est donc optimisée.

« On essaye de faire une réunion partenariat par mois. C'est-à-dire avec un confrère spécialiste du territoire. Le but c'est de se faire connaître. Et ça fonctionne ! Par exemple avec le cardiologue si j'ai besoin d'un avis, on discute ensemble du patient par téléphone puis il le voit en consultation si besoin. Et ça se fait très facilement parce qu'il me connaît. » (E2, médecin)

Pour les professionnels, le travail en maison de santé permet une meilleure qualité des soins. Ces éléments sont valables pour les patients communs à plusieurs professionnels de la MSP mais aussi, à une moindre échelle, pour les patients ayant un médecin traitant en dehors de la MSP puisqu'en cas d'indisponibilité du médecin traitant, les paramédicaux n'hésitent pas à solliciter l'avis des médecins présents dans la maison de santé.

« Bien sûr l'idéal c'est d'avoir un patient commun avec les médecins. Mais quand j'ai un souci avec un patient suivi par un médecin extérieur à la MSP que je n'arrive pas à joindre j'en parle à un des médecins présents et j'ai ma réponse en 2 minutes. » (E14, infirmière)

b) Le point de vue des patients d'après les professionnels

Pour les professionnels des MSP, les patients se sentent globalement satisfaits par les MSP. Tout d'abord sur un plan structurel, le fait d'avoir un cadre agréable avec des locaux spacieux, en bon état, et d'avoir dans certaines MSP un accueil avec un secrétariat est agréable. De plus, trouver tous les professionnels réunis sous un même toit facilite les démarches des patients et garantit un certain confort.

« On a fait un questionnaire de satisfaction et ce qui ressort c'est que les patients sont contents de l'accueil en général, assez contents que la prise de rendez-vous soit rapide, de la possibilité de consultations d'urgence, le fait que le dossier soit partagé ça les rassure ils savent qu'ils n'auront pas à refaire tout l'interrogatoire et que plusieurs personnes suivent leur cas » (E16, kinésithérapeute).

D'autre part, concernant leur prise en charge à proprement parler, d'après les professionnels, le travail en équipe est rassurant et sécurisant pour les patients. En effet, les patients semblent rassurés par le fait que la communication dans l'équipe soit efficace, ils savent que les informations qu'ils délivrent remonteront à la personne concernée. Les paramédicaux et notamment les infirmiers, qui dans certaines situations côtoient quotidiennement les patients, se font garants de la voix des patients. D'autre part, ils savent qu'en cas de difficulté un professionnel n'hésitera pas à avoir recours aux compétences des autres, pour permettre une meilleure prise en charge voire, en cas de besoin, à déclencher une action coordonnée.

« Il y a un côté familial. C'est agréable. Ils savent qu'ils seront bien pris en charge et que si on ne peut rien faire pour eux, on ne les laissera pas choir, on les adressera correctement » (E11, sagefemme).

c) Le patient acteur de sa prise en charge.

Pour certains professionnels, il devient nécessaire de tenir compte des compétences que le patient a développées pour faire face à sa maladie dans son environnement. Ils évoquent même la possibilité d'intégrer le patient dans la pluriprofessionnalité. Par des comités d'usagers ou le recours à des patients experts. Pour eux la problématique de l'inclusion du patient dans sa prise en charge est en partie liée à l'autarcie qui existe en santé. Il faut accepter de travailler avec les représentations du patient, prendre conscience de ses compétences pour le prendre en charge de manière globale.

« La globalité il y a que lui qui la connaît, le patient, et encore. Et le dépassement de la pluriprofessionnalité ça va être sur la place du patient. Il va falloir réussir à trouver des ressources aidantes en terme d'organisation du soin et le patient y a forcément une place » (E6, médecin).

3. Défis et enjeux de l'interprofessionnalité

a) Le travail en équipe : un exercice délicat

Le travail en MSP nécessite d'avoir l'esprit d'équipe c'est-à-dire de vouloir et de savoir travailler ensemble dans l'intérêt des patients.

C'est un exercice d'autant plus difficile qu'il n'a jamais été abordé au cours de nos études.

Le travail en équipe est favorisé par l'expérience du travail pluriprofessionnel comme c'est par exemple le cas dans les réseaux de santé. Il nécessite une ouverture d'esprit : vers les autres professionnels de la MSP mais aussi vers les acteurs extérieurs à la MSP (pôle de santé, regard extérieur, faculté). Il faut être prêt à s'investir et apporter un certain dynamisme.

« Les premières réunions c'étaient difficile, on ne savait pas trop comment faire, on organisait des tours de paroles mais ça marchait pas super bien. J'ai regardé des vidéos sur

le management d'équipe. Puis petit à petit on a trouvé notre manière de fonctionner ensemble. » (E13, médecin).

La question des différences de générations au sein d'une même MSP a été abordée à plusieurs reprises par les professionnels interrogés. Pour certains, avoir des générations différentes permet l'apport d'expériences différentes et est donc perçu comme positif. Pour d'autres au contraire, ce peut être un frein à l'interprofessionnalité puisqu'il est plus facile de s'entendre sur un projet professionnel en accord avec un projet de vie quand on est issu d'une même génération.

L'interprofessionnalité est donc un équilibre fragile mis en péril par les non-dits. Pour éviter toute crise il faut, d'après les professionnels interrogés, être vigilant et repérer les éléments déstabilisateurs pour désamorcer toute situation à risque. Dans certaines MSP, les professionnels ont décidé de mettre en place des réunions dédiées spécifiquement au bien-être de l'équipe.

« On organise des réunions bien être. Ça peut paraître ridicule mais le but c'est de dire quand on ne se sent pas bien. Ça permet d'éviter les non-dits, de crever les abcès sans pour autant laver son linge sale en public. Depuis qu'on fait ça on a vraiment une super dynamique de groupe » (E16, kinésithérapeute)

Mais le travail en interprofessionnalité peut aussi être mis en péril par la perte de professionnalisme découlant d'un fonctionnement sur des habitudes.

« Après l'inconvénient à la rigueur, c'est qu'à force de faire trop dans l'informel, on en oublie le formel. Par exemple, si je reçois un texto pour une ordonnance un jour où je ne travaille pas, je ne la fais pas sur le coup et le lendemain j'aurai peut-être oublié » (E1, médecin)

b) Le travail en équipe : une affaire de personnes

L'interprofessionnalité peut aussi être entravée par les questions d'« inter-personnalités ».

« L'interprofessionnalité fonctionne quand vous avez une vraie entente dans l'équipe. A partir du moment où vous avez un ressort qui ne fonctionne pas notamment quand des personnalités s'opposent, on ne peut plus travailler ensemble » (E3, infirmière)

En effet, une seule personne peut perturber tout l'équilibre de l'équipe. Il faut donc s'assurer dès l'élaboration du projet qu'on partage les mêmes valeurs de travail et des projets de vie similaires ou en tout cas compatibles avec ceux des autres membres de l'équipe.

« Une seule personne suffit à perturber la dynamique du groupe » (E14, infirmière)

Les différences de motivations, les investissements inégaux, ou simplement les difficultés d'entente entre les professionnels de la maison de santé, peuvent être à l'origine de tensions voire de crises.

« On n'est pas tous motivés de la même façon, c'est normal on a chacun notre vie perso, des objectifs différents, mais je trouve ça frustrant » (E2, médecin)

c) Faire face aux règles et exigences administratives

« Le RA (règlement arbitral) est beaucoup trop contraint. A cause de la nécessité de rendre des comptes terriblement quantitatifs à la noix. Ça ne crée pas du quantitatif la pluriprofessionnalité, ça crée du qualitatif qui lui peut créer du quantitatif. » (E6, médecin)

Les exigences du Règlement Arbitral (horaires d'ouvertures, soins non programmés obligatoires, objectif de 3% de patients complexes staffés) sont vécues comme inadaptées, non pertinentes.

Les professionnels interrogés considèrent qu'elles constituent un cadre trop strict, et rendent l'exercice libéral plus contraignant.

Pour certains, ces contraintes, par leur aspect chronophage et rébarbatif constituent un frein à l'interprofessionnalité. Le manque de visibilité à long terme sur le RA entraîne une peur chez les professionnels pouvant freiner elle aussi le travail en équipe.

« Avec le RA on a un certain degré de liberté concernant les protocoles, ou les actions types ateliers, mais globalement si on veut toucher les subventions faut cocher les cases et rentrer dans un moule. Et on se dit que si ce moule est trop contraignant, et ben, tant pis, on en sortira. » (E10, médecin)

Pour d'autres, les contraintes liées au RA ont au contraire stimulé l'interprofessionnalité. Cet aspect est retrouvé chez les professionnels exerçant déjà en structures pluriprofessionnelles avant la création des MSP.

« Avant, on faisait de la coordination quand on se croisait dans la cuisine, grâce à la rémunération on a matérialisé ça par de réunions, on fait des compte rendus, on échange vraiment à plusieurs, donc c'est beaucoup plus intéressant » (E15, kinésithérapeute)

En effet l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (NMR) puis le RA ont permis d'officialiser les pratiques pluriprofessionnelles en structurant les échanges, en formalisant les projets, et en créant des protocoles cadrant la délégation des tâches.

« C'est sûr que c'est chronophage, mais ça nous permet de nous pencher tous ensemble sur une question pour essayer d'améliorer les choses. Et franchement c'est beaucoup plus intéressant que ce qui nous proposait avant avec le Projet Personnalisé de Soins » (E12, médecin)

Par ailleurs, pour plusieurs professionnels interrogés, les contraintes administratives liées au RA ou organisationnelles liées à la structure ne constituent pas un frein à l'interprofessionnalité, puisqu'en intégrant la MSP ils étaient conscients de ces contraintes et savaient à quoi ils s'engageaient.

L'apport des NMR n'a pas été vécu comme élément moteur de la coordination (sauf pour une participante) mais a renforcé la coordination en apportant un sentiment de reconnaissance et de valorisation au travail pluriprofessionnel.

« C'est vrai que c'est pas parce qu'il y a une rémunération qu'on fait de la coordination. On en faisait déjà. Mais le fait de savoir que la coordination est reconnue, financièrement, de savoir qu'elle est reconnue comme un travail supplémentaire, je trouve ça plutôt pas mal. L'idée d'être rémunérée pour ça me paraît assez justifié. » (E1, médecin)

Néanmoins, pour plusieurs professionnels paramédicaux, le fait que, d'après le RA, les NMR soient versés en fonction de la patientèle ayant déclaré un médecin traitant dans la MSP est vécu comme un sentiment de frustration, de perte de pouvoir, de non valorisation pour

leur travail en matière de coordination, alors qu'ils s'estiment de plus en plus sollicités pour la coordination.

« Je trouve qu'ils parlent beaucoup de développer l'interprofessionnalité, la coordination, mais qu'en fait ils ne nous prennent pas en compte. Ça reste très médical. Et c'est un peu frustrant parce que ça ne met pas en valeur notre travail. » (E15, kinésithérapeute)

A ce sentiment de perte de pouvoir, certains répondent que seuls les médecins généralistes sont concernés par les nouvelles contraintes du RA.

« C'est sûr que c'est une vraie perte de pouvoir pour les paramédicaux, mais en même temps les contraintes dans le RA (heures d'ouvertures, soins non programmés, RCP.) ne s'appliquent qu'aux médecins généralistes donc ça contre balance un peu. » (E17, coordinateur)

Mais comme dans toute organisation, le problème de l'argent peut entraîner des luttes de pouvoir. En effet, la question de la rémunération renvoie au rapport au travail de chacun ainsi qu'à ses représentations socioprofessionnelles. Il faut donc être vigilant, afin que personne ne se sente lésé. Dans certaines MSP, afin de garantir l'équité, les loyers et plus généralement les charges, sont calculées en fonction d'une grille basée sur les salaires et le recours privilégié de certaines professions à tel ou tel type de service comme le secrétariat par exemple.

Dans plusieurs MSP, une partie des NMR perçues contribuent à rémunérer un coordinateur. Le coordinateur peut avoir une place plus ou moins importante en fonction des MSP. Il a pour fonction principale de décharger les professionnels de santé en terme de tâches administratives afin qu'ils puissent se dégager du temps au profit du patient.

« Je suis homme à tout faire en chef, je m'occupe notamment de tout ce qui est administratif. Comme j'ai une compétence informatique je suis délégué à l'information médicale, je travaille beaucoup sur le logiciel. Ça permet aux professionnels de santé de se dégager du temps au profit du patient » (E17, coordinateur)

d) Maitriser les outils : le dossier patient informatisé

L'une des contraintes du RA est d'avoir un dossier patient informatisé partagé par tous. Tous les professionnels s'accordent à dire que le partage du dossier patient est un outil indispensable à la coordination. En effet, l'accessibilité aux informations du patient par tous et pour tous est essentielle à une prise en charge pluriprofessionnelle efficace, en permettant notamment un gain de temps.

« On parle de dossier médical mais on devrait dire dossier patient. Le dossier doit être approprié par tous les professionnels de santé et c'est pas du tout le cas, même ici c'est pas encore rentré complètement dans les mœurs. » (E9, médecin)

L'un des freins à l'utilisation des logiciels patients est le manque d'envie ou la peur de changer de logiciel. Pour beaucoup, le passage à un logiciel patient pluriprofessionnel nécessite une adaptation afin de se l'approprier. Pour certaines professions, le dossier informatisé entraîne aussi une perte de temps en nécessitant plus de saisies d'informations que ce qu'ils pouvaient faire avant.

« Beaucoup de paramédicaux n'utilisaient pas l'informatique pour rentrer leurs données patient, du coup ils pensent qu'ils vont perdre beaucoup de temps, ça leur fait une chose en plus à faire, et ils doivent s'habituer à l'outil en lui-même » (E17, coordinateur)

Mais le principal frein lié aux logiciels patients est qu'ils ne sont pas optimaux en termes d'interprofessionnalité.

« Par exemple, cette case « transmission entre professionnels », quand on y note quelque chose, ça ne fait pas une alerte quand les autres ouvrent le dossier. Il faut systématiquement ouvrir cette case à l'ouverture du dossier pour ne pas louper une info. C'est bête mais ça serait beaucoup mieux si ça clignotait par exemple. » (E16, kinésithérapeute)

En effet, dans certains logiciels il faut trouver un moyen de faire ressortir les informations pertinentes pour le reste de l'équipe, d'autres ne sont pas adaptés aux paramédicaux qui ne peuvent pas saisir leurs ordonnances ou doivent utiliser des logiciels annexes pour la facturation.

« Nous on n'utilise pas le logiciel. On l'a testé au départ mais c'était vraiment très compliqué pour nous. Rien n'était bien fait. Ils sont peut-être parfaits pour les médecins mais vraiment pour nous c'était mal fait. Donc on a laissé tomber. » (E14, infirmière)

« Oui, les logiciels constituent un frein à l'interprofessionnalité. Ils ne sont pas du tout pratiques. Le problème c'est que l'ASIP crée un cahier des charges, mais ne vérifie en aucun cas si c'est utilisable, techniquement ça marche, mais est ce que les gens vont pouvoir se l'approprier ? Ils refusent de s'en préoccuper en disant que c'est pas leur métier. » (E17, coordinateur)

4. Les conditions du travail interprofessionnel

a) Connaitre et reconnaître l'autre

Pour bien travailler en équipe, il faut tout d'abord connaître les compétences, les besoins et les limites de chacun. La reconnaissance des compétences des autres professionnels peut apporter une certaine forme d'humilité et permettre de le considérer comme un égal.

« Mon regard sur les autres professions a changé. Ça nous a permis de commencer à vraiment échanger pour construire quelque chose. » (E12, médecin)

Or les professionnels rapportent tous une méconnaissance du métier des autres, mais aussi des compétences diverses entre professionnels d'une même discipline.

« Je pense qu'on a une méconnaissance du travail de l'autre absolument énorme quand on est isolé, on a beau avoir un réseau, on ne sait pas ce qu'ils font, on ne sait pas comment ils travaillent » (E11, sagefemme)

Il est donc nécessaire d'apprendre à se connaître. Pour cela, certains professionnels interviewés, pensent qu'une évolution de la formation primaire des professionnels vers le développement de l'interprofessionnalité serait une piste intéressante.

La connaissance et le respect des compétences professionnelles de l'autre ainsi que de ses qualités en tant que personne, permettent d'établir un lien de confiance. En effet la confiance est un autre déterminant relationnel essentiel à l'interprofessionnalité. Il ne peut pas y avoir

de travail d'équipe sans confiance. Elle passe par l'acceptation de l'autre comme partenaire et non plus comme concurrent.

« La confiance c'est le résultat de quelque chose, ça se construit. Mais derrière la confiance, il y a l'acceptation que l'autre n'est pas un concurrent » (E6, médecin)

b) Réflexivité et connaissance de soi

D'après les professionnels interrogés, la reconnaissance de l'autre et de ses compétences, ainsi que la reconnaissance de ses propres qualités et limites, sont nécessaires pour que chacun puisse trouver sa place dans l'équipe.

« Je connais mes propres limites et je sais quand je dois passer la main, ce qui est bien en MSP c'est que c'est tellement facile. » (E4, infirmière)

On retrouve là la notion de professionnalisme. Il faut connaître ses limites et rester dans son domaine de compétences, avoir du respect et de l'estime pour le travail de l'autre et savoir laisser de côté ses problèmes personnels et les problèmes d'inter-personnalités. En fonction de leurs compétences et de leurs caractères, les professionnels trouvent petit à petit leur place dans l'équipe.

Pour ces professionnels il faut du temps, des ajustements, et acquérir des connaissances sur le plan du fonctionnement de la MSP et de l'équipe pour se sentir légitime et trouver sa place.

Cette place n'est jamais figée, elle évolue au cours du temps, en fonction de l'évolution de la motivation et de l'intérêt de chacun, et au gré du départ ou de l'intégration de membres de l'équipe. Toute modification, si elle n'est pas anticipée et préparée, peut déstabiliser l'équilibre de l'équipe voire entraîner des luttes de pouvoir.

« Au début on est un peu en retrait, se sentir légitime à intervenir ça ne vient pas toute suite, ça nécessite une adaptation. Chaque associé à son rôle, et quand un nouveau arrive dans l'équipe, on doit retrouver un équilibre » (E15, kinésithérapeute)

c) Echanger et communiquer

En MSP, l'élément essentiel pour apprendre à connaître et à se connaître soi-même est la communication. Il est nécessaire de prendre le temps d'échanger pour se connaître et s'adapter aux pratiques des autres.

« Pour s'accorder il faut se raconter, pour se raconter il faut une machine à café, enfin il faut un lieu, du temps pour ça, et puis une fois que les gens se sont raconté et se sont accordés et ben à ce moment-là on commence à bosser » (E6, médecin)

La communication passe par des échanges formels (réunions pluriprofessionnelles, élaboration de protocoles) mais surtout par des échanges informels.

Ceux-ci sont favorisés par la proximité physique existant dans les MSP « en les murs ». Le fait de se croiser tous les jours, d'avoir un lieu et un temps permettant les échanges informels, que ce soit autour de la machine à café ou du secrétariat, permet d'apprendre à se connaître dans un climat de convivialité.

« Dans la cuisine il y a tous les jours une confrontation avec un autre médecin, un kiné... donc tous les jours on apprend sur la façon dont les autres travaillent, leurs limites, leur façon de faire. Et ça c'est quelque chose qu'on ne peut avoir que si on est dans une même place » (E9, médecin)

Ce climat de convivialité facilite la communication libre, sans appréhension ni crainte de jugement de l'autre, ce qui permet une meilleure prise en charge en démystifiant les échanges.

« On se croise facilement, on apprend à se connaître, à ne pas craindre le jugement de l'autre mais à intégrer son avis dans nos pec » (E12, médecin)

« On s'entend suffisamment bien pour avoir une discussion constructive » (E7, psychologue)

Par ailleurs, pour certains il existe une crainte chez les médecins d'être destitués de leur rôle de pivot et une crainte chez les paramédicaux d'être perçus comme simples exécutants. Il faut donc que les acteurs de soins des MSP dépassent ces peurs pour parvenir à travailler ensemble et se faire confiance. La confiance permet de déléguer des tâches, d'échanger en

sachant que l'on peut se reposer sur l'autre et donc être plus performant dans les prises en charge.

« La confiance c'est fondamental. Je pense qu'il faut avoir un respect vis à vis de ses associés, une estime de leur travail, et c'est pour ça que c'est très important quand on intègre quelqu'un que chacun ait été d'accord » (E9, médecin)

5. La maison de santé : une organisation horizontale ?

En fonction des MSP et des professionnels interrogés, on distingue deux visions concernant la place de chacun :

- L'une selon laquelle tous les professionnels sont égaux, reposant sur les statuts juridiques de la MSP, puisqu'une personne équivaut à une voix dans les prises de décisions.
- L'autre selon laquelle tous les professionnels de la MSP ne sont pas égaux mais doivent trouver une équité en terme de temps de parole et de légitimité.

« Pour moi on ne peut pas être égaux, on n'a pas les mêmes connaissances, les mêmes facilités de prise de parole. Mais on doit se débrouiller pour qu'il y ait le plus possible une égalité de parole, une équité. » (E6, médecin)

Cette notion d'égalité des professionnels dans la structure renvoie aux questions de hiérarchie et de leadership.

Tous souhaitent travailler selon un modèle d'organisation horizontal, c'est à dire sans hiérarchie, permettant un libéralisme sans obligation. Le modèle hiérarchique hospitalier pyramidal, avec à l'extrême la figure du mandarin hospitalier, est rejeté. En effet, de nombreux professionnels paramédicaux, notamment les infirmières, ont choisi un mode d'exercice libéral pour fuir ce modèle et refusent de se voir comme exécutants ou subordonnés des médecins.

« Ici, il y a vraiment un travail ensemble d'égal à égal. J'ai vraiment l'impression de collaborer plus que d'exécuter et c'est ce que je recherchais en quittant l'hôpital. » (E5, infirmière)

Mais l'on constate une différence de point de vue concernant la question du leadership.

Pour certains professionnels interrogés, la MSP n'a pas de hiérarchie donc pas de leader.

Tous les professionnels y sont égaux. L'existence d'un leader explicite entraînerait un basculement vers un modèle pyramidal.

« En fait comme on est une petite structure on ne voulait vraiment pas qu'il y ait un leader explicite. Donc pour les réunions par exemples on les organise à tours de rôle » (E10, médecin)

Pour d'autres, ayant souvent plus d'expérience, le leadership est essentiel pour assurer le processus d'interprofessionnalité et le fonctionnement de la MSP. Il y a nécessairement un leader naturel par son charisme, son expérience, son aisance à l'oral, son ouverture sur l'extérieur. Il est vu comme le chef d'orchestre et assure le bon fonctionnement de l'équipe. C'est donc davantage une question de personnalité, de dynamisme, d'implication et de capacité à fédérer le groupe, que de chef au sens hiérarchique du terme. Cette forme de hiérarchie tacite avec un leader naturel peut constituer l'une des réponses permettant de conserver l'équilibre de l'équipe.

« Dans tout groupe humain il y a forcément un leader. C'est obligatoire. Après c'est pas parce que le leader n'est pas là que le groupe s'éteint, quelqu'un d'autre prend le relais. C'est comme ça c'est tout. » (E9, médecin)

Enfin pour les derniers, il y a plutôt un groupe de personnes motrices qui se partagent le leadership.

« Chez nous il n'y a pas de hiérarchie ça c'est évident. Mais il n'y a pas non plus un leader. En fait, il y a plusieurs leaders, par leur dynamisme, leur capacité à fédérer le groupe et leurs compétences propres. » (E16, kinésithérapeute)

Néanmoins, tous s'accordent à reconnaître qu'il est indispensable d'avoir un leader au début de projet de MSP pour faire face aux démarches administratives et aux échéances.

« Initialement je ne me considérais pas du tout comme le leader. J'étais le premier arrivé sur le projet, mais je me disais qu'on était tous égaux. Mais je me suis rendu compte assez vite que quand je m'effaçais pour laisser la place aux autres, ils ne la prenaient pas, et on n'avancait pas. Donc j'imagine que oui, je suis le leader du projet, mais je pense que ma place sera moins importante quand on aura investi la MSP » (E13, médecin)

V. Discussion

A. Forces et faiblesses de la méthodologie

Le but de cette étude était d'évaluer les freins et les moteurs de l'interprofessionnalité dans les MSP, c'est-à-dire l'expérience vécue par les acteurs de soins des MSP concernant leur travail ensemble. L'analyse qualitative s'est donc imposée comme type d'étude. En effet, issue des sciences humaines et sociales, l'étude qualitative a pour objectif spécifique d'étudier les représentations et les comportements, en incluant leurs déterminants, des acteurs de soins.

1. Le choix du territoire d'étude

Pour des raisons pratiques, il paraissait plus simple de s'intéresser aux MSP d'IDF uniquement. Cela a pu entraîner un biais d'information puisque nous n'avons pas interrogé de professionnels exerçant en milieu rural ou semi rural. La prise en charge coordonnée de patients en situations complexes, par des équipes d'acteurs de soins primaires, y est probablement plus développée car plus nécessaire encore qu'en région parisienne, de par l'éloignement des structures hospitalières ou autres avis spécialisés.

La généralisation des résultats à partir de ce territoire d'étude doit donc être interrogée.

2. Le choix de la population cible

Nous avons fait le choix d'interroger des professionnels exerçant en MSP « en les murs ». L'étude de l'interprofessionnalité nous y paraissait particulièrement intéressante car

potentiellement facilitée par la proximité géographique, mais ce choix a aussi été motivé par des questions pratiques.

D'une part, le fait d'interroger des personnes dans les MSP « en les murs » nous a permis de réaliser plusieurs entretiens successifs.

D'autre part, le recensement des MSP d'IDF permettant d'établir la population cible n'a pas été simple.

Comme nous l'avons vu, nous avons utilisé les listes fournies par la FEMASIF(38)et la thèse en cours d'Hélène Gridel. Nous avons constaté rapidement des discordances entre les MSP énumérées dans les deux listes. Notamment en termes de définition, la même dénomination étant parfois utilisée pour les pôles de santé et les « MSP hors les murs ». Pour éviter de perdre du temps en demandant à chaque fois de quel type de structure il s'agissait, nous avons décidé de nous concentrer sur les « MSP en les murs ». La seule personne que nous avons interrogée exerçant son activité en « MSP hors les murs » était le coordinateur. Son expérience a confirmé ce que nous pressentions à l'issue des autres entretiens. Il nous a en effet rapporté que l'interprofessionnalité était plus difficile à mettre en place dans les structures « hors les murs », car il n'existait pas de lieu où les acteurs de soins pouvaient se croiser quotidiennement et interagir de manière informelle.

Les résultats de la thèse seraient donc probablement différents si nous avions interrogé des professionnels exerçant dans les deux types de MSP, notamment en termes de freins à l'interprofessionnalité.

3. Choix de l'échantillon étudié

Le processus de sélection des MSP a été décrit dans la partie "matériels et méthodes". La localisation des MSP (dans Paris ou hors de Paris) n'est pas apparue à l'analyse comme produisant un quelconque effet sur les réponses.

Pour choisir les personnes interviewées, nous avons cherché à identifier les variables sociodémographiques pertinentes, que nous avons ensuite regroupées par classes (mode d'exercice préalable, tranches d'âges, professions...). Afin de recruter des participants dans chaque classe, nous avons eu une discussion préalable avec un premier membre de l'équipe nous permettant d'établir les caractéristiques de chaque professionnel de la MSP. Cet entretien préalable constitue donc une force de notre étude.

Les participants ayant accepté les entretiens étaient tous volontaires, ce qui peut influencer les réponses. Les volontaires étaient informés avant l'entretien de l'objet de l'étude, ce qui a pu entraîner une anticipation des réponses. Cependant les informations fournies avant l'entretien étaient volontairement minimales.

4. Réalisation de l'étude

L'outil utilisé pour cette étude fut l'entretien individuel semi-dirigé par un unique investigateur. Afin de permettre l'expression libre de la variété de points de vue, les questions étaient ouvertes, en prenant soin qu'elles n'aient pas un contenu directif qui pourrait entraîner des réponses biaisées. Le guide d'entretien, identifiant les principales thématiques d'intérêt, permettait toutefois une relative standardisation des interviews en cherchant à aborder systématiquement les mêmes items.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des répondants. Il y a eu pour 4 entretiens sur 17, des interruptions liées à des perturbations extérieures ce qui a pu entraîner une perte d'informations.

Notre inexpérience dans le domaine de l'analyse qualitative et de la réalisation des entretiens semi-dirigés fait partie des faiblesses de l'étude. Mais nous avons essayé, tant que possible, de nous former aux entretiens. Ainsi le guide d'entretien a été conçu à l'aide d'un ouvrage : *L'entretien, d'Alain Blanchet et Anne Gotman, 2ème édition, édition Armand Colin(41)*. Ce manuel nous a apporté les règles et méthodes de réalisation d'un entretien qualitatif à usage exploratoire. D'autres sources(37) ont également été consultées, et nous avons eu l'opportunité de discuter de notre méthode avec des chercheurs en sciences humaines, habitués de ces techniques d'entretien.

Avant de débiter les interviews, le guide d'entretien a été revu avec le directeur de thèse. Il a été testé lors d'un entretien préliminaire, qui a permis de vérifier que les rubriques envisagées permettaient de rendre pleinement compte des points de vue des personnes interrogées. Après les 4 premiers entretiens, le guide a été réajusté pour approfondir certains points qui paraissaient intéressants.

Chacun des entretiens a fait l'objet d'une analyse primaire immédiate, sur la base des notes écrites, puis a été intégralement retranscrit. Le nombre d'entretiens peut apparaître relativement faible. La saturation observée laisse cependant penser qu'il nous donne une image satisfaisante de la variété des points de vue des acteurs de soins exerçant en MSP. La posture volontairement et strictement non-interventionniste adoptée lors des entretiens nous semble également garantir la fiabilité et le caractère non-biaisé des informations recueillies.

Il n'y a pas eu de triangulation des résultats puisque l'ensemble des 17 entretiens a été réalisé, retranscrit et analysé, par un seul investigateur. Cette méthode constitue une limite de l'étude, mais elle est habituelle en sciences humaines, la transparence sur l'échantillon et l'utilisation systématique des citations permettant au lecteur de critiquer légitimement l'argumentation de l'analyse des sources.

Concernant l'analyse thématique, nous n'avons pas utilisé d'outil de codage, type in vivo, car l'utilisation des méthodes "traditionnelles" (surlignage des séquences pertinentes pour chaque thème, sous Word) nous semblait aussi simple.

B. Profil des participants

Nous avons interrogé 16 professionnels médicaux ou paramédicaux et un coordinateur.

Il nous a semblé intéressant d'interroger un coordinateur puisqu'il y en a de plus en plus dans les MSP. Malheureusement, dans les MSP ayant fait l'objet de l'enquête, soit il n'y en avait pas, soit il était présent depuis trop peu de temps. Nous avons donc préféré rencontrer ce coordinateur qui travaillait depuis de nombreuses années dans un pôle puis une MSP. Cependant, venant d'un milieu extérieur à celui de la santé, nous avons choisi de ne pas l'inclure dans la discussion concernant les données sociodémographiques des interviewés.

Nous avons donc interrogé 12 femmes et 4 hommes, ce qui correspond à la féminisation des professionnels de santé(42) qui est accentué dans les structures d'exercice regroupé(18).

Parmi les interviewés il y avait 7 médecins généralistes, 5 infirmières, 2 kinésithérapeutes, 1 sage-femme et 1 psychologue. Il n'est pas étonnant de retrouver cette forte proportion de médecins généralistes et d'infirmières car ils représentent les 2 professions les plus représentées dans les MSP(43). Par contre, le faible nombre de kinésithérapeutes, bien qu'étant la troisième profession la plus représentée en MSP est difficilement explicable. Nous avons eu, en effet, énormément de mal à interroger des représentants de cette profession, malgré des sollicitations et relances nombreuses. Même s'il s'agit d'une analyse qualitative menée sur un petit échantillon, nous pouvons nous interroger sur ce résultat.

Ce constat avait déjà été rapporté dans une thèse sur l'*Etude des relations interprofessionnelles sur le territoire de Gennevilliers Villeneuve-la-Garenne*, soutenue en juin 2016 par C. Le Metayer, T. Dumont, et K Mognon(44). Ils avaient soulevé comme

hypothèse un possible intérêt moindre, de la part des kinésithérapeutes, pour le travail pluriprofessionnel, qui pourrait s'expliquer par le cloisonnement des études et par le faible taux d'échanges entre kinésithérapeutes et autres acteurs de santé. Étant donné que le fondement même de la MSP repose sur l'interprofessionnalité, nous ne pensions pas retrouver ces résultats dans notre étude.

C. Analyse thématique

L'allongement de l'espérance de vie(45), et l'augmentation des pathologies chroniques(7), associés aux progrès de la médecine permettent de vivre plus longtemps malgré ce type de maladie. On assiste donc à une augmentation des maladies chroniques et de la plurimorbidité. Ce constat, associé à une demande croissante de prestations médicales(15) et au virage ambulatoire opéré depuis quelques années, entraînent des situations de plus en plus complexes, auxquelles la médecine de premier recours doit faire face(46).

Mais la crise de la démographie médicale, ainsi que l'inégalité de la répartition géographique de tous les professionnels de santé, obligent à modifier nos pratiques. Ces changements doivent passer, d'une part, par l'amélioration de la prise en charge des malades chroniques et graves, et d'autre part, par l'amélioration de la prévention(7).

Pour ce faire, il est nécessaire de favoriser une prise en charge intégrée des malades(9), c'est-à-dire, une prise en charge étendue à tous les acteurs de soins et axée sur le patient.

Les nouveaux modèles de soins, tels que les maisons de santé pluriprofessionnelles, offrent la possibilité de répondre à ces défis en favorisant l'interprofessionnalité et la coordination(47).

En effet, en autorisant une meilleure utilisation et une synergie des compétences, l'interprofessionnalité permet une nouvelle approche de la prise en charge des malades

chroniques, dont la prévention et le suivi impliquent une relation active et dynamique, entre le patient et le système de soins de premier recours(48).

Enfin, cette coopération peut donner lieu à des « skill mix ». On entend par « skill mix » la répartition des tâches et des compétences entre différentes professions. Le but d'un « skill-mix optimal » est d'employer les professionnels selon leurs compétences centrales, de façon à compenser les éventuelles pénuries de soins, à améliorer la qualité de la prise en charge et à accroître la satisfaction des professionnels(49).

Nous allons dans cette discussion aborder les enjeux et défis de l'interprofessionnalité dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.

1. Le but de l'interprofessionnalité en MSP : une meilleure prise en charge du patient

Nos résultats montrent que, pour tous les professionnels, l'exercice en MSP permet d'offrir une prise en charge plus efficace et efficiente des patients complexes.

a) Définitions :

L'**efficacité** est la capacité d'une personne, d'un groupe, ou d'un système, à parvenir à ses fins, à ses objectifs (ou à ceux qu'on lui a fixés). Être efficace revient à produire, à l'échéance prévue, les résultats escomptés et réaliser des objectifs fixés. Il s'agit donc du rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés.

L'**efficience** caractérise la capacité à atteindre un objectif au prix d'une consommation optimale de ressources (personnel, matériel, finances). En d'autres termes, elle correspond à l'optimisation des outils mis en œuvre pour parvenir à un résultat. Il s'agit donc du rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées.

b) La prise en charge en MSP : un gain d'efficacité et d'efficience

Selon les professionnels interrogés, la réflexivité encouragée par l'exercice en MSP, permet d'améliorer la prise en charge des patients. De plus, l'apport d'un regard croisé sur une prise en charge peut permettre de résoudre une situation qui paraissait complexe du point de vue d'une seule discipline. Au sein des MSP, se développent donc des dynamiques d'interactions qui permettent de confronter les points de vue des différents professionnels et de parvenir à une prise en charge plus globale du patient. On est donc passé de protocoles organisés autour de la seule logique médicale, à un travail commun adapté à chaque situation.

« On était en train de boire un verre et je discutais avec ma collègue sage-femme d'un problème rencontré par une maman qui allaitait son bébé. Le nourrisson tétait mal et malgré nos conseils il ne prenait pas de poids. Ma voisine de table, orthophoniste, m'a alors appris qu'elle faisait de la rééducation à la succion chez les nouveaux nés. On était tous surpris. Et ça a fonctionné ! » (E11, sage-femme).

Enfin, le fait de recevoir des étudiants de toutes les disciplines pousse les acteurs de soins de MSP à mettre à jour leurs connaissances, ce qui les rend plus performants.

L'étude de l'IRDES sur *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012(50)*, confirme l'hypothèse d'une meilleure prise en charge.

D'après cette étude, l'exercice en MSP génère des prises en charge plus efficaces, et il est à l'origine d'une amélioration des soins ambulatoires, par rapport à l'exercice standard. En effet, l'étude montre une meilleure qualité des pratiques des médecins généralistes pour la quasi-totalité des critères utilisés (suivi des patients diabétiques de type 2, vaccination, dépistage, prévention et efficience des prescriptions).

D'autre part, cette étude montre que l'exercice en MSP génère un gain d'efficacité en matière de dépense en soins ambulatoires, par rapport à l'exercice standard. Dépense d'autant plus basse que la MSP est intégrée.

Enfin, il est important de noter que d'après l'étude, ces résultats n'ont pas été modifiés après l'entrée en vigueur des NMR. Ils tendraient donc à montrer que ce gain d'efficacité est uniquement dû au mode d'exercice regroupé pluriprofessionnel en MSP (les résultats n'étant pas strictement superposables en centre de santé). Pourtant, d'après les professionnels interrogés, même si la coordination était préexistante aux NMR, ceux-ci ont permis de formaliser le travail interprofessionnel et la coordination extérieure. Il serait peut-être intéressant de refaire une étude plus à distance du lancement des NMR car, comme nous l'ont rapporté plusieurs professionnels, le travail ensemble est lent à mettre en place.

Par ailleurs il serait intéressant de compléter notre recherche en réalisant une étude sur les perceptions qu'ont les patients de leur prise en charge en MSP.

c) Cette efficacité passe par une meilleure coordination

Pour les professionnels, l'exercice en MSP permet d'offrir une prise en charge plus efficace aux patients, notamment en favorisant la coordination interne et externe.

La coordination interne est en effet rapide et efficace. Les professionnels se connaissent, se font confiance. Ils n'ont pas d'appréhension quant au jugement de l'autre. Ils échangent ainsi plus rapidement. La communication est aussi facilitée par la proximité physique et les outils techniques à disposition (ces points seront abordés plus loin). Ils obtiennent donc facilement l'avis des autres professionnels de la MSP. Par ailleurs, si nécessaire, le patient peut être vu rapidement par un confrère d'une autre discipline. L'adressage des patients est donc lui aussi rapide et efficace.

Mais la coordination externe est, elle aussi, favorisée.

Ceci s'explique tout d'abord, par le fait que l'exercice en MSP favorise l'ouverture des acteurs de soins sur l'extérieur. D'après les professionnels interrogés, le fait même d'être en MSP, les pousse à participer davantage aux réseaux, aux formations. De plus ils partagent leur carnet d'adresse et organisent des réunions pour se faire connaître des partenaires médico-sociaux extérieurs.

Avec la Loi de modernisation de la santé de 2016⁽³²⁾, et le *service public territorial de santé*, « toutes les structures, tous les professionnels, y compris les libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, (...) autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé, prévention et promotion de la santé, accès aux soins, prise en charge sanitaire, médico-social et social ».

Cela suppose notamment l'amélioration des relations ville- hôpital.

Si l'amélioration du lien ville-hôpital ne constitue pas une obligation à figurer dans les projets de santé, c'est un point abordé dans plusieurs projets de santé des MSP enquêtées. Le but, étant de créer des liens privilégiés avec certains services hospitaliers, afin d'obtenir un parcours de soins plus cohérent et simplifié pour le patient.

Nous avons pu constater que ces liens privilégiés sont construits en fonction des compétences des professionnels de la MSP. Par exemple, dans l'une des MSP, l'un des objectifs du projet de santé est de développer l'axe périnatalité. Cet axe a été choisi car la MSP compte un grand nombre de sages-femmes, discipline par ailleurs sous représentée sur le territoire. Elles assurent une permanence de soins y compris les weekends, font des visites à domicile, et vont 2 fois par semaine à la maternité pour coordonner les sorties d'hospitalisation.

Dans une autre MSP, pour répondre aux besoins de la population, l'accent a été mis sur le développement des relations avec le service de diabétologie de l'hôpital voisin. Ces relations

ont été facilitées par la présence d'un médecin attaché en diabétologie, exerçant dans la MSP.

L'étude de l'IRDES sus citée ne retrouve pas de différence significative en termes de recours à l'hospitalisation entre MSP et exercice standard. Il aurait été intéressant, pour approfondir cet item, de comparer le nombre de recours aux urgences « intempestifs » ou la proportion d'hospitalisations programmées sans passage par les urgences.

Une autre remarque importante est que ces résultats ne sont pas superposables aux centres de santé.

En effet, en centre de santé, la prise en charge est plus efficace, et la qualité des pratiques des médecins généralistes meilleure, qu'en exercice libéral standard mais moindre qu'en MSP. Il en est de même pour les dépenses en soins ambulatoires.

Il existe donc une différence entre maison de santé et centre de santé.

Rappelons qu'en centre de santé les professionnels sont tous salariés. Toujours d'après l'étude de l'IRDES la proportion de jours travaillés y est moindre qu'en libéral (que ça soit en MSP ou en exercice standard) mais cette donnée a été prise en compte pour mesurer l'efficacité de la prise en charge. La suite de la discussion nous apportera des éléments de réponses.

2. Le patient au cœur de sa prise en charge

Comme nous l'avons déjà évoqué, le patient doit devenir acteur de sa prise en charge, dans le but de renforcer son autonomie dans la gestion et les soins. Il doit acquérir et mettre en pratique toutes les aptitudes nécessaires pour mener une vie active et satisfaisante, même avec une maladie chronique.

Cette question de l'importance de l'intégration du patient dans sa prise en charge a été abordée par plusieurs professionnels. Pour certains, l'intégration du patient dans le travail pluriprofessionnel représente l'avenir de l'interprofessionnalité. D'après eux, la prise en charge globale du patient atteint de pathologie chronique doit tenir compte de son expertise, et des compétences qu'il a développées pour vivre avec sa maladie. Cette démarche peut donc passer par la sollicitation de comités d'usagers ou de patients experts lors de l'élaboration des protocoles.

La question du « patient acteur de sa prise en charge », se retrouve dans les textes de loi depuis une dizaine d'années.

D'abord, avec la loi de 2002 relative aux droits des malades(51)qui a entraîné l'émergence d'associations de patients, de réseaux et de patients experts.

Puis en 2009, avec la loi HPST (28)et l'avènement de l'éducation thérapeutique.En effet, il s'agit de « construire avec le patient une réponse originale, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il sait, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère, et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère. [...] Mener une démarche éducative, c'est construire à chaque rencontre, à partir de tous ces éléments, de nouvelles réponses, acceptables à ce moment-là par l'un et par l'autre » (52).

Par ailleurs, il existe une plus grande accessibilité du patient à ses données de santé via internet ou son dossier médical. Le patient n'est plus dans une position passive.

On assiste donc à une modification de la relation soignant-soigné, passant par une participation active du patient dans sa prise en chargeet impliquant négociation et réciprocité.Le but étant, à travers l'alliance thérapeutique, de rendre le patient responsable de sa santé en globalité(53).Le patient devient enfin un acteur majeur dans l'organisation de son parcours de soins.

Cependant, pour que l'intégration du patient dans sa prise en charge soit optimale, il ne faut pas oublier les limites inhérentes à la relation soignant-soigné.

La prise en charge globale doit être personnalisée, en fonction de la diversité des individus, et de leurs caractéristiques psycho-médicosociales.

Un autre élément important mis en évidence dans le rapport de L'IGAS 2014 (54) est que : « Si le patient est le bénéficiaire final de la coordination territoriale, il ne peut en être l'acteur principal. La possibilité d'être l'acteur de la coordination de ses soins risque de créer de la confusion car il pourrait mettre en concurrence tous les professionnels susceptibles d'intervenir, sans qu'aucun ne puisse faire la synthèse de sa situation. »

Cet élément va dans le sens d'un patient partenaire des acteurs de soins et non pas d'un patient quémendeur de services.

Les MSP pourraient constituer une réponse concrète à la question du patient acteur de sa prise en charge, en le consultant lors de l'élaboration du projet de santé ou des protocoles. Même si ce n'est pas encore une pratique généralisée, il existe quelques exemples de MSP travaillant ainsi avec un patient expert. Le but de ce partenariat étant de ne pas tenir uniquement compte de la perception qu'ont les professionnels de santé de la population qu'ils soignent. Ainsi, le travail en MSP se rapprocherait de la notion de médecine communautaire.

En effet, on distingue deux grands types d'organisation des soins primaires qui se différencient par leurs objectifs et les services proposés (55):

- Le modèle communautaire, où le « médecin est inclus dans un ensemble (centres, cliniques) qui dessert une population définie avec un objectif de santé » et organise une coopération entre les professionnels de santé. Ce modèle est, par exemple, trouvé au Québec et en Belgique.
- Le modèle professionnel, qui correspond au modèle français. Il fait du médecin, regroupé avec d'autres ou non, le pivot du système, l'accès aux autres acteurs de soins s'effectuant par son intermédiaire.

Pour certains des professionnels interrogés, l'amélioration de la prise en charge impliquerait donc le passage d'un modèle professionnel à un modèle communautaire. Mais nous avons constaté au cours de nos entretiens, qu'il existait chez d'autres médecins généralistes une peur d'être destitué de leur rôle de pivot. La transition vers un modèle communautaire n'est donc pas une évidence pour tous les acteurs de soins des MSP (en particulier les généralistes).

Le travail en MSP nécessite donc une prise en charge coordonnée des professionnels autour du patient, c'est-à-dire une prise en charge adaptée l'impliquant activement.

A travers nos entretiens, nous avons pu constater que **l'interprofessionnalité n'est pas acquise**. Elle nécessite des adaptations, des ajustements et repose sur un équilibre fragile qui nécessite une vigilance permanente.

Nous allons à présent préciser les déterminants relationnels puis structurels de l'interprofessionnalité dans les MSP.

3. Les déterminants relationnels de l'interprofessionnalité

Nous nous proposons ici d'analyser les déterminants relationnels en jeu dans l'interprofessionnalité, à travers le modèle d'étude de la structuration de la collaboration interprofessionnelle que D'Amour décrit dans l'article « *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations* ». (56)

Ce modèle s'inspire de l'étude de la sociologie des organisations de Crozier et Friedberg(57).

D'après ce modèle, la collaboration interprofessionnelle peut se définir selon 4 dimensions.

Deux dimensions impliquant la relation :

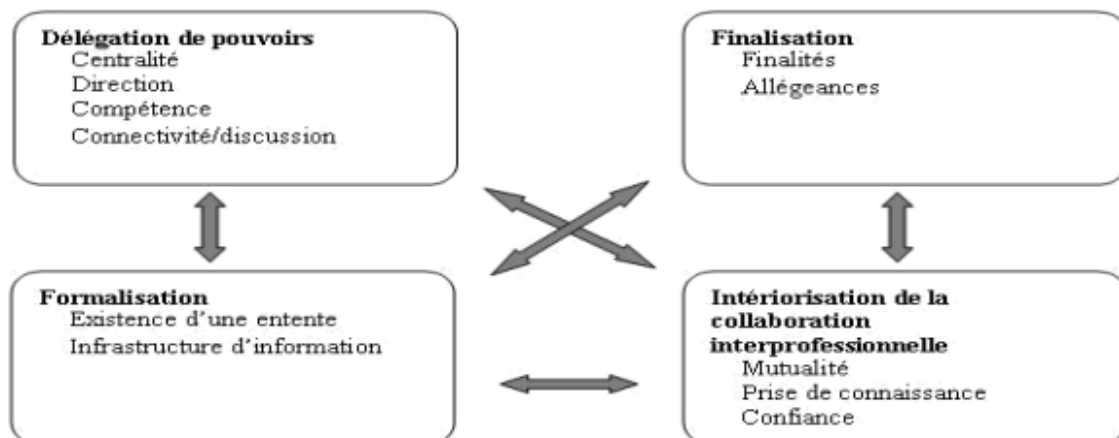
- Le partage d'un but et d'une vision. L'existence d'une finalité commune qui soit appropriée par l'équipe.
- L'internalisation ou intériorisation qui implique une prise de conscience par les professionnels de leur interdépendance. Ceci entraîne un sentiment d'appartenance, de cohésion et de confiance mutuelle.

Deux dimensions impliquant l'organisation :

- La formalisation, c'est-à-dire l'ensemble des règles qui encadrent et stabilisent l'action collective en clarifiant les attentes et les responsabilités de chacun.
- La gouvernance ou la fonction de leader assurant la collaboration en orientant et soutenant les professionnels.

Ces quatre dimensions sont soumises à une influence extérieure et structurelle liée aux ressources, aux financements, et aux politiques de santé publique.

Figure 1 : Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, Siscotte et Levy, 1999)(23)



Mais revenons plus précisément sur chaque point :

a) Le partage d'un but et d'une vision :

Nos résultats montrent une différence de motivation à travailler en structure pluriprofessionnelle au sens de « pluridisciplinaire ».

Pour certains professionnels, la plupart ayant plus d'expérience, le mode de travail pluriprofessionnel est la seule solution pour prendre en charge efficacement certains patients. En effet, face au vieillissement de la population et à la complexification des prises en charge ambulatoires, ils estiment que seule une prise en charge pluridisciplinaire concertée peut permettre une prise en charge efficace.

Mais, il est intéressant de constater, que pour la majorité des professionnels interrogés dans notre échantillon, la motivation première à rejoindre la MSP n'est pas cette recherche de l'interprofessionnalité mais renvoie à des questions d'opportunité.

Pour certains, il s'agissait d'une opportunité matérielle : opportunité de jouir de locaux spacieux, peu chers et répondant aux normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, dont l'échéance était fixée initialement à début 2015.

Pour d'autres, et c'est surtout le cas des médecins généralistes, la MSP constitue un cadre de travail agréable et attractif pour les jeunes, laissant espérer aux médecins plus âgés, une reprise de leur patientèle plus facile que dans le cadre d'un cabinet seul, et à tous, une plus grande facilité pour trouver des remplaçants.

Les médecins généralistes les plus jeunes sont en effet particulièrement attirés par les modes d'exercices pluriprofessionnels(58). Sortant de 9 ans d'études en milieu hospitalier, où le travail en équipe est relativement développé, ils imaginent mal se retrouver seuls, totalement isolés, pour prendre en charge leurs patients. La structure pluriprofessionnelle apporte un cadre rassurant. Par ailleurs, il s'agit d'une génération ayant comme volonté

établie de ne pas travailler autant que la génération précédente, et ainsi allier confort de vie professionnelle et personnelle(59). Les MSP, tout comme l'intégration d'un cabinet de groupe en tant que collaborateur, semblent faciliter l'entrée dans la vie libérale en ayant la même, voire une meilleure, qualité de vie qu'en salariat.

Pour tous, une fois le travail interprofessionnel mis en place, un retour en arrière paraît impossible. Ils partagent tous le sentiment d'une plus grande efficacité de la prise en charge du patient complexe, et ce dans sa globalité, par le travail interprofessionnel. Cette efficacité est le résultat direct d'une communication facilitée entre les acteurs de soins.

Donc même si la motivation première des participants n'est pas forcément la recherche de l'interprofessionnalité, à partir du moment où elle existe, elle est systématiquement valorisée, et mise en avant, comme garantie d'une meilleure qualité de prise en charge.

Lors de nos entretiens, nous avons rencontré une seule personne pour qui l'intégration de la MSP n'avait rien changé à sa pratique. Il s'agissait d'une MSP dans une situation particulière, où régnait un conflit avec cette personne, pourtant à l'origine du projet. Comme nous l'avons vu, une seule personne peut perturber la dynamique de l'équipe. Dans cette MSP, la situation était telle qu'il n'y avait pas d'interprofessionnalité entre cette personne et les autres membres de l'équipe, ce qui expliquait son sentiment d'isolement.

A la question de la motivation première, s'ajoute **la notion de valeurs de travail communes.**

C'est un élément qui est revenu à plusieurs reprises lors des entretiens.

En fonction des individus, il s'agit d' « *une philosophie du soin* » (E13, médecin) ou carrément d' « *un mythe fondateur* » (E6, médecin).

Ces valeurs de travail communes englobent :

- Une vision commune du soin, de la santé, de la santé publique ;
- Une vision commune de l'organisation du travail dans la maison de santé ;

- Une ouverture d'esprit, vers les autres professionnels de la MSP, mais aussi vers l'extérieur ;
- La capacité à faire preuve d'esprit d'équipe ;
- L'aptitude à un certain investissement et à apporter une certaine forme de dynamisme.

Pour certains, il était établi dès l'élaboration du projet, que le choix des membres de l'équipe tiendrait compte de ces aspects. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'une constatation a posteriori, notamment quand il y a eu des problèmes d'entente ou d'accord avec certains professionnels pendant la phase de projet.

Au cours de nos entretiens, nous avons eu, en effet, l'occasion d'entendre plusieurs témoignages où l'un des membres de l'équipe avait quitté le groupe, soit pendant la phase de projet, soit après l'intégration de la MSP. D'après les autres membres de l'équipe, la personne ayant quitté le groupe n'était pas faite pour travailler à plusieurs ou n'était pas assez motivée. Dans tous les cas, la situation a été vécue comme douloureuse par le reste de l'équipe et responsable d'un frein majeur au développement et au travail en interprofessionnalité.

b) L'internalisation :

Cette notion renvoie à la **confiance** et à l'**interconnaissance mutuelle**.

Comme nous l'avons vu dans les résultats, il ne peut y avoir de confiance qu'à partir du moment où les professionnels se connaissent et se respectent.

Or, l'un des freins majeurs à l'interprofessionnalité est la méconnaissance de l'autre.

Elle regroupe la méconnaissance de l'autre en tant qu'individu, et la méconnaissance de l'autre en tant que professionnel.

En effet, tous les professionnels reconnaissent que, avant d'intégrer la MSP, et ce même après des années d'exercice, ils avaient une réelle méconnaissance des compétences des professionnels des autres disciplines, voire des compétences des professionnels de leur propre discipline. En 2002, dans son rapport sur la *Démographie des professions de santé*, Berland mettait en évidence que «l'univers des professions de santé demeurait sans conteste un monde cloisonné où les acteurs d'une spécialité, d'une discipline, ne connaissaient que peu de chose des autres intervenants. »

Une solution qui permettrait de pallier à cette méconnaissance, serait de développer la formation interprofessionnelle. (Ce point sera abordé plus loin)

Pour travailler ensemble, il est indispensable d'apprendre à se connaître. L'interconnaissance mutuelle, encore appelée proximité cognitive⁽²⁵⁾⁽⁶⁰⁾, implique de communiquer.

c) La communication

La communication est nécessaire pour créer un relationnel propice au travail ensemble.

Elle passe par la communication formelle, bien sûr, mais surtout par la communication informelle.

La communication informelle permet, en se croisant tous les jours, dans les couloirs, autour de la machine à café, ou dans la cuisine, de créer un lien qui dépasse le simple lien professionnel. Elle favorise l'émergence d'affinités, qui, elles-mêmes, facilitent la communication. De plus, elle permet l'échange d'informations qui ne sont jamais écrites : les incertitudes et inquiétudes sur un malade, les émotions du soignant, les perceptions qu'a le soignant du patient (61). La communication informelle permet donc au professionnel, une fois un climat de confiance créé, de se décharger des émotions et angoisses liées à son activité.

L'importance de la communication informelle dans le développement de l'interprofessionnalité explique que dans les MSP « en les murs » l'interprofessionnalité soit facilitée par rapport aux MSP « hors les murs ».

Comme nous le voyons, l'interprofessionnalité a pour moteurs la connaissance de l'autre, la confiance et la communication, et est favorisée par la proximité physique. (Ce point sera développé ultérieurement.)

d) La phase de projet : d'un leadership unique à une gouvernance plus collégiale

Nous avons choisi d'illustrer les deux dimensions impliquant l'organisation (la formalisation et la gouvernance) à travers l'exemple de la phase de projet de MSP.

Pour tous les professionnels, la phase de projet a en effet été éprouvante sur le plan de l'interprofessionnalité.

En dehors de freins liés à la méconnaissance de l'autre que nous avons déjà abordés, la phase de projet a représenté, pour la plupart des participants, une véritable épreuve.

Il faut tout d'abord apprendre à travailler ensemble, trouver un rythme. Pour cela chacun doit trouver sa place, ce qui nécessite des adaptations, des ajustements.

Comme l'ont rapporté plusieurs participants, l'interprofessionnalité n'est pas abordée dans nos études. Là encore, l'un des moteurs au travail interdisciplinaire serait donc de l'intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé. (Ce point sera abordé plus loin)

A ces aspects, s'ajoutent les difficultés liées aux démarches administratives et à la recherche de financements.

En effet, la phase de projet est vécue comme un parcours semé d'embûches.

Les nombreuses tâches administratives, la multiplicité des interlocuteurs au niveau local et régional et, dans certains cas, leur méconnaissance en ce qui concerne les métiers de la santé, ont entraîné de grandes difficultés pour les équipes.

Le côté rébarbatif et répétitif des tâches administratives est responsable d'une perte de temps considérable, au détriment du temps consacré à l'élaboration du projet de santé, et donc de l'interprofessionnalité à proprement parler.

La période de projet est néanmoins facilitée par des structures aidantes, telles que la FEMASIF et les ARS, mais aussi par la présence d'un **porteur de projet ou leader**. En effet, celui-ci fédère le groupe, détermine des objectifs à atteindre en fonction des échéances et répartit les tâches entre les professionnels.

Tous les participants à l'étude s'accordent à dire que la présence d'un leader est indispensable pendant cette phase de projet. Mais il s'agit d'avantage d'un fonctionnement reposant sur une hiérarchie implicite que sur un leadership.

La question du porteur de projet représente un point abordé au séminaire national des maisons de santé de Besançon en 2008, sur les *recommandations pour concevoir et faire vivre une maison de santé*. (62)

D'après ces recommandations, le médecin généraliste est le professionnel le plus à même de remplir ce rôle de porteur de projet. En effet, le médecin généraliste a probablement des compétences plus vastes que les paramédicaux dans le domaine de la santé en général, et il est souvent plus en contact avec les instances directionnelles locales ou régionales qui interviennent lors de l'élaboration du projet. Il est donc plus facilement reconnu comme légitime pour représenter le groupe auprès de ces instances.

Il faut noter qu'au cours de nos entretiens, nous avons rencontré des professionnels de deux maisons de santé dans lesquelles les porteurs de projet étaient des paramédicaux. Après un temps d'adaptation, l'interprofessionnalité n'a pas rencontré de difficulté en lien avec cette question. Le fait d'avoir un professionnel paramédical comme leader était vécu comme une source de richesse.

Toujours d'après les recommandations du séminaire de Besançon, ce mode de pilotage, centré sur une personne, doit évoluer rapidement vers une autre forme de gouvernance, car le risque d'essoufflement et de démotivation du porteur de projet est grand.

Cette évolution ne pourra avoir lieu qu'une fois la plus grande partie des démarches administratives achevées, quand chacun aura trouvé ses marques. Le porteur de projet pourra alors, peu à peu, s'effacer au profit d'une ou plusieurs personnes dynamisantes qui entraîneront le groupe. Le fonctionnement de la structure pourra alors évoluer vers une gouvernance collégiale, plus ou moins entraînée par un leader naturel.

Ce type de gouvernance assure des prises de décisions transparentes impliquant les professionnels de toutes les disciplines. Le projet de santé n'est donc plus sous la responsabilité d'une seule personne mais bien sous la responsabilité pluriprofessionnelle. Débute alors, la véritable interprofessionnalité, qui, jusque-là, était ralentie par les tâches administratives. En effet, le travail en commun n'existe réellement qu'à partir du moment où les participants réussissent à se dégager du temps commun, pour se pencher tous ensemble sur la question du projet de santé.

Mais la transition d'un leadership unique à une gouvernance plus collégiale peut être difficile.

En effet, dans l'une des MSP, le partage du leadership, et donc du pouvoir, avec les autres professionnels a entraîné une crise majeure pour l'interprofessionnalité. La porteuse de projet, qui s'était largement investie dans la phase de projet, n'aurait pas supporté, d'après les autres professionnels, d'être destituée de son rôle de leader hiérarchique. Le conflit

résultant de cette lutte de pouvoir a totalement empêché les professionnels de travailler ensemble.

Il n'y a donc pas de règle établie en matière de leadership. Mais l'essentiel est d'aborder ces questions tôt dans l'évolution de la structure, afin que chacun puisse donner son avis et s'y préparer. Un manque de préparation et d'anticipation peut en effet être responsable de luttes de pouvoir freinant l'interprofessionnalité.

e) Les relations de pouvoir

La question des luttes de pouvoir liées à l'évolution de la structure, notamment à l'intégration ou au départ d'un membre de l'équipe, a été abordée dans plusieurs entretiens. **En effet, les luttes de pouvoir peuvent mettre l'interprofessionnalité en péril**, comme dans l'exemple précédent.

Or, d'après Friedberg(63), il ne peut y avoir de coopération sans pouvoir : « On entre dans une relation de pouvoir parce que l'on doit obtenir la coopération d'autres personnes pour la réalisation d'un projet, quel qu'il soit (un but commun, un problème plus ou moins clairement perçu par les autres, etc.). Contrairement à l'intuition première qu'on pourrait en avoir, pouvoir et coopération ne sont pas contradictoires, mais sont la conséquence naturelle l'un de l'autre. » Ainsi la coopération implique le recours aux autres pour réaliser un but commun, ce qui suppose obligatoirement une relation de pouvoir.

La question du pouvoir renvoie à la question de l'égalité entre les différents professionnels de la MSP et au leadership.

Pour certains professionnels, il ne peut y avoir d'égalité entre les membres du groupe. L'interprofessionnalité y est nécessairement impulsée par un ou plusieurs leaders naturels. Dans d'autres MSP, plus récentes et constituées de professionnels moins expérimentés, l'équipe revendique l'égalité pour tous.

Or, même si la gouvernance est collégiale, elle repose sur un leadership plus ou moins tacite, unique ou multiple. En effet, en fonction des compétences, des motivations et de l'investissement des individus, certains professionnels auront forcément un rôle plus important que les autres dans la vie de l'équipe.

Mais pour qu'il y ait une vraie interprofessionnalité et que chacun se sente à sa place, il faut parvenir à une équité entre les professionnels. Chacun doit trouver sa place en fonction de ses compétences propres, et de l'investissement qu'il est prêt à faire pour garantir un équilibre qui lui convienne entre vie professionnelle et vie personnelle.

Pour les participants, toute modification dans l'équipe peut entraîner une instabilité dans cette équité pouvant être responsable d'une lutte de pouvoir, voire de crise.

L'une des solutions proposées repose sur l'anticipation de ces situations. Il faut anticiper toute modification liée à l'organisation de la structure, à son fonctionnement, à la composition des membres de l'équipe.

Il s'agit là de la phase de formalisation. Elle permet de clarifier les responsabilités des différents partenaires et de négocier la façon dont ces responsabilités seront partagées. C'est aussi pendant cette phase que toute l'organisation de la MSP doit être pensée.

Cette formalisation peut prendre plusieurs formes : élaboration de statuts de l'association, de la SISA ou de la SCM, règlement intérieur, charte de la MSP, élaboration de procès-verbaux, ou encore élaboration de protocoles.

Concernant la constitution de l'équipe, toute personne nouvellement intégrée doit l'être à la seule condition que tout le monde ait donné son accord. Le respect de cette condition est indispensable à la bonne entente dans l'équipe.

4. Les déterminants structurels à l'interprofessionnalité

a) Le projet de santé

Au départ de notre travail de recherche, nous voulions travailler sur la question des « freins et moteurs de l'interprofessionnalité à l'élaboration du projet de santé dans les MSP », tant son rôle nous semblait important. Mais nous nous sommes vite rendu compte que cette question n'était pas assez centrale. En effet, spontanément les professionnels développaient beaucoup plus la question de l'organisation de la maison de santé et de l'interprofessionnalité. Ils parlaient bien du projet de santé, mais uniquement comme étant un élément lié à l'interprofessionnalité dans la phase de projet.

Nous avons donc décidé d'étendre notre sujet aux freins et moteurs de l'interprofessionnalité en général dans la MSP.

Il n'en reste pas moins que, pour tous les interviewés, **l'élaboration du projet de santé a eu un rôle majeur dans l'interprofessionnalité**. En effet, le travail sur le projet de santé a été un élément essentiel à l'établissement de la confiance et de la proximité cognitive.

Dans certains cas, il a permis la formalisation d'une collaboration interprofessionnelle informelle préexistante, dans d'autres il a été l'élément permettant l'émergence du travail interprofessionnel.

Pour tous, **le projet de santé est fédérateur, il entraîne un sentiment d'appartenance** : « *c'est notre bébé* » (E2, médecin). Il évolue, il vit avec la maison de santé. Il permet de développer un esprit de famille renforcé au moment de l'intégration de la maison de santé. D'ailleurs le terme « maison » en lui-même n'est peut-être pas complètement anodin ? Les

professionnels se sentent ainsi chez eux. Ce côté familial permet plus que de la convivialité, il entraîne un **véritable soutien** des professionnels les uns pour les autres, et pour leur projet de santé qu'il faut défendre.

Ces notions, comme l'illustre l'expérience suivante, peuvent constituer des éléments de réponse à la question de la moindre efficacité de l'exercice pluriprofessionnel salarié abordée un peu plus haut.

En effet, nous avons eu la chance au cours de nos entretiens d'interroger une participante, médecin, qui avait une activité mixte centre de santé/ maison de santé. Pour elle, l'interprofessionnalité est moins importante en centre de santé. Certes l'obtention de l'avis d'un collègue est aussi rapide qu'en MSP, mais du fait d'être salarié il y a moins d'implication des acteurs de santé les uns pour les autres et dans la vie de la structure. L'esprit de famille de la MSP n'existe pas, il n'y pas de réel soutien entre les professionnels. « *Je caricature un peu, mais en cas de problème avec un patient, si le collègue a fini sa journée, il ne viendra pas m'aider. Alors qu'ici, je sais que je peux compter sur mes collègues, même après 20h. Il y a une vraie solidarité* ». (E1, médecin).

Ces éléments de réponses sont issus d'un seul entretien. Il serait peut-être intéressant de réaliser une autre étude sur l'expérience de l'interprofessionnalité en comparant le modèle des MSP et des centres de santé ?

b) La proximité physique

La proximité physique apparaît comme un véritable moteur de l'interprofessionnalité.

En effet, elle permet de multiplier les moyens de communication (téléphone, rencontre physique, messagerie instantanée, message laissé au secrétariat ou sur un tableau dans la salle de détente), et est décrite comme un facteur rassurant (possibilité d'aller chercher un collègue en cas d'incertitude).

Par ailleurs, même si à notre époque les moyens de communication à distance se multiplient et sont de plus en plus simples d'utilisation, la rencontre directe entre deux professionnels est décrite comme un facteur optimisant la communication. En effet, la rencontre « en tête à tête », « mettre un visage sur un nom » restent des facteurs importants pour la communication, et renvoient à la notion de connaissance de l'autre.

Dans son étude sur *La distance physique et ses effets dans les équipes de travail distribuées : une analyse psychosociale*, Estelle Michinov(64)écrit : « Une étude récente réalisée auprès d'équipes de travail à distance dans le secteur des services (Cramton& Webber, 2005) a montré que, lors des interactions à distance, les informations relatives à la tâche diminuent, ce qui a pour conséquence de réduire la coordination entre les membres et, par là même, la performance collective. »

Un élément expliquant que l'interprofessionnalité est favorisée par la rencontre directe, est le fait que le message écrit peut entraîner des erreurs d'interprétation. De plus, la confrontation directe favorise la rétroactivité, il peut donc y avoir rapidement un échange aboutissant à la réponse à la question posée (65).

La proximité physique doit donc être pensée dès l'élaboration du projet architectural, pour créer un espace agréable favorisant les rencontres et la convivialité.

c) Le partage de l'information

L'efficacité et l'efficience de la prise en charge dans la MSP s'expliquent, d'après les professionnels interrogés, par un partage de l'information facilité. Notamment, comme nous l'avons vu, via la proximité physique, qui permet de favoriser les échanges en favorisant la proximité cognitive et en multipliant les moyens de communication. L'interprofessionnalité en est donc forcément améliorée.

Parmi les moyens de communication, les outils informatiques prennent une place de plus en plus importante, notamment grâce à la diffusion massive et rapide d'internet.

Pour une bonne coordination, le développement des supports informatiques à la communication est donc primordial.

Or, l'étude de l'OCDE de 2009(66), mettait en évidence une pénétration des technologies de l'information faible dans de nombreux pays, et notamment en France. En effet, une étude de l'utilisation des dossiers médicaux électroniques en 2009, montrait un retard de la France dans ce domaine, avec seulement 68% de dossiers médicaux informatisés chez les médecins libéraux. S'ajoute à cela la grande hétérogénéité des logiciels médicaux puisqu'on en dénombre en France plus de 150.

Les pouvoirs publics, à travers la Loi HPST de 2009 puis la Loi de modernisation de la santé de 2016, ont donc fait preuve d'une volonté de développer les **nouvelles technologies de l'information et de la communication en santé (TICS)**. Les enjeux du développement des TICS étant d'améliorer l'accès aux soins, le partage d'informations entre les professionnels, et par les patients eux-mêmes, et ce, tout en veillant au respect des droits des patients.

C'est dans ce sens qu'une nouvelle structure a été créée : L'ASIP santé. Elle a pour mission d'accompagner le développement des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé et le secteur médico-social(67).

Dans le cadre des MSP, l'informatisation du cabinet et le partage du dossier médical est un pré requis au règlement arbitral pour percevoir les NMR.

« Afin d'améliorer la coordination des soins, les structures s'engagent à mettre en place progressivement un système d'information administré et partagé au sein de la structure. »
(Règlement Arbitral des maisons de santé alinéa 3.3).

Les logiciels Patient doivent avoir reçu la labélisation de l'ASIP. Cette labélisation a été mise en place pour éviter d'avoir une hétérogénéité des logiciels comme c'est le cas pour les logiciels individuels(34).

En effet, le développement rapide des structures pluriprofessionnelles a été initialement associé à une multiplication des projets d'informatisation. Or, cette hétérogénéité constitue un frein potentiel à l'interprofessionnalité, pas au sein de la MSP-même, puisque tous les professionnels travaillent sur un même logiciel, mais plutôt avec ses partenaires extérieurs.

D'après les interviewés, l'un des buts des MSP, est en effet, de développer l'interprofessionnalité au sein de la structure, mais aussi avec l'extérieur, que ce soit avec les spécialistes, les laboratoires, les pharmaciens, le secteur médico-social ou encore les hôpitaux.

La coordination avec les partenaires extérieurs serait donc améliorée si le partage d'informations entre eux et la MSP était facilité.

Dans certaines MSP, l'accent est mis sur la vidéoconférence. Elle permet aussi bien les staffs à distance, pour les professionnels de la MSP ayant d'autres obligations, que la télé-expertise. La télémédecine est en effet en pleine expansion. Elle permet d'avoir rapidement des avis spécialisés et semble constituer un moyen d'élargir l'offre de soins.

Sur d'autres sites, les professionnels sont en train de réfléchir à un partage d'informations via le « cloud » du logiciel, par exemple.

Bien sûr, toutes les informations médicales ne pourraient pas être transmises à tous les professionnels du territoire, mais ce type d'innovation pourrait, par exemple, favoriser le partage du dossier médical patient.

En effet, contrairement au Dossier Pharmaceutique, largement utilisé, le Dossier Médical Partagé (DMP), lancé en 2000 est un échec. Le faible nombre de dossiers établis (moins de 1% de l'objectif en Ile de France en 2014), son coût, le manque d'intérêt pratique des dossiers et la faible participation des médecins libéraux ont eu raison d'un projet dont l'utilité reste reconnue par de nombreux acteurs de santé(54).

Un DMP2 plus adapté aux professionnels de santé devrait voir le jour prochainement.

Dans le même ordre d'idée, le Volet Médical de Synthèse (VMS), créé en 2011, est disponible sur les logiciels métiers habituels des professionnels de santé. Il est censé être utile pour le suivi de patients souffrant d'une pathologie chronique en répertoriant de nombreuses données (coordonnées, antécédents, allergies, antécédents iatrogéniques, pathologies, résultats des principaux examens diagnostiques, traitements, facteurs de risque et points d'attention particuliers). Il doit être consultable facilement, notamment en cas d'urgence à l'hôpital. En pratique, même s'il est rempli par les médecins, il n'y a actuellement pas de partage informatisé systématique de ce dossier. L'usage pour la coordination en est donc limité.

Ces innovations posent néanmoins la question de la confidentialité des données médicales et de la sécurité du système d'information. Leur développement est donc soumis au contrôle de l'ASIP santé et à de nombreuses contraintes administratives qui ralentissent leur développement.

Le partage d'informations suppose notamment pour tous les professionnels, y compris les établissements publics, d'avoir une messagerie sécurisée. Or, là encore les professionnels se heurtent à un frein : *« on a une grosse activité de coordination avec la maternité d'à côté. On aimerait échanger nos infos sur les patientes directement par mail, mais comme ils n'ont pas de messagerie sécurisée c'est impossible. » (E4, infirmier).*

Le rapport de l'IGAS 2014 (54), le confirme : les messageries sécurisées de santé sont encore notablement sous utilisées et 95% des professionnels n'ont pas d'adresse de messagerie sécurisée. Par ailleurs, il existe un grand nombre de messageries, compliquant là encore la communication.

La confidentialité des données, et la sécurité des informations médicales, bien que nécessaires, constituent donc un frein à l'interprofessionnalité.

Mais comme nous l'ont rapporté plusieurs professionnels interrogés, le principal frein à l'interprofessionnalité lié à l'outil informatique en MSP reste le logiciel informatique en lui-même.

En effet, aucun logiciel n'est optimal en termes d'interprofessionnalité. Leur principal défaut est qu'ils ne sont pas pratiques pour les paramédicaux.

Premièrement, en dehors de la facturation, la plupart des paramédicaux n'utilisaient pas l'informatique pour leurs dossiers Patient. Ils ont donc dû se familiariser avec l'outil en lui-même et ajouter un temps de saisie de données à leurs consultations. Actuellement les logiciels pluriprofessionnels ne permettent pas aux paramédicaux d'effectuer leur facturation sur le même logiciel. Leur utilisation est donc vécue comme « *une perte de temps* » (entretien 14).

Deuxièmement, les logiciels pluriprofessionnels sont presque tous calqués sur le modèle des logiciels médecins. Or les logiciels des paramédicaux doivent répondre à d'autres prérogatives, notamment en termes de saisie d'ordonnances qui courent souvent sur plusieurs mois.

Par ailleurs, il faut parvenir à mettre en relief dans la masse de données enregistrées, les informations générales sur le patient utiles aux autres professionnels, ainsi que les informations aiguës utiles à un temps T à tel ou tel praticien.

Tous ces éléments peuvent paraître simples en théorie mais, comme nous l'avons vu, la réalité est tout autre. Les professionnels doivent travailler main dans la main avec les éditeurs, afin d'obtenir un outil fluide, facile d'utilisation, adapté à toutes les professions en termes de saisie de données et de facturation. Tout ce travail d'évolution des logiciels prend donc du temps, encore allongé par des contraintes administratives auxquelles il est soumis.

Les TICS pourraient donc constituer un moteur à l'interprofessionnalité, mais il existe encore de nombreux freins liés à leur utilisation.

d) Une solution aux contraintes administratives : le coordinateur

Comme nous l'ont rapporté plusieurs professionnels, l'exercice en MSP sort du cadre des soins purs. C'est à la fois enrichissant, car facteur d'une diversité dans l'activité souvent recherchée, et contraignant car il faut développer de nouvelles compétences : juridiques, administratives, informatiques. De plus, le temps passé à développer et mettre en pratique ces nouvelles compétences, peut être vécu comme du temps perdu au détriment de l'interprofessionnalité et du patient.

C'est pourquoi, dans certaines maisons de santé, les professionnels se tournent vers les coordinateurs.

En effet, selon le rapport de l'OCDE 2009(66), la coordination est une tâche à part entière, qui fait appel à des compétences, des méthodes propres et de nombreux intervenants. Autrement dit, la coordination est un métier.

C'est dans cette optique que se développent des formations à la coordination, en tant que métier propre, ou en tant que complément de cursus le plus souvent pour des professionnels de santé (médecins, infirmières et travailleuses sociales dans la majorité des cas).

Etant relativement récentes en France, les coordinateurs sortis de telles formations représentent une minorité.

La coordination, comme nous l'avons vu, fait appel à de nombreuses compétences en lien avec : la gestion et l'administration de structure et de projet, la gestion informatique, et la coordination des soins au sens strict (coordonner, par exemple, le passage infirmier chez un patient sortant d'hospitalisation). On distingue donc deux types de coordination : l'une de coordination des soins, ou coordination médicale, et l'autre de soutien des soins, ou coordination administrative.

Cela suppose donc des profils différents : des soignants mais aussi des professionnels

provenant d'autres domaines avec des formations différentes (68):

- La **coordination administrative** : ses missions sont multiples et encore mal définies (gestion financière, gestion des conflits, management, communication, administration), auxquelles peuvent s'ajouter les compétences nécessaires à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information. Elle peut être dévolue à un soignant formé (souvent un médecin avec une diminution de ses activités médicales en Angleterre par exemple) mais aussi à un professionnel non médical.
- La **coordination médicale** : qui suppose le développement de nouveaux métiers reposant sur un « skill mix », tels que les assistants de parcours ou gestionnaires de situations complexes.

Provenant des pays anglo-saxons, ces nouveaux métiers sont très développés aux États-Unis, avec trois grands profils de « *case managers* » différents :

- Le « *clinical case manager* », basé au sein d'un établissement de santé. Cette fonction est occupée par des infirmières de niveau Master, expérimentées en pratique clinique et en « *case management* ». Les patients sont inclus dans le programme souvent dès la phase de préadmission et jusqu'à la sortie d'hospitalisation. Elles sont en charge de la coordination des soins et de la gestion des ressources (gestion des rendez-vous et planification des interventions).
- La « *nurse case manager* ». Ce métier a été développé dans le but de réduire le nombre d'hospitalisations en urgence chez les patients chroniques. Elles sont souvent basées dans une maison de santé pluriprofessionnelle, un hôpital, ou dans une autre structure. Leurs fonctions sont : réaliser des évaluations cliniques spécialisées, coordonner les soins, gérer les médicaments, et permettre aux patients de maintenir une certaine qualité de vie. Cette fonction est occupée exclusivement par des infirmières expérimentées de niveau Master, formées au « *case management* »;

- Le « *case manager* », sans prestation de soins, est issu principalement d'une formation de travailleur social, de niveau Master et expérimenté. Il peut également s'agir d'une infirmière avec une orientation médico-sociale ou sociale. Il travaille principalement dans le milieu du handicap, quel qu'il soit, de la santé mentale, des addictions, et des personnes âgées. Les gestionnaires de cas MAIA sont rattachés à ce profil.

Ces nouveaux métiers constituent une piste intéressante pour aider à la prise en charge des patients complexes.

Le recrutement d'un coordinateur, qu'il soit coordinateur médical ou administratif, au sein d'une MSP, apparaît donc comme étant un véritable atout.

Le principal problème posé par le recrutement d'un coordinateur, est celui de sa rémunération. En effet, le coordinateur est embauché par la MSP à titre salarié. Dans la plupart des cas, son salaire est en partie payé à partir des NMR perçus, au détriment donc de la rémunération de l'équipe pour son temps de travail en interprofessionnalité. Mais dans la plupart des cas les équipes préfèrent être un peu moins rémunérées pour leur temps de travail ensemble au service des patients, que de « perdre » du temps en tâches administratives.

Dans certaines MSP, pour limiter le coût de l'activité de coordination et favoriser les échanges avec d'autres MSP, les équipes choisissent de mutualiser un poste sur plusieurs maisons. Ceci est d'autant plus possible que la MSP est implantée dans une communauté professionnelle territoriale de santé active.

e) Le manque de moyens financiers : un frein à l'interprofessionnalité

Dans les études, la question de la rémunération est un point souvent abordé quand on parle de coordination interprofessionnelle(48). En effet, le travail de coordination prend du temps, et il est peu ou pas rémunéré(69). Le manque de rémunération à la coordination est donc vécu comme un frein à l'interprofessionnalité(43).

Les NMR constituent les premiers financements collectifs spécifiquement alloués à des structures pluriprofessionnelles de soins primaires pour mettre en place des actions interprofessionnelles(31).

Apparus dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, ils constituent l'un des instruments de la modernisation de l'offre de soins de premier recours, le travail en équipe pluridisciplinaire favorisant, comme nous l'avons vu, une meilleure qualité et efficacité des soins.

Pour percevoir les NMR, chaque équipe de santé pluriprofessionnelle doit faire valider par l'ARS un projet de santé dont le contenu doit répondre aux besoins sanitaires de son territoire et être conforme à certaines priorités de santé définies au niveau local. Ils nécessitent donc, pour les professionnels, de faire coexister une culture libérale individualiste à une culture collective. Ceci implique des apprentissages et une adaptation des pratiques.

Le but étant de favoriser l'interprofessionnalité, les équipes reçoivent un financement collectif qu'elles peuvent répartir librement. La répartition est d'ailleurs variable en fonction des MSP. Certaines équipes choisissent de répartir les NMR en fonction du temps horaire passé à l'interprofessionnalité sous quelque forme que ce soit. Cela permet pour eux, d'asseoir un peu plus l'équité entre les membres.

D'autres choisissent d'utiliser une partie des NMR pour investir dans des outils technologiques à usage pluriprofessionnel.

D'autres encore, préfèrent redistribuer une partie des NMR à la psychologue, pour lui permettre de suivre des patients n'ayant pas les moyens de payer les consultations (non remboursées par la sécurité sociale).

A travers ces différents exemples, on peut voir que les NMR favorisent l'innovation dans les pratiques interprofessionnelles.

Mais comme nous l'avons vu, avec le règlement arbitral(36), a été introduit la notion de patientèle médecin traitant pour calculer les NMR, ce qui entraîne un sentiment de frustration et de perte de pouvoir chez les paramédicaux.

En effet, par rapport à la phase d'expérimentation, la partie des NMR dite « partie variable » dépend de la patientèle médecin traitant uniquement.

La patientèle est définie comme il suit : « somme du nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant exerçant au sein de la structure et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année de référence ».

Le sentiment de perte de pouvoir des paramédicaux renvoie à la question de la reconnaissance professionnelle (voir plus haut).

Mais les NMR sont censés financer l'interprofessionnalité. Or celle-ci n'est pas mesurable quantitativement, elle génère en effet des données qualitatives. Les critères définissant le versement des NMR posent donc forcément question.

Pendant la phase d'expérimentation, les NMR étaient versés de manière proportionnelle au nombre de professionnels présents. Cette rémunération favorisait donc les structures regroupant un grand nombre d'acteurs de soins, et pouvait donc inciter à intégrer de nombreux professionnels, quel que soit réellement leur rôle dans l'interprofessionnalité. Ce type de dérives, si elles existaient, concernaient probablement davantage les pôles de santé que les MSP. Néanmoins il semblait important d'établir des garde-fous.

D'autre part, les NMR visent avant tout à financer l'interprofessionnalité développée au sein de la MSP, et non pas celle d'un des professionnels de la MSP avec un acteur de soins extérieurs (comme dans le cas d'un patient suivi par une infirmière de la MSP et un médecin traitant extérieur). Il semble donc intéressant de penser la rémunération en fonction d'une patientèle.

Enfin, comme nous l'ont rapporté certains professionnels, la majorité des contraintes du RA sont imposées aux médecins généralistes. En effet, sous prétexte du financement à la coordination, le RA impose des contraintes répondant à la problématique de l'accès aux soins. Prenons par exemple la question des plages d'ouverture de la MSP. Le RA impose des plages d'ouverture larges, de 8h à 20h, dans le but de faciliter l'accessibilité aux soins et non pas de favoriser le travail interprofessionnel. Il paraît donc logique que la patientèle des médecins soit prise en compte pour le calcul des NMR. Mais la direction majoritaire des contraintes vers une profession n'est pas sans risque de dérive. En effet, qu'est-ce qui empêche les médecins de dire : « vous percevez les NMR grâce à nous, donc c'est à nous de choisir ce qu'on en fait » ? Or cette affirmation entraînerait une prise de pouvoir des médecins sur les autres disciplines qui signerait la fin de l'interprofessionnalité telle qu'elle est vécue dans les MSP.

Pour éviter ce type de dérive, il est essentiel que le poids des paramédicaux dans le choix de la répartition des NMR, comme pour le reste des décisions de la MSP, soit le même que celui des médecins. Cela renvoie à la notion d'équité, notion absolument essentielle au travail en équipe. Bien que les NMR soient susceptibles d'évoluer avec le temps (voire d'être supprimés), leur répartition doit être anticipée. Elle pourra ensuite évoluer, mais il est impératif de se mettre d'accord sur les priorités auxquelles on les destine.

5. Une piste pour l'amélioration : la formation interprofessionnelle

La question de la formation interprofessionnelle, lors de la formation initiale, a été abordée à plusieurs reprises par les interviewés. D'abord comme une solution pour apprendre à travailler ensemble, puis comme une solution à la méconnaissance des autres métiers.

En effet, devant le cloisonnement des formations des professionnels de santé, il s'agit vraisemblablement d'une piste intéressante pour promouvoir l'interprofessionnalité(10).

L'OMS, qui préconise l'éducation interprofessionnelle (EIP) depuis 1988 (70), réaffirmait très récemment son soutien pour l'éducation et la pratique interprofessionnelles, les positionnant comme des stratégies ayant à la fois le potentiel de favoriser de meilleurs résultats cliniques pour le patient et celui de permettre la gestion efficace de la crise mondiale en personnel de santé(71).

En effet, l'intérêt pour l'EIP peut s'expliquer par 3 facteurs :

- Les exigences en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, notamment dans les cas complexes, qui nécessitent une prise en charge interdisciplinaire. Plusieurs études ont montré une relation entre la qualité des soins et l'efficacité de la collaboration entre les professionnels de la santé.(50)(11)
- L'évolution des types de soins aux patients : répondant à une population vieillissante et souffrant de multiples problèmes de santé chroniques, souvent plus complexes. Dans ce contexte, le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé affirme qu' « aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe de besoins ... du patient ».(72)

- La pénurie en professionnels de la santé qui nous invite à poursuivre la réflexion sur l'étendue de la pratique professionnelle, les compétences transversales (skill mix) et l'utilisation efficiente des ressources soignantes.

L'éducation interprofessionnelle (EIP) réunit des membres de deux ou plusieurs professions dans une formation commune, qu'elle soit pré ou postgraduée, initiale ou continue(73). Ils s'engagent dans des processus d'apprentissage conjoints et réciproques, qui leur permettent de mieux se connaître et de collaborer dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Ces formations sont développées depuis des années chez nos collègues étrangers.

Ainsi en Suisse, depuis plusieurs années, « les curricula des écoles de médecine, de soins infirmiers et d'autres professions de la santé se basent aujourd'hui sur un référentiel commun, préconisant le développement de compétences transversales telles que celles de *collaborateur* et de *communicateur* (74)».

En France, ces formations sont beaucoup plus récentes et restent à la marge des enseignements.

La première formation interprofessionnelle a eu lieu en 2010, à Rennes. Elle regroupait 110 étudiants, de 8 professions différentes, inscrits sur la base du volontariat et consistait en trois séminaires de 2 jours.

L'étude qualitative(75), menée 2 ans après la formation, auprès de 16 étudiants de 7 professions concluait que la formation permettait de :

- Lutter contre le cloisonnement des formations des professionnelles de santé
- Apprendre à se connaître
- Développer une relation de qualité avec les autres professionnels
- Déconstruire les représentations de chacun sur les autres professions et ainsi créer une relation plus égalitaire.
- Apporter un changement de regard sur le patient.

- Développer une volonté de collaborer avec les autres professionnels en s'engageant dans une dynamique d'interprofessionnalité. En effet, « C'est en immergeant dès la formation initiale les étudiants en santé dans un environnement interprofessionnel, que la pratique collaborative devient évidente » (Pierre Trudel).
- Favoriser une certaine ouverture d'esprit.

Ces résultats encourageants ont motivé le développement de ces formations dans d'autres villes. Mais, peut-être à cause de leurs coûts et de leurs difficultés de mise en place, elles restent encore aujourd'hui à la marge des enseignements.

6. Les modèles d'interprofessionnalité à l'étranger

Nous vous proposons dans ce dernier paragraphe de découvrir quelques modèles de travail interprofessionnel à travers le monde.

a) Le modèle canadien

Il repose sur des groupes volontaires de médecins familles (GMF) et des réseaux locaux de services en charge de l'articulation et de la coordination entre les médecins et les centres locaux de services communautaires (CLSC)(69)(76).

Les CLSC doivent prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale, par le biais d'équipes multidisciplinaires favorisant la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle, notamment entre médecins, infirmières et travailleurs sociaux. Les groupes de médecins de famille doivent être accrédités sur la base d'engagements de service (heures de consultation large, amélioration suivi médical des patients, continuité des services), contractualisent avec la province et les services sociaux.

Ils perçoivent une rémunération mixte : paiement à l'acte et rémunération forfaitaire. La dotation forfaitaire, fonction du nombre de patients reçus, leur est allouée pour couvrir l'embauche d'infirmières (salariés des centres de santé locaux), d'assistants administratifs, les frais de loyers, de déplacement ou de formation. Les infirmières sont sous la responsabilité fonctionnelle des GMF. Leur tâche s'est progressivement étendue (diagnostic, traitement) grâce à la mise au point de protocoles de soins conjoints avec les médecins. Des infirmières praticiennes spécialisées sont en voie de recrutement : elles ont l'autorisation de faire certaines prescriptions et certains traitements.

b) Le modèle des maisons médicales en Belgique

Les maisons médicales sont des associations autogérées qui dispensent des soins de santé primaires. Elles regroupent des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale, qui y travaillent en équipe. « Petites structures proches de la population, elles s'insèrent dans leur quartier dont elles connaissent les spécificités et les problèmes. Dans les maisons médicales, la place centrale revient à l'utilisateur : la sauvegarde et le développement de son autonomie constituent un objectif prioritaire ».(77)

Elles revendiquent l'autonomie financière, l'absence de hiérarchie, la concertation pluridisciplinaire pour la prise de décisions collectives.

Le passage du paiement au forfait y est préconisé par la fédération des maisons médicales. « Le forfait répond à un principe de mutualisation des risques propice à une remise à plat des soins quel que soit leur coût, ainsi les effets de concurrence entre médecins sont gommés et leur implication dans des activités périphériques sont facilitées » (78)

Le forfait étant directement versé par les mutualités, les patients peuvent consulter plus facilement, et plus ou moins fréquemment selon leur pathologie.

c) Le modèle hollandais

Le système de santé néerlandais accorde une priorité à la relation entre le patient et son médecin. Le médecin de famille constitue le point d'accès aux services (« *gatekeeper* »); il est le seul à pouvoir diriger les patients vers les services spécialisés.(76)

La prise en charge, fondée sur le travail d'équipe, permet une approche globale et adaptée.

Par ailleurs, l'interprofessionnalité passe par le travail des infirmières praticiennes et des assistants médicaux (63). Ils effectuent des travaux de secrétariat médical (prise de rendez-vous, préparation des consultations, tenue des dossiers, délivrance des feuilles de prescription...) et des tâches cliniques de technicité limitée (ablation de points de suture, réalisation d'électrocardiogrammes, audiométrie simple, pansements, prélèvement du sang, injections, mesure de la pression artérielle ...).

Les prestataires de soins sont rémunérés pour les services qu'ils dispensent, ainsi qu'en fonction du nombre de patients par clinique (capitation).

d) Le modèle allemand

Le Conseil pour l'évolution de la santé allemand (Deutscher Sachverständigenrat für die Entwicklung der Gesundheit, 2009) préconise la création de cabinets médicaux de premier recours(46). Ce modèle est donc en plein développement. Le but de ces cabinets est le suivi du patient dans sa globalité en proposant une prise en charge adaptée et en favorisant son autonomisation. Des assistants médicaux ou des infirmières peuvent assurer des tâches importantes qui restent aujourd'hui encore l'apanage des médecins, notamment en matière de prévention médicale (formation des patients, vaccinations...) et de suivi au long terme des malades chroniques (surveillance de diverses mesures à contrôler à l'aide de check-lists

simples, très structurées et validées). Dans ce cadre, les médecins jouent le rôle de coordinateurs et de modérateurs et sont responsables en dernier ressort.

e) Le modèle des centres de santé finlandais

Les centres médicaux finlandais sont de taille variable et ne proposent pas tous les mêmes services(76). En règle générale, les centres de santé offrent un large éventail de services à la population, de la promotion de la santé et de la prévention, aux interventions de diagnostic, de traitement et de réadaptation, et jusqu'aux soins palliatifs. Les prestations sont exécutées par une équipe multidisciplinaire composée de médecins généralistes et d'infirmières, ainsi que d'autres professionnels de la santé, tous salariés. Ils sont agréés et financés par les collectivités locales. Les patients sont en général pris en charge initialement par une infirmière qui étudie la situation, recueille les résultats d'examens nécessaires, et décide s'il y a lieu de consulter un médecin. Les infirmières sont en outre responsables du suivi des grossesses, de la médecine scolaire et de la médecine du travail, parfois en collaboration avec les médecins. Depuis peu, elles peuvent prescrire certains médicaments d'utilisation courante(69).

f) Le modèle du Patient-Centered Medical Homes (PCMH) aux Etats-Unis

Les « maisons de santé centrées sur les patients » (46) sont caractérisées par un cabinet pluriprofessionnel dirigé par un médecin dont les horaires élargis et l'utilisation de nouveaux outils de communication favorisent l'accès aux soins. Le médecin et son équipe prennent en charge le patient dans sa globalité, en visant à la sécurité et la qualité des soins. Ils sont

responsables de son parcours de soins et mènent une prise en charge coordonnée et intégrée. Le paiement des prestations doit viser, entre autres, une rémunération du travail de coordination et des autres interventions de personnel non médical. Les évaluations existantes de PCMH montrent que la réorganisation de la médecine de premier recours dans ce cadre a, entre autres, augmenté la qualité des soins et réduit les hospitalisations (Grumbach et Grundy 2010).

Il nous semble nécessaire pour faire face aux nouveaux enjeux de la médecine de premier recours, de développer, comme à l'étranger, de nouveaux modèles de collaboration interprofessionnelle.

En ce sens, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles apportent une réponse concrète à cette question.

Mais l'interprofessionnalité dépend de nombreux facteurs que l'on peut d'après plusieurs études(19),(79), (80)répartir sur trois niveaux.

- Les **facteurs macro** qui renvoient aux éléments externes à l'organisation. Ils regroupent donc les textes de loi, les possibilités de rémunération, et la notion de formation interprofessionnelle.
- Les **facteurs méso** qui renvoient aux éléments propres à l'organisation de la structure. Ils regroupent les valeurs de travail, le leadership, les réunions d'équipe qui permettent de dégager du temps interprofessionnel, la proximité physique, et la coordination.
- Les **facteurs micro** qui renvoient aux éléments interactionnels en lien avec les relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. Ils regroupent donc la volonté de travailler ensemble, la connaissance de l'autre, la confiance et le respect mutuel, et la communication.

VI. Conclusion

Les maisons de santé, en développant l'interprofessionnalité, constituent une réponse concrète à la problématique de la complexification des prises en charge ambulatoires et de la crise de la démographie médicale.

Les acteurs des maisons de santé se représentent leur travail avant tout comme une prise en charge efficace et efficiente des patients. Cette recherche de performance implique de travailler en interprofessionnalité.

Le travail en MSP est à la fois enrichissant sur le plan professionnel, puisqu'il permet d'actualiser en permanence ses compétences en travaillant au contact de l'autre, mais aussi sur le plan personnel en créant de nouvelles amitiés.

Mais comme nous l'avons vu, l'interprofessionnalité n'est pas acquise, elle repose sur un équilibre fragile qui dépend de déterminants relationnels et structurels nombreux.

A travers cette analyse qualitative, nous avons cherché à dégager les principaux freins et moteurs de l'interprofessionnalité en maison de santé pluriprofessionnelle.

D'après notre analyse, les principaux freins sont la méconnaissance de l'autre, la question du financement de l'interprofessionnalité et le manque de performance des logiciels au service de l'interprofessionnalité. Les principaux moteurs sont l'envie de travailler ensemble, le partage de valeurs de travail communes, le dynamisme entraînant d'un ou plusieurs leaders, la proximité physique et la présence d'un coordinateur.

En guise de conclusion, nous avons réalisé un « guide abrégé de l'interprofessionnalité en MSP » que nous soumettons à la critique de nos lecteurs et aux professionnels qui souhaitent s'engager dans ce mode d'exercice professionnel :

Petit guide de l'interprofessionnalité en MSP :

1. Bien choisir son équipe : dynamique, motivée, désireuse de travailler ensemble dans un contexte de bonne entente et de convivialité.
2. Partager des valeurs de travail communes et s'accorder sur sa façon de travailler.
3. Apprendre à travailler ensemble autour du projet de santé.
4. Communiquer pour se connaître et travailler en confiance.
5. Favoriser la proximité physique pour mieux communiquer.
6. Maîtriser les outils de communication et de partage de l'information.
7. Anticiper, anticiper et anticiper:
 - Le recrutement ou départ de tout membre de l'équipe
 - Le mode de fonctionnement c'est à dire l'organisation même de la MSP
 - La distribution des nouveaux modes de rémunération, même s'ils sont susceptibles d'évoluer avec le temps, les priorités auxquelles on les destine.
8. Placer le patient comme moteur omniprésent et acteur de sa prise en charge.

VII. Bibliographie :

1. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 12 septembre 1978.
http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/. 1978.
2. World Health Organization. Rapport sur la Santé dans le Monde 2003: Préparer l'Avenir. [Internet]. Geneva; Herndon: World Health Organization Stylus Pub., LLC [distributor; 2003 [cité 28 août 2016]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10053629>
3. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Maintenant plus que jamais: les soins de santé primaires. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008. 125 p. (Rapport sur la santé dans la monde).
4. OMS. La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, Conférence de Ljubljana. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/. 1996.
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* juin 2003;38(3):831-65.
6. Bourgueil Yann, Marek Anna, Mousquès Julien. trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au CANADA, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé* n° 141. avril 2009;
7. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Des soins novateurs pour les affections chroniques: éléments constitutifs: rapport mondial. Genève; 2003. 105 p. (Maladies non transmissibles et santé mentale).
8. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé? *sept 2012*;(179).
9. Sannino N, Picon E. Etude des parcours de soins des personnes en situation de précarité. Spécificités en rapport avec l'environnement local. DGOS; 2015.
10. Berland Y, Bourgueil Y. Evolution des métiers de la santé: coopérations entre professionnels.

mars 2010;

11. Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*. août 2000;38(8):807-19.
12. Afrite A, Mousquès J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. IRDES. (201).
13. Juilhard J-M. Rapport d'information au Sénat au nom de la commission des Affaires Sociales sur la démographie médicale [Internet]. 2007 oct. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>
14. Atalaya J. L'exercice coordonné pluriprofessionnel comme outil de lutte contre la désertification médicale dans le département des Hautes-Alpes. Mémoire EHESP; 2015.
15. Bruguière MT. Rapport d'information au sénat fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires et la santé. 2011 juin.
16. HAS. Recommandation: Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. 2008.
17. Samuelson M, Herzig L, Widmer D. L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise. *rev med suisse*. 2012;8:2254-9.
18. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. Juin 2014;(314).
19. Sicotte C, D'Amour D, Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration within Quebec Community Health Care Centres. *Soc Sci Med* 1982. sept 2002;55(6):991-1003.
20. Collaborer. In. (Larousse). Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140>
21. AERES. Critères d'évaluation des entités de recherche : le référentiel de l'AERES. 2014.
22. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Investig Med Médecine Clin Exp*. déc 2006;29(6):351-64.
23. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles

dans les services de santé. *Sci Soc Santé*. 1999;17(3):67-94.

24. Druais L. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015 mars.

25. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. IRDES. 200.

26. Article L1434-12 Créé par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 65 (V) [Internet]. Code de la santé publique janv 26, 2016. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891647&dateTexte=&categorieLien=cid>

27. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 [Internet]. décembre, 2007. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554>

28. LOI Bachelot n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. juillet, 2009. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

29. LOI Fourcade n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2011. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id>

30. Loi n° 2011-940, 10 août 2011, art. Parue au JO le 11 août 2011 [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.lexisnexis.fr/pdf/DO/SISA.pdf>

31. VEDRENNE C, Ricart C. De la SISA aux nouveaux modes de rémunération :

Quelles avancées pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles ? [Internet]. Disponible sur:

<http://www.urpsml-lr.org/wp-content/uploads/2015/06/Pr%C3%A9sentation-CR-SISA-et-NMR.pdf>

32. Loi Touraine n°2016-41 du 28 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. janv, 2016. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>

33. Qu'est ce qu'une Maison et Pôle de santé? [Internet]. FFMPS, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. 2013. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>
34. Label « logiciels maisons et centres de santé ». Présentation du label : finalité, évolutions, orientations. [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://docplayer.fr/16408771-Label-logiciels-maisons-et-centres-de-sante-document-de-presentation-du-label-contexte-finalites-evolution-orientations-2-30.html>
35. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel, Mousquès J. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. IRDES. juillet-aout 2013;(189).
36. DGOS. Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité [Internet]. 2015 mars. Disponible sur: http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/404_Soins_1er_recours/404_14_Regl_arbitral/RA_Presentation_RA_structures_pluri_prof.pdf
37. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris: GM Santé ; CNGE; 2011.
38. Site internet de la Fédération des Maisons et pôles de Santé d'Ile-de-France [Internet]. Disponible sur: <http://femasif.fr/>
39. Eisenhardt KM. Building Theories from Case Study Research. oct 1989;14(4):532-50.
40. Yin RK. Case study research: design and methods. 5th éd. Sage; 2014.
41. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. Paris: A. Colin; 2015.
42. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale. Situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016.
43. Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G, Chambaud L, Schaetzel F. Le bilan des maisons et pôle de santé et les proposition pour leur déploiement. Ministère de la santé et des sports; 2010 janv.
44. Le Metayer C, Mognon K, Dumont T. Etude des relations interprofessionnelles sur le territoire

de Gennevilliers Villeneuve-la-Garenne,. Faculté Paris Diderot; 2016.

45. Lafortune G, OCDE, OECD, OECD. Panorama de la santé 2011: les indicateurs de l'OCDE. Paris: OCDE; 2011.
46. Schibli D, Hodel M. Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours. CDS, OFSP; 2012 mars.
47. Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. premiers résultats de l'évaluation exploratoire des maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne. 2009;21.
48. Penfornis A. La coopération des professions de santé : une triple nécessité et une triple exigence. mars 2010;
49. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Health systems and policy analysis; 2008.
50. Mousquès J, Bourgueil Y, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Paris: IRDES; 2014.
51. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. mars, 2002.
52. Sandrin-Berthon B. Education thérapeutique. Concepts et enjeux. mars 2009;
53. Paillé P. Les comportements de citoyenneté organisationnelle: une étude empirique sur les relations avec l'engagement affectif, la satisfaction au travail et l'implication au travail. TH Trav Hum. 2008;71(1):22-42.
54. Blanchard P, Eslous L, Yeni I. Evaluation de la coordination d'appui aux soins. IGAS; 2014. Report No.: 2014-010R.
55. Beaulieu M-D, Denis J-L, D'Amour D, Goudreau J. L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Québec: Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services; 2006 mars.

56. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(1):188.
57. Lafaye C. *Sociologie des organisations.* Nathan. Paris; 1996. (128).
58. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. sept 2010;(157).
59. Aulagnier M, Obadia Y, Paranponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger, Paul. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. nov 2007;(610).
60. Boschma R. Proximity and Innovation: A Critical Assessment. *Reg Stud.* févr 2005;39(1):61-74.
61. Vega A. Rapports professionnels et types de clientèle : médecins libéraux et salariés. Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement. Ministère de la santé et des solidarités; 2005 juin.
62. Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé [Internet]. 2008 Juin; Séminaire national des maisons de santé. Besançon. Disponible sur:
http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/PAPS/MSP/Recommandations_besancon.pdf
63. Friedberg E. Le pouvoir et la règle. *Dynamiques de l'action organisée.* Seuil. 1997. (Sciences Humaines).
64. Michinov E. La distance physique et ses effets dans les équipes de travail distribuées : une analyse psychosociale. *Trav Hum.* 2008;71(1):1.
65. Dupont C. Coopérer pour s'entendre ou s'affronter pour vaincre ? *NEG Négoc.* 2006;5(1):93-114.
66. Organisation for Economic Co-operation and Development. Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé. Paris: OECD Pub.; 2009.
67. Présentation de l'ASIP [Internet]. Disponible sur: (<http://esante.gouv.fr/asip-sante/qui-sommes-nous/qui-sommes-nous>)

68. Bourret C, Salzano G, Caliste J-P. Nouveaux métiers dans le domaine de la santé : Maîtrise de l'information, transversalité des compétences et autres exigences. Actes du colloque « Les systèmes d'information élaborés », Ile Rousse; 2002.
69. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France? (127).
70. Weltgesundheitsorganisation, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé: rapport d'un Groupe d'Etude de l'OMS sur la Formation Pluriprofessionnelle du Personnel de santé. Genève; 1988. 84 p. (Série de rapports techniques / Organisation Mondiale de la Santé).
71. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010;39 Suppl 1:196-7.
72. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Statement on the definition and principles of Interprofessional Education. 2007.
73. Centre for the Advancement Of Interprofessionnal Education. Defining IPE [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
74. Office fédéral de la santé publique. Rapport du groupe thématique interprofessionnalité. Confédération suisse; 2013 oct.
75. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. mai 2015;16(2):105-17.
76. Sécurité Sociale. L'organisation des soins primaires et les enjeux de la coopération des professionnels de santé : les enseignements des systèmes de santé étrangers [Internet]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_3_experiences_etrangeres.pdf
77. Association autogestion. Les maisons médicales en Belgique : l'autogestion au service de la santé [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.autogestion.asso.fr/?p=1612>
78. Beaucourt C, Kustos I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. *Gest Manag Public*. 2014;2/4(2):61.

79. Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, de la Cuesta C, Groenewegen P. Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. *quality in primary Care*. 2012;20:303-12.

80. San Martin-Rodriguez L, D'Amour D, Leduc N. Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nurs*. avr 2008;31(2):E18-27.

VIII. Annexes

Annexe 1 :Recueil de données fourni par Hélène Gridel en cours de réalisation d'une thèse sur le recensement des MSP

NOM DE LA STRUCTURE	DEPARTEMENT	COMMUNE D'IMPLANTATION	TYPE STRUCTURE	ETAT D'AVANCEMENT
MSP "hors les murs" Paris Centre	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Ipso-santé	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP Grange-aux-Belles	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP des Deux Portes	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP 11��me Folie Méricourt	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP "hors les murs" Charonne	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP Faidherbe	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Charonne	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	Pré-projet déposé
MSP Maryse Bastié/Paris 13��me S-E	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP "hors les murs" Paris 13 Sud-Est	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP Chevalret Paris 13��me	Paris	Paris		En cours de réflexion
MSP Paris 13 S/E	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP Paris 14e Porte de Vanve	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Pernety-Plaisance	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP "hors les murs" 15��me Felix Faure-Commerce	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	Pré-projet déposé
PDS 17��me arrondissement	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	En cours de réflexion
MSP Batignolles	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP 17��me	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP 17��me Javani	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP la Chapelle	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP 18��me en lien avec PDS Ramey	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP "hors les murs" Paris 18 Nord	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP hors les murs Marx Dormoisy	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP "hors les murs" Goutte d'Or	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert

NOM DE LA STRUCTURE	DEPARTEMENT	COMMUNE D'IMPLANTATION	TYPE STRUCTURE	ETAT D'AVANCEMENT
MSP Eiders	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Michelet	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Jean-Jaurès	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP "hors les murs" Villaumed	Paris	Paris	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP Paris 20ème	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
PDS Envierges	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Pyrénées-Belleville	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP 20ème les Tourelles	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	Pré-projet déposé
MSP Paris-Centre	Paris	Paris	Maison de santé "dans les murs"	En cours de réflexion
MSP Torcy	Seine-et-Marne	Torcy	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Fontainebleau	Seine-et-Marne	Fontainebleau	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Coulommiers	Seine-et-Marne	Coulommiers	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Marne-et-Chantreine	Seine-et-Marne	Chelles	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP Marne-et-Gondoire	Seine-et-Marne	Lagny-sur-Marne	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP Le Mée-sur-Seine	Seine-et-Marne	Martin-en-Bière	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP Nemours	Seine-et-Marne	Nemours	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
GPS-77	Seine-et-Marne	Serris	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Crouy-sur-Ourcq	Seine-et-Marne	Crouy-sur-Ourcq	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP des Mureaux	Yvelines	LES MUREAUX	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP de Bréval	Yvelines	BREVAL	Non encore défini	Ouvert
MSP d'Ablis	Yvelines	ABLIS	Non encore défini	Ouvert
MSP de Bouafle	Yvelines	BOUAFLE	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP de Mesnil-Le-Roi	Yvelines	MESNIL LE ROI	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Mantes-la-Ville	Yvelines	MANTES LA VILLE	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité

NOM DE LA STRUCTURE	DEPARTEMENT	COMMUNE D'IMPLANTATION	TYPE STRUCTURE	ETAT D'AVANCEMENT
MSP Condé-sur-Vesgre	Yvelines	CONDE SUR VESGRE	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Noisy-le-Roi	Yvelines	NOISY LE ROI	Non encore défini	En cours d'étude de faisabilité
MSP Achères	Yvelines	ACHERES	Maison de santé "dans les murs"	Pré-projet déposé
MSP Guyancourt	Yvelines	GUYANCOURT	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP Villennes-sur-Seine	Yvelines	VILLENES SUR SEINE	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Montigny-le Bretonneux	Yvelines	MONTIGNY LE BRETONNEUX	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Triel-sur-Seine	Yvelines	TRIEL	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP des Tarterêts	Essonne	CORBEIL ESSONNES	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP de Morangis	Essonne	MORANGIS	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Saint-Exupéry	Essonne	GRIGNY	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP des Allées	Essonne	CORBEIL ESSONNES	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP de Paray-Vieille-Poste	Essonne	PARAY VIEILLE POSTE	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP de Brétigny-sur-Orge	Essonne	BRETIGNY SUR ORGE	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP d'Athys-Mons	Essonne	ATHIS MONS	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Morsang-sur-Orge	Essonne	MORSANG SUR ORGE	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Saclas	Essonne	SACLAS	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Longjumeau - MSP du cerisier	Essonne	LONGJUMEAU	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP Longjumeau	Essonne	LONGJUMEAU	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Pussay	Essonne	PUSSAY	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Courcouronnes	Essonne	COURCOURONNES	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Nozay	Essonne	NOZAY	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Juvisy sur Orge	Essonne	JUVISY SUR ORGE	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
Pôle de santé des Agnettes	Hauts-de-Seine	Gennevilliers	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP Saint-Exupéry de Meudon	Hauts-de-Seine	Meudon-la-Forêt	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité

NOM DE LA STRUCTURE	DEPARTEMENT	COMMUNE D'IMPLANTATION	TYPE STRUCTURE	ETAT D'AVANCEMENT
MSP de Saint-Cloud	Hauts-de-Seine	Saint-Cloud	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP des Chênes	Hauts-de-Seine	Suresnes	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP Cité-Jardin	Hauts-de-Seine	Suresnes		
MSP universitaire Victor Hugo	Hauts-de-Seine	Gennevilliers	Maison de santé "dans les murs"	
Cabinet de santé Châtillon	Hauts-de-Seine	Châtillon	Cabinet de groupe	En cours de réflexion
MSP du Landy	Seine-Saint-Denis	Aubervilliers	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP de Pierrefitte-sur-Seine	Seine-Saint-Denis	Pierrefitte sur seine	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP de Clichy-sous-Bois	Seine-Saint-Denis	Clichy sous Bois	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP de la Plaine-Saint-Denis	Seine-Saint-Denis			
MSP du Franc-Moisin	Seine-Saint-Denis		Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP du Centre d'Epinay	Seine-Saint-Denis			
MSP de Drancy	Seine-Saint-Denis			
Blanc-Mesnil	Seine-Saint-Denis			
Noisy-le-Grand	Seine-Saint-Denis			
Sevran	Seine-Saint-Denis			
Vaujours	Seine-Saint-Denis			
MSPU Sucy-en-Brie	Val-de-Marne	Sucy-en-Brie	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP Saint-Maur - La Varenne Saint-Hilaire	Val-de-Marne	Saint-Maur-des-Fossées	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSPU Saint-Maur-des-Fossés	Val-de-Marne	Saint-Maur-des-Fossées	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP de Chevilly-Larue	Val-de-Marne	Chevilly-Larue	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
PDS de Créteil et Sud-Est Francilien	Val-de-Marne		Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
MSP Valenton	Val-de-Marne	Valenton	Maison de santé "dans les murs"	En cours d'étude de faisabilité
MSP Choisy-le-Roi	Val-de-Marne		Maison de santé "dans les murs"	Pré-projet déposé
Groupe médical des Cordeliers	Val-d'Oise	Magny en Vexin	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert

NOM DE LA STRUCTURE	DEPARTEMENT	COMMUNE D'IMPLANTATION	TYPE DE STRUCTURE	ETAT D'AVANCEMENT
Cabinet médical Val-de-France	Val-d'Oise	Villiers-le-Bel	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
Cabinet des Chênes	Val-d'Oise	Ermont	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
MSP de Goussainville	Val-d'Oise	Goussainville	Maison de santé "dans les murs"	En cours de finalisation
MSP d'Ermont-Centre	Val-d'Oise	Ermont	Maison de santé "hors les murs"	Ouvert
Centre Arc en ciel de Garges-lès-Gonesse	Val-d'Oise	Garges les Gonesses	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
Osny	Val-d'Oise	Osny	Cabinet de groupe	Ouvert
Louvres	Val-d'Oise	Louvres	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
Cergy-le-Haut	Val-d'Oise	Cergy le haut	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert
Cergy	Val-d'Oise	Cergy	Maison de santé "dans les murs"	Ouvert

Annexe 2 : Guide d'entretien

Présentation de l'étude

Merci de me recevoir.

Je viens de finir mon internat de médecine générale et remplace depuis peu.

Je m'intéresse particulièrement aux modes d'exercices pluriprofessionnels et j'ai donc décidé de réaliser ma thèse sur les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Mon sujet porte plus précisément sur l'interprofessionnalité c'est à dire, d'après moi, sur la façon dont différents professionnels travaillent ensemble.

Pour cela je réalise des entretiens en tête à tête. Si vous le permettez, je vais vous enregistrer. Les entretiens seront bien sûr anonymes.

J'essaie de rencontrer différents types de professionnels afin d'avoir un maximum de points de vues.

Pour commencer il me semble important de parler avec vous de votre travail.

Grille d'entretien

- Le travail
- Description
- Représentation

- Travailler ensemble
- Prises de décisions (gestion/ prise en charge des patients...)
- Interactions formelles/informelles
- Partage du dossier médical
- Prescription partagée
- Leader
- Existence d'une hiérarchie. Due à quoi ?
- Avantage de l'interprofessionnalité
- Efficience
- Attentes du travail interprofessionnel
- Vous sentiez-vous préparé au travail pluriprofessionnel?
- Comment jugez-vous vos connaissances sur la profession de l'autre ? Ont-elles évolué?
- Freins ?

- La MSP
- Crises
- Rémunération
- Local de chacun
- Délégation des tâches
- Salle de repos/ une cuisine commune
- Temps non professionnel

- Le projet de santé
- Rôle dans la mise en place du projet et de son évolution
- Autres intervenants ?
- Pourquoi ce projet ?

- Le patient
- Attentes du travail interprofessionnel : par rapport au patient
- Parcours de soins
- Rôle
- Avantage pour lui

- Infos personnelles
- Age, sexe
- Depuis combien de temps exercez-vous en MSP ?
- S'agit-il de votre première installation ? si non: dans quelles structures avez-vous travaillé avant ?
- Avez-vous eu d'autres expériences de travail pluriprofessionnel? (Réseau, hôpital..)
- Pourquoi avez-vous choisi de travailler en MSP ?

Etes-vous satisfait de l'entretien ? Voulez-vous ajoutez des choses ?

Résumé

Contexte : L'augmentation des maladies chroniques et la crise de la démographie médicale entraînent une complexification des prises en charge ambulatoires. Ces nouveaux enjeux de la médecine de premiers recours imposent de travailler ensemble. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), répondent à ces défis en favorisant l'interprofessionnalité.

Problématique : L'interprofessionnalité n'est pas acquise, elle repose sur un équilibre fragile entre déterminants relationnels et structurels. Notre étude vise à étudier les freins et les moteurs de l'interprofessionnalité dans les MSP.

Méthodes : Analyse qualitative par entretiens semi-dirigés et élaboration d'un échantillon à valeur théorique parmi des professionnels exerçant ou faisant partie d'un projet de MSP. L'analyse des données a consisté en une analyse thématique sans codage formel.

Résultats : Nous avons réalisés 17 entretiens entre mai et juin 2016. Les acteurs des maisons de santé se représentent leur travail comme une prise en charge plus efficiente du patient, au sein de laquelle il a une place centrale. Le principal frein à l'interprofessionnalité est la méconnaissance de l'autre. Pour les professionnels, le travail ensemble exige de se connaître et de se faire confiance donc de communiquer. La proximité physique est un élément favorisant. Les contraintes administratives liées à l'interprofessionnalité ainsi que le manque de performance des logiciels patient ont été décrits comme des freins. La présence d'un coordinateur apparaît alors comme un atout.

Conclusion : Même si elle est facilitée en MSP, l'interprofessionnalité nécessite d'être vigilant et d'anticiper toute situation potentiellement déstabilisante.

Mots clé : interprofessionnalité, maisons de santé pluriprofessionnelles, Coordination, prise en charge centrée patient