



HAL
open science

Étude de la construction d'un protocole pluri professionnel a la MSPU la source (30) : l'exemple de l'insuffisance rénale chronique non terminale

Pierre-Emmanuel Giroud

► To cite this version:

Pierre-Emmanuel Giroud. Étude de la construction d'un protocole pluri professionnel a la MSPU la source (30) : l'exemple de l'insuffisance rénale chronique non terminale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03659777

HAL Id: dumas-03659777

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03659777v1>

Submitted on 5 May 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Pierre-Emmanuel GIROUD

Le 05 avril 2022

ETUDE DE LA CONSTRUCTION D'UN PROTOCOLE PLURI PROFESSIONNEL
A LA MSPU LA SOURCE (30) : L'EXEMPLE DE L'INSUFFISANCE RENALE
CHRONIQUE NON TERMINALE

Directeur de thèse : Docteur Mélanie BADIN

JURY

Président : M. Michel AMOUYAL

Professeur

Assesseurs :

M. Olivier MORANNE

Professeur

Mme Mélanie BADIN

Docteur

Mme Agnès OUDE-ENGBERINK

Docteur

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Pierre-Emmanuel GIROUD

Le 05 avril 2022

ETUDE DE LA CONSTRUCTION D'UN PROTOCOLE PLURI PROFESSIONNEL
A LA MSPU LA SOURCE (30) : L'EXEMPLE DE L'INSUFFISANCE RENALE
CHRONIQUE NON TERMINALE

Directeur de thèse : Docteur Mélanie BADIN

JURY

Président : M. Michel AMOUYAL

Professeur

Assesseurs :

M. Olivier MORANNE

Professeur

Mme Mélanie BADIN

Docteur

Mme Agnès OUDE-ENGBERINK

Docteur

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELLISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive



DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Héléne	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin

Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine

Biologie cellulaire

RAVEL Christophe

Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris

Physiologie

STERKERS Yvon

Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENECéline

Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUIGNOUX Anne

Génétique

CHIRIAC Anca

Immunologie

DE JONG Audrey

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DU THANH Aurélie

Dermato-vénérologie

FITENI Frédéric

Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès

Physiologie

HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

HUBERLANT Stéphanie

Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques



Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Malha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Héliène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Héliène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

A mon président du jury, Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, à ma directrice de thèse, Madame le Docteur Mélanie BADIN :

Des remerciements groupés mais la liste est très longue... Que de chemin déjà parcouru depuis ce jour où je me rendais à la poste de Vergèze ! Merci à tous les deux de m'avoir accordé votre confiance, alors même que je vous faisais faux bond à mon premier remplacement... J'apprécie énormément de travailler avec vous au quotidien, la bienveillance et l'esprit d'équipe qui vous animent. Merci Michel d'avoir accepté de présider cette thèse et de m'avoir fourni autant de contenu ! Merci beaucoup Mélanie de m'avoir proposé de diriger ce travail quand je n'osais pas te le demander. Ton expérience et ton précieux soutien m'ont permis de cheminer sereinement.

J'ai hâte de participer à la suite de l'aventure de la MSPU avec vous.

A Monsieur le Professeur Olivier MORANNE :

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie. J'espère qu'il servira même modestement l'indispensable rapprochement entre la ville et l'hôpital.

A madame le Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK :

Merci de m'avoir guidé dans la recherche du sujet et sur la méthodologie de la recherche action. Vous avez aimablement accepté de participer à ce jury, j'en suis honoré.

A l'ensemble des professionnels de la MSPU La Source qui ont participé à cette étude :

C'est grâce à votre implication à tous que ce travail a pu voir le jour. Merci d'avoir joué le jeu aussi nombreux. Vivement que nous fassions vivre ce protocole ensemble.

Je dédie ce travail à ma famille, ma mère, mes frères et sœurs, tous mes proches. J'espère que je saurai les rendre fiers.

Je le dédie avant tout à mon père, qui me regarde et qui me manque. J'aurais tant aimé que tu m'aides à grandir pendant ces longues études. J'espère que tu es fier de moi.

Je le dédie enfin à toi Blanche, mon Amour, et à toi Camille, mon petit Amour. Vous êtes mes Précieux, mes trésors qui me comblez de bonheur. Je vous aime.

Je remercie tous mes amis pour leur soutien et leur fidélité. Des vieux du primaire aux copains de l'internat, les plus proches et ceux que je ne vois pas aussi souvent que je le voudrais. Sans vous tous les jours n'auraient pas la même saveur.

Merci à tous mes maîtres, de l'école à la faculté, à tous les médecins qui m'ont pris avec eux pour me transmettre leur passion. Mon savoir c'est le vôtre.

Remerciements spéciaux au Dr Camille Dubart qui m'a mis le pied à l'étrier au début de ce travail de thèse, et à Claire pour avoir réalisé le schéma intégré grâce à ses super-pouvoirs de graphiste.

Comme l'a dit quelqu'un dans un grand film sorti en 2001 :

« Tout ce que nous devons décider, c'est que faire du temps qui nous est imparti. »

Table des matières

INTRODUCTION	24
MATERIEL ET METHODE	26
1- Type d'étude.....	26
2- Recrutement.....	26
3- Recueil des données.....	27
4- Aspects éthiques et réglementaires	28
RESULTATS	28
1- Déroulé de l'étude et population étudiée	28
2- L'état des lieux des pratiques : Une prise en charge défailante et dévalorisante par des professionnels isolés.....	30
• Représentation de l'IRC pour les professionnels	30
• Prise en charge actuelle de la maladie	31
• Bénéfices attendus du protocole	32
3- Un processus de création : Une nécessité de choix pour rester cohérents et efficaces..	33
• Mise à jour des connaissances	33
• Objectifs et population cible	33
• Définition des rôles et mise en place du parcours patient.....	35
• Définition des critères d'évaluation	35
4- Le protocole, un mode de fonctionnement orienté par la CPAM et par les considérations financières.....	36
• La tutelle des instances	36
• La contrepartie financière	36
• Le remboursement des actes proposés.....	36
5- Expérience démocratique vécue par le groupe	36
DISCUSSION	38
1- Rappel de l'objectif principal	38
2- Modèle explicatif	39
3- Forces et limites.....	41
4- Perspectives	42
ANNEXES	46
1- Le protocole	46
2- Formulaire de recueil des données.....	53
3- Note d'information.....	54
4- Consentement des participants	57
5- Serment d'Hippocrate	58

Liste des abréviations employées

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

BMP : Bilan de Médication Partagé

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

MRC : Maladie Rénale Chronique

MSP(U) : Maison de Santé Pluri professionnelle (Universitaire)

PPCS : Pla Personnalisé de Coordination en Santé

PPSPR : Protocole Pluri professionnel de Soins de Premier Recours

PRS : Projet Régional de Santé

REIN : Réseau Epidémiologique et d'Information en Néphrologie

RGPD : Règlementation Générale sur la Protection des Données

STSS : Stratégie de Transformation du Système de Santé

INTRODUCTION

Depuis leur inscription dans le code de la santé publique de 2007, les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) sont de plus en plus nombreuses sur le territoire français. On en dénombrait 1617 en fonctionnement en juillet 2020, en plus de 450 projets en cours.

Le développement de ces structures est mis en avant par les pouvoirs publics à travers des financements et un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) visant à promouvoir le travail en équipe de soins primaires. Les enquêtes montrent également que les jeunes médecins plébiscitent l'exercice coordonné au détriment de l'installation seul en libéral (1).

L'exercice coordonné en MSP entre les médecins généralistes, pharmaciens et différentes professions paramédicales s'appuie sur l'établissement de projets de santé répondants aux besoins de la population du territoire, après agrément de l'Agences Régionales de Santé (ARS). Celles-ci fixent les orientations stratégiques dans un Projet Régional de Santé (PRS).

Les équipes de soins primaires doivent chaque année mettre en place des protocoles pluri professionnels de soins de premier recours (PPSPR). Ils concernent des situations ou maladies fréquemment rencontrées sur le territoire de la MSP et impliquant plusieurs professionnels. Sur la base des recommandations de bonnes pratiques, il détermine le rôle de chacun pour aboutir à une prise en charge locale la plus optimale possible (2).

Parmi les pathologies chroniques ayant un fort impact individuel et collectif, l'insuffisance rénale chronique (IRC) reste un enjeu majeur de santé publique en France. Sa prévalence tous stades confondus n'est pas connue. En 2012, selon les estimations on l'évaluait entre 3 et 5.7 millions de personnes en France (3) (4).

Le Réseau Epidémiologique et d'Information en Néphrologie (REIN) recense l'incidence et la prévalence des patients en traitement de suppléance. La prévalence augmente chaque année même si le taux d'incidence diminue depuis 2017 (5). L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux. L'IRC terminale a un coût élevé pour le système de financement des soins, dépassant 4 Md d'euros. 82 % de ce montant est consacré à la dialyse (6).

La maladie rénale chronique (MRC) fait partie des 10 maladies chroniques retenues dans la stratégie de transformation du système de santé (STSS) pour préparer « Ma santé 2022 ». Le but de la STSS (chantier 4) est d'optimiser la prise en charge des patients par la mise en place d'un parcours de soins coordonné. Ce parcours est basé sur les étapes clef de la prise en charge du patient identifiées par les recommandations de bonne pratique.

Pathologie longtemps asymptomatique, le dépistage de l'IRC revient aux professionnels de santé de premier recours dont le médecin généraliste. Lors des premiers stades de la maladie le recours au spécialiste n'est pas systématique. L'entrée dans le parcours de soins spécialisés se fait en théorie systématiquement à partir du stade 4. Au stade terminal, la prépondérance du parcours de soins spécialisés entraîne une forme de mise à l'écart des acteurs de soin de premier recours (7).

Son suivi implique des professionnels différents. Les enjeux majeurs de la prise en charge de premiers recours sont le diagnostic précoce, la prévention secondaire et l'orientation au juste moment chez le néphrologue, avant le stade sévère (8).

Pourtant les études montrent que les recommandations de bonne pratique sont mal appliquées, aussi bien en terme de dépistage, néphroprotection ou envoi au néphrologue (9–11).

Plusieurs explications sont retenues parmi lesquelles l'accès difficile au néphrologue, un cloisonnement entre les spécialités, un défaut de communication entre professionnels de santé, une prise en charge complexe de patients aux comorbidités importantes, des référentiels mal connus.

Dans son étude descriptive sur le suivi des patients atteints de MRC au sein d'une MSP d'Occitanie, Sellenet constatait la prise en charge sous optimale des patients. Il supposait que la mise en place d'un protocole pluri professionnel contribuerait à l'amélioration des pratiques (12).

Il n'existe pas de données de la littérature attestant que le protocole pluri professionnel permet d'améliorer la prise en charge des patients. Mais vu l'accent mis par les pouvoirs publics et les recommandations de bonnes pratiques, un protocole pluri professionnel sur l'insuffisance rénale chronique semble être une réponse adaptée à la mise en place d'un parcours patient, à l'échelle de la MSP.

Il n'existe pas non plus d'étude portant sur le processus de création d'un protocole pluri professionnel.

À travers l'exemple de l'IRC non terminale, l'objectif de notre étude était d'étudier le processus de création d'un protocole de soins pluri professionnel de soins en premier recours à la MSPU La Source.

MATERIEL ET METHODE

1- Type d'étude

Il s'agissait d'une recherche action, qualitative, monocentrique.

2- Recrutement

La population cible de cette étude était l'ensemble des professionnels de santé de la MSPU La Source et le médecin conseil de la CPAM du Gard en charge de la validation des protocoles.

Le détail de la population source est visible sur la figure 1.

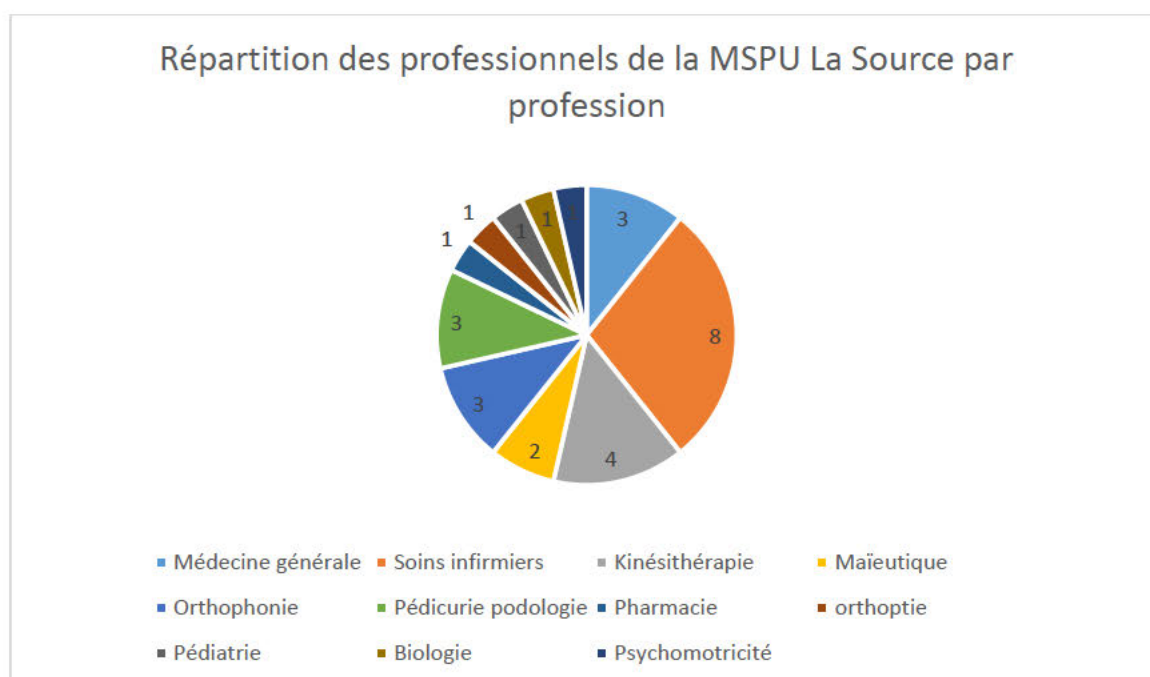


Figure1 : Répartition des professionnels au sein de la MSP

L'échantillonnage s'est basé sur la méthode de recrutement habituelle des professionnels lors de la mise en place d'un protocole au sein de la MSPU. Le

recrutement s'est fait au sein de la population cible sur la base du volontariat après présentation du protocole de recherche en réunion au sein de la MSPU. Il n'était pas défini de critère d'exclusion. Les volontaires étaient invités à se signaler directement auprès du chercheur ou par mail. Ils ont reçu une note d'information et signé une lettre de consentement éclairé conservées par le chercheur.

Les données socio-démographiques (Nom, prénom, âge, sexe, profession, nombre d'années d'exercice, type d'exercice, diplômes obtenus) des professionnels ont été obtenues par questionnaire puis pseudonymisées. Le nombre de participants n'était pas limité. Le recrutement a duré 1 mois, entre le 01/09/21 et le 01/10/21.

3- Recueil des données

Il s'agit d'une étude qualitative dont les données ont été recueillies lors de focus groupes. Le lieu choisi était la salle de réunion de la MSPU La Source, lieu de rencontre habituel des professionnels.

Trois focus groupes ont été organisés. Ce nombre a été déterminé a priori en suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les modalités de mise en place d'un protocole (13).

Trois guides d'entretien ont été préparés pour cadrer et définir les objectifs des focus groupes. Ils se basaient sur les conseils d'élaboration de protocoles de la CPAM, la HAS et de fédérations de maison de santé(13) (14) (15).

Les contenus et objectifs des focus groupes ont été définis comme suit :

- 1- Représentations et retour d'expérience des professionnels sur la maladie rénale chronique, rappel des recommandations et définition des attentes vis-à-vis du protocole.
- 2- Construction du protocole : Objectif principal, population cible, rôle des intervenants, mise en place du parcours patient.
- 3- Correction du travail précédent et définition des critères d'évaluation.

Les réunions étaient espacées d'un mois pour permettre une première analyse des données et un retour aux professionnels au début de la réunion suivante.

Les propos des participants ont été recueillis par un dictaphone, puis retranscrits mot à mot de manière anonyme par l'investigateur. Chaque participant a reçu un code

d'identification pour relier ses propos à sa profession et ses données socio démographiques.

Un animateur, formé au guide d'entretien, était chargé d'organiser la prise de parole de chacun. L'investigateur était présent pour assister aux échanges.

3- Analyse des données

L'approche choisie pour l'analyse des données s'inspirait de la théorisation ancrée car la question de recherche interrogeait des interactions sociales (16). L'analyse ouverte des verbatims a été réalisée par l'investigateur à la suite de chacune des réunions du focus groupe. Les verbatims ont été découpés en unités de sens, ou étiquettes. Les propriétés définies par l'étiquetage ont été regroupées entre elles pour former des catégories signifiantes. Ces catégories ont été ordonnées selon des relations logiques (analyse axiale) puis intégrées dans un modèle global. La triangulation a été réalisée par comparaison avec la directrice de thèse, de l'étiquetage jusqu'aux catégories conceptuelles. L'étiquetage initial a été mené sur le logiciel NVivo (R1.6.1). Les analyses axiales et intégratives ont été menées sur le logiciel XMind (V8) ou sur papier. Le modèle explicatif a été réalisé sur Adobe Illustrator (V25.4.1).

4- Aspects éthiques et réglementaires

En accord avec la Loi Jardé du 5 mars 2012, l'accord du Comité de Protection des Personnes n'était pas requis. Cette étude a reçu avis favorable du Comité d'Éthique du CNGE après analyse du projet. Numéro d'avis : 020921313.

Une déclaration auprès de la CNIL a été effectuée par le Data Protection Officer de l'Université de Montpellier après rédaction d'une analyse d'impact et d'une lettre d'engagement relative à la RGPD.

Selon le Code de la Santé Publique, toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude étaient tenues au secret professionnel.

RESULTATS

1- Déroulé de l'étude et population étudiée

Trois focus groupe ont été menées à la MSPU entre le 01/10 et le 10/12/2021. Leur durée variait entre 1h43 et 2h31.

Sur l'ensemble de la population étudiée, trois personnes n'étaient pas membres de la maison de santé. Interne 1 et 2 étaient en stage au cabinet et ont été invités à participer comme habituellement lors de la mise en place d'un protocole. Médecin conseil a été invité à participer en qualité de responsable de la validation des protocoles pluri professionnels au sein de la CPAM du département.

Le détail du nombre de participants et leur répartition pour chacune des réunions est visible dans le tableau 1.

Identification du participant	Première réunion 7 participants	Deuxième réunion 9 participants	Troisième réunion 6 participants
Coordinatrice (Coo)	X	X	X
Médecin (Med)	X	X	X
Pharmacienne (Pha)	X	X	X
Biologiste (Bio)		X	X
Médecin conseil (MC)		X	
Infirmière 1 (Inf1)	X	X	
Infirmière 2 (Inf2)	X	X	X
Infirmière 3 (Inf3)	X	X	
Infirmière 4(Inf4)			X
Interne en médecine générale 1 (Int1)	X		
Interne en médecine générale 2 (Int2)		X	
Caractéristique du groupe			
Moyenne d'âge	46	49	50
Ratio H/F	1/6	4/5	2/4

Tableau 1 : Récapitulatif des présents pour chacune réunion avec répartition par sexe

Sur l'ensemble de la population étudiée, on note une hétérogénéité des âges avec 4 personnes de plus de 60 ans et 3 de moins de trente ans. Pour la variable « années d'exercices », quatre professionnels avaient plus de trente ans d'expérience et quatre en avaient moins de cinq. Aucun des professionnels n'avait obtenu de diplôme en lien avec la néphrologie ou l'éducation thérapeutique.

2- L'état des lieux des pratiques : Une prise en charge défailante et dévalorisante par des professionnels isolés

- Représentation de l'IRC pour les professionnels

L'IRC était vu comme le parent pauvre des maladies chroniques dégénératives prises en charge en soins primaires.

Pour les professionnels la maladie était sous diagnostiquée. « *il y a beaucoup de patients qui sont en insuffisance rénale et on le sait pas* ». (Med)

Elle était néanmoins perçue comme fréquente, potentiellement grave. « *... la plupart de mes patients lorsqu'ils ont fait une prise de sang, [...] ils vont pas forcément avoir du cholestérol ou du diabète mais euh au niveau rénal il y a souvent quelque chose qui pêche.* » (Inf1) « *... une personne qui est en insuffisance rénale chronique pour moi c'est quelqu'un qui va devoir faire de la dialyse...* » (Coo)

La maladie avait pour eux un caractère irrémédiable, fatal, qu'elle soit prise en charge ou non.

« *...on est quand même face à quelque chose qui est inéluctable...* » (Med)

« *...finalement son insuffisance rénale n'a fait que s'aggraver au fur et à mesure des années...* » (Inf3)

Son existence complexifiait la prise en charge des comorbidités.

« *Inf1 : C'est-à-dire que régulièrement elle a des problèmes de tension, quand elle est trop haute on appelle le 15 direct.*

Mod : Parce que elle est insuffisante rénale ?

Inf1 : Ouai.

Mod : Pour le même niveau d'hypertension, tu vas avoir tendance à adresser carrément aux urgences chez l'un ou de reconstrôler chez l'autre.

Inf1 : Oui. »

La maladie était perçue comme incomprise des patients. La physiopathologie rénale n'étant pas un concept clair pour eux, ils ne se préoccuperaient pas des anomalies biologiques en lien avec la maladie. « ...si on leur dit qu'ils ont du diabète ils vont savoir qu'ils ont du sucre dans le sang, si on leur dit qu'ils ont une insuffisance rénale, ça va pas trop les euh.. Ah bon c'est grave ? » (Inf2) « Autant le cholestérol le diabète ça va les interpeller autant ça... » (Inf2)

« On est moins sollicités, clairement moins sollicités pour commenter les comptes rendus, quand on compare par exemple avec le cholestérol la glycémie, et cætera. » (Bio)

- Prise en charge actuelle de la maladie

Ces propriétés de la maladie étaient responsables d'une critique négative des pratiques actuelles. Ils avaient des difficultés à identifier les malades. « ... moi je dirais que dans ma patientèle je ne sais pas si j'ai des patients qui sont insuffisants rénaux chroniques. » (Inf3) « ...c'est vrai qu'on ignore parfois que des personnes sont en insuffisance rénale... » (Pha)

Des infirmières ont signalé un manque de connaissance théorique concernant la physiopathologie de la maladie, son diagnostic, les leviers de sa prise en charge. « J'ai une question. Le fait qu'il y ait de l'albumine dans les urines, ça correspond à quoi ? » (Inf1)

« ... on a un résultat mais je sais pas, je ne sais pas tellement à quoi ça correspond. » (Inf1) « je suis pas tellement capable de de leur dire ce qu'il faut faire ou pas parce que bah euh je n'ai pas les connaissances suffisantes pour ça. » (Inf2)

Infirmière 3 attribuait ce manque de connaissance directement à un défaut de formation. « On a la cardio on a la BPCO qui sont des PRADO qui ont été faites par la sécu mais l'insuffisance rénale chronique n'est jamais dans notre formation, jamais. On est jamais formé la dessus, on ne nous forme pas là-dessus. » (Inf3)

L'absence de communication entre professionnels sur la maladie entraînait un sentiment d'isolement. « ...au niveau des médecins on a jamais eu de demande de suivre l'insuffisance rénale chronique... »(Inf3) « ...l'accès au spécialiste il n'est pas non plus d'une facilité extrême. »(Med)

Ils se sentaient passifs. « ... moi je rejoins un peu Med sur le fait que on a l'impression de pas faire grand-chose» (Inf1)

Cet état était dévalorisant car incompatible avec leur vision d'un soignant en charge de la santé d'autrui. Ils se sentaient concernés par la pathologie. « ...mon expérience, c'est quelque chose qui nous emmerde, parce que c'est difficile et qu'on comprend pas... » (Med)

Les infirmières questionnaient leur légitimité à prendre en charge spécifiquement cette maladie. « ...tu parles de recommandations de qualité de vie, faire de l'exercice, mange moins gras, enfin les trucs qu'on connaît tous, que tout le monde connaît, mais au niveau de l'insuffisance rénale chronique qu'est-ce qu'on peut dire en plus ? » (Inf3)

« Je peux pas vous expliquer si c'est bon si ce n'est pas bon, voilà. [...] moi je sais pas trop à quoi m'en tenir. » (Inf1)

- Bénéfices attendus du protocole

Concernant leurs attentes, les professionnels ont souvent signalé un besoin d'améliorer la circulation des informations relatives à la maladie. « ..moi j'aimerais bien faire plus, mais il faudrait que je puisse les identifier. »(Pha)

Le médecin espérait que le protocole puisse aider à anticiper l'évolution de la maladie en permettant un diagnostic plus précoce. « ...on est en difficulté sur une action quand on arrive trop tard. C'est-à-dire que, quand on arrive et que la personne est en insuffisance rénale chronique depuis un moment et bah euh c'est dur de pouvoir remonter. [...] il faut repérer, expliquer même avant qu'il y ait une insuffisance rénale, sur le fait qu'il y a des comportements, des trucs comme ça qu'ils doivent acquérir avant » (Med)

Les infirmières désiraient également mettre à disposition leurs compétences spécifiques et les spécificités de leur exercice. « ...on peut faire une surveillance. »(Inf3) « Nous on

est vraiment dans le faire on est vraiment voilà, nous on est chez notre patient. »(Inf2) « On est au plus près ! »(Inf1)

3- Un processus de création : Une nécessité de choix pour rester cohérents et efficaces.

- Mise à jour des connaissances

Le rappel des recommandations effectué lors du premier focus est à considérer comme la première étape du processus de création. Ce moment avait pour but un équilibrage des connaissances ainsi qu'un rappel des points clefs de la prise en charge. Il a été réalisé par l'investigateur via une présentation PowerPoint.

La coordinatrice de la MSP a également fait un rappel oral sur les étapes de création des protocoles, les enjeux, les questions auxquelles il faudrait répondre. *« ...le protocole pluri professionnel doit être très simple. C'est pour ça qu'il faut le limiter à des points critiques et en revanche il doit être précis sur le qui fait quoi. »(Coo)*

- Objectifs et population cible

Les définitions de l'objectif et de la population cible ont été au cœur du deuxième focus groupe avec plus de la moitié des 2 heures 30 minutes passée sur ces questions. C'est plus de temps qu'il n'a fallu pour décider du rôle de chacun, du parcours patient, et des critères d'évaluation.

Un débat entre deux visions du protocole a eu lieu :

Le médecin voulait orienter le protocole en amont du diagnostic, dans la population à risque, afin de diffuser un message au plus grand nombre, malade ou non. *« ...on a une obligation en tant que MSP d'intervenir sur une population sur un territoire. [...] à mon avis on ne répond pas à la question de la prise en charge de la population par rapport à cette problématique. » « en dessous en 3B à la limite c'est pas que je m'en moque mais ce n'est pas sur eux que je veux être le plus efficace. » (Med)*

Dans son idée le protocole devait inclure la population à risque pour faire de la prévention primaire, ainsi que les malades pour leur porter un message plus spécifique. Il défendait un modèle de prise en charge universelle.

« Mon monsieur de 70 de DFG et qui a je sais pas, une hypertension. Il a pas encore d'insuffisance rénale chronique.[...] Donc on va pas dire, vous avez pas d'insuffisance

rénale chronique vous rentrez pas dans le protocole et je m'occupe pas de vous. Je, je pense... C'est pas logique. »(Med)

L'autre proposition était de faire un protocole visant à ralentir la progression de la maladie chez des patients identifiés au préalable, en excluant ceux au stade terminal. « *Soyons pragmatiques, pourquoi on reste pas sur le patient qui est atteint de maladie rénale chronique, c'est-à-dire le diagnostic avec le bilan sanguin est confirmé et on déroule le protocole. » (Coo)*

La longueur des échanges sur ce point était due à la difficulté d'obtenir un consensus. La proposition du médecin a convaincu deux des infirmières. « *Moi je serais plus comme Med et prendre un petit peu en amont chez des personnes qui ont déjà un facteur de risque à côté. »(Inf2)*

Cependant le protocole ne permettait pas d'avoir deux objectifs principaux. « *On est obligé de choisir... »(Coo)* « *Notre problème c'est qu'on accepte pas de pas tout faire. » (Mod)* « *...si on veut retarder l'évolution de la maladie rénale chronique, on sort toutes les personnes à risque. »(Mod)*

Objectif et population cible étaient liés par un besoin de cohérence nécessaire à la validité interne du protocole. La sémantique a été travaillée pour respecter les idées exprimées. « *Si vous voulez dans le protocole que soient inclus les patients à risque et les patients malades il faut pas parler de maladie. » (Mod)*

La forme imposée du protocole ne permettait pas de concilier les deux propositions. Après avoir cherché à les lier, il a fallu faire un choix. C'est finalement la prise en charge des malades qui a été décidée. Le médecin a exprimé des regrets.

« Brouhaha d'exclamations « une heure et demi ! On y est ! »

Med : Non mais, à force de tourner en rond...

Mod : Et bien voilà c'était trop compliqué sinon !

Pha : Voilà ! Voilà ! (exclamatif)

Med : Ca me désespère...

Brouhaha « on fera un autre protocole, ça fait une heure qu'on se bat » Rires

Med : Non je pense pas qu'on se soit battu mais euh... C'est décevant. »

Un objectif secondaire a été validé, le repérage par tous les professionnels impliqués de la pathologie dans la population à risque. « ...*toutes les professions de santé qui sont autour de la table peuvent dire au patient qu'ils voient pour autre chose, s'il rentre là-dedans pour des facteurs de risque : « Est-ce que vous avez dit à votre médecin ou est-ce que vous avez fait un bilan sanguin qui comprenait ce qui est noté en dessous ? » Donc ça ça peut être le boulot de tout le monde... » (Med)*

- Définition des rôles et mise en place du parcours patient

Une fois l'objectif et la population cible établis, les rôles ont été défini facilement lors du troisième focus, sur la base de ce qui avait été évoqué à la fin du deuxième. Les professionnels ont retravaillé le modèle de protocole préparé par l'observateur.

L'outil informatique partagé a été utilisé comme levier de communication. « *Pha : D'ailleurs les médecins, il faut que sur l'ordonnance évidemment apparaisse le DFG.[...]*

Med : Il faut seulement que Weda il le récupère sur le dossier du patient.

Obs : Ca il fait. »

L'utilisation d'outils permettant une meilleure coordination des soins a été intégrée au protocole. Il s'agissait pour les médecins de rédiger un Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS) accessible aux autres professionnels via le logiciel métier.

« *Coo : [le PPCS est un] outil de coordination pour l'ensemble des acteurs, il vise à améliorer le parcours de santé des usagers, il codifie et personnalise les prises en charges...*

Med : C'est tout notre protocole en fait. Faut le laisser. »

Pour la pharmacienne l'outil mis en avant était Bilan de Médication Partagé (BMP). « *une fois qu'on a fait le bilan, si on s'aperçoit que tout va très bien, c'est parfait, si on s'aperçoit qu'il y a des choses qu'on peut améliorer, on doit vous faire un retour... » (Pha)*

L'articulation logique des différentes interventions et la prise en compte de la transmission de l'information entre les professionnels a permis l'émergence d'un parcours du patient.

« *Pour les BMP il faut pas d'ordonnance mais ça serait bien si vous en faisiez une quand même. Ca formalise la démarche. »(Pha)*

- Définition des critères d'évaluation

Les critères d'évaluation cohérents et simples, compatibles avec l'outil informatique, assuraient l'ergonomie du document en post validation. « ... si c'est prise en charge, à ce moment-là ton critère d'évaluation qui correspond c'est le nombre de patients qui sont rentrés dans le protocole. Et ça on peut le chiffrer. » (Med)

L'ensemble de ces étapes a abouti à la version finale du protocole consultable en annexe. Celle-ci a été transmise à la CPAM du Gard pour validation avant mise à disposition à l'ensemble des professionnels de la MSPU.

4- Le protocole, un mode de fonctionnement orienté par la CPAM et par les considérations financières

- La tutelle des instances

La mise en place d'un protocole par une MSP implique sa validation par un médecin conseil de la CPAM. L'action des professionnels était orientée par la forme du protocole, décidée par les instances. « Pour avoir fait les évaluations entre guillemet de beaucoup de protocoles, on a beaucoup insisté sur les premières années l'assurance maladie ne dit rien, on a beaucoup insisté du manque d'évaluation. »(MC)

- La contrepartie financière

L'intérêt financier des professionnels, le temps investi et la rémunération ont compté dans la mise en place du parcours. « ...c'est payé combien pour vous ? - Pha : Très peu, très peu enfin... On y passe trois heures, une pharmacienne qui est diplômée euh, les charges et tout... Donc c'est pour ça que ça a très mal démarré, on perdait de l'argent carrément. »

- Le remboursement des actes proposés

La prise en charge diététique en soins primaires, non remboursée par la sécurité sociale, a été évoquée, mais l'absence de diététicien au sein de la MSP et l'absence de levier de prise en charge des soins, n'ont pas permis de l'intégrer au protocole. « ...c'est très compliqué mais bon les diet' faut les payer alors... » (Coo)

5- Expérience démocratique vécue par le groupe

Le rythme de progression a fortement varié selon la problématique abordée. Certains points étaient très consensuels mais d'autres ont entraîné des blocages. Dans ce contexte, modérateur et observateur sont intervenus plusieurs fois dans les échanges, pris à partie sur les idées.

« *Med :Donc ton objectif, diminuer... Mod : C'est pas Mon objectif, c'est je synthétise ce que j'ai entendu. »*

Les échanges montraient un besoin de convaincre, une dynamique de combat d'idées.

« *Je prépare mes armes. » (Med)* On retrouvait dans les échanges certains procédés s'apparentant à des sophismes.

« *Obs : Mais pourquoi on peut pas classer ? Quand tu l'as en face de toi il est ou il est pas le patient.*

Med : Mais il est pas que ça.

Obs : Non mais là je saisis plus ce que tu dis... »

« *(coupant la parole) Et soit on est en pluri pro soit c'est tout. (Med) »*

Le blocage a aussi amené le médecin à proposer de modifier le guide d'entretien ce qui a déclenché l'intervention du modérateur. « *Med : Donc si on avance pas sur ce qu'on va faire on peut pas définir ton objectif pour l'instant. Ou te le décrire.*

Mod : Enfin Med excuse-moi, quand on fait un travail de thèse on commence par définir l'objectif. On ne fait pas le travail et après on définit l'objectif. »

Le mode de fonctionnement de la MSPU définissait l'organisation comme horizontale. Il n'était pas défini de hiérarchie dans l'équipe. Cela permettait une levée d'inhibition de la parole. « *Ca bouscule le cadre qu'on a toujours eu où on était dans un rapport de... Où on suivait ce qu'avait dit le médecin. » (Pha)*

Cependant le médecin était perçu comme le détenteur de connaissances et de l'information. Il avait pour mission de guider le patient et la prise en charge des autres professionnels. « *...demandez au médecin... » (Inf1) « ...je vais renvoyer vers le médecin... » (Inf2) « «...quand le médecin a dit, il y a acceptation. »(Pha).*

On notait une inégalité dans les échanges relative aux attitudes, aux personnalités et à l'habitude que chacun a du débat. On peut noter que le médecin a pris plus de fois la parole que les quatre infirmières et la pharmacienne réunies.

Pour favoriser l'expression de tous et réduire l'ascendant pris par le médecin sur les échanges, le modérateur a utilisé sa position pour reprendre les commandes du débat.

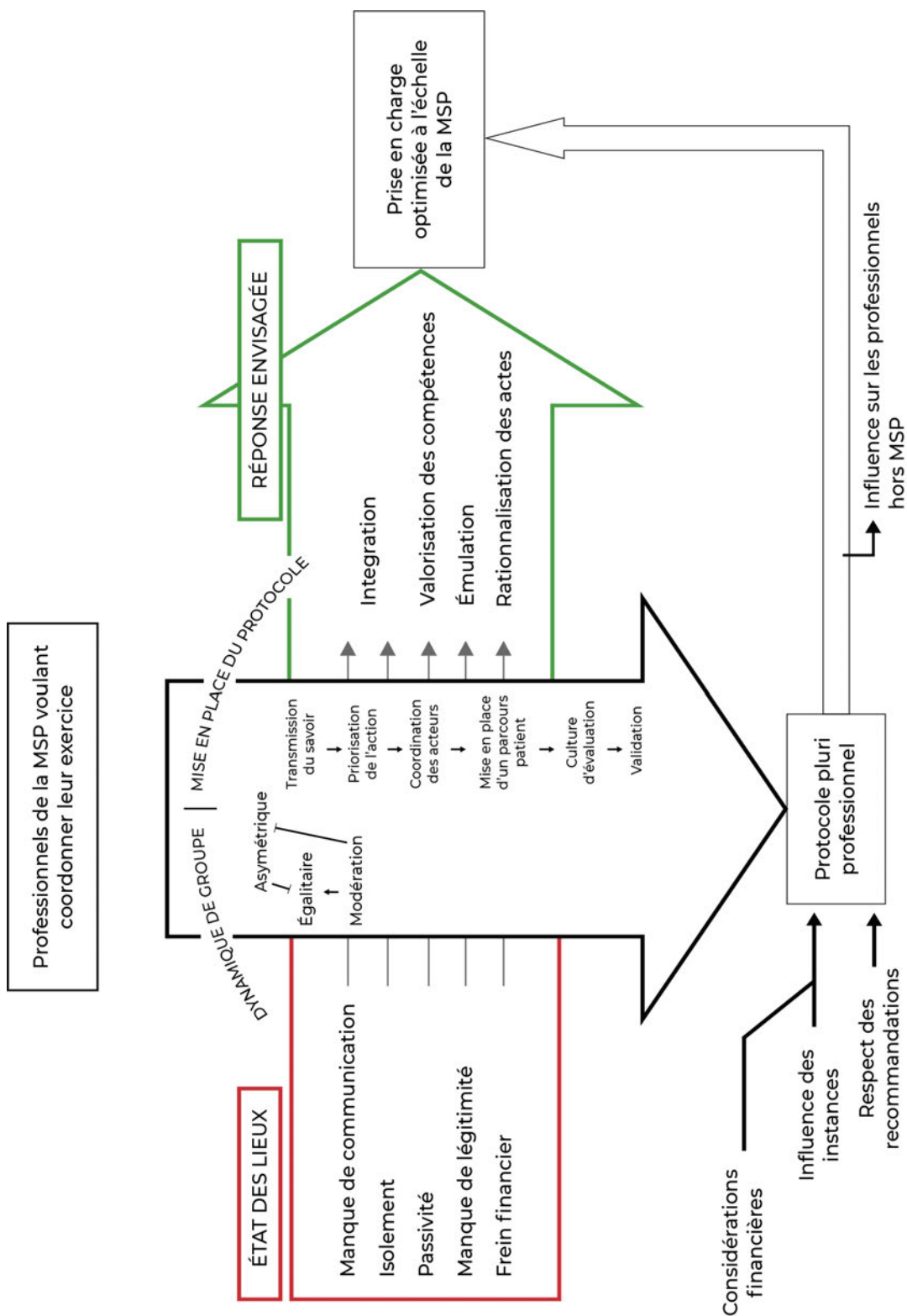
« *Laisse-moi finir. Parce que moi je suis pas dans le débat je suis juste dans l'animation.» (Mod)*

DISCUSSION

1- Rappel de l'objectif principal

Ce protocole de recherche action avait un double objectif : Comprendre comment les professionnels de cette MSP mettent en place un protocole pluri professionnel à travers sa création. Le protocole tel qu'il a été soumis à la CPAM pour validation est consultable en annexe.

2- Modèle explicatif



Concernant l'analyse du processus de création : Cette étude a montré que les professionnels voient le protocole comme un outil pour transcender leur pratique. Les meilleurs exemples sont la surveillance et les conseils hygiéno diététiques : Initialement perçus comme des actes sans intérêt et non pratiqués, ils sont devenus des étapes clef de la prise en charge des patients. Leur intégration dans un système global et cohérent pour les acteurs légitime leur intervention et crée une émulation. Le protocole devient un outil de remobilisation de l'équipe.

Il n'a pas été fait mention d'un besoin de formation supplémentaire sur l'insuffisance rénale chronique. Même si l'absence de formation initiale a été pointée du doigt par les infirmières, et qu'elles se retrouvent en difficulté dans leur pratique, le protocole contourne le problème. Il s'appuie sur leurs compétences ou des actes de soin non spécifiques comme la surveillance des constantes ou un conseil diététique minimal.

Le protocole permettrait également le dépassement de limites liées au système de santé. Il rationaliserait l'utilisation des actes ayant un rapport temps investi / rémunération défavorable, et ceux non remboursés pour le patient. La circulation des informations et la mise en place de moyens de communications réduiraient l'isolement. La prise de contact se veut organisée avec un moyen, le logiciel métier, et une temporalité. La cohérence et l'esprit de groupe s'en trouveraient renforcés.

Le protocole permettrait même le dépassement des limites de la MSP. Même s'il n'est pas opposable aux autres professionnels hors MSP, ceux-ci peuvent être impliqués. Le protocole deviendrait un outil de diffusion des bonnes pratiques aux autres professionnels du territoire.

Les participants ont exprimés les mêmes opinions vis-à-vis de la maladie rénale chronique que celles retrouvées dans l'étude observationnelle de Fernoux (9). Surveillance sous optimale, manque de sensibilisation, difficultés de coordination.

Ils ont une vision des soins primaires semblable à celle qu'on retrouve dans d'autres études sur les professionnels travaillant en MSP, et poursuivent les mêmes objectifs : Décloisonnement et optimisation de la pratique, émulation et valorisation par l'exercice coordonné. (17) (18)

Le médecin proposait des actions prioritaires en soins primaires au final non compatibles avec les protocoles pluri professionnels. Ces derniers induisent une spécialisation du soin en fixant l'attention des professionnels sur des points critiques de maladies identifiées.

Les actions à mener à l'échelle de la population du territoire ne rentrent pas dans ce cadre.

Au-delà de la connaissance imparfaite des recommandations exprimée par certains professionnels et de la difficulté d'identification des malades, cette étude nous montre une chose. Les professionnels adhéraient aux bonnes pratiques et les critiquaient peu. Mais ils appliquaient mal les recommandations parce qu'elles ne suffisaient pas à donner du sens à leur pratique. C'est en les intégrant dans un parcours cohérent pour eux et pour le patient qu'ils pensent pouvoir s'améliorer.

La nécessité d'obtenir des fonds pour faire fonctionner la MSP, la rentabilité des actes et leur remboursement sont des biais que les professionnels prennent en compte. Le dépassement du biais financier est très important pour faire du protocole un schéma de prise en charge optimale.

La mise à jour des connaissances des professionnels permet de confronter les besoins identifiés et les éléments de bonne pratique de la littérature. Son usage lors de l'élaboration des futurs protocoles au sein de la MSP devrait être systématisé.

La modération des réunions aura montré un impact positif sur le respect des différents intervenants et le maintien de l'équilibre entre eux. Avec la présence du médecin, homme, expérimenté, professeur des universités, directeur d'un département de la faculté de médecine, on retrouve la figure du leader émergent, déjà étudié en psychologie sociale par des auteurs ayant travaillé sur la dynamique des groupes (19). Celui-ci, par son positionnement, est à même de déstabiliser le fonctionnement collégial.

Concernant la collégialité au sein des MSP, Vezinat explique que les rapports de force sont paradoxalement la preuve de l'existence du collectif. Leur gestion nécessite un modérateur entraîné mais permet de renforcer la collégialité et le fonctionnement démocratique entre égaux (20).

3- Forces et limites

Il n'existait pas à ce jour de travaux traitant du phénomène étudié ici, ce qui en fait un travail original.

Toutes les professions de la MSPU ayant un rôle dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique étaient représentées avec si possible plusieurs professionnels. Le

médecin conseil responsable de la validation des protocoles apportait un point de vue singulier au processus de création. Il a pu expliquer aux professionnels ses critères de jugement lors de l'évaluation des protocoles tout en faisant l'expérience de la contrainte que cela représente.

Le protocole de cette étude a été monté en suivant les recommandations COREQ relatives à la recherche qualitative (21).

La définition à priori du nombre de réunions pour correspondre au mode de fonctionnement *in vivo* a pu limiter le nombre d'étiquettes de sens, donc de catégories conceptuelles obtenues. Cela peut remettre en cause la saturation des données recherchée lors d'une analyse par théorisation ancrée.

On note que l'investigateur et le modérateur ont pris part aux discussions lors des groupes ce qui pourrait représenter un biais dans la collecte des données. Mais comme ceux-ci font partie de la MSP et participent habituellement lors des mises en place de protocole, ils rendent l'échantillon plus représentatif.

Les critères qualité propres à la recherche action ont également été respectés (22). Seule la vérification de l'analyse par les sujets a été abandonnée. La prise en compte des biais et la transparence de l'analyse après triangulation avec le modérateur assure la crédibilité et la fiabilité du travail.

L'authenticité ontologique, éducative et catalytique est à souligner : La recherche devient par le protocole pluri professionnel le catalyseur d'une action future. Les participants bénéficient d'une meilleure connaissance de l'IRC et d'eux-mêmes.

4- Perspectives

La perspective la plus immédiate concernant ce protocole est sa validation ou non par la CPAM du Gard. Par ailleurs une diététicienne a envisagé de rejoindre la MSP. L'intégration de ses compétences au protocole sera indispensable afin de l'optimiser.

La mise en place d'un protocole dans une MSP est un exemple de l'engagement collectif des acteurs de santé dans la qualité des soins. Il reste maintenant à montrer que le protocole atteint ses objectifs. A ce jour les travaux de recherche en soins primaires manquent pour mettre en avant l'impact positif des nouveaux modes d'exercice. Des travaux qui prouveraient une meilleure qualité des soins par l'exercice coordonné sont souhaitables afin de démontrer le bienfondé de la STSS.

Par ailleurs, le protocole est un outil qui permet de coordonner le parcours patient, mais son champ d'action est réduit. D'autres outils doivent être créés pour optimiser la prise en charge. La création de CPTS permet de prolonger l'action initiée à l'échelle des MSP. Dans le cadre de l'IRC on peut espérer que le décloisonnement des soins de ville et hospitaliers améliore la prise en charge des patients si la maladie évolue et que le parcours de soins se complexifie.

1. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
2. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0182 du 05/08/2017 [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=lvlj7VsOtDCfLDSSenoKihg1ldXp0qOa1izlRqsN7Aw=>
3. Estimation et caractérisation de l'insuffisance rénale chronique en France. *Ann Cardiol Angéiologie*. 1 août 2012;61(4):239-44.
4. Jacquelinet C, Stengel B. 58. Maladie rénale chronique [Internet]. *Traité de santé publique*. Lavoisier; 2016 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-537.htm>
5. rapport_rein_2019_2021-10-14.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_rein_2019_2021-10-14.pdf
6. 20200225-03-Tome1-insuffisance-renale-chronique-terminale.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-02/20200225-03-Tome1-insuffisance-renale-chronique-terminale.pdf>
7. Houssel P. Rôle du médecin généraliste dans le parcours patient transplanté : approche phénoménologique. 10 déc 2019;137.
8. Guide parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241102/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-renale-chronique-de-l-adulte
9. Fernoux J, Fouque D, Deeb A. La néphroprotection en médecine générale : pratiques médicales et limites. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 sept 2019;15(5):350.
10. Duranton F, Brunet P, Laville M, Landais P, Daurès J-P, Mourad G, et al. Prévention de la maladie rénale chronique en France : intérêt, faisabilité et difficultés. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 déc 2014;10(7):492-9.
11. Frimat L, Siewe G, Loos-Ayav C, Briançon S, Kessler M, Aubrège A. Insuffisance rénale chronique : connaissances et perception par les médecins généralistes. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 juill 2006;2(3):127-35.
12. Sellenet, Jérémy. Étude descriptive des caractéristiques épidémiologiques et de suivi des patients atteints de Maladie Rénale Chronique en territoire rural médicalement sous-doté. Université de Montpellier UFR Médecine. Diplôme d'Etat - Médecine : 2018. [en ligne sur Intranet/Extranet Université Montpellier]. Disponible sur : <https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2018MONT1223> (mémoire consulté le 23/02/2022 12:01).
13. fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf

14. ppspr-2clics_etapes_d_elaboration.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr-2clics_etapes_d_elaboration.pdf
15. Les-protocoles-pluriprofessionnels-comme-outils-de-coordination-JR-FEMAS-HDF-2019.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/09/Les-protocoles-pluriprofessionnels-comme-outils-de-coordination-JR-FEMAS-HDF-2019.pdf>
16. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 5. paperback print. New Brunswick: Aldine Transaction; 2010. 271 p.
17. 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2018 [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01830511/document>
18. Kehli V. Lancement d'une dynamique d'exercice coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle sur le territoire Piscénois, vu par les médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2020 [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043846>
19. Oberlé D. Chapitre 4. Le leadership. In: La dynamique des groupes [Internet]. FONTAINE: Presses universitaires de Grenoble; 2016. p. 83-108. (Psycho en +). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-dynamique-des-groupes--9782706124143-p-83.htm>
20. Vezinat N. 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. In: Les mutations du travail [Internet]. Paris: La Découverte; 2019. p. 117-34. (Recherches). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-mutations-du-travail--9782348037498-p-117.htm>
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
22. Carignan I, Beaudry M-C, Larose F, éditeurs. La recherche-action et la recherche-développement au service de la littératie [Internet]. Éditions de l'Université de Sherbrooke; 2016 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/11143/8815>

ANNEXES

1- Le protocole

FICHE D'IDENTITE	
▶ Date de création	15/11/2021
▶ Date de modification	
▶ Structure porteuse du protocole	MSPU La Source
▶ Titre du protocole	Repérage et prise en charge des insuffisants rénaux chroniques non terminaux
▶ Référent (personne-ressource) ▶ Liste des personnes ayant participé au protocole	
▶ Liste des professions impliquées	Médecin généraliste, biologiste, pharmacien, infirmiers, diététicienne
▶ Objectif général	Retarder l'évolution de la maladie rénale chronique.
▶ Objectifs secondaires	Repérer les patients à risque de MRC pour les orienter sur le dépistage
▶ Critères d'évaluation	<p>Critères quantitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none">- Nombre de patients inclus sur une année, nombre de PPS, PSI et BMP effectués. Comparaison entre le nombre de BMP demandés et effectués.- Progression annuelle de la patientèle en ALD pour IRC. <p>Critères qualitatifs :</p> <p>Evaluation de la satisfaction des professionnels de santé et des patients inclus dans le protocole.</p>
▶ Liste des sources documentaires ou références	HAS 2021, guide du parcours de soins du patient insuffisant rénal actualisé
▶ Liste des professionnels informés du protocole	Tous les professionnels de la MSPU
▶ Modalités de révision	Révision annuelle

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique est une importante problématique de santé publique. Les mesures de prévention et de diagnostic précoce permettent d'éviter ou d'atténuer des complications graves (insuffisance rénale terminale et soins de suppléance, troubles métaboliques).

Une prise en charge interprofessionnelle est indispensable afin de permettre :

- Un partage des informations clés (Stade de la maladie si présente, cofacteur de risque cardio vasculaire)
- Une meilleure exploitation des connaissances qu'ont les IDE de l'environnement quotidien du patient et des habitudes du patient
- Une meilleure implication de chacun permettant des conseils de prévention répétés auprès du patient
- Une éducation du patient aux situations à risque iatrogénique.

MEDECIN GENERALISTE
<p>Diagnostiquer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dépistage annuel dans la population à risque par le dosage sanguin de la créatinine, calcul du DFG et d'un prélèvement urinaire pour calcul du rapport albuminurie sur créatininurie. ▶ Confirmation du diagnostic par un second dosage à trois mois. ▶ Evaluation du stade initial et du risque de progression.
<p>Informé le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Annonce de la maladie rénale chronique en insistant sur l'importance des habitudes de vie, de l'adhésion aux traitements, aux mesures de néphroprotection et au suivi, pour influence favorablement l'évolution de la maladie. <p>(c'est-à-dire ralentir la progression de la maladie et prévenir ou retarder la survenue de ses complications)</p>
<p>Surveiller</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Situations à risque de iatrogénie aiguë (<i>diarrhée, vomissements, fièvre, exposition à de fortes chaleurs, activité sportive intense</i>), diminution ou suspension de certaines thérapeutiques (<i>médicaments à élimination rénale : agents bloqueurs du système rénine-angiotensine, diurétiques, anti inflammatoires non stéroïdiens, metformine, lithium, digoxine</i>) ▶ Dosage au minimum annuel de la créat, glycémie et rapport A/C. Surveillance variant selon les stades de la maladie et la fréquence du suivi spécialisé. ▶ Voir avec patient / néphro / labo pour recevoir un double des résultats prescrits par le néphrologue
<p>Prendre en charge :</p> <p>Traitement médicamenteux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Objectifs tensionnels personnalisés selon l'âge : 130/80 chez un patient jeune diabétique avec albuminurie A2, ou un hypertendu avec albuminurie A3 <p>140/90 chez les autres 150/90 voire 160/90 chez les + de 80 ans IEC ou ARA2 en première intention</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Objectif d'HbA1c < 7% chez le diabétique <7.5% si risque hypoglycémique <8% chez les sujets très âgés polypathologiques

- ▶ Mise à jour vaccinale Grippe, pneumocoque, hépatite B.

Prise en charge administrative

- ▶ Demande ALD, aides sociales

INM

- ▶ Favoriser l'activité physique et lutte contre la sédentarité
- ▶ Education thérapeutique aux règles hygiéno diététiques
- ▶ Encouragement à l'arrêt du tabac

Organiser la prise en charge pluri pro

- ▶ **Mise en place d'un plan personnalisé de coordination en santé : rédigé en consultation dédiée via le logiciel métier, sur la base du modèle HAS de 2019. exemplaire remis au patient.**
- ▶ Information des autres professionnels via le DFG sur les ordonnances
- ▶ Chez le néphrologue, selon les recommandations (à partir du stade 3B, en cas de complication de la MRC, ou de maladie rapidement progressive.)
- ▶ Demande de BMP chez les patients polymédiqués à risque iatrogénique élevé.

INFIRMIER

Repérer

- ▶ S'assurer que les patients à risque d'IRC aient effectué le dépistage annuel recommandé.

Surveiller

- ▶ Sur demande du médecin ou suite à une discussion collégiale, intervention à domicile hebdomadaire ou bimensuelle pour surveillance clinique. Mise en place d'un PSI.
- ▶ Repérage des risques inhérents au domicile et à la situation sociale du patient. Evaluation des besoins sociaux (aides individuelles), recherche d'aidants.

Éduquer le patient

- ▶ Education des hypertendus à l'automesure tensionnelle et sur son objectif personnalisé de TA, encouragement à tenir un carnet de suivi
- ▶ Education alimentaire sur le sel : limiter les apports en sel au maximum à 6-8 grammes par jour, avec l'objectif de les ramener à moins de 5 grammes par jour. Connaître les aliments salés (pain, charcuteries, fromages, repérer le sel dans son alimentation ; préférer les produits frais ou surgelés non cuisinés, éviter tous les plats cuisinés, les aliments ultra transformés
- ▶ Conseils d'hydratation : Boire autour d'1.5L d'eau, sans se restreindre ni se forcer, à adapter selon la soif et la diurèse. Evaluer la boisson au moyen d'une bouteille unique.

Favoriser la coordination des soins

- ▶ Préparer la présentation des patients complexes en RCP en recueillant les informations essentielles à la coordination des soins
- ▶ Réorienter le patient vers son MT lorsque des résultats semblent altérés, baisse du DFG, augmentation de la créat, persistance d'une HTA, apparition d'œdème, prise de poids...

BIOLOGISTE

Repérer

S'assurer que les patients à risque d'IRC aient effectué le dépistage annuel recommandé. En cas d'absence de rapport Alb/créat dans l'année écoulée, ajout sur le bilan après autoprescription, après accord du patient.

Favoriser la coordination des soins

• Transmission des résultats avec estimation du DFG selon la formule de CKD-EPI, avec graphique de l'évolution de celui-ci + du rapport alb/créat urinaire selon les trois catégories. (A1 normal ; A2 modérément augmenté ; A3 augmenté)

- S'enquérir auprès du patient malade de sa connaissance de sa maladie et du suivi à mettre en place
- Faire parvenir au médecin traitant les résultats de bilans demandés par le néphrologue si accord du patient

Alerter

Information du prescripteur par téléphone si baisse brutale du DFG sur un an > XXXX
Le déclin annuel rapide étant défini comme > 5ml/min par an, ça risque de faire beaucoup de messages.

PHARMACIEN(NE)

Repérer

- ▶ S'assurer que les patients à risque d'IRC aient effectué le dépistage annuel recommandé.

Lutter contre la iatrogénie

- ▶ Pour tous les patients, sécuriser la prescription en identifiant les patients à risque grâce à la lecture systématique de la carte vitale.
- ▶ Adapter les posologies au DFG indiqué sur l'ordonnance. Participer à l'éducation à la iatrogénie lorsqu'un médicament potentiellement à risque est repéré sur l'ordonnance, ou pris en automédication. Adapter les formes galéniques.
- ▶ Chez les plus de 65 ans en ALD ou + de 75 ans ayant 5 traitements depuis plus de 6 mois, intérêt du bilan de médication partagé sur demande spéciale des autres professionnels.
- ▶ Lutter contre la néphrotoxicité des produits de contraste iodés via l'identification des patients à risque dans le logiciel de la pharmacie.

Favoriser la coordination des soins

- ▶ Tenir les prescripteurs informés par envoi d'un message tel que le prévoit le BMP, participation aux RCP cas complexes.

Annexes (du protocole)

- ▶ Critère HAS définissant la néphropathie chronique grave

Néphropathie chronique grave :

Sont concernées les atteintes glomérulaires, interstitielles, vasculaires, tubulaires ou les maladies héréditaires rénales, évoluant sur le mode chronique, en présence d'au moins un des critères de gravité suivants :

- ➔ un débit de filtration glomérulaire (estimé chez l'adulte par la formule de Cockcroft ou le MDRD et chez l'enfant par la formule de Schwartz) inférieur à 60 ml/min, à deux reprises à plus de 3 mois d'intervalle ;
- ➔ une protéinurie permanente supérieure, de façon durable à au moins deux examens, à 1 g/24 h/1,73 m² de surface corporelle et qui peut justifier un traitement continu ;
- ➔ une hypertension artérielle permanente nécessitant un traitement médicamenteux au long cours (HTA > 130/80 mmHg) ;
- ➔ des troubles métaboliques phosphocalciques, acidobasiques, électrolytiques ou une anémie nécessitant un traitement et une surveillance biologique ;
- ➔ une uropathie nécessitant des soins et une surveillance continus.

La durée d'exonération de la participation des assurés relevant d'une affection de longue durée

- ➔ pour la néphropathie chronique grave est de 10 ans, renouvelable ;
- ➔ pour le syndrome néphrotique primitif ou idiopathique de 3 ans, renouvelable.

La prolongation de l'ALD se fait principalement à l'initiative du Service Médical. Cependant, le prescripteur peut renouveler la demande à son initiative via le compte ameli.

- ▶ Fréquence du suivi biologique en fonction du stade de la MRC. (HAS 2021)

Examens biologiques et fréquence	Stades 1, 2 et 3A (DFGe ¹ ≥ 45)	Stade 3B (DFGe entre 30 et 44)	Stade 4 (DFGe entre 15 et 29)
Consultation de suivi	MG au moins 1/an	MG : au moins 1/6 mois Si néphrologue (en alternance avec une IPA ²) : au moins 1/an	MG au moins 1/3 mois Néphrologue IPA ² ou infirmière de parcours, en alternance : au moins 1/6 mois
EAL ³	1/an	1/an	1/an
Glycémie (chez non-diabétique)	1/an	1/an	1/an
Ag HBs (non vacciné)	-	1/3 ans	1/an
Ac anti-HBs (vacciné) ⁴	-	-	-
Créatininémie	1/an	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Albuminurie ou protéinurie	1/an	tous les 1 à 6 mois	tous les 3 à 6 mois
Na ⁺ , Cl ⁻ , K ⁺ , HCO ₃ ⁻ , calcium, phosphore	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Hémogramme avec compte réticulocytes	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois
Ferritine sérique ⁵	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois
Albuminémie	-	1/an	tous les 1 à 6 mois
Parathormone	-	selon la concentration initiale et la progression	tous les 1 à 6 mois
Phosphatase alcaline	-	-	tous les 3 à 6 mois
Urée sanguine	-	-	tous les 1 à 3 mois

Tableau 1. Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Stade	DFGe (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	> 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59 Stade 3B : entre 30 et 44	Insuffisance rénale chronique modérée
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs).

► Principaux médicaments responsables de néphropathies

Tableau 1 : **Mécanismes des effets indésirables rénaux des médicaments**

Mécanismes, atteinte	Principaux médicaments
<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance rénale fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> Hypoperfusion rénale par hypovolémie : Hypoperfusion rénale d'origine vasculaire : 	<ul style="list-style-type: none"> Diurétiques, AINS*, IEC**, ARA2***, IDR**** Anticalcineurine (ciclosporine, tacrolimus)
<ul style="list-style-type: none"> Toxicité tubulaire directe aiguë : nécrose tubulaire aiguë (NTA) 	<ul style="list-style-type: none"> Aminosides, produits de contraste iodés, cisplatine, ifosfamide, anticalcineurine, dextran, immunoglobulines IV
<ul style="list-style-type: none"> Toxicité tubulaire indirecte aiguë : NTA <ul style="list-style-type: none"> par rhabdomyolyse : par hémolyse : par cristallurie : 	<ul style="list-style-type: none"> Statines, fibrates Quinine, rifampicine Acyclovir, foscarnet, indinavir, sulfonamide, méthotrexate
<ul style="list-style-type: none"> Néphrite tubulo-interstitielle aiguë (NTIA) allergique 	<ul style="list-style-type: none"> AINS, β-lactamines, allopurinol, rifampicine, cimétidine, ciprofloxacine, diurétiques, antivitamine K, inhibiteurs de la pompe H⁺
<ul style="list-style-type: none"> Atteinte glomérulaire d'origine immunologique 	<ul style="list-style-type: none"> AINS, interféron, D-pénicillamine
<ul style="list-style-type: none"> Microangiopathie thrombotique 	<ul style="list-style-type: none"> Ciclosporine, gemcitabine, clopidrogel, mitomycine
<ul style="list-style-type: none"> Toxicité tubulaire ou tubulo-interstitielle chronique 	<ul style="list-style-type: none"> Lithium, ténofovir Antalgiques Anticalcineurine (ciclosporine, tacrolimus)
<ul style="list-style-type: none"> Fibrose rétro-péritonéale 	<ul style="list-style-type: none"> Ergotamine, β-bloquants

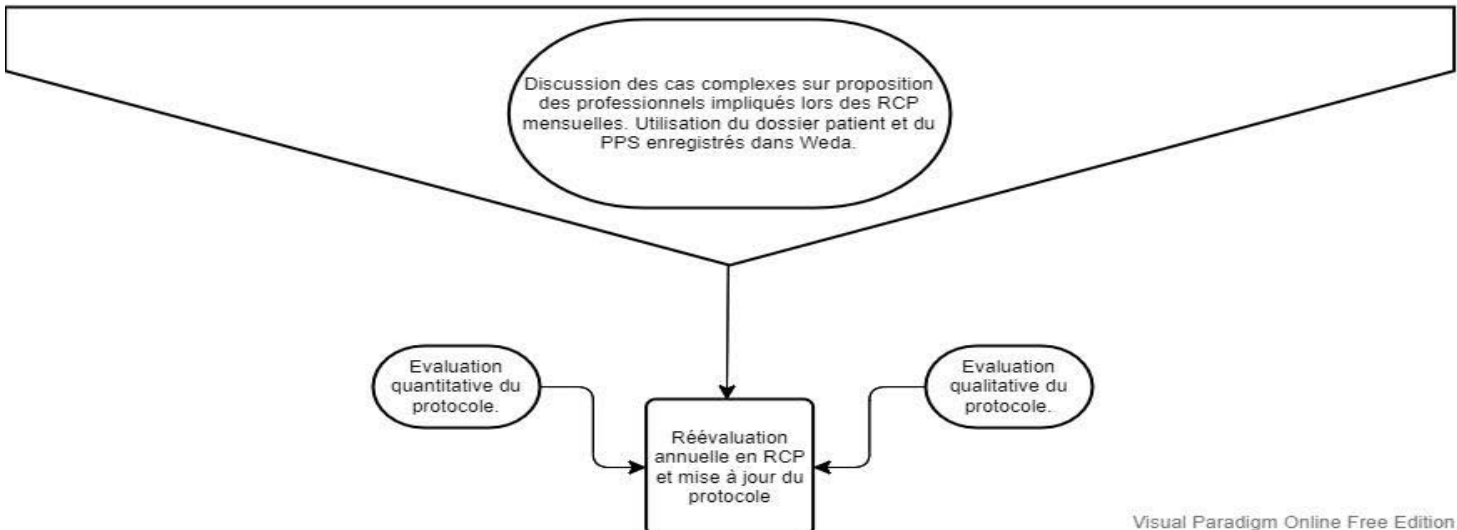
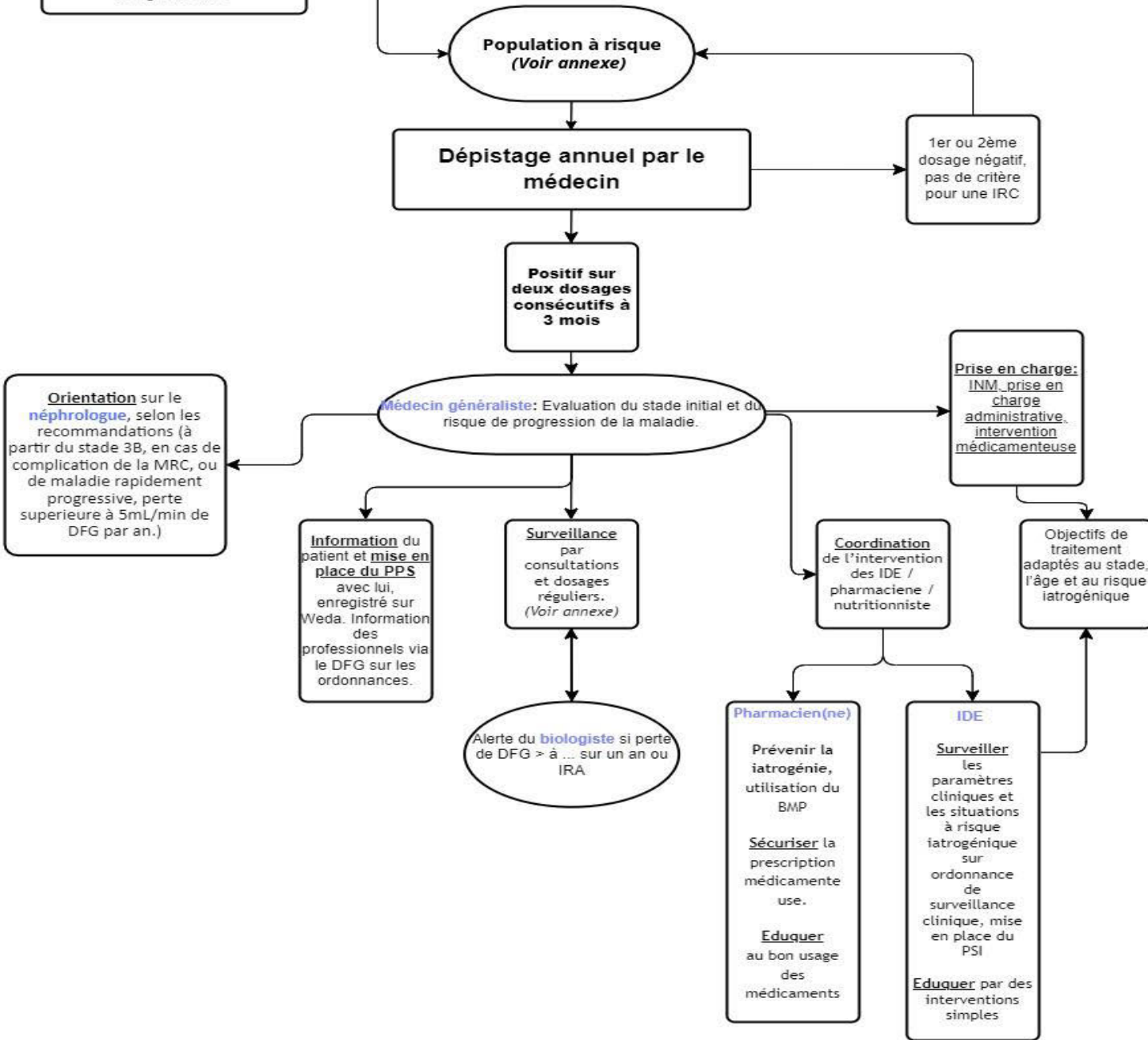
* anti-inflammatoires non stéroïdiens.

** inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

*** antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

**** inhibiteur direct de la rénine.

Visual Paradigm Online Free Edition
Reperage par tout
 professionnel impliqué auprès du patient à risque. Avez-vous eu dans l'année un bilan rénal incluant un dosage urinaire ?



2- Formulaire de recueil des données

Formulaire de recueil des données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **Pierre-Emmanuel Giroud** à des fins d'analyse dans le cadre du projet de recherche : Mise en place par les professionnels de santé de la MSPU La Source d'un protocole de dépistage et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique non terminale.

La base légale du traitement est **la MR004 : Recherche n'impliquant pas la personne humaine, hors loi Jardé.**

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Pierre-Emmanuel Giroud et le Dr Mélanie Badin.

Les données sont conservées pendant **un an à date de la publication du travail ou à défaut un an après soutenance de la thèse.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter **l'investigateur aux coordonnées indiquées sur la note d'information qui vous a été remise.**

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Sexe	
Age	
Nom et Prénom	
profession	
Nombre d'années d'exercice	
Type d'exercice	
diplômes	

3- Note d'information

Note d'information

Département Universitaire Médecine Générale-Université de Montpellier-Nîmes
Maison de Santé Pluriprofessionnelle La Source, à Vergèze (30310)

Responsable de l'étude :

Dr Mélanie BADIN, coordinatrice principale, Médecin Généraliste à Vergèze.

Adresse mail : [Données anonymisées pour mise en ligne]

Encadrant les travaux de thèse d'exercice de :

Pierre-Emmanuel Giroud, médecin généraliste adjoint, investigateur.

Adresse mail : [Données anonymisées pour mise en ligne]

Madame, Monsieur, chers collègues,

Vous êtes invités à participer à une étude menée au sein de la MSPU La Source à Vergèze.

L'objectif de cette étude est de comprendre le cheminement aboutissant à la validation d'un protocole sur l'insuffisance rénale chronique. Vous trouverez ci-dessous, plus en détail la description de notre travail.

Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à nous joindre aux adresses indiquées.

Nous espérons que ce protocole sur l'insuffisance rénale saura susciter votre intérêt et que vous serez nombreux à y participer.

Si vous décidez d'y participer vous serez invité à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1- Déroulement de l'étude

Vous serez amené(e) à participer à un processus de recherche action au sein de la MSPU. Il vous sera demandé de remplir une fiche d'information vous concernant, qui permettra de recueillir vos données socio démographiques. Ces données seront pseudonymisées après suppression de vos Nom Prénom et Age.

Un focus group réunissant les professionnels volontaires sera constitué. Trois réunions sont prévues, chacune d'elle étant une étape du processus de création d'un protocole pluriprofessionnel de diagnostic et prise en charge de l'IRC non terminale au sein de la MSPU.

A chaque réunion, un animateur, le Dr Mélanie Badin, aidé d'un guide d'entretien, sera là pour gérer et faciliter la parole de chacun. L'investigateur, Pierre-Emmanuel Giroud, ne prendra pas

part aux échanges lors des réunions. Un enregistrement audio sera réalisé puis retranscrit mot à mot, formant le verbatim. L'analyse du verbatim pourra amener à modifier ou orienter le guide d'entretien des réunions suivantes.

Au terme des réunions le protocole de soins primaires sera présenté aux autres membres de la MSPU et transmis à la CPAM du Gard pour validation.

A l'issue de l'étude les résultats obtenus vous seront présentés en RCP.

L'analyse du processus de création permettra de mieux comprendre comment une MSP s'organise pour mettre en place un protocole pluri professionnel. Les professionnels bénéficieront du protocole pour mieux dépister et suivre les patients concernés.

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants en date du 02/09/2021. Elle fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et liberté.

2- Risque potentiel de l'étude.

Cette étude ne présente aucun risque. Aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3- Bénéfices potentiels de l'étude

Ils sont de deux types. Mieux comprendre le processus de création d'un protocole au sein d'une MSP, expliciter les forces mais aussi les limites de l'interdisciplinarité en soins primaires.

Pour les membres de la MSPU La Source, bénéficier d'un protocole rigoureux adapté à leurs besoins.

4- Participation à l'étude

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire.

5- Rémunération et indemnisation

Aucune forme de rémunération ou indemnisation n'est prévue. Selon l'heure des réunions et le contexte sanitaire national, les participants pourront se restaurer sur place avant et après les réunions.

6- Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès du chercheur ou du responsable de l'étude aux coordonnées inscrites en première page.

7- Confidentialité et utilisation des données personnelles

Les informations recueillies dans le cadre de cette étude font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel, dont le responsable est l'Université de Montpellier (163, rue Auguste Broussonnet, 34090 Montpellier).

Vous êtes informé(e) que, sans votre consentement, l'Université de Montpellier n'utilisera pas vos informations pour réaliser cette étude.

Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission de service public, à savoir la mise en œuvre d'un projet de recherche.

Les données à caractère personnel recueillies ici sont conservées pendant un an à compter de la publication du travail de thèse, et sont destinées au Dr Mélanie Badin et Pierre-Emmanuel Giroud.

Conformément au [règlement général sur la protection des données](#) (règlement européen n° 2016-679-UE du 27 avril 2016) et à la [loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés](#) (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous disposez :

- > Des droits d'accès, de rectification et d'effacement de vos données à caractère personnel ;
- > Du droit de retirer votre consentement pour l'avenir ;
- > Des droits de limitation et d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel.

Pour exercer ces droits et/ou signaler toute anomalie, vous pouvez contacter l'investigateur de cette étude. ([Données anonymisées pour mise en ligne](#))

Par ailleurs, vous pouvez, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (www.cnil.fr).

4- Consentement des participants

Lettre de consentement

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé :

Etude de la construction par les professionnels de santé de la MSPU La Source d'un protocole pluriprofessionnel de dépistage et prise en charge de l'IRC non terminale.

Je, soussigné(e) _____
consens au traitement de mes données à caractère personnel par Pierre-Emmanuel Giroud.

Je reconnais avoir pris connaissance et m' être vu remettre une copie de la note d' information décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J' ai également été informé(e) du fait qu' aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT AUDIO :

J' autorise Pierre-Emmanuel Giroud à effectuer un enregistrement audio de l' entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je consens à l' enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l' entretien et ne fera l' objet d' aucune communication au public.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu que ma participation se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche. J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

5- Serment d'Hippocrate

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

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

- *Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

Etude de la construction d'un protocole pluri professionnel à la MSPU La Source (30) : L'exemple de l'insuffisance rénale chronique non terminale

Introduction : L'exercice coordonné en maison de santé pluri professionnelle (MSP) se diffuse en France. Les professionnels qui y travaillent doivent rédiger des protocoles pluri professionnels de soins de premier recours (PPSPR) permettant d'optimiser leur prise en charge de maladies complexes et fréquentes. L'insuffisance rénale chronique (IRC) non terminale fait partie des pathologies concernées. Il n'existe pas d'études portant sur le processus de mise en place d'un PPSPR. À travers l'exemple de l'IRC non terminale, l'objectif de notre étude était d'étudier le processus de création d'un protocole à la MSPU La Source.

Matériels et méthodes : Recherche action qualitative dont les données ont été recueillies lors de trois focus groupes auprès des professionnels de la MSPU La Source. Echantillonnage sur la base du seul volontariat selon la méthode habituelle au sein de la MSPU. Les entretiens ont été enregistrés puis anonymisés et retranscrits mot à mot. L'analyse était inspirée de la théorisation ancrée. Analyse par comparaison constante jusqu'à l'intégration de catégories conceptuelles dans un modèle permettant de mieux comprendre le processus de création d'un protocole.

Résultats : Les professionnels constataient une prise en charge sous optimale de l'IRC et non satisfaisante pour eux. Les blocages à la mise en place d'un protocole précis et cohérent ont été dépassés par l'obtention de consensus. Le protocole définit un parcours patient au sein de la MSPU. L'intervention des professionnels est coordonnée, la transmission des informations dans l'équipe est organisée. Le protocole définit les outils pouvant être utilisés. La rentabilité des actes et leur remboursement a été prise en compte. L'étude montre une inégalité dans les échanges entre les professionnels, atténuée par la présence d'un modérateur.

Discussion : Les professionnels voient le protocole comme un outil pour transcender leur pratique en l'intégrant dans une prise en charge globale du patient, à l'échelle de la MSPU. L'authenticité de l'expérience démocratique vécue n'est pas remise en cause par l'asymétrie des échanges entre les professionnels. La présence d'un modérateur semble être bénéfique. Il reste nécessaire de montrer que les protocoles pluri professionnels en soins primaires améliorent la prise en charge des patients.

Mots clefs : Protocole pluri professionnel, maison de santé pluri professionnelle, insuffisance rénale chronique