



**HAL**  
open science

# Vécu et ressenti des professionnels de santé vis à vis de l'exercice coordonné au sein de la Maison médicale de Ronsouze à Ploërmel

Loïc Frocrain

► **To cite this version:**

Loïc Frocrain. Vécu et ressenti des professionnels de santé vis à vis de l'exercice coordonné au sein de la Maison médicale de Ronsouze à Ploërmel. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03320899

**HAL Id: dumas-03320899**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03320899>**

Submitted on 16 Aug 2021

**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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2020



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présenté par

**Loïc FROCRAIN**

Né le 26 Décembre 1988 à La Roche sur Yon.

---

**Vécu et ressenti des  
professionnels de  
santé vis à vis de  
l'exercice coordonné  
au sein de la Maison  
médicale de Ronsouze  
à Ploërmel**

**Thèse soutenue à Rennes**

**Le 17 Novembre 2020.**

devant le jury composé de :

**Professeur Patrick JEGO**

PU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du  
vieillessement ; addictologie/ président

**Dr Alain CAUBET**

MCU-PH Médecine et santé au travail /juge

**Dr Laure FIQUET**

Maître de conférence associé des universités de  
Médecine générale /juge

**Dr Béatrice ALLARD COUALAN**

Dr en Médecine générale, directeur de thèse

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de readaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH Professeur Emérite	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine Générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine Générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine Générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH PU-PH Professeur Emérite au 01/12/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé		Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé		Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
THIBAUT			
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
JACQUET			
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LORNE			
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick JEGO,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury, recevez mes sincères remerciements pour l'intérêt porté à ce travail, pour votre disponibilité, et le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Docteur Alain CAUBET,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A Madame le Docteur Laure FIQUET,

Merci de nous avoir aidé pour la construction de ce projet. Je te remercie de t'être rendue disponible pour juger mon travail.

A Madame le Docteur Béatrice ALLARD COUALAN, ma directrice de thèse,

Je te remercie sincèrement de m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour ta disponibilité, ta bienveillance et ta bonne humeur.

A l'ensemble des professionnels de santé ayant participé à cette étude pour votre sympathie et votre accueil. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu être effectué.

A mes parents, je ne le fais pas suffisamment, mais je vous adresse un sincère merci pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ces années.

A mon frère et ma sœur, toujours compréhensifs et encourageants.

A mes amis, toujours fidèles sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes, que de souvenirs.

Et bien sûr, un énorme merci à ma femme pour ton soutien au quotidien, ta patience, ta gentillesse, ton dévouement, ta confiance, ton amour.

<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b>	<b>10</b>
Type d'étude	10
Recrutement	10
Le guide d'entretien	11
Le recueil de données	11
La retranscription en verbatim	11
L'analyse des entretiens	12
Ethique	12
<b>RÉSULTATS</b>	<b>13</b>
1) Caractéristiques des professionnels de santé	13
2) La Maison médicale	14
Création de la maison médicale	14
Critères d'installation	15
La vie au sein de la structure	16
a) Les échanges	16
b) Les conditions d'exercice	17
c) Les patients	18
3) La communication inter-professionnelle	19
Les temps d'échanges	19
Les outils	20
Intérêt du travail pluri-professionnel	21
Freins et limites à la coordination	22
Améliorations, envies, idées pour la suite	25
<b>DISCUSSION</b>	<b>26</b>
1) Les forces et les biais de l'étude	26
Les entretiens	26
Méthodologie	27
La maison médicale de Ronsouze	27
2) Discussion sur les résultats	28
La genèse de la maison médicale	28
L'installation des professionnels	28
Le lien social	29
Un site unique qui favorise la coordination	29
Une coordination informelle	30

L'accessibilité et la continuité des soins	31
L'argent	31
La question du « Leadership »	32
La méfiance vis-à-vis des institutions	32
Confrontation avec les résultats de la thèse de Loren BRICHER	33
Système d'information partagée	34
La fonction de coordination	35
La Formation Interprofessionnelle	35
Le projet de santé	36
Ambivalence	36
L'étude QualSoPrim	37
<b>CONCLUSION</b>	<b>38</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>39</b>
<b>ABREVIATIONS</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>44</b>
Annexe 1	44



## INTRODUCTION

Depuis quinze ans, l'organisation des soins de premier recours évolue vers des modes d'exercice groupés et pluridisciplinaires, associés à une coordination des professionnels de santé et du secteur social (1).

Le vieillissement de la population s'accélère et le nombre de personnes atteintes de maladie chroniques ne cesse d'augmenter (2). En 2008, 8,3 millions de personnes étaient inscrites en Affection de Longue Durée (ALD) et en 2017, nous en comptons 10,7 millions (3). De ce fait, il y a une complexification des situations, les besoins des patients se modifient ainsi que leur prise en charge, ce qui conduit à faire appel à plus d'intervenants (4).

Nous constatons également une évolution défavorable des effectifs médicaux et une inégalité de l'offre de soins. Le nombre d'équivalent temps plein de médecins libéraux devrait baisser de 18 % entre 2016 et 2040, estimait une étude de la Drees en 2017 (5).

En parallèle de cette inadéquation de l'offre de soins avec la demande et les besoins, les professionnels ont fait évoluer leur mode d'exercice. La pratique de l'exercice regroupé et coordonné, quelle qu'en soit la forme, est de plus en plus plébiscitée par les jeunes professionnels de santé avec deux objectifs principaux : l'amélioration des conditions de travail et l'amélioration de la qualité des soins (6). De nombreux projets de coordination plus ou moins formalisés se sont donc créés, comme les Pôles et Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) qui se sont largement développés ; plus de 1 300 MSP en 2020 contre moins de 20 en 2008 (chiffres de la DGOS).

La crise de la démographie médicale et la désertification de nombreux territoires incitent les pouvoirs publics à encourager l'exercice pluri-professionnel. Il est devenu une priorité depuis la loi HPST qui repositionne l'offre de soins de premier recours comme la première porte d'entrée dans le système de santé. Depuis les différents projets de loi visent à favoriser une meilleure coordination entre les professions car il semble que celle-ci soit bénéfique en termes d'économies réalisées tout en permettant une meilleure qualité de soins (4). Dans ce but, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 définit les équipes de soins primaires (7) : ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de

premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. En septembre 2018 le gouvernement annonce le plan « Ma Santé 2022 », les objectifs sont clairs : l'exercice isolé doit devenir une exception et les soins de proximité doivent s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Des programmes de soutien financier incluant de nouveaux modes de rémunération sont mis en place pour développer ces projets. Comme en 2012 avec le statut de Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) créée par la loi Fourcade et en juillet 2017 avec l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

Dans un modèle libéral médical et paramédical, où l'exercice est plutôt individuel et mono-professionnel, ces différents projets développés autour des équipes de soins primaires (ESP) engendrent des changements au quotidien pour les professionnels ainsi que pour leurs patients, considérés être au centre du projet de soins.

Mon travail de thèse s'inscrit au sein d'un programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS), appelé QualSoPrim. Ce dernier vise à établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires, selon les formes de coordination des soins, de participation des patients et des aidants familiaux développées au sein des ESP (8).

Dans le cadre de mon travail de thèse, nous nous sommes intéressés à la maison médicale de Ronsouze à Ploërmel dans laquelle se regroupent une vingtaine de professionnels. L'objectif principal était d'explorer le vécu et le ressenti des professionnels dans ce nouveau mode d'exercice pluri-professionnel. Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les freins et les leviers pour l'amélioration de la coordination dans la maison médicale.

# MATERIEL ET METHODE

## Type d'étude

Ce travail consiste en une enquête qualitative avec des entretiens individuels semi-directifs menés auprès de professionnels de santé exerçant au sein de la maison médicale de Ronsouze à Ploërmel. Il s'agit d'un travail exploratoire pour comprendre le ressenti et le vécu de ces professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné .

## Recrutement

Tous les professionnels de santé de la Maison de santé ont été invités par mail à participer à un focus group (FG) animé par un sociologue (recruté dans le cadre de l'étude QualSoPrim) et deux internes de médecine générale. L'objectif était de décrire les modes d'organisation et dispositifs de coordination.

Le recrutement des professionnels de santé s'est fait sur la base du volontariat parmi ceux présents à ce FG mais également parmi les autres professionnels de la maison médicale. L'échantillonnage est varié en termes de professions et d'ancienneté d'exercice. Les professionnels de santé visés sont des Médecins, Infirmiers, Ostéopathes-Kinésithérapeutes, Orthophonistes et Psychologues de la Maison de Santé. Au cours de ces entretiens, les professionnels de santé ont été invités à nous proposer des exemples de patients complexes dont le parcours de soin a nécessité une coordination entre professionnels de la maison médicale. Il s'agit du mode de recrutement des couples patients-aidants de la thèse de ma co-interne Loren BRICHER. Les critères d'inclusion sont : être un professionnel de santé de la Maison de Santé de Ronsouze à Ploërmel. Les critères d'exclusion sont : refus du professionnel de participer.

## Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré après analyse de la littérature par le comité scientifique de l'étude QualSoPrim dans un souci d'homogénéiser les recueils de données sur les 5 sites d'étude. Cette dernière a pour objectif d'établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluri professionnels intégrant le point de vue des professionnels mais aussi des patients en situation complexe et de leurs aidants.

Ce guide devait pouvoir évoluer au fil des entretiens. Les questions étaient ouvertes. Les thèmes abordés ont été sélectionnés afin d'explorer les différents aspects du ressenti des professionnels. Ce guide est consultable en annexe 1.

## Le recueil de données

Le recueil des données a été réalisé au cours d'entretiens individuels semi-directifs de Décembre 2017 à Janvier 2018. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés afin de recueillir au mieux les expériences des professionnels et recueillir leur parole et leurs sentiments. Ils ont été enregistrés grâce un enregistreur numérique. Nous avons garanti l'anonymat des entretiens aux professionnels et aux patients après avoir obtenu leur accord pour participer à cette étude. Cette méthode permettait, tout en établissant une trame pour l'interrogatoire, de laisser une certaine liberté d'expression au professionnel. Les entretiens ont été menés en binôme avec un sociologue et l'interne de médecine générale. Les entretiens ont été réalisés et analysés par le thésard. L'entretien s'achève lorsque le professionnel affirme n'avoir plus rien à ajouter.

## La retranscription en verbatim

L'intégralité des entretiens a été retranscrite mot pour mot avec l'annotation des données non verbales dans le respect de l'anonymat.

## L'analyse des entretiens

Il a été réalisé une lecture analytique thématique par l'enquêteur principal. L'analyse des données a été réalisée en plusieurs étapes : choix des unités de sens, identification des thèmes, catégorisation et enfin classification selon une théorie inductive. Les différentes thématiques de l'analyse n'ont pas été définies à priori mais ont émergé de la lecture et de la relecture selon un processus de comparaison continue. Le codage et les thèmes ont été confrontés et discutés avec Mme Loren BRICHER, interne de médecine générale travaillant sur la perception des patients de la même Maison de santé et la directrice de thèse. Enfin une approche transversale a permis de mettre en évidence des items communs aux différents discours et obtenir une représentation structurée de l'analyse des données. Une analyse descriptive de notre échantillon a également été réalisée.

## Ethique

Les règles d'éthique ont été respectées : confidentialité des données, anonymat des personnes, information et consentement écrit. Le projet QUALSOPRIM dans son ensemble a bénéficié du consentement du comité d'éthique du CHU de Brest le 29/09/2016.

## RESULTATS

### 1) Caractéristiques des professionnels de santé

Au total, un FG et 10 entretiens ont été réalisés. L'ensemble des professionnels de la maison médicale, au nombre de 18, avait été sollicités. Tous les professionnels présents au FG ont participé aux entretiens, seulement deux des personnes interrogées n'y étaient pas présentes. Le nombre d'entretiens réalisés a été estimé suffisant pour avoir le matériel nécessaire pour répondre à notre objectif d'évaluation.

Le FG s'est déroulé le 27 novembre 2017 en présence d'un sociologue, de 9 professionnels de la maison médicale, de Loren BRICHER et de moi-même, il a duré 108 min. Les entretiens ont été réalisés en Décembre 2017 et Janvier 2018. Le choix du lieu de l'entretien était laissé aux professionnels, tous ont choisi leur cabinet. Excepté un, tous les participants étaient installés à la maison de santé depuis son ouverture. La moyenne d'âge était de 42ans. La durée moyenne des entretiens était de 64 min.

Afin d'assurer l'anonymat, les professions des participants ne seront pas citées et les professionnels seront dénommés comme suit : PX avec X [1-10].

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des professionnels

<i>Entretiens</i>	<i>Sexe</i>	<i>Ancienneté d'installation en libéral (ans)</i>	<i>Durée d'entretien (min)</i>
P1	F	5-10 ans	76 min
P2	F	5-10 ans	74 min
P3	F	5-10 ans	60 min
P4	F	10-15 ans	39 min
P5	M	20-25 ans	98 min
P6	M	5-10 ans	70 min
P7	F	25-30 ans	67 min
P8	F	20-25 ans	38 min
P9	F	0-1 ans	57 min
P10	F	5-10 ans	62 min

## 2) La maison médicale

### **Création de la Maison médicale**

La Maison médicale a ouvert ses portes en 2013 sur la commune de Ploërmel. Ploërmel est une ville isolée de 10 000 habitants située en centre Bretagne, elle possède un centre hospitalier. Le projet a démarré en 2010 sous l'impulsion de deux médecins généralistes. Ils exerçaient chacun dans un cabinet de deux avec leur associé qui allait partir à la retraite et ils ont eu la même réflexion « *qu'est-ce qu'on va faire ?* » « *Je ne trouverai personne à vouloir venir travailler dans un cabinet de deux* » P5. Pour eux, il était hors de question d'exercer seul, « *je ne voulais pas me retrouver toute seule, ça c'était sûr* » P4, pour des raisons notamment de charge de travail et de lien social, « *on était tout seul au cabinet (...) c'était tout de suite une grosse charge de travail, alors que si on est 4-5* », « *non*

*seulement on travaillait ensemble mais on se voyait » P5. L'idée était non seulement de se regrouper pour être plus « attractif », « on voyait bien comment les tendances s'orientaient au regroupement et donc on s'est dit qu'on pourrait faire une maison ensemble » P5, mais également d' « ouvrir avec les autres professionnels de santé » P5, « j'avais déjà pensé travailler en groupe, c'était quelque chose que je souhaitais » P4, afin d'avoir un enrichissement professionnel « je trouve très stimulant d'être à plusieurs. C'était l'occasion de continuer dans les échanges, dans l'idée de travailler en groupe, c'était intéressant » P5.*

Dans la construction du projet, il était très important pour eux d'être propriétaire, d'être indépendant, notamment vis-à-vis des institutions, *« on a voulu rester totalement indépendant de l'ARS et de la commune. C'est entièrement privé, c'est financé directement », « on veut arrêter, on peut arrêter, on veut modifier, on peut modifier » P5.* Ils ne souhaitaient pas avoir de compte à rendre, surtout pour le choix des personnes avec qui ils allaient travailler, *« on a choisi avec qui on veut travailler. Pour travailler dans un milieu comme ça il faut aussi se ressembler quand même, faut s'entendre » P4, « il y'avait des gens avec lesquels on se voyait pas travailler, parce qu'on travaille pas de la même façon » P6, « Nous, si on avait décidé de se mettre ensemble, c'était justement parce qu'on voulait travailler nous ensemble » P5.* Tous les professionnels sont arrivés dans le projet par connaissance, réseau, la plupart travaillait déjà avec un des professionnels. Un peu plus de la moitié exerçait déjà sur Ploërmel, les autres arrivaient de deux villages limitrophes.

### **Critères d'installation**

La première raison évoquée par l'ensemble des professionnels était le fait de ne pas vouloir s'installer seul, *« je voulais être en libéral mais pas seul, ça je ne me serais jamais mise toute seule » P1.* Certains notamment pour se sentir plus en sécurité, dans les locaux mais également dans sa pratique, *« on a des situations des fois qui sont compliquées et se sentir pas seul, c'est quand même plus confortable » P1, « le fait d'avoir d'autres médecins, ça me rassure » P9.*

Ils ont également tous mis en avant le fait de vouloir travailler avec d'autres professionnels, en équipe, *« on a ce point commun là, c'est d'avoir toujours voulu travailler en équipe » P3, « j'avais envie de retrouver un échange pluridisciplinaire » P1* et d'avoir du partage, du lien, *« de pouvoir discuter avec des gens dans la journée, de pouvoir aussi discuter de problèmes que je rencontrais, d'avoir des partages d'expériences » P3.*



Le fait d'avoir un bâtiment neuf avec des locaux neufs était important pour quelques-uns, « *on était dans des locaux vieillissants (...) on peut plus travailler comme ça* » P7, « *l'idée d'avoir des bureaux neufs, ça nous plaisait bien* » P10.

## **La vie au sein de la structure**

### a) Les échanges

Les professionnels ont pu noter que le fait de travailler au sein de la maison médicale, au sein de locaux communs, favorisait les échanges entre eux, « *c'est vrai que je partage plus, mais c'est aussi les locaux qui sont faits, qu'on se croise dans les couloirs* » P4, « *ils échangent beaucoup plus, le médecin est moins seul dans son coin* » P8, « *j'ai quand même plus d'échanges avec d'autres professionnels (...) en comparaison avec les gens que je connais qui sont installés différemment et qui ne sont pas en maison de santé* » P4

Les rencontres y sont fréquentes et créent des moments de communication privilégiés, « *parce qu'on est sur le même site, donc on va se voir, on va se parler* » P5, « *le fait d'être dans les mêmes locaux, ça facilite les choses, parce qu'on se croise dans l'escalier* » P1, « *ah est ce que je peux te parler 5 minutes d'un patient* » P1, « *je l'ai croisé au secrétariat, donc on a discuté d'un patient* » P9.

Le regroupement permet de gagner du temps. Discuter avec un autre professionnel est beaucoup plus simple, surtout qu'ils se connaissent. Ils ont moins peur de déranger et il y a un effet de groupe, « *je ne suis pas sûr que j'aurais pris le temps d'aller poser des questions aux orthophonistes s'ils étaient pas à côté et que je les connaissais et qu'on s'entend bien. C'est sûr que ça, ça change les choses* » P3, « *parce qu'ici c'est en un claquement de doigt* » P4,

Cela crée des échanges qui n'auraient pas forcément lieu autrement, « *c'est exceptionnel que j'ai des contacts avec les autres psychologues (extérieurs)* » P2, « *si ça avait été un médecin d'ici, je lui aurais dit (...), j'en aurais discuté avec lui, mais là, l'autre je vais pas le croiser, puis...je vais pas l'appeler pour lui dire (médecin extérieur)* » P7.

## b) Les conditions d'exercice

La construction de la maison médicale leur a permis de travailler dans des locaux neufs et modernes, « *c'est bien d'être dans des locaux neufs, modernes, isolés phoniquement, c'est mieux* » P5, « *je me rends bien compte que mes conditions d'exercice sont bien plus favorables et même eux ils me le disent aussi parce que je leur fais visiter les locaux* » P3. La plupart d'entre eux ont pu choisir l'agencement, la taille de leur bureau, discuter des plans même s'ils ne faisaient pas parti de la SCI, « *quand on avait fait les cabinets, on savait qu'on allait y passer beaucoup d'heures et pour très longtemps. Donc voilà, il ne fallait pas un petit cagibi avec un néon et une lumière blafarde* » P6. Mais il n'est pas toujours facile de s'occuper d'une aussi grande structure, de l'entretenir, « *la boutique, faut aussi la faire tourner* » P5, de répartir les rôles et les tâches, de prendre des décisions, « *l'utilisation de l'outil, elle plaît à tout le monde, le management de l'outil, c'est pas pareil* » P5.

Ils ont l'impression d'avoir une meilleure qualité de vie au travail, du fait de la vie en groupe, des liens qui se créent entre eux, « *il y a un côté épanouissant d'être avec d'autres, de manger avec d'autres* » P10, « *il y a une super ambiance* » P1, « *il y a des liens amicaux qui se tissent* » P9. Certains pensent que ça aide dans leur travail, « *je pense que du coup, dans notre travail, c'est quand même un peu 50% d'être bien soi* » P10. Même si la relation de groupe n'est pas toujours facile à gérer, « *il faut gérer les différentes personnalités mais ça, c'est normal* » P3.

Le regroupement permet la diminution de certaines charges financières, « *ça nous coûte moins cher en téléphone, en eau, en électricité* » P5, globalement soit cela leur coûte la même chose qu'avant soit un peu plus cher mais pour de meilleures prestations. Il y a également une diminution de la charge de travail pour les médecins, avec une meilleure répartition. Il est plus facile de s'absenter, notamment pour les vacances, « *on trouve des remplaçants plus facilement, il y a toutes cette qualité-là, cette facilité* » P1

Travailler au sein de la maison médicale, d'une équipe, donne à certains le sentiment d'avoir plus de crédibilité auprès des patients et des médecins extérieurs, qu'ils leur accordent plus facilement leur confiance. Ce sentiment est surtout évoqué par les paramédicaux, du fait de leur collaboration avec les médecins, « *les médecins c'est une caution pour nous de validité de ce qu'on fait* » P10, « *je pense que pour les médecins, c'est rassurant de savoir que c'est une psychologue qui travaille dans une maison de santé* » P1.

Les autres professionnels vont facilement orienter vers leurs collègues ce qui apporte un poids supplémentaire « *je pense que je vois des patients qui n'auraient jamais franchi le pas de mon cabinet si j'avais été toute seule et si je n'avais pas été conseillée, pas moi spécifiquement, moi ou mes collègues, mais si ça n'avait pas été conseillé par un professionnel de la maison médicale* » P1.

c) Les patients

Pour le patient, selon les professionnels, la maison médicale leur apporte une facilité d'organisation. Ils peuvent regrouper leur rendez-vous, « *ils vont peut-être voir le même jour l'orthophoniste et le médecin* » P7.

La maison médicale est un lieu rassurant pour les patients. Pour la majorité leur médecin y est présent, et ils savent que les différents professionnels travaillent ensemble « *on a l'impression qu'ils (les patients) se sentent comme rassurés, ils sentent une équipe quoi* » P7. Ils vont plus facilement contacter les paramédicaux de la maison de santé, « *c'est le côté pratique et puis ils connaissent l'endroit* » P8, « *le suivi des soins est plus facile pour eux* » P4, il y a plus de visibilité des autres professions « *ils voient qu'il y a autre chose que les médecins aussi pour prendre en charge* » P3.

Un autre point positif qui a été évoqué, qui rejoint la diminution de la charge de travail pour les médecins, est une augmentation de la disponibilité médicale et une meilleure réponse aux demandes de soins non programmés, « *ils apprécient le fait que si moi je ne suis pas disponible, ils peuvent avoir rendez-vous avec un autre médecin de la maison médicale, qui aura leur dossier* » P3.

Par contre, ils évoquaient le fait que les patients peuvent ressentir un manque de discrétion quand ils consultent, « *ça peut les embêter d'aller voir les psychologues qui sont là, de peur qu'on sache qu'ils vont voir le psychologue* » P2 ou bien s'ils ont un problème, une difficulté avec un des professionnels, ou s'ils veulent changer de médecin par exemple, « *pour eux de venir ici ce serait compliqué, ils pourraient dire : bah oui, mais si je le croise dans les couloirs, je vais me retrouver nez à nez avec lui* » P7.

Certains patients regretteraient la perte de l'intimité qu'ils avaient avec leur médecin, le côté plus familial, plus personnel d'un cabinet, « *ça devient plus anonyme quand ils rentrent ici* » P4.

Mais finalement ils ont assez peu de retour des patients vis-à-vis de la maison médicale et de leur travail en équipe.

### 3) La Communication Interprofessionnelle

#### Les temps d'échanges

Dans la majorité des cas, l'échange est informel, il a lieu de manière assez fortuite, non programmé, à l'occasion d'une rencontre « *parce qu'on s'est vu à ce moment-là et qu'elle a vu la dame le jour même* » P3.

L'endroit privilégié est la salle de pause, les professionnels se retrouvent à l'occasion d'une pause qui a lieu en milieu de matinée ou sur le temps du midi, « *c'est à la pause qu'on se dit ça, où on va se voir pour pouvoir en parler* » P5 Ces temps sont d'abord des temps de détente, de convivialité mais sont l'occasion d'avoir des échanges professionnels, « *c'est quand on se voit le midi, je l'appelle pas exprès pour ça* » P10.

Ils leurs arrivent de planifier un temps de communication s'ils en ressentent le besoin mais c'est assez peu fréquent et toujours ponctuel, « *de temps en temps on prend rendez-vous, on prend une demi-heure et on passe en revue tous les patients qu'on a en commun et on échange sur les situations* » P1. Il n'est pas prévu de temps institutionnalisés pour le travail en commun, il n'y a pas d'échanges standardisés, « *c'est pas des temps définis, on se dit pas tiens tous les jeudis* » P5.

L'équipe avait mis en place des réunions pluriprofessionnels essayant de réunir tout le monde autour d'un thème, avec parfois un intervenant extérieur. Mais celle-ci se sont rapidement espacées puis arrêtées, « *on s'était dit : tiens à si on faisait un thème tous les deux mois (...) on n'a pas fait longtemps* » P3

L'envie, le besoin d'échange sont la plupart du temps déclenchés par une situation particulière, une difficulté au sujet d'un patient en commun, « *c'est vraiment en cas de besoin, si on a une question ou un patient qui pose problèmes* » P7, rarement, à la demande du patient. En fonction des professions certains profils de patients, certaines thématiques sont plus fréquemment abordées lors de ses échanges, les difficultés de « *maintien à domicile* » P7 ou les plaies avec les infirmiers, les patients dépressifs, les addictions avec les psychologues par exemple.

Ce sont souvent des rencontres en tête à tête, et donc rarement plus de deux professions représentées.

## **Les Outils**

Il n'existe pas d'outils réellement pensés pour la coordination au sein de la maison médicale. La grande majorité des échanges se fait uniquement à l'oral, « *tout ce qui concerne les patients, ça reste oral* » P1.

Parfois, ils se laissent des messages sous forme de petits mots, par l'intermédiaire du secrétariat, « *j'avais noté un petit mot, elle m'avait répondu pareil* » P9.

S'il y a un besoin immédiat, urgent, ils se contactent par téléphone, « *s'il y a un gros souci, on appelle quand même* » P7, « *j'ai déjà appelé des collègues pour qu'ils viennent voir, qu'ils me donnent leur avis en direct* » P9.

Les médecins utilisent un logiciel informatique commun avec accès aux dossiers médicaux de tous les patients, « *quand j'écris quelque chose dans le dossier, sur une séance d'hypnose, le médecin qui va revoir son patient, il va pouvoir savoir ce qui s'est passé* » P5. Ils ont également une messagerie instantanée pour communiquer entre eux ou avec leurs secrétaires, « *on a un petit tchat, en direct, c'est pratique si on a quelque chose de précis à leur demander* » P8.

Pour ce qui est de l'organisation, ils se servent essentiellement des mails, « *sur des questions vraiment pratiques, sur le fonctionnement de la maison médicale, ça passe beaucoup par mail et par Doodle* » P1.

Un tableau de présence est affiché au secrétariat, qui se situe à l'entrée de la maison médicale, permettant de savoir qui se trouve au sein du bâtiment.

Une boîte à idées avait été mise en place pour choisir les thématiques des réunions communes, « *c'est vrai que la première année on avait fait une petite boîte à idées. Il y a des choses qui se sont instaurées au début et puis qui se sont un petit peu...* » P10

Il n'existe pas de protocole de soins, « *on fonctionne tous à peu près de la même façon mais c'est vrai qu'on a gardé chacun...ce n'est pas liberté le terme, j'essaie de trouver un autre terme mais... Je pense que voilà, ça pourrait être un frein en fait à la prise en charge et...Moi en tout cas je n'ai pas l'impression que j'ai besoin de protocoles* » P3.

### **Intérêt du travail pluri-professionnel**

Les échanges permettent de répondre à un questionnement, une difficulté du soignant vis-à-vis d'un patient, d'une situation, « *j'ai eu un problème dermato, ça m'arrive de l'appeler en lui disant : tu peux me donner ton avis* » P4

Cela lui apporte un éclairage extérieur, « *c'est bien d'avoir des regards extérieurs qui nous permettent de prendre du recul* » P4, des informations supplémentaires auxquelles ils n'avaient pas accès, « *ça m'a permis d'adapter mon traitement parce que du coup, elle m'avait pas du tout parlé d'idées noires* » P3. Il a souvent pour vocation une meilleure prise en charge « *qu'on puisse discuter de savoir si c'était judicieux ou pas dans certains cas, de proposer un traitement* » P1 et un meilleur suivi « *j'essaie de voir avec les infirmiers les dernières nouvelles, parce que je ne vois pas les patients toutes les semaines* » P3, « *ça permet de mieux coordonner le suivi je trouve* » P1.

Cela lui permet dans certains cas d'augmenter la confiance dans sa décision, « *ça permet de voir qu'on a vu juste* » P10 ou au contraire de se remettre en question « *c'est pas mal le travail de groupe, parce que des fois, c'est nous qui pouvons-nous tromper* » P4 mais de ne pas rester dans le doute.

Dans des moments où les professionnels doutent d'une décision, d'une prise en charge, ou qu'ils vivent une situation difficile, il recherche un soutien, un appui, « *si on rate un truc d'ailleurs, c'est plutôt agréable de pouvoir en parler avec les autres* » P10, « *j'en ai*

*parlé avant, en revenant et après (...) finalement ça s'est très bien passé parce que je pense que je savais que j'avais un soutien si j'avais besoin » P9.*

Les médecins considèrent qu'ils adressent mieux aux paramédicaux du fait des discussions régulières avec eux, qu'ils ont une meilleure connaissance des autres professions depuis qu'ils sont dans la maison médicale, *« on envoie plus, les choses sont plus claires aussi. On fait pas un bilan orthophoniste tant qu'on n'a pas fait un bilan ORL avant, enfin des situations comme ça autour desquelles on a pu échanger mais qui ont effectivement modifié la pratique » P5.* Et parallèlement les paramédicaux se sentent plus considérés, *« ils ont vu comment je travaillais (...) ça permettait quand même de dire : allez voir une (profession paramédicale), chose qui n'était pas envisageable forcément au début » P2*

Pour tous, la communication interprofessionnelle participe à une amélioration de leur pratique et à un apport de connaissances, *« je pense que ça nous a tous tirés vers le haut, ça nous tire vers le haut, vers nos pratiques parce qu'on est pas tout seul déjà. Donc, on va échanger, on va parler, on va découvrir...Ah oui, tiens tu fais comme ça, ah oui cette nouveauté (...) des informations qu'on aurait pas sinon » P5.* Et donc que globalement, ils pensent qu'il y a une amélioration de la qualité des soins pour le patient, *« je pense qu'on les prend mieux en charge » P5,* même s'ils n'ont pas vraiment de moyen de le savoir, ils n'ont pas de retour des patients à ce sujet.

### **Freins et limites à la coordination**

Ce qui est ressorti par tous les professionnels, c'est le manque de temps, de disponibilité, *« ça implique des fois d'être plus disponible, je ne le suis pas » P2* Ils ne sont pas prêts à prendre du temps sur leur travail habituel et encore moins sur leur vie privée, *« moi je donne une priorité à ma vie personnelle » P2.*

Il est également difficile de trouver des moments en commun, chacun ayant un planning bien rempli, *« des fois c'est difficile de s'attraper » P3.* De plus ils n'ont pas forcément tous des patients en commun, et certains pensent que ce serait inutile de tous se rassembler *« s'ils parlaient d'un patient qui n'est pas le mien, enfin évidemment avoir l'avis des autres c'est toujours intéressant mais je pense que ça ferait beaucoup de temps et d'énergie pas forcément bien utilisés » P9,* que dans beaucoup de cas ils n'auraient pas

d'utilité, « *nous c'est un peu compliqué de nous retrouver tous autour de patients parce qu'on a des profils très différents* » P1.

Chez un des paramédicaux, nous avons pu ressentir une forme de hiérarchie avec les médecins, il décrivait un comportement différent, « *Enfin, je sais pas, c'est pas pareil et on...on veut pas déranger* » P10. Cela n'a pas été évoqué par les autres qui au contraire trouvaient que la relation plus proche avec les médecins de la maison médicale permettait de s'affranchir de cette hiérarchie, et encore plus avec la jeune génération.

Cela nécessite un investissement personnel trop important auquel ils ne sont pas prêts, « *la question s'était posée, de monter une SISA et puis monter le projet (...) je crois que personne s'est senti les épaules pour prendre le dossier et avancer dessus (...) je pense que l'idée est bonne, c'est le temps et l'énergie qu'il faut déployer* » P6.

Il n'y a pas de projet commun et ils trouvent cela trop lourd à mettre en place, « *la mise en route est compliquée, alors que si ça existait, ça marcherait je pense* » P3, notamment en termes de fonctionnement « *le frein, c'est qui organise, qui gère* » P5, « *on a pas de professionnel dédié pour accompagner ce genre de projet là, c'est que sur notre bonne volonté qui s'essouffle* » P5

Certains évoquent le côté financier, « *après on est plus limité en argent, parce que quand on a les subventions ou d'autres aides, ça permet aussi de faire des choses plus grandes ou autrement* » P4, il faudrait prendre sur du temps de consultation et ils sont payés à l'acte mais d'autres ne pensent pas que ce soit réellement le problème. Un des professionnels évoque les difficultés pour avoir accès aux subventions, « *mais alors pour les avoir, ça va nous coûter un certain nombre de réunions, de réunionites aigues avant avec des gens de l'ARS (...) c'est un peu tard pour nous dans le sens où on a plus trop l'énergie pour ça. En tout cas, les plus vieux, ils ont pas l'énergie et les jeunes, ils s'en foutent. En gros, c'est un petit peu ça, Bah non, ma priorité, c'est quand même de rentrer à la maison, c'est de voir mes enfants, mon sport ou je ne sais quoi...* » P5.

De plus, Ils n'ont pas été convaincus par les projets autour d'eux, « *ça correspond pas du tout, c'est pas assez souple. On n'a pas de retours aujourd'hui d'organisations qui nous font envie. On n'en voit pas. Donc ça reste comme ça, on vivote. On sent bien qu'on a un outil qu'on pourrait exploiter beaucoup plus, mais bon* » P5.



L'ARS avait pris contact avec eux la première année de fonctionnement, mais le dialogue a vite été rompu. Cela ne correspondait pas à leur projet. A priori il fallait réunir tous les professionnels du canton et les subventions leurs paraissaient dérisoires. Depuis, le « Leader » a eu d'autres contacts, il leur a répondu *« je n'ai pas d'opposition de principe mais je porterai aucun projet (...) s'il y a un porteur de projet local, je suivrai »* P5

Le professionnel « leader » du projet initialement s'essouffle et il a des difficultés à passer la main, *« ça tient par la volonté d'une ou deux personnes. Et quand une ou deux personnes commencent à fatiguer, ça s'arrête. C'est ce qui s'est passé ici. (...) Moi, les deux premières années, j'ai motivé, organisé ces réunions. Puis au bout d'un moment, j'ai dit : bon, stop, à d'autres, quoi. A part que quand les autres prennent pas le relais, bah ça s'arrête »* P5.

Un autre point qui a été évoqué est le refus des patients à transmettre l'information, *« des patients ne souhaitent pas que leur médecin traitant soit au courant de leur suivi, de leur suivi avec les psychologues par exemple »* P3 mais cela reste assez rare. D'autres se limitent d'eux-mêmes en évoquant le secret professionnel.

Le manque de formation au travail interprofessionnel représente un frein signalé par les professionnels, *« parce que déjà, on n'est pas forcément formé à coordonner »* P3, auquel s'ajoute le manque d'expérience, *« on n'a pas institutionnalisé non plus de mode d'échange (...) au début, on savait pas trop si on allait avoir besoin ou pas, on n'avait jamais travaillé ensemble quand on est arrivé ici. C'est-à-dire qu'on n'a pas anticipé ça »* P5.

Quelques-uns ne ressentent pas le besoin d'avoir davantage de coordination, *« je suis assez bien comme ça, quand on a besoin, on s'appelle. J'ai pas grand-chose à changer, je crois pas »* P10. Ils sont en grande partie satisfaits de leur fonctionnement actuel même s'ils pensent que certaines choses pourraient être améliorées.

### **Améliorations, envies, idées pour la suite**

La majorité aimeraient, à l'avenir, avoir des échanges plus formels, organisés, structurés et de manière plus régulière, « *ça pourrait être encore mieux si c'était encore mieux formalisé* » P5. Certains sur des formations, des thématiques précises, « *des réunions pluriprofessionnelles pour partager sur un sujet ou sur des formations qu'on fait* » P4, d'autres autour de patients, soit en communs, soit « *comme des revues de dossier (...) pour parler des cas un peu difficiles* » P3.

Il ressort la nécessité d'avoir une personne qui s'occupe d'organiser ces éventuelles rencontres, de les animer, « *pour ça, va falloir accorder de l'intérieur avec quelqu'un qui organise ça et qui prévoit quoi* » P6.

Un professionnel souhaiterait avoir des nouvelles professions au sein de la maison de santé et qu'il y ait de ce fait un fonctionnement en équipe plus important, « *mais je pense que ça serait des choses qui seraient pas possibles* » P1, conclut-il.

Un autre évoque d'autres maisons de santé où il y a des protocoles mis en place et des projets comme les infirmiers ASALEE, « *et ça je pense que c'est vraiment un énorme atout pour une maison médicale* » P9.

## DISCUSSION

### 1) Les forces et les biais de l'étude

La méthode qualitative était adaptée à l'objet de la recherche : explorer le vécu et le ressenti des professionnels vis-à-vis de l'exercice coordonné.

#### **Les entretiens**

Les entretiens étaient réalisés par deux « interviewers », cela pouvait déstabiliser les professionnels. Les entretiens se déroulaient dans un lieu choisi par le professionnel afin qu'il soit en confiance. Le fait d'être deux enquêteurs rendait parfois la discussion moins fluide, chacun ayant son fil de pensées. Bien que le guide d'entretien permettait d'avoir une trame commune, nous avons pu manquer certaines relances. Il est possible que nos données en aient été réduites. Pour autant notre dualité était une force, nous avions deux approches différentes. Le sociologue recruté pour l'étude QualSoPrim, avait une grande expérience des entretiens semi-dirigés. Il avait déjà réalisé des entretiens dans le cadre de cette étude sur d'autres sites et il avait une approche moins médicale. Pour ma part, je pouvais aborder en tant qu'interne le côté médical tant dans l'organisation que sur les prises en charge. Mais je n'avais aucune expérience en tant qu'« intervieweur » et j'apportais une posture de médecin généraliste ce qui a pu influencer les réponses de certains professionnels.

A partir des questions ouvertes du guide d'entretien, nous avons parfois été conduits à formuler des questions fermées, qui amenaient donc des réponses fermées et devions relancer pour ouvrir à nouveau. Ces répétitions et développements de la part de l'enquêteur ont potentiellement diminué la pertinence des réponses et renforcé la suggestibilité, de même que l'utilisation de réponses formulées lors de précédents entretiens afin de compléter l'échange. L'intérêt de l'enquêteur pour la pratique coordonnée a pu influencer positivement ou limiter les critiques négatives sur le sujet. Néanmoins, si les entretiens avaient été menés par une tierce personne hors du champ médical, supposée neutre, la reproductibilité des entretiens aurait peut-être été plus forte mais le débat amoindri. La connaissance du sujet et la réalisation d'un FG a pu également influencer les réponses lors des entretiens individuels.

Les professionnels qui ont accepté de participer avaient probablement plus d'appétence pour le sujet, un meilleur vécu au sein de la maison médicale ce qui a pu minimiser les freins, les aspects négatifs.

## **Méthodologie**

L'analyse en double codage qui est préconisée par Huberman et Miles (9) dans ce type d'étude n'a été réalisée que sur le FG, par les deux internes effectuant leur thèse sur ce territoire. Nous avons néanmoins confronté et discuté les résultats de nos entretiens respectifs.

L'étude du ressenti et du vécu des professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné n'a pu être considérée comme exhaustive du fait de l'analyse d'un site unique. Pour cela l'étude a été réalisée au sein de quatre autres sites.

## **La Maison médicale de Ronsouze**

L'intérêt pour l'exercice coordonné des soins a suscité beaucoup d'études qualitatives auprès des professionnels de santé. Mais elles concernent le plus souvent l'exercice en MSP ; c'est-à-dire avec un projet de santé défini, répondant au cahier des charges national et auxquels les professionnels adhèrent. Il est intéressant d'avoir une étude sur un projet de regroupement pluri-professionnel en dehors de tout cadre réglementaire comme il peut y en avoir beaucoup en France.

Même s'il ne s'agit pas d'une MSP au sens législatif, du fait de son organisation, de sa pluri-professionnalité et de sa dynamique, c'est l'entité décrite qui s'en approche le plus, nous nous permettrons donc de la comparer à ces structures dans la littérature. D'autant plus que les MSP sont elles-mêmes très hétérogènes (10), avec des niveaux d'intégration ou de coopération interprofessionnelle qui varient beaucoup selon les structures (11). Plusieurs études, notamment une, réalisée sur 35 MSP de la région Rhône-Alpes, montrent une grande variabilité du niveau de développement organisationnel, de la simple juxtaposition dans un même lieu de professionnels indépendants, à des formes de fonctionnement très intégrées où les professionnels ont mis en place des dispositifs formels de coopération (11, 12).

## 2) Discussion sur les Résultats

### **La genèse de la maison médicale**

La création de la maison médicale a été initiée par deux médecins généralistes ne souhaitant pas se retrouver à exercer seuls, pour des raisons principalement de qualité de travail. Le regroupement leur paraissait être une bonne solution pour attirer de jeunes professionnels. Cela a été observé dans une étude de 2020, qui révèle que les zones où s'implantent des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre de soins et attirent davantage les jeunes généralistes de moins de 45 ans (13). Nous ne retrouvons pas de manière explicite de réflexion vis-à-vis du territoire comme cela a pu être le cas dans d'autres projets (14). Il n'y avait pas non plus de motivation financière ou logistique au départ.

### **L'installation des professionnels**

La volonté de ne pas travailler seul est ressorti de manière très importante au moment d'évoquer le choix de l'installation au sein de la maison médicale. Dans une étude cherchant les déterminants à l'installation en zone rurale, il a été observé qu'aucun des jeunes médecins interrogés n'envisageait d'exercer seul ; pour des notions d'organisation de temps de travail, de sécurité, de dynamique de formation et d'échanges (15). Nous avons retrouvé les mêmes motivations lors de nos entretiens. Dans cette étude, une bonne relation avec ses associés paraissait également primordiale, ainsi qu'un exercice commun préalable à l'installation. Nous avons pu également mettre en évidence l'importance du choix des personnes avec qui les professionnels souhaitaient travailler et le fait que tout le monde avait déjà travaillé auparavant avec un des professionnels du projet. L'importance d'avoir des valeurs de travail communes était mentionnée, ce qui a été retrouvé dans différentes MSP (16).

Les participants évoquaient l'importance de l'échange, du partage d'expériences, du lien, et également l'apport d'un sentiment de sécurité que ce soit physique ou dans sa pratique. Ces éléments sont retrouvés dans les relations interprofessionnelles qui se créent dans les réseaux de soins informels, « traditionnels » (17). Ces relations répondent à des besoins de réassurance du professionnel dans ses décisions, dans ses compétences ; le besoin de se décharger de ses émotions ou angoisses ; le besoin de partager ses doutes, ses difficultés ; de partager les responsabilités (17). Le regroupement semble être une des

réponses des professionnels pour répondre à ces besoins nécessaires à leur équilibre.

L'intérêt ,vis-à-vis de l'exercice au sein de la maison médicale, exprimé par les professionnels, apparait essentiellement autocentré : amélioration des conditions d'exercice et de la qualité de vie. La place du patient et l'amélioration de la qualité de sa prise en charge n'ont été que peu abordés lors des entretiens. Ce constat avait également été fait sur une thèse interrogeant des internes de SASPAS sur l'exercice en MSP (18).

### **Le lien social**

Ce lieu de vie permet aux différents acteurs de se rencontrer de manière régulière et d'apprendre à se connaître de manière personnelle et professionnelle comme nous avons pu le constater. Ce lien particulier qui se crée permet d'avoir une proximité cognitive qui est déterminante dans le travail de concertation pluriprofessionnelle. Elle permet de développer la confiance entre les professionnels et de diminuer le sentiment de hiérarchie qu'il peut exister entre profession médicale et paramédicale (19). La connaissance du fonctionnement des autres, la convivialité, le plaisir d'être ensemble sont des facteurs d'influences positives retrouvés dans plusieurs études (27,16) .

Les entreprises ont bien compris l'importance du lien entre leurs employés et ont développé des techniques de socialisation professionnelle. Il a été montré que les pratiques de la socialisation organisationnelle influencent positivement l'engagement organisationnel, du fait qu'elles accélèrent la prise de poste, facilitent l'intégration dans le groupe du travail, contribuent au développement des attitudes et comportements positifs vis-à-vis de l'organisation et permettent, également, la transmission de la culture d'entreprise (20,21).

### **Un site unique qui favorise la coordination**

Nous avons observé dans les résultats, l'importance d'un lieu unique dans la dynamique de coordination. Dans un projet très peu formalisé, cette proximité géographique permet de faciliter la communication, de créer des moments d'échanges entre les professionnels. Une étude, invitant les professionnels à comparer leurs relations actuelles avec celles avant l'installation en MSP, mettait également en évidence une intensification des interactions avec un renforcement des relations existantes et la création de nouvelles. Les professionnels interrogés imputaient cela, en premier lieu, au regroupement

géographique et non aux procédures formelles de coordination. Il ressortait un « effet structure » (expression qui revient en entretiens) qui induit une coordination entre professionnels dont les modalités ne sont pas encadrées par les procédures formelles (22). La proximité géographique favorisant la communication et la coordination entre les professionnels de santé était retrouvée dans l'étude réalisée au Faou et à Lanmeur (23,24).

Les recherches sur l'impact de l'absence de proximité physique entre les membres d'une équipe de travail distribuée, retrouvent des résultats illustrant des effets tantôt positifs tantôt négatifs de la dispersion géographique (25). La coordination semble d'autant plus difficile que le groupe est grand et que la tâche est complexe. La collaboration à distance nécessite de nouvelles compétences à la fois sur le plan technique et sur le plan humain pour être performant.

Il serait intéressant de comparer sur ce point les Maisons et Pôles de Santé Pluridisciplinaires.

### **Une coordination informelle**

Dans notre étude, la collaboration entre les professionnels passe par un échange informel d'information (au cours des pauses café, repas, de façon directe pendant les consultations, par l'intermédiaire du secrétariat, etc.) ce qui avait également été retrouvé par une étude sur des MSP en région Franche-Comté et Bourgogne (26). Moins de la moitié des maisons de santé déclaraient organiser des réunions interprofessionnelles régulières, autres que logistiques. Il était également observé que la coopération entre les médecins et les autres professionnels médicaux ou paramédicaux se faisait principalement au cas par cas, ce que nous avons pu observer également.

Dans une thèse réalisée dans une maison de santé pluriprofessionnelle et universitaire de Seine et Marne, les échanges informels sont considérés comme la base du travail en pluriprofessionnalité par les participants. Quand l'enquêteur les questionne sur les améliorations, il ressort une envie de plus d'échanges informels, en dehors du temps dédié aux réunions (27).

Nous avons pu constater que lorsque les professionnels se posaient la question d'une formalisation de leurs échanges, ils se focalisaient principalement sur la forme plutôt que sur le fond. En essayant d'intégrer tout le monde, ils se mettent une barrière. Il paraît plus pertinent et efficace de partir d'une idée ou d'une problématique qui leur tiennent à cœur, de rassembler ceux qui sont concernés et motivés pour ensuite discuter de la forme.

Faut-il une formalisation à tout prix, généralisée, qui permet à priori une plus grande efficacité et un rétrocontrôle sur le travail réalisé ? Ou bien faut-il laisser une liberté aux différents acteurs sur le terrain, où ils doivent composer avec des contraintes locales, ce qui peut laisser place à de nouvelles formes de travail collectif ?

### **L'accessibilité et la continuité des soins**

Les médecins de la maison médicale mettent en avant une meilleure disponibilité médicale. Une étude réalisée par l'IRDES montre effectivement une plus grande accessibilité aux soins pour les patients dans les MSP sans qu'il n'y ait une majoration du temps de travail pour les généralistes (26). Cette meilleure accessibilité aux soins, conjuguée à une amélioration des conditions de travail pour les professionnels, s'explique par le partage de la charge de travail. La proportion des actes effectués par un autre généraliste que le généraliste traitant est de 28 % en moyenne dans cette étude (26).

La maison médicale permettrait aux patients de consulter un autre médecin sans perte d'information. En effet, les échanges informels et le dossier patient commun fournissent aux médecins les renseignements nécessaires pour assurer la continuité des soins.

### **L'Argent**

Contrairement à l'étude réalisée au Faou, l'importance des charges, qui était évoquée, n'était pas perçue comme un frein à l'exercice coordonné. (23) Les médecins porteurs du projet avaient porté une attention toute particulière à ce point-là concernant les paramédicaux afin qu'ils intègrent facilement le projet. En concertation avec eux, ils ont construit des locaux avec des tailles adaptées et un barème de charges différent entre les médecins et les paramédicaux.



Le problème du financement à l'acte n'a été abordé que brièvement par deux professionnels et n'est pas ressorti au moment d'évoquer les améliorations. Ce problème se poserait peut-être s'ils étaient amenés à mettre en place des temps collectifs formalisés de manière plus fréquente.

### **La question du « Leadership »**

Nous avons pu identifier facilement un « Leader » au cours notamment du FG. Il se définit d'ailleurs comme tel lors de son entretien individuel. Nous avons constaté un essoufflement de sa motivation à porter le projet maintenant que la structure est en place et qu'elle fonctionne. Il expliquait clairement qu'il attendait que les autres, essentiellement les jeunes, prennent le relais. Nous nous apercevons en parallèle que le peu de structuration qu'ils avaient mis en place ne fonctionne plus. Il a été montré dans plusieurs études, l'importance d'un leadership pour mener à bien les projets et les changements d'organisation (28,29).

Il se pose alors la question de la pérennisation. Comment relayer l'initiative individuelle par des formes collectives d'engagement ?

### **La méfiance vis-à-vis des institutions**

Nous avons pu noter chez certains professionnels, plus particulièrement les médecins, une volonté d'indépendance vis-à-vis des institutions. Une méfiance était très marquée chez le « leader » du projet qui nous a longuement raconté ses expériences négatives que ce soit avec les élus locaux, « *on avait une mairie particulièrement désagréable et opposante aux libéraux (...) en gros, si vous êtes libéraux démerdez-vous* » P5 ou avec l'ARS. Il donne également des exemples de retours d'expérience qu'il a autour de lui et qui ne lui paraissent pas bien fonctionner, « *j'ai pas encore de vrais retours de maisons de santé où ça marche, soyons clair, sur le papier, il y en a plein* » P5.

Ce ressenti est très présent au sein des professionnels médicaux libéraux. Un travail récent sur les MSP n'ayant pas contractualisé avec l'Assurance maladie (58% des MSP au 1er janvier 2018 selon l'Observatoire de la recomposition de l'offre de soins), montre une méfiance vis-à-vis des institutions et un attachement au libéralisme encore très présent pour expliquer ce choix (28). Certains pensent que cela menacerait leur liberté d'organisation et

ajouterait des contraintes administratives. La perspective de relations avec une administration représente un frein important à la structuration des projets, ce qui est le cas ici.

Il a également été observé que les partenaires professionnels (URPS, fédérations régionales), pourtant susceptibles d'aider au développement des projets collectifs, étaient peu connus des porteurs des projets interrogés. Aucun des professionnels interrogés à Ploërmel ne les a évoqués.

### **Confrontation avec les résultats de la thèse de Loren BRICHER**

Loren BRICHER a travaillé en parallèle sur le ressenti des binômes patients multimorbides et de leurs aidants, usagers d'une équipe de soins primaires coordonnés d'une MSP sur le territoire de Ploërmel.

La plupart des éléments formulés par les professionnels, sur l'apport et le ressenti des patients à propos de la maison médicale, sont également retrouvés, avec quelques nuances, dans ses résultats.

Lors de ses entretiens avec les couples patients-aidants, elle a retrouvé la notion de facilité d'accès aux soins, aux différents professionnels. Cependant, ils ne prennent contact avec les paramédicaux qu'après orientation par leur médecin traitant et choisissent de préférence ceux de la maison médicale par facilité, visibilité mais également par confiance. La confiance qu'ils confèrent à leur médecin impacte sur la confiance qu'ils accordent aux professionnels de la maison médicale, cette notion avait été perçue par les paramédicaux. Ils souhaiteraient d'ailleurs que leur médecin leur nomme un professionnel à consulter.

Les patients interrogés n'avaient pas la notion d'échanges entre les professionnels au départ. Cela n'influçait pas le choix du professionnel, ils ne s'en rendaient compte que par la suite, et en étaient très contents. Cela participait au fait de poursuivre les soins ou de revoir ce praticien par la suite et améliorait la confiance dans la prise en charge. Ils n'étaient pas en demande de consultation pluri-disciplinaire, les échanges qu'ils percevaient leur paraissaient suffisants.

Comme évoqué par les médecins, les patients sont contents d'avoir accès facilement à un médecin en cas d'urgence mais ils préféreraient que ce soit avec leur médecin. Ils trouvent qu'il est moins accessible, qu'il prend plus de vacances, qu'il y a plus de remplaçants, ce qu'on peut mettre en parallèle avec la meilleure qualité de vie au travail décrite par les médecins. La continuité des soins avec son médecin traitant était une notion très importante.

En revanche, ils ne ressentent pas le manque de discrétion, ils trouvent que la maison médicale est plutôt bien pensée avec les psychologues à l'étage et la multiplicité des salles d'attentes.

### **Système d'information partagée**

Nous avons retrouvé les outils de communications classiques présents dans les cabinets. Il n'existe pas ici d'outil spécifique pour faciliter la coordination. Il n'a, par exemple, jamais été évoqué entre eux la possibilité d'utiliser un logiciel informatique commun. Une étude montre que les logiciels informatiques choisis par l'agence nationale du numérique dans le cadre de l'ACI ne sont pas adaptés à la spécificité d'exercice des paramédicaux, et que finalement ils se procurent les informations dont ils ont besoin par d'autres moyens (par téléphone, en toquant à la porte des cabinets des médecins ou en passant par leur secrétariat) (22). C'est un sujet qui fait débat dans certaines MSP où l'utilisation est souvent hétérogène, quand certains le trouvent facilitant d'autres ne s'en servent pas au sein de la même structure (27). Le cadre de l'ACI sur ce sujet paraît trop contraignant. Une structure ayant développé son propre logiciel avec des ingénieurs n'avait pu bénéficier de l'ACI car il ne figurait pas sur la liste. Même si l'utilisation d'un système d'information partagée semble un élément important dans le développement d'un exercice interprofessionnel (30), l'appropriation des outils par les acteurs semble importante pour apporter une vraie plus-value (31).

## **La fonction de coordination**

Dans les entretiens, il est ressorti le besoin d'accompagnement dans la mise en place des projets et dans leur fonctionnement. L'existence d'une fonction de coordination semble être un facteur de succès pour les regroupements professionnels de soins primaires à l'étranger (32). Mais cette fonction n'est pas toujours facile à faire accepter au sein des équipes et nécessite des projets suffisamment structurés pour être déployée (33). Des financements sont prévus dans l'ACI mais la mise en œuvre reste à définir.

## **La formation interprofessionnelle**

Le manque de formation interprofessionnelle, lors de la formation initiale ou continue, a été abordé à plusieurs reprises par les interviewés. Ils l'envisagent comme une solution pour apprendre à travailler ensemble et connaître les autres métiers. Les formations des professionnels de santé restent très cloisonnées, il s'agit vraisemblablement d'une piste intéressante pour promouvoir l'interprofessionnalité (34).

Une étude qualitative (35), menée 2 ans après une formation interprofessionnelle à Rennes, montrait des résultats encourageants sur de nombreux aspects :

- la lutte contre le cloisonnement des formations des professionnelles de santé,
- la connaissances des autres, le développement d'une relation de qualité avec les autres professionnels,
- la déconstruction des représentations de chacun sur les autres professions et ainsi créer une relation plus égalitaire,
- un changement de regard sur le patient,
- le développement d'une volonté de collaborer avec les autres professionnels en s'engageant dans une dynamique d'interprofessionnalité,
- favorise une certaine ouverture d'esprit.

Ces formations, ainsi que les stages en MSP ou pôle de santé paraissent indispensables à développer, premièrement parce que la collaboration pluriprofessionnelle semble permettre une amélioration de la qualité des soins (36) et deuxièmement parce que le plan national de santé souhaite s'appuyer sur des équipes de soins pluriprofessionnelles dans l'organisation des soins (37).

## **Le projet de santé**

La Maison médicale de Ronsouze ne possède pas de projet de santé pour plusieurs raisons que nous avons déjà évoquées (temps, motivation, complexité, méfiance des institutions). Cette absence de projet est le reflet de tous les freins évoqués par les professionnels et d'une dynamique qui n'a pas complètement aboutie. F-X Schweyer a écrit « le recrutement sur une idée plus que sur un projet, essentiellement de nature affinitaire conduit à des évitements, et peu à peu à un statu quo voire à un blocage relatif » (38). La mise en œuvre d'un projet de santé pourrait relancer une dynamique de groupe. Il a été observé l'importance du travail sur le projet de santé dans l'émergence d'une collaboration interprofessionnelle (16) et sur la capacité à créer un collectif de travail (39). Les temps d'échanges qui en découlent permettent de faire un travail d'appropriation et d'intégration des personnes et des équipes. Le projet aide à fixer un cadre, avec un caractère obligatoire, qui permet une action collective (38).

Dans un travail réalisé sur les changements de pratique à l'hôpital, il est montré la nécessité de structurer, d'organiser la relation d'échanges afin d'ancrer le projet ; par des outils ou des méthodes managériales qui donnent un sens à l'action collective (29).

Dans notre cas, l'utilisation d'un système d'information partagée, l'adaptation des modes de rémunération, un coordinateur, la formalisation des échanges peuvent participer à l'intégration d'un fonctionnement coordonné (40). Mais à quel point peut-on généraliser dans des contextes singuliers ?

## **Ambivalence**

Tout au long de ce travail, nous retrouvons une ambivalence de la part des professionnels de santé à différents niveaux. Tout d'abord, sur le bâtiment, il était mentionné maison médicale pluriprofessionnelles de Ronsouze, terme qui n'était pas retrouvé sur internet. Il était soit mentionné maison de santé ou maison médicale. Nous voyons bien là l'entre deux d'une maison de santé pluriprofessionnelle mais qui n'en a pas les codes officiels. Ensuite, le temps était un des grands questionnements, ils auraient souhaité formaliser plus leurs échanges mais il apparaissait difficile de prendre ce temps sur la pratique individuelle et encore moins sur la vie privée. Enfin, les professionnels percevaient un bénéfice du travail pluri-professionnel mais ne le développaient pas du fait de contraintes

trop importantes, d'où la nécessité d'un accompagnement qu'il soit logistique, organisationnel, financier. Des solutions pourraient, peut-être, être apportées par les différentes institutions mais nous avons constaté la réticence des professionnels à se tourner vers elles.

C.Fournier a écrit : « l'exercice en MSP représente un « choc culturel » du fait des « déplacements » qu'occasionnent ce mode d'exercice par rapport au modèle libéral médical et paramédical traditionnel et aux différentes logiques avec lesquelles les équipes sont amenées à composer » (41).

### **L'étude QualSoPrim**

Ce travail de thèse réalisé à la Maison de santé de Ronsouze à Ploërmel s'inscrivait dans le contexte de l'étude QualSoPrim dont l'objectif est de décrire des critères de qualité des soins primaires pertinents aux yeux des patients et de leurs aidants familiaux. Les entretiens réalisés sont riches d'informations sur ces critères de qualité des soins. L'analyse de ces critères de qualité permettra à terme d'établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé.

## CONCLUSION

Le travail en ESP est en plein développement sur le territoire français. A travers cette analyse qualitative, nous avons cherché à comprendre le vécu et le ressenti des professionnels dans ce nouveau mode d'exercice pluri-professionnel.

Le travail au sein d'une structure pluri-professionnelle est à la fois enrichissant sur le plan professionnel mais aussi sur le plan personnel en créant des liens d'amitiés, permettant aux professionnels une meilleure qualité d'exercice. Nous avons pu constater que le regroupement dans un même lieu facilite la création d'un échange interprofessionnel mais n'est pas suffisant pour créer une réelle dynamique de travail collectif. La proximité physique, l'envie de travailler ensemble, le partage de valeurs de travail communes sont les principaux moteurs retrouvés ici. Mais de nombreux freins viennent faire barrière à cet élan, avec en premier lieu le manque de temps, l'investissement trop important que demande la création et l'organisation d'un projet commun mais également de manière moins visible, le manque de perspective et d'accompagnement.

Ce travail leur a permis de faire un état des lieux de leur travail en équipe, de leur apporter un temps de réflexion sur leur pratique individuelle au sein du collectif et d'interroger la suite de leur projet. Il s'agit d'une structure plutôt jeune, il serait intéressant de revenir dans quelques années pour avoir une vision longitudinale, voir si leurs représentations ont évolué, si le projet pluriprofessionnel a continué à se développer, à murir et si oui, de quelle manière il s'est mis en œuvre.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives », *Questions d'économie de la santé*, 2007, 127
- 2 INSEE. Projections de la population pour la France à l'horizon 2050. INSEE Première. 2006;(1089):1-4
- 3 Assurance Maladie. Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif ALD. Assurance Maladie; 2018
- 4 Girault A, Gervès-Pinquier C, Minvielle E. Les modes de paiements à la coordination : État des lieux et pistes pour une application en France. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2017;35(2):109-27.
- 5 Bachelet M, Anguis M., 2017, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats*, DREES, n°1011, Mai.
- 6 CNOM. ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS. 2019. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_enquete\\_installation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_installation.pdf)
- 7 LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 64. 2016-41 janv 26, 2016.
- 8 Derriennic J. Projet QUALSOPRIM. CNGE. 2017. [En ligne]. Disponible sur : [http://www.brest.cnge.fr/article.php?id\\_article=109](http://www.brest.cnge.fr/article.php?id_article=109).
- 9 Miles, M.B., Huberman, A.M. *Qualitative data analysis*. 2nd ed. Sage, Thousand Oaks, CA; 1994.
- 10 Mousquès J, Bourgueil Y. 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
- 11 Afrite A, Mousquès J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premier recours : une typologie des maisons, pôles et centres de santé participants aux expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Quest Econ Sante* 2014;201:1-8
- 12 Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. *Sante Publique* 2015;27:539-46



- 13 Chevillard G. Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? IRDES. « Questions d'économie de la santé », n° 247, mars 2020
- 14 Hernandez S. Marie-Angélique A. Enquête qualitative auprès des professionnels de santé et des patients à l'occasion de la création de la maison de santé de Châteaudun: représentations et attentes. Tours. 2013
- 15 Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique. Th : med : Nantes. 2010 Fév 4 :76
- 16 Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Paris. 2016
- 17 Aline SARRADON-ECK A., Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels Université Paul Cézanne – AIX-MARSEILLE II
- 18 Sarni S. L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire vu par les futurs medecins généralistes : étude à partir d'un focus group d'internes effectuant un saspas. Nantes. 2012
- 19 Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Paris. IRDES « Questions d'économie de la santé », n° 200, juillet-aout 2014
- 20 Perrot S. (2009), Les relations entre tactiques de socialisation et adéquations perçues, Revue de Gestion des Ressources Humaines, n°72, 13-30.
- 21 Guerfel-Henda S, Abboubi ME, Kandoussi FE. La socialisation organisationnelle des nouvelles recrues. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise. 2012;n°4(4):57-73
- 22 Moyal A. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. Revue française des affaires sociales. 24 juin 2020;(1):103 23
- 23 Salles S. Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement. Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels et patients de la maison de santé pluriprofessionnelle de l'Aulne Maritime à Le Faou. Faculté de médecine. Brest. 2017
- 24 Voisin C. Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe

- d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement. Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur
- 25 Michinov E. La distance physique et ses effets dans les équipes de travail distribuées : une analyse psychosociale. *Le travail humain*. 10 avril 2008;Vol. 71(1):1-21.
  - 26 Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. 2009;8.
  - 27 Gibrat B. Les enjeux du travail en pluriprofessionnalité dans une maison de santé pluriprofessionnelle et universitaire de Seine et Marne. Créteil. 2019
  - 28 Bourgeois I, Fournier C. Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Revue française des affaires sociales*. 24 juin 2020;(1):167 93.
  - 29 Vinot D. Le leadership clinique face aux changements de pratiques : des paradoxes aux perspectives, *Pratiques et Organisation des Soins* 2008 n°3
  - 30 HAS (2018), Matrice de maturité en soins primaires. [En ligne] [www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel](http://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel)
  - 31 Naiditch M. Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? *Revue française des affaires sociales*. 24 juin 2020;(1):237 62.
  - 32 Nutting et al. Journey to the Patient-Centered Medical Home: A Qualitative Analysis of the Experiences of Practices in the National Demonstration Project. *Annals of Family Medicine*. 2010; 8/Sup1; p. 545-556
  - 33 Schweyer F-X. Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation. *Journal de gestion et d'économie de la sante*. 12 avr 2019;N° 1(1):33 53
  - 34 Berland Y, Bourgueil Y. Evolution des métiers de la santé: coopérations entre professionnels. Mars 2010
  - 35 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.
  - 36 Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional

- collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017
- 37 Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
- 38 Schweyer F-X. Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé, in Douguet F et al. Intervenir en première ligne. Paris : L'Harmattan ; p. 39-60
- 39 Schweyer, François-Xavier. « 14 - L'efficacité collective dans le travail », Serge Paugam éd., L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux. Presses Universitaires de France, 2014, pp. 261-278.
- 40 Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique. 2017;164(4):887-902.
- 41 Fournier C. Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle, in MOYAL A, BERGERON H. *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ?* Sciences Po. Chaire santé. Paris: Presses de Sciences Po, 2019, p 21-26

## ABRÉVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection de longue durée

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

ESP : Équipes de Soins Primaires

FG : Focus group

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PREPS : Programme de recherche sur la performance du système des soins

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

## ANNEXE

### Annexe 1

#### **Trame des entretiens individuels (professionnels) : entre 6 et 8 entretiens individuels.**

##### Objectif des entretiens individuels : phrase introductive

Notre recherche vise, comme vous l'avez sûrement déjà compris, à identifier les dimensions par lesquelles les patients et leurs aidants construisent leur point de vue sur la qualité des soins qu'ils reçoivent de votre équipe de soignants et plus généralement sur l'effet de cette offre de soins dans la gestion de leur propre situation de soin au long cours. Il ne s'agit donc pas simplement de procéder à une évaluation de soins reçus mais d'intégrer dans cette mesure de la qualité les conséquences pour le travail de soin que les patients et les proches doivent produire eux-mêmes.

L'objectif de cet entretien (au-delà des aspects de fonctionnement, d'organisation, et des dynamiques professionnelles mises en place dans votre équipe de soins) est de mieux comprendre votre exercice quotidien, de percevoir des changements éventuels liés la construction de cet exercice coordonné et la façon dont vous vivez les outils de la collégialité qui se mettent en place: on se basera sur des cas précis de patients.

##### Trame d'entretien

1-Commençons par aborder votre propre parcours : racontez-moi votre parcours professionnel ? Dans quelles conditions êtes-vous arrivé à travailler dans cette équipe de soins ?

Questions de relance : (êtes-vous venu dans ce mode d'exercice pour chercher quelque chose en particulier ?) (aviez-vous des attentes, des idées précises quant à l'exercice que vous imaginiez en venant travailler dans l'équipe ?)

2-Pouvez-vous nous parler d'un patient complexe dont vous vous occupez actuellement, conjointement avec vos collègues de l'équipe?

Question de relance : (Quel travail faites-vous concrètement avec ce patient (vous personnellement) ?)

3-Par rapport à ce patient et son entourage, pour quelle raison avez-vous développé des liens formalisés avec l'équipe de professionnels ?

4-Pourquoi ne pas faire le même travail avec l'ensemble des patients ?

Questions de relance : (Ce travail vous paraît-il spécifique des patients complexes ?) (Ce travail est-il engagé parce qu'il s'agit d'une pathologie propre à votre territoire : par exemple = troubles musculo-squelettiques etc.)

5-Le patient vous mobilise-t-il, vous ou l'équipe, d'une façon spécifique par rapport à d'autres patients ?

Question de relance : (A quelles demandes particulières êtes-vous confronté de la part du patient en question ? Comment les examinez-vous, les considérez-vous ?) (Y a-t-il des négociations qui sont engagées entre vous et lui ?)

6-Quelles relations de travail se construisent avec vos collègues professionnels et selon quelles modalités pour la prise en charge de ce patient ?

Questions de relance ((Pouvez-vous nous parler du travail de soins collectifs effectué à propos de ce patient précis ?) (Le travail avec ce patient se déroule-t-il en étapes ? Si oui, quelles sont-elles ? Quelle contribution y apportez-vous spécifiquement ?)

7-Y-a-t-il des outils quelconque (des plans de soins, des réunions, des courriers) que vous utilisez, entre vous, pour le soin apporté à ce patient ?

Question de relance : (Vous formez-vous mutuellement sur tel aspect de l'intervention, ou sur telle pathologie ?)

8-Avez-vous, à un moment ou un autre de votre travail avec ce patient, recours à l'avis ou l'action d'un autre professionnel du pôle/de la maison de santé ?

9-Bien plus, avez-vous besoin de l'aval d'un autre professionnel pour votre propre intervention ?

Question de relance : (Si oui, une négociation est-elle possible, et sur quoi ?)

10-Êtes-vous confronté à un moment ou un autre de votre travail, à des prescriptions professionnelles (de la part de tel organisme par exemple) ?

Questions de relance : (Si oui, comment les considérez-vous ?) (Une négociation est-elle possible, et sur quoi ?)

11-Vous arrive-t-il d'anticiper, que ce soit vous seul ou à plusieurs, le déroulement du travail collectif mené autour de ce patient ?

Question de relance : (Si oui, des négociations entre vous sont-elles engagées (sur des délais, des interventions etc.) ?

12-Vous arrive-t-il d'adresser un patient à un de vos collègues ou confrères du pôle/de la maison de santé ?

13-Du point de vue des soins apportés à ce type de patients multimorbides et leur entourage, estimez-vous que le travail collectif mené ici apporte un bénéfice quelconque pour le patient et ses aidants. Si oui, quel bénéfice ?

Questions de relance : (On sait que la relation médicale est indissociable de l'idée de confiance : percevez-vous à ce propos des améliorations ou du moins une attitude différente de part et d'autre ? (Par exemple plus de sollicitations du patient envers vous ou l'équipe ; plus d'échanges ; une meilleure densité informative de ces échanges ?).

14-Diriez-vous qu'il y a une spécificité du travail mené avec ce type de patient qui soit propre à votre équipe (et qui ne se retrouve pas ailleurs) ?

Questions de relance : (Cette spécificité a-t-elle des conséquences sur la production de soins par le patient et son entourage ?)

15-Quelles sont, s'il y en a, les difficultés à cette mise en pratique de votre point de vue ?

16-Quels seraient pour vous les autres éléments à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge de ce patient ?

---

**FROCRAIN Loïc - Vécu et ressenti des professionnels de santé vis à vis de l'exercice coordonné au sein de la Maison de Santé de Ronsouze à Ploërmel**

45 feuilles, 1 tableaux. 30 cm.-Thèse : Médecine générale Rennes 1; 2020 ; N°

---

**Résumé français**

**Introduction** : L'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux est rendue nécessaire tant par le développement des pathologies chroniques que par la volonté des professionnels de santé de travailler ensemble.

**Objectif** : Explorer le vécu et le ressenti des professionnels de santé vis à vis de l'exercice coordonné au sein de la maison médicale de Ronsouze à Ploërmel.

**Méthode** : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des professionnels de la maison médicale de Ronsouze à Ploërmel. Un focus group a été organisé. Les entretiens ont été menés par un binôme médecin / sociologue. Ces entretiens ont été retranscrits et anonymisés. Un codage a été réalisé dans le but de dégager des thèmes et sous thèmes, illustrés par des exemples issus des entretiens.

**Résultats** : Etude menée auprès de 10 professionnels. Le regroupement pluri-professionnel au sein de la maison médicale du Ronsouze est né de la peur de l'isolement et d'une envie d'échanger avec les autres. Il permet une relation privilégiée avec les autres professionnels et une meilleure qualité d'exercice. Les échanges qui se créent apportent un enrichissement personnel et professionnel. Des leviers et freins au travail pluriprofessionnel ont été identifiés. Les principaux freins sont le manque de temps et l'investissement trop important pour sa mise en place et sa formalisation. La majorité de l'exercice coordonné se déroule de façon informelle.

**Conclusion** : La maison médicale du Ronsouze à Ploërmel est une structure jeune où l'envie d'exercer de manière coordonnée, pluri-professionnelle se heurte à de nombreux freins. Il serait intéressant de revenir dans quelques années pour avoir une représentation longitudinale.

---

Rubrique de classement : MÉDECINE GÉNÉRALE

---

Mots-clés : Exercice coordonné, soins primaires, qualité de soins et qualité d'exercice, Maison de santé pluridisciplinaire, professionnels de santé

---

Mots-clés anglais MeSH : Coordinated exercise, primary care, quality of care and quality of exercise, multidisciplinary health center, health professionals

---

Président : Pr Patrick JEGO

JURY : Assesseurs : Dr Béatrice ALLARD COULAN (directeur de thèse)

Dr Alain CAUBET

Dr Laure FIQUET

---