



HAL
open science

Exploration des relations interprofessionnelles entre les médecins et les pharmaciens du PSLA Caux Seine suite à la mise en place des protocoles de coopération

Alexandre Thieury

► To cite this version:

Alexandre Thieury. Exploration des relations interprofessionnelles entre les médecins et les pharmaciens du PSLA Caux Seine suite à la mise en place des protocoles de coopération. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04789263

HAL Id: dumas-04789263

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04789263v1>

Submitted on 18 Nov 2024

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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

Année 2024

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

DES de Médecine Générale

Par

THIEURY Alexandre
Né le 28/01/1993, à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 22 OCTOBRE 2024

**Exploration des relations interprofessionnelles
entre les médecins et les pharmaciens du PSLA
Caux Seine suite à la mise en place des protocoles
de coopération**

PRESIDENT DU JURY :	Professeur Matthieu SCHUERS
DIRECTRICE DE THESE :	Docteure Valérie VILLAMAUX
MEMBRES DU JURY :	Professeure Laetitia BOURDON
	Professeure Caroline BERTOUX

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE–COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d’Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

Mme Charlotte **SIEFRIDT** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Séverine ROBERT	Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien **VALET**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez recevoir par ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Madame la Professeure Laetitia BOURDON,

Vous avez suivi ma procrastination jusqu'au bout.

Vous me faites l'honneur de juger ce dernier travail.

Veillez recevoir ma plus grande gratitude.

A Madame la Professeure Caroline BERTOUX,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie d'apporter votre regard de pharmacienne pour cette thèse.

Soyez assurée de mon profond respect.

A Madame la Docteure Valérie VILLAMAUX,

Je te remercie d'avoir accepté mon appel au secours.

Ton enthousiasme, ta réactivité et ta gentillesse m'ont profondément touché.

Je te suis extrêmement reconnaissant.

A tous les médecins et pharmaciens qui ont accepté de participer à l'étude.

La famille

A ma mère, je ne sais pas par où commencer.

Je ne te serai jamais assez reconnaissant pour tout ce que tu as fait pour nous.

Merci pour cette enfance formidable. Merci de m'avoir consolé quand je n'arrivais pas à finir mes devoirs de CE2, de m'avoir accompagné à toutes mes compétitions de judo dans les coins les plus paumés de Normandie, de m'avoir laissé jouer au foot alors que c'est un sport de débiles qui courent après une balle.

Merci d'avoir choisi le plus beau métier du monde de maman à plein temps pour t'occuper de nous 3. Merci pour tous ces allers retours à la BU à 22h alors que tu venais de récupérer Charles à 21h15 parce qu'il en avait marre. Merci de nous avoir emmené à ce concours de première année sous des trombes d'eau sur « Beat it » de Michael Jackson. On a en effet tout cassé.

Merci pour tous ces flans durant ces longues années d'études (j'en mange encore un). Merci pour ton aide sur ce travail.

Merci pour tous ces souvenirs, et pour tous ceux à venir. Merci de m'avoir inculqué tes belles valeurs et d'avoir toujours été là pour moi, pour nous. Plus je grandis, plus je mesure la hauteur des sacrifices que tu as fait pour qu'on ne manque de rien. C'est à mon tour d'essayer de te rendre la pareille.

J'espère que tu es fier de tes enfants autant que je suis fier de toi. Je t'aime.

A Nico, mon grand frère.

Je revois la vidéo où tu écorches terriblement mon prénom à ma naissance avec un « il s'appelle ISSANDRE » mémorable. Je ne vais pas débiller ici toutes les conneries qu'on a pu faire (maman n'est peut-être pas au courant de tout), mais les souvenirs sont là. Tu as su devenir le chef de cette petite tribu.

Tes années de prépa, où tu bossais toute la nuit jusqu'à pas d'heure, nous ont, à Charles et moi, servis d'exemple. Ta réussite a permis la nôtre. Merci pour tous tes conseils avisés, ton expertise de management qui a contribué à ce travail.

Tu es le meilleur joueur de baryton que je connaisse, et j'espère que ton groupe ACID GURU aura bientôt une renommée mondiale (vous l'aurez lu ici en premier).

Tu as toujours été un modèle pour moi, même si désormais c'est toi qui copies un peu mon style vestimentaire. Je suis fier de ce qu'on est devenu, sache que c'est en grande partie grâce à toi.

A Charles, mon petit frère plus grand que moi.

J'ai très vite compris que je ne serai pas le plus fort de la fratrie quand tu commençais déjà à me mettre une tête à mes 13 ans. Je t'ai quand même laissé quelques cicatrices. Tu as toujours été le plus drôle à défaut d'être le plus intelligent. C'est que les gens te connaissent mal. Ta maturité, ta détermination et ta prestance m'impressionneront toujours. Cette deuxième première année à te forcer à rester à cette BU des enfers, en mangeant un nombre

incommensurable de sandwiches dans la rue Eau de Robec, est un souvenir précieux. On se retrouve au 210 A, là où on a joué nos plus belles parties de Mario et de foot avec ballon en papier. Nous avons pu passer ce concours comme nous avons traversé cette année et notre vie, côte à côte. Je n'aurai pas réussi sans toi.

Te voilà aujourd'hui kiné dans le sport où tu t'es sublimé bien plus que tes pauvres frères dans le foot. Sois fier de l'homme que tu es devenu.

Ma fratrie est ce que j'ai de plus précieux au monde. Je suis fier de notre passé ensemble et j'ai hâte de vivre nos projets futurs. Alors même si on est pudique entre frangins, plutôt que de vous le dire je vous l'écris : je vous aime plus que tout.

A mes grands-parents, Papou et Mamou. Merci de nous avoir toujours soutenus, merci pour votre gentillesse et votre amour. Merci Mamou de m'avoir appris à conduire même si j'ai explosé la roue de la Golf en écrasant la barrière du voisin. Je conduis un peu mieux c'est promis. Merci Papou pour toutes ces sorties vélos, ces parties de ping pong endiablées, les vacances à Méribel avec les concours de putter.

Tous ces souvenirs me sont précieux. Je vous aime.

A mon cher JC, toujours là quand on a besoin de lui. Je te fournirai autant que je le peux en Bleu de Mer c'est promis.

A Mariette, la queen of cèpes !

A ma tante, Greg, Clarence et Louise, merci pour tous les bons moments passés ensemble. Ce Piton des Neiges avec toi Clarence reste un superbe souvenir. Sers-toi de cet exploit pour ne rien lâcher dans tes études.

A toute la famille Dumas qui nous suit depuis tout petit. Vous voir toutes et tous réussir dans la vie me remplit de joie. Merci Isa pour ta correction minutieuse. Je ne vous souhaite que du bonheur.

A ma famille à 4 pattes, Owhen, Memphis, Bahia... à Homère cette brave patte au paradis des chiens. **A Nounouche et Baghera** au paradis des chats.

La belle famille

A **Maria**, vos petits plats ont embelli mes études. Merci pour toute l'intendance pendant les périodes de rush, et pour garder ce chat si sociable qu'est Bahia.

A **Manu**, le meilleur tireur de boules de la vallée de Méribel sans aucun conteste. Profite à fond de ta future retraite !

A mes petits chipirons préférés, **Steve et Jen**. Steve j'ai hâte de nos prochains défis sportifs ensemble. J'essaierai de ne pas vomir cette fois. Jen merci de m'avoir fait découvrir ce si beau pays Basque. Les fêtes de Bayonne (et non féria) et les foires au Jambon ne se feront plus sans nous désormais.

Les copains

A **Thibault**, mon meilleur ami, que de chemin parcouru... Je te revois encore au Lycée à manger ton bol de céréales en plein cours d'Allemand... Qui aurait dit qu'on en arriverait là ! Toutes ces années sur FIFA à jouer jusqu'au petit matin... Je cherche des bons souvenirs avec notre passion commune pour le PSG mais je crois bien que tous les matchs vus ensemble ont fini en catastrophe. Je pense qu'il est désormais plus convenable pour notre santé mentale de supporter ce cher Football Club de Rouen, quoi que... Par cet écrit je m'engage après ma soutenance à prendre un abonnement à tes côtés.

Merci pour ton rôle de grand sage dans ma vie. Tu pourras toujours compter sur moi. Je te souhaite que du bonheur avec Charlotte et Agathe, je ne m'étaie pas trop au cas où j'ai un discours à écrire pour ton mariage !

A **Vesouille**, la grande tige du quatuor de Corneille. On en a connu des hauts et des bas ensemble mais on a toujours su être là l'un pour l'autre. Je repense à notre périple dans ma clio 2 (partie trop tôt) avec cet alternateur prêt à exploser. Je ne compte plus les fois où on s'est tapé des barres ensemble.

Je te souhaite le meilleur avec ta tribu qui va s'agrandir bientôt. Je serai toujours là pour toi.

A mon Titou national pour compléter ce quatuor infernal. Tes qualités footballistiques ont toujours été sous estimées. Merci de nous avoir fait gagner le tournoi du camping (c'est pas grâce à Vesouille ça c'est sûr).

Je suis heureux de te voir en père et mari accompli. Tu le mérites !

A Malcolm, mon presque meilleur ami et collègue de travail et coéquipier. Décidément, je pense que tu es un peu trop dans ma vie. Mais je ne m'en plains pas. Je ne compte plus nos aventures ensemble et nos délires qui nous permettent de rendre le quotidien encore plus agréable. J'espère qu'on sera enfin les grands joueurs de foot que nous devons devenir (vous l'aurez lu ici en premier).

Merci de m'avoir fait vivre 6 mois de colocation très rigolos quoi que peu reposants. Hâte de limer à nouveau ensemble et de fermer quelques macumbas.

J'espère que tu perceras dans l'humour et que tu auras une renommée mondiale (vous l'aurez lu ici en premier). Comique de répétition (j'fais du stand up moi aussi).

A Jules, mon compère de padel, de courses à pied, de vacances, d'EVG douteux, de névroses, de spike... ou pas ! Merci du soutien que tu m'as apporté ces dernières années. Je suis fier d'avoir été ton témoin. Je te soutiendrai du mieux que je peux. Hâte des futures aventures ensemble.

A Pouine, qui a officiellement gagné le prix du plus beau schéma du changement qui sera repris dans toutes les facs du monde (vous l'aurez lu ici en premier). Merci pour ta gentillesse et ton aide dans ce travail. Je vous souhaite plein de bonheur à tous les deux.

A Paul, pour ces descentes mémorables en piste rouge solo en ski « oh ya vraiment trop de monde ! »

A toute la team BDS qui saura se reconnaître : **Pierre** mon idéal masculin, **Lucas** mon lillois préféré aux punchlines radiologiques et blablaresques indétrônables, **Valentin** mon idéal de Warzone, **Guigui** mon lyonnais avec la plus belle barbe du monde, **Flavien** mon cheptel, **Louis** le meilleur danseur du groupe.

A Alice, Audrey, Jessica, Pauline, Manon, Clem, Marion pour tous ces beaux souvenirs de vacances my friend !

A cette année ECN mémorable avec les compères de course à pied et de marbrokart en vrai **Roussel**, mon bon **Blav** et mon **Milou** Cardiff au Millenium. A mon **Brodouin**, rencontré sur « là bas » de Goldman à pleurer dans une clio 2 (partie trop tôt) pour finir sur des « l'envie » de Johnny Halliday (mais pas n'importe lequel : Paris Live Bercy 87).

A la team de l'externat : **Léa, Louise, Aurélie, Eloïse, Camille** : merci pour toutes ces années bien plus agréables avec vos sourires.

A la team gynéco : **Amandine Marie Evelyne Nono**, j'aime pas votre spécialité mais je vous aime vous.

A Romain mon orthopédiste préféré (désolé Maria). Je me souviens de notre conversation à une fenêtre où tu te demandais si tu devais redoubler pour aller chercher cette spé. Regarde toi aujourd'hui à manier les prothèses comme un as. Je suis si fier de toi.

A mon Fredo, ce californien à 2h de Paris et à Camille.

A Vico, ce grand joueur de rugby et ce si beau papa.

A ma Leslie Belette, la plus Réunionnaise des Berckoises, merci pour toutes ces aventures passées à Rouen et à cette coloc de ouf à la Réunion. Mi a hâte de repartir bientôt !

A Juliette la compère déjantée et à Saucisse.

A Mymy qui, lors d'un lundi studieux à l'appartement, me dit « mais pourquoi tu ne ferais pas une thèse sur les nouveaux protocoles de coopération ? » Je te dois énormément ! J'espère que tu aimeras ce travail. Je te souhaite énormément de bonheur.

A Alexis, compère pharmacien, merci pour ta relecture !

A mon PT que je vais voir à Bayonne cet hiver : merci d'avoir eu cette idée brillante de se raser les côtés du crâne un soir de Revue ce qui m'a permis de rencontrer la belle Séréna. Tu es un très beau Ragnar mon bro.

A Baptiste, l'ophtalmo le plus stylé de France. J'envie ton temps au kilomètre et tes abdos. Merci de m'avoir fait vivre les 6 mois de stage certainement les plus agréables de mon internat. Surtout les 3 mois de dermato qui ont été incroyables malgré une charge de travail énorme.

A Marie et à Mallaury miss Macumba pour ce semestre haurais mémorable.

A Marion et son caractère bien trempé mais qu'on aime quand même, à **Jerem** mon cher confrère pharmacien, à **Camille** la meilleure infirmière, à **Léo** le joueur français et **Max** le frérot nouveau papa. Merci pour tous ces souvenirs de Corse, et pour les prochains à venir.

A Sean, ce cher pharmacien. J'espère que tu aimeras ce travail et que notre collaboration interprofessionnelle pourra se faire à Lillebonne. Ce souvenir du casino de Deauville et de pizzas footballistiques reste gravé.

A mon Burel, pour ces souvenirs Omanais complètement dinguo. Quelle époque !

A Charly, mon dernier frère d'armes sur WW2. Merci pour toutes nos conversations ensemble. Les amis comme toi sont rares. Ne change rien (crie juste un peu moins quand tu te fais tirer dessus sur Warzone).

A Victor, cet ami sur qui tu peux toujours compter. Sache que tu peux aussi compter sur moi.

A Matthieu, mon cher bro collègue et voisin. Ces quelques mois à bosser ensemble étaient incroyables. Merci pour ton aide sur cette thèse, merci de m'avoir carry. Profite bien de tes vacances qui s'annoncent géniales. LA CANADA GOOSE.

A Pierre et Mélina. Merci Pierre pour cet externat mémorable en cardiologie, avec un PSG-Angers SCO mythique en soins intensifs. Tu es resté le même et je suis fier de ce que tu es devenu. Plein de bonheur à tous les 3 dans votre nouvelle maison.

A Jules mon urgentiste préféré qui a su me redonner le moral avec un « t'as ta biblio ? Ta thèse elle sort en 3 semaines ». Tes pensées positives m'ont motivé. Merci à toi.

A mes petits Ouins Ouins préférés du bon côté de la Saône. Je suis heureux de vous avoir rencontré et j'espère continuer de vivre de belles aventures avec vous. Prenez soin de vous mes amis.

A mon RimK, le sang. Tu me donnes presque envie de supporter Marseille. Tellement hâte de faire flamber le dance floor avec toi à coups de 102.

A mon cher Robish Jaurès : ce couloir gauche de Bois Guillaume U18 (seulement quelques matchs vu mon niveau), ta patte de velours, tes passes coup du pied continueront longtemps de m'émerveiller. Cette amitié est précieuse à mes yeux. J'ai hâte d'écouter la Montagne avec toi. Tu es un diamant rose mon Robish ne l'oublie pas. Et pas posé sur n'importe quel fond Reaubain. Pas sur n'importe quel fond !!

A Axel, mon cher Lensois. Hâte des futures aventures footballistiques à coup de Maxi Goal.

A ma team Vernonnaise, **à Nathan et à Guigui**. Je ne vous oublie pas.

Le boulot

A mon cher Hôpital de Lillebonne et à tout son personnel : les ASH, les secrétaires, les infirmières même si elles disent que je suis « coiffé comme un dessous de bras », les aides-soignantes qui me conseillent gentiment de me raser parce que devant les patients c'est limite, les assistantes sociales, l'éducateur sportif, les médecins. Merci pour toute votre bonne humeur. Je ne suis jamais allé au travail à reculons grâce à vous.

A Emilio et Philippe, mes mentors. Merci pour votre passion et votre dévouement, merci de m'avoir montré ce qu'était un vrai examen clinique, merci pour tout ce que vous m'avez appris et pour tout ce que vous avez encore à m'apprendre. Philippe, profite de ta retraite bien méritée.

A tous les professionnels de santé qui m'ont accompagné dans mon externat et mon internat.

A Marion, la meilleure coordinatrice, pour m'avoir aidé tout au long de cette thèse avec des demandes de dernières minutes bien à mon habitude. Merci encore !

A tous mes co-internes durant mes études : la team Dieppe, la team Evreux, la team LH.

A tous mes petits internes passés dans le service de Lillebonne : **Alexandre, Cléo, Loïc, Djahida, Marion, Zoé, Laurie**. C'était un vrai plaisir de travailler avec vous. Je vous souhaite plein de réussite. Et surtout un conseil de chef : passez vite votre thèse !

A tous les patients que nous avons soignés (dédicace à **Bruce**) et à tous les patients que nous soignerons...

A ma chère Séréna,

Je ne sais toujours pas trop comment un mec comme moi peut sortir avec une fille comme toi. Merci d'avoir aimé mes cheveux rasés, merci d'avoir accepté de me parler sur cette brouette. Il y a beaucoup trop de souvenirs, de rires, de voyages, d'amour, de kiff, pour tout écrire ici. Merci d'être ce petit bonheur quotidien dans ma vie.

Merci pour ton aide pendant l'ECN, pendant l'internat, pendant ma thèse. Merci d'avoir décidé de passer la tienne encore plus tard que moi pour calmer mes angoisses.

Merci d'être aussi douce, merci d'être aussi belle. Je suis déjà tellement fier quand je vois tout ce qu'on a vécu ensemble. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve. Je suis ton premier fan. Je t'aime tellement.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	22
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	23
INTRODUCTION	24
I. Les regroupements de professionnels de santé	26
1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ou MSP	26
2. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ou CPTS	27
3. Les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires	27
3.1 Définition	27
3.2 Zoom sur le PSLA Caux Seine	28
II. Les relations interprofessionnelles	30
1. Une définition complexe	30
2. Une nécessité	32
3. Les protocoles de coopération	32
3.1 Historique des protocoles de coopération	32
3.2 Les protocoles de coopération entre médecins et pharmaciens	33
3.3 Zoom sur les protocoles de coopération du PSLA Caux-Seine	35
III. Objectif de l'étude	37
METHODE	38
I. Type d'étude	38
II. Population	38
III. Recueil des données	38
IV. Analyse des données	39
V. Ethique et règlement	39
RESULTATS	40
I. Description de l'échantillon	40
II. Analyse des résultats	41
1. La pénurie	42
2. La crise du Covid19	44
3. Le PSLA	45
4. Les protocoles	55
5. La nationalisation des protocoles	64
6. La télémédecine	66
DISCUSSION	67
I. Discussion des résultats	67
II. Forces et limites de l'étude	74
III. Perspectives	76
CONCLUSION	77
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	78
ANNEXES	84
RESUME	96

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CIP : Collaboration interprofessionnelle

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSLA : Pôle de Santé Libéral Ambulatoire

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1. La marguerite des compétences du médecin généraliste	31
Figure 2. Répartition des médecins généralistes et des pharmaciens au 1er janvier 2023	34
Figure 3. Schéma des étapes du changement	41
Figure 4. Modèle d'engrenage de Mulvale	73
Tableau des caractéristiques de l'échantillon	40

INTRODUCTION

Les faits sont là : en 2022, 30% des français vivent dans une zone où l'accès au généraliste est considéré comme difficile. Le nombre de médecins généralistes en activité régulière a diminué de 11% entre 2012 et 2022 (1) (2).

Cette pénurie de médecins risque de perdurer pendant plusieurs années d'après les dernières prévisions.

En attendant, les inégalités territoriales continuent de se creuser et la spécialité de médecine générale devient de moins en moins attractive. L'offre de soins repose de plus en plus sur les médecins retraités actifs, avec une part importante des 60-64 ans chez les médecins actifs réguliers (3). Quant aux jeunes médecins, ils sont de plus en plus réticents à une installation.

Bref, des indicateurs qui laissent penser que le pire est encore devant nous.

Cette situation s'explique par plusieurs facteurs :

- La diminution drastique du numéris clausus dans les années 80-90, dont les conséquences ne seront jamais anticipées
- L'évolution des pratiques médicales : les jeunes médecins souhaitent diminuer leur temps de travail au profit de leur vie personnelle
- Les conditions de travail actuelles : administratif omniprésent, manque de reconnaissance, perte de sens, entraînant un épuisement des professionnels

Pendant que l'offre de soins diminue, la demande explose. La population française augmente, surtout elle vieillit (2). Les soins prodigués sont de plus en plus techniques et onéreux. Les français sont de plus en plus exigeants dans la demande de soins (4).

Alors comment faire face à l'urgence ?

Plusieurs solutions ont été proposées : primes à l'installation dans les zones sous dotées, disparition du numerus clausus, regroupement de professionnels, télémédecine...

C'est avec cette volonté d'optimiser le temps médical qu'apparaît la délégation de tâches : avec la création des infirmières de pratique avancée (IPA) d'abord, puis plus récemment avec les protocoles de coopération entre médecins et pharmaciens, pour traiter des pathologies fréquentes. (2)

Cette délégation de tâches fait appel à la collaboration interprofessionnelle (CIP) (5).

Ces mesures se sont d'abord mises en place à l'échelle locale (6), avant d'être nationalisées en juin 2024 (7).

Cette thèse vise à explorer les relations interprofessionnelles dans le Pays de Caux, après la mise en place de ces protocoles dans le Pôle de Santé Libérale Ambulatoire Caux Seine.

I. Les regroupements de professionnels

Ces organisations ont pour objectif de répondre aux problématiques d'accessibilité et de coordination des soins. Depuis les années 2000 on peut observer un attrait des médecins généralistes pour l'exercice de groupe. D'après une enquête en 1998 sur 2083 médecins généralistes, l'exercice de groupe représentait 43% des médecins (8). En 2019 c'est 61% des généralistes qui exercent en groupe, avec 80% des généralistes de moins de 50 ans (9).

1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ou MSP

La première reconnaissance législative des maisons de santé pluriprofessionnelles a été établie par la loi de financement de la sécurité sociale (10). Elles ont été ensuite redéfinies dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 (11). Cette loi a pour objectif d'améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la coordination des soins.

Le code de la santé publique (CSP) les décrit comme « des maisons assurant des activités de soins sans hébergement et pouvant participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales » (12).

Elles correspondent à un regroupement de professionnels de santé généralement au sein d'un même site. Elles doivent comporter au minimum deux médecins et un professionnel paramédical.

Au-delà du regroupement c'est la naissance d'une coordination interprofessionnelle pour l'obtention d'un projet de santé qui symbolise les MSP.

Ce projet de santé s'articule en 2 parties :

- Le projet professionnel qui précise la composition de l'équipe, son implantation, son fonctionnement
- Le projet de soins qui précise les actions de santé à mener, les modalités d'accès et de continuité des soins

Dans un temps de crise médicale et d'inégalité géographique d'accès aux soins, les MSP apparaissent comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante et de qualité (13).

2. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ou CPTS

Les communautés professionnelles territoriales de santé se sont mises en place à la suite de la loi du 26 janvier 2016 portant sur la modernisation de notre système de santé (14).

La CPTS réunit des professionnels de santé et médico-sociaux qui souhaitent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'une population donnée. Elle vise à améliorer la prise en charge d'une population d'un territoire, en fonction de ses besoins spécifiques. Elle peut contenir parmi ses acteurs des associations de patients pour guider au mieux les différentes missions.

Ces missions sont définies par le CSP et consistent en l'amélioration de l'accès aux soins et de sa qualité.

L'exercice de ces missions spécifiques est financé par l'Assurance Maladie et bénéficie d'une exonération d'impôts sur les ressources procurées par ces actions. Des « fonds d'amorçage » par le Fonds d'Intervention Régional des ARS permettent également d'aider à l'émergence d'un projet de CPTS.

En janvier 2023 le Président de la République a annoncé la volonté de couvrir 100% du territoire par une CPTS (15).

3. Les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires ou PSLA

3.1 Définition

Historiquement, ces pôles de santé ont vu le jour en 2007. Ils sont spécifiques de la Normandie. En 2009 ils ont été inscrits dans la loi HPST au même titre que les MSP.

Le PSLA se définit comme un regroupement de professionnels de santé libéraux dans un bassin de vie. Ces professionnels ont une volonté collective de partage, de collaboration et de structuration.

Le PSLA est animé par un coordinateur, qui cherche à dynamiser et pérenniser la structure. Il est majoritairement « multi sites », c'est-à-dire qu'ils regroupent des professionnels de santé d'établissements différents (cabinets médicaux, infirmiers, pharmacies...) (16).

Il est encadré par la Charte Partenariale Régionale d'Accès aux Soins Ambulatoires. C'est le Comité Opérationnel Départemental qui valide le projet de santé (17).

Les financements se font à travers la création de la structure juridique du PSLA appelée Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Un contrat nommé Accord Conventionnel Interprofessionnel est signé entre l'ARS, l'Assurance Maladie et le PSLA. Ces financements proviennent de l'Assurance Maladie et des collectivités territoriales.

Un des objectifs d'un PSLA est de renforcer l'interprofessionnalité par la mise en contact des soignants et d'améliorer l'exercice coordonné (16). Comme pour les MSP, le PSLA détermine un projet de santé.

La finalité est d'assurer un meilleur suivi et une meilleure accessibilité aux soins pour les patients. Elle est également de rendre le territoire plus attractif pour les jeunes médecins qui cherchent à s'installer.

A la différence d'une CPTS, le PSLA répond aux besoins d'une patientèle donnée, et non de la population d'un territoire.

A la différence d'une MSP, le PSLA couvre souvent une zone géographique plus large. Il est généralement multi sites.

3.2 Zoom sur le PSLA Caux Seine

L'association du PLSA Caux Seine a été créée en juin 2018 (18). Le territoire couvert par le PSLA regroupe 3 secteurs : Lillebonne avec Port Jérôme sur Seine et ses alentours, Rives en Seine (fusion de Villequier, Caudebec en Caux et Saint Wandrille sur Rançon), Bolbec et ses alentours.

Pour mieux identifier les territoires en tension, l'ARS a défini un zonage des territoires les plus fragilisés (carte en annexe). 55,5% des Normands vivent dans une zone fragile, éligible aux aides financières à l'installation des médecins (19).

Elle comprend les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP). Ce sont les territoires les plus en tension. C'est le cas de Port Jérôme sur Seine et de Lillebonne.

Les Zones d'Action Complémentaire (ZAC) sont des territoires à un niveau de tension moindre que les ZIP. Rives en Seine et Bolbec font partie de ces zones (20).

La création de ce PSLA fait suite à la perspective de nombreux départs à la retraite et à une offre de soins réduite en professionnels de santé sur le territoire. Le projet de santé a été validé en 2020 (21).

Il définit 4 objectifs principaux :

- Amélioration de l'offre de soins
- Dégagement de temps médical
- Amélioration de la qualité des prises en charge
- Développement d'actions de santé publique

A ces objectifs s'ajoutent des missions de coordination et d'échange, de maintien à domicile de patients âgés, de liens ville-hôpital, de délégation de tâches.

En février 2021, la SISA Caux Seine est créée. Initialement constitué d'une trentaine de professionnels, le PSLA en comprend désormais 103. Ils sont majoritairement infirmiers, puis médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes.

II. Les Relations Interprofessionnelles

Les Soins de Santé Primaires, ou Soins de Premier Recours, ont été définis par l'OMS en 1978 (22). Le premier recours contribue à l'offre de soins ambulatoires en assurant aux patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi ainsi que l'éducation pour la santé.

La médecine générale est le pivot des soins de premier recours, qui constituent la porte d'entrée dans le système de soin. Le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies, associés aux inégalités sociales et territoriales de santé, complexifient les prises en charge (1).

Dans ce contexte, les relations interprofessionnelles apparaissent comme nécessaires pour une prise en charge de qualité.

1. Une définition complexe

Les notions de relation et de communication font partie des compétences du médecin généraliste : « Communiquer avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci » (23). Cela fait partie de la compétence "Professionnalisme" du médecin généraliste (voir figure 1 ci-dessous). Il est écrit dans le code de déontologie médicale : « Le médecin doit travailler en collaboration avec les autres professionnels de santé pour garantir la continuité des soins et le respect des droits des patients » (24).

La relation entre les professionnels de santé renvoie à la CIP. Il n'existe pas de conceptualisation consensuelle au sein de la communauté scientifique. Sa définition évolue avec le temps. Plusieurs termes peuvent s'associer à la collaboration : interdisciplinarité, coopération, concertation (25).

Cette collaboration a au départ été décrite dans les années 60 par Anselm Strauss, sociologue américain, dans son livre *Miroirs et Masques*, comme un « travail d'articulation autour d'un patient inscrit dans une trajectoire de maladie » (26).

Danielle D'Amour, d'abord infirmière puis professeure en santé publique et en sciences sociales, a beaucoup œuvré pour la CIP, dans un pays précurseur en la matière : le Canada. Elle considère en 2005 la CIP comme « les relations et les interactions entre les professionnels leur permettant de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience pour les mettre au service du patient ». C'est un « processus complexe, volontaire et dynamique, nécessitant l'utilisation de nouvelles compétences » (27).

En 2010, l'OMS, a elle aussi cherché à définir la CIP qui se produit lorsque « plusieurs travailleurs de la santé issus de différents milieux professionnels fournissent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, les soignants et les communautés afin de fournir des soins de la plus haute qualité dans tous les contextes » (28).

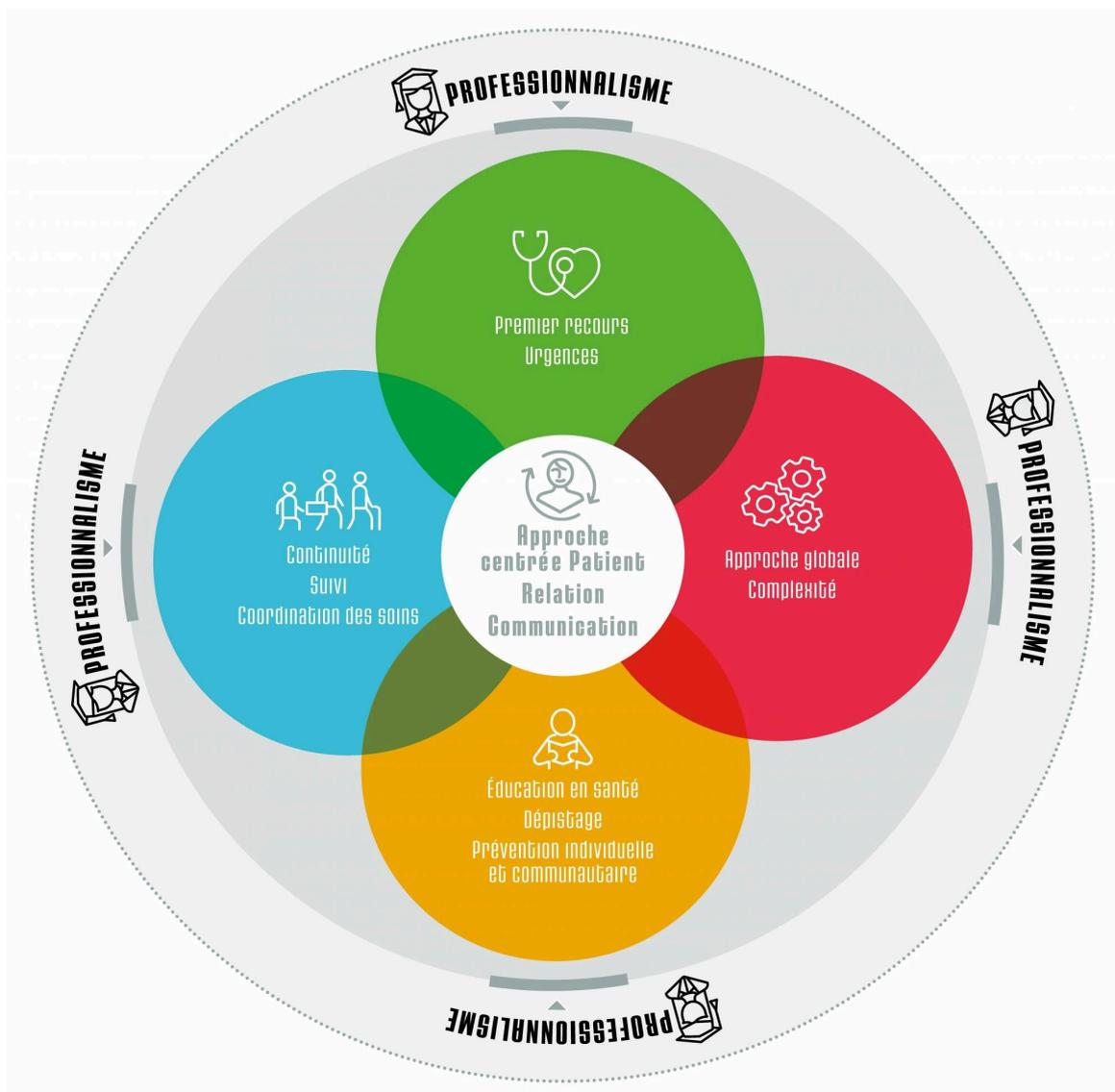


Figure 1 : Marguerite des compétences du médecin généraliste, DUMG Rouen

2. Une nécessité

De nombreuses études montrent les bénéfices de la CIP. Parmi les dernières, une méta-analyse de 2021 confirme que la CIP améliore la qualité des soins (29). Côté soignant, elle améliore la communication entre les professionnels, avec une connaissance accrue des rôles de chacun (30).

Forte de ces résultats dans d'autres pays, la France cherche à promouvoir cette CIP. Elle le fait à travers la loi HPST par la mise en place des MSP et des PSLA, puis par la mise en place des CPTS. Ces lois insistent sur l'importance de la formation interprofessionnelle. Bien que paraissant nécessaire, la CIP n'est pas acquise. Elle peut être source de difficultés et de tensions (31).

3. Les protocoles de coopération

3.1 Historique des protocoles de coopération

Yvon Berland est un médecin de santé publique reconnu pour ses nombreux travaux sur la réorganisation des soins.

En 2003 il est missionné par le ministre de la santé, dans ce contexte de bouleversement de la démographie médicale. Le gouvernement souhaite un rapport d'analyse de la coopération interprofessionnelle dans le monde mais surtout sur les expériences faites en France.

L'état des lieux au Canada et aux Etats-Unis, pays précurseurs dans la CIP, montre une tendance à la délégation de tâches, particulièrement chez les infirmières. Elles peuvent devenir infirmières praticiennes ou cliniciennes au Canada. Aux Etats Unis, la prise en charge des infirmières sur l'éducation thérapeutique des diabétiques et asthmatiques est aussi efficace qu'une prise en charge médicale (32). Ces transferts de compétence tendent vers une meilleure efficacité et une meilleure efficience des soins.

La France quant à elle, est à la traîne sur le sujet. La délégation de tâches n'en est qu'à ses balbutiements, dans certains hôpitaux, principalement entre médecins et infirmières.

Yvon Berland conclut son rapport : « il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences ». Il précise l'importance d'une formation dédiée, d'une CIP étroite, d'une précision des champs de compétences de chacun (5).

Dans le même temps, un dispositif expérimental voit le jour dans les Deux Sèvres : le dispositif ASALEE, dans une volonté d'améliorer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques (33). Suite à de nouvelles expérimentations de coopération concluantes, la HAS émet des recommandations dans le but de favoriser ces nouvelles formes d'exercice en précisant son cadre juridique et en l'encourageant financièrement .

Les projets de coopération interprofessionnelle sortent définitivement de leur cadre expérimental avec la loi HPST : « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient » (11).

Les protocoles sont désormais soumis aux ARS et à la HAS, pour leur validité sur un territoire ainsi que leur sécurité. Ils sont régulièrement plébiscités, étendus et renouvelés (34). Les objectifs sont de libérer du temps médical, d'élargir l'offre de soins et de réduire son délai d'accès (35).

3.2 Les protocoles de coopération entre médecins et pharmaciens

Le pharmacien est le professionnel de santé le mieux réparti sur le territoire national et le plus facilement accessible (36) (figure 2 ci-dessous). C'est un acteur important de la prise en charge des soins non programmés. Face à la désertification médicale, le public fait appel de façon croissante à ce soin de premiers recours. Il est essentiel dans le système de santé français. Le métier de pharmacien d'officine est en constante évolution (37).

Le CSP insiste sur la contribution du pharmacien d'officine aux soins de premier recours. Il a un rôle de prévention, de conseil et d'éducation.

En 2018, un décret propose de nouvelles missions pour le pharmacien dans le domaine de la santé publique, décret attendu depuis la loi HPST qui reconnaissait un rôle potentiel des pharmaciens dans les soins primaires (38).

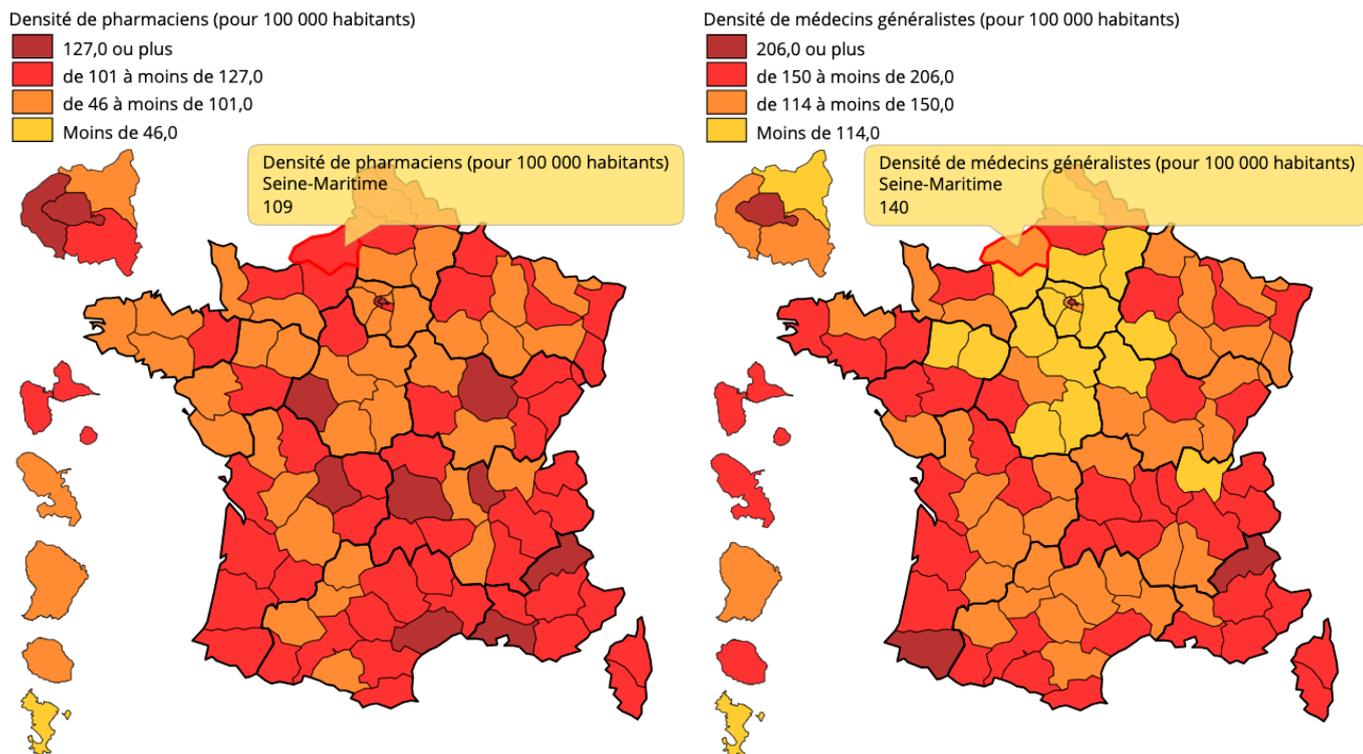


Figure 2 : Répartition départementale des pharmaciens (à gauche) et des médecins généralistes (à droite) au 1er janvier 2023, INSEE

La crise COVID a mis en avant leurs capacités d'adaptation (39). C'est dans ce contexte que sont apparus les protocoles de coopération avec les médecins généralistes. Ces protocoles permettent aux pharmaciens de délivrer des médicaments à prescription médicale obligatoire sans ordonnance pour certaines pathologies bénignes (40).

En mars 2020 une série d'arrêtés acte leur mise en place au sein de structures d'exercice coordonné :

- La cystite simple de la femme de 16 à 65 ans (41)
- L'angine chez le patient de 6 à 45 ans (42)
- Le renouvellement du traitement de la rhino conjonctivite allergique saisonnière de 15 à 50 ans (43)
- La varicelle chez l'enfant de 12 mois à 12 ans (44)

Ces protocoles rédigés par la HAS doivent être appliqués en l'état au sein d'une structure pluriprofessionnelle.

3.3 Zoom sur les protocoles de coopération du PSLA Caux Seine

Concrètement, un médecin généraliste qui exerce en structure pluriprofessionnelle (nommé le délégant) délègue à un confrère professionnel de santé non médecin appartenant à la même structure (nommé le délégué) l'établissement d'un diagnostic médical et la prise en charge thérapeutique strictement prévue par le protocole.

Le protocole cystite (45) :

Le patient cible est donc la femme de 16 à 65 ans qui présente des signes fonctionnels urinaires. Elle contacte le secrétariat de son médecin traitant. Si le médecin n'a plus de place, elle est réorientée vers la pharmacie. Elle peut aussi venir directement au comptoir de la pharmacie. Après avoir obtenu son consentement, elle peut bénéficier d'une consultation avec le pharmacien, dans une pièce garantissant la confidentialité.

Elle bénéficie d'un interrogatoire précis, qui permet notamment de recueillir des éléments qui l'excluraient du protocole : une grossesse, des signes digestifs ou gynécologiques associés, des traitements antibiotiques en cours, des cystites à répétitions, des anomalies urologiques ou rénales, une immunodépression.

Un examen clinique est ensuite pratiqué par le pharmacien : prise de température avec exclusion du protocole si fièvre, percussion des fosses lombaires (exclusion si douloureuse), et réalisation d'une bandelette urinaire.

Si la patiente n'a aucun critère d'exclusion et que la bandelette urinaire est positive, elle peut bénéficier d'un traitement par FOSFOMYCINE en dose unique ou de SELEXID 400 mg pendant 5 jours en cas d'allergie. Les ordonnances d'antibiotiques sont pré remplies avec les noms des médecins délégants et des pharmaciens délégués. Des règles hygiéno-diététiques sont données sur l'ordonnance. On l'informe également des signes devant faire reconsulter le médecin généraliste.

En cas de critère d'exclusion ou de doute du pharmacien, la patiente est réadressée dans les 24 à 48h à un médecin « d'astreinte » qui garde des créneaux dédiés.

Le protocole angine (46) :

Le patient cible a entre 6 et 50 ans et présente des douleurs de gorge. Orienté comme pour la cystite, il peut bénéficier avec son consentement d'une consultation avec le pharmacien.

L'interrogatoire exclut la fièvre, la toux associée, les troubles digestifs, la grossesse, l'antibiothérapie en cours, un deuxième épisode dans les 6 mois avec un délégué, ou un épisode similaire il y a 15 jours.

L'examen clinique recherche des cervicalgies associées, des difficultés à respirer ou à parler, une altération de l'état général, une tachycardie, un trismus, une hypersialorrhée. L'examen des amygdales recherche une angine ulcéro nécrotique, une herpangine, une angine pseudomembraneuse, une déviation de l'amygdale ou de la luette.

Si l'interrogatoire ou l'examen clinique retrouve un de ces critères, ou si le pharmacien a un doute, le patient est réadressé dans les 24 à 48h au médecin d'astreinte.

En l'absence de critère d'exclusion, un test TROD est réalisé. S'il est positif, il permet au pharmacien la délivrance d'AMOXICILLINE 1g x 2/j pendant 6 jours, ou de CEFUROXIME AXETIL 250 mg x 2/j pendant 4 jours (si allergie à l'amoxicilline) ou d'AZITHROMYCINE 500 mg 1x/j pendant 3 jours (si allergie aux bêta lactamines). Il conseille le traitement symptomatique et met en garde sur la contre-indication aux AINS. Les doses d'antibiotiques sont adaptées s'il s'agit d'un enfant.

La mise en place des protocoles au sein du PSLA Caux Seine :

Une convention pour la cystite et l'angine a été déclarée à l'ARS. Elle regroupe 6 médecins délégants et 5 pharmaciens titulaires délégués.

Les pharmaciens ont été formés par les médecins lors de plusieurs réunions de formation sur la théorie, la législation, la pratique.

Pour que le protocole soit actif, il a fallu que tous les participants renseignent les informations des patients bénéficiant des protocoles dans un logiciel commun : le logiciel WEDA. Les médecins ont formé les pharmaciens à l'utilisation du logiciel.

La responsabilité professionnelle a été partagée de moitié entre délégant et délégué. La rémunération a elle aussi été répartie équitablement entre les deux professions.

Les médecins ont intégré des plages horaires dans leur planning destinées aux réadressages des patients exclus du protocole cystite et angine en pharmacie. Le réadressage s'effectuait par l'appel du pharmacien directement au médecin, ou à son secrétariat. Les patients n'ayant pas de médecin traitant ou n'étant pas dans la patientèle des médecins délégants pouvaient bénéficier d'une consultation par le pharmacien et donc potentiellement être réadressés aux médecins.

La HAS demande à ce que tous les patients qui bénéficient des protocoles soient tracés. Les protocoles cystite et angine ont été mis en activité le 2 octobre 2023.

Depuis cette date et jusqu'en juin 2024 :

- 125 patientes ont bénéficié du protocole cystite avec un taux de réadressage de 18,4 %
- 69 patients ont bénéficié du protocole angine avec un taux de réadressage de 23,19 %

III. Objectif de l'étude

Ces protocoles de coopération inédits, différents des coopérations avec les infirmières qui étaient déjà présents sur le territoire français, ont soulevé de nombreuses questions :

- Quels sont les premiers retours de cette nouvelle coopération ?
- Pourquoi des médecins et des pharmaciens, pourtant membres du PSLA, ne font pas partie de ces protocoles ?
- Comment ces protocoles ont fait évoluer leurs relations ?

Il m'a semblé alors pertinent de chercher à recueillir les impressions des deux professions, avec cet objectif : explorer les relations interprofessionnelles entre les médecins et les pharmaciens du PSLA Caux Seine suite à la mise en place des protocoles de coopération.

METHODE

I. Type d'étude

Ce travail a suivi une démarche scientifique qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Cette approche était la plus adaptée pour étudier des ressentis, des représentations et des comportements sociaux.

L'ouvrage *Initiation à la recherche qualitative en santé* (Lebeau JP) a été consulté pour la réalisation de cette thèse, et la grille COREQ a été complétée (annexe).

II. Population

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée et théorique. La population étudiée était les médecins généralistes et les pharmaciens du Pays de Caux. Le critère d'inclusion était qu'ils fassent partie du PSLA Caux Seine.

Pour les médecins généralistes, le recrutement s'est fait par connaissance de certains médecins suite à des remplacements, et par contact avec la coordinatrice du PSLA. Ils étaient contactés par téléphone ou par mail.

Pour les pharmaciens, le premier contact a été en face à face avec une connaissance suite à un remplacement, puis par effet boule de neige.

III. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par des entretiens semi-dirigés en face à face. Les participants étaient simplement prévenus qu'il s'agissait d'un entretien sur les relations entre professionnels.

Le guide d'entretien comportait une première partie précisant le statut du participant et son adhésion ou non à un protocole de coopération, suivie d'une deuxième partie comprenant des questions ouvertes. Il a été adapté au fur et à mesure des entretiens (annexe).

Les entretiens ont eu lieu soit sur le lieu de travail des participants, soit sur celui de l'investigateur, soit à leur domicile.

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable, retranscrits intégralement en tenant compte du non verbal et anonymisés.

Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation des données.

IV. Analyse des données

Les retranscriptions ont été faites sur le logiciel Word, puis analysées à l'aide du logiciel Nvivo.

Une triangulation a été réalisée pour le premier entretien. Les résultats ont ensuite été discutés avec la directrice de thèse.

V. Ethique et Règlement

Cette étude a nécessité une déclaration préalable à la protection des données de l'université de Rouen. L'étude s'inscrivait dans le contexte de la recherche non interventionnelle, hors catégorie de la loi Jardé.

Un formulaire de consentement était signé par chaque participant.

Les enregistrements ont été supprimés après analyse.

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

	Sexe	Âge	Milieu d'exercice	Protocole	Métier	Mode d'exercice	Durée d'entretien
M1	Féminin	34	Semi-rural	Oui	Médecin	exerce en groupe	30,06
M2	Féminin	52	Semi-rural	Oui	Médecin	exerce en groupe	23,47
M3	Féminin	58	Urbain	Non	Médecin	exerce à 2	37,26
M4	Féminin	40	Semi-rural	Non	Médecin	exerce en groupe	38,05
M5	Masculin	64	Urbain	Non	Médecin	exerce à 2	35,35
M6	Masculin	72	Semi-rural	Non	Médecin	exerce à 2	56,31
M7	Féminin	45	Rural	Oui	Médecin	exerce en groupe	36,57
M8	Féminin	39	Semi-rural	Non	Médecin	exerce en groupe	40,11
M9	Masculin	65	Semi-rural	Non	Médecin	exerce seul	46,36
P1	Féminin	28	Rural	Oui	Pharmacien	Titulaire avec 1 adjoint	45,13
P2	Masculin	47	Rural	Non	Pharmacien	Titulaire avec 3 adjoints	40,48
P3	Féminin	35	Rural	Non	Pharmacien	Titulaire avec 2 adjoints	47,33
P4	Féminin	33	Semi-rural	Oui	Pharmacien	Adjoint avec 1 titulaire et 2 adjoints	40,21
P5	Féminin	47	Semi-rural	Oui	Pharmacien	Titulaire avec 3 adjoints	56,28
P6	Masculin	42	Semi-rural	Oui	Pharmacien	Titulaire avec 1 associé et 2 adjoints	35,1
P7	Féminin	42	Semi-rural	Non	Pharmacien	Titulaire avec 1 associé et 2 adjoints	54,23

Tableau 1 : caractéristiques des participants

Au total, 16 entretiens ont été menés du 07/05/24 au 15/07/24.

La moyenne d'âge était de 46 ans. La durée d'entretien variait de 23,47 min à 56,31 min avec une moyenne de 42 minutes. La saturation des données a été atteinte après 14 entretiens.

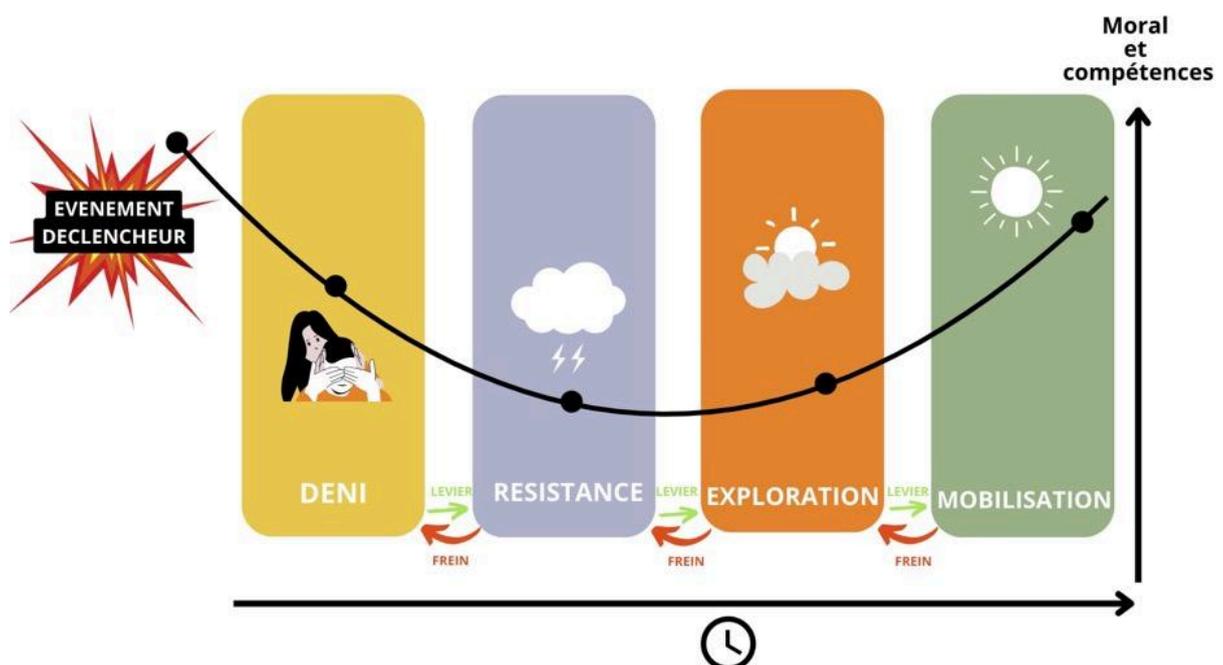
II. Analyse des résultats

L'exploration des relations interprofessionnelles entre médecins et pharmaciens du PSLA Caux Seine, au fur et à mesure des entretiens, m'a fait réaliser les différences et les points communs entre les individus. J'ai constaté qu'ils étaient plus ou moins motivés au changement, et donc à la délégation de tâches. Ils se trouvaient à des étapes différentes dans le processus collaboratif.

La courbe de Kubler Ross décrit les 5 étapes que l'on traverse lors d'un deuil (47). Elle peut s'appliquer dans différents domaines comme le management pour accompagner les équipes face à des changements au travail.

J'ai conçu le schéma (ci-dessous), inspiré de cette courbe, comme un mode d'emploi pour analyser au mieux ces relations. Chaque individu, suite à un évènement comme le COVID, la création du PSLA ou la mise en place des protocoles et leur nationalisation, est confronté à un changement.

Figure 3 : schéma des étapes du changement



Ce processus, immuable à tout changement, comprend les étapes suivantes :

- L'étape du déni : elle correspond à la négation, à la sidération, à la surprise
- L'étape de la résistance : elle comprend la colère, la frustration, l'accusation, le reproche
- L'étape de l'exploration : on teste, on déconstruit, on accueille
- L'étape de la mobilisation : positivité, ouverture d'esprit, capacité d'adhésion, motivation

Au travers des entretiens, des freins et des leviers ont été identifiés. Ils permettent ou non le passage d'une étape à une autre. Ils sont perçus différemment par chaque individu selon leur parcours, qui évolue plus ou moins rapidement avec le temps.

Le changement est donc initié par des événements déclencheurs. J'ai choisi d'analyser et de discuter ces résultats en lien avec ces événements, de manière chronologique.

1. La pénurie

La crise démographique médicale est subie par toute la population du Pays de Caux.

Certains sont incrédules, fatalistes :

“On n'est plus assez, y a plus de médecins, t'as pas assez de personnel dans les hôpitaux, les pauvres aux urgences, ils font ce qu'ils peuvent mais ils sont saturés de partout, tu demandes une radiologie, une radio de main c'est un mois, une échographie c'est deux mois et demi on a un retard aux soins énormes. On va à la catastrophe” (M3)

“que les politiques essaient de trouver une solution aux conneries qu'ils ont faites moi je veux bien, y a 10 ou 15 ans on était encore le premier système de santé au monde, là je ne sais pas où on est, mais on est très loin et je pense qu'on est déjà dans la perte de chance pour les patients” (M6)

“Les déserts médicaux font qu’on va retrouver des pathologies qu’on avait plus, à cause de ça des gens qui viennent te voir j’ai une amie qui a une spondylarthrite ankylosante qui est suivie par un rhumato ça fait 4 ans qu’elle a pas eu de généraliste... tu vois ça commence à être un peu dramatique” (M5)

“mais tu vois on arrive à la fin de l’année y a des papis qui n’ont pas vu le médecin depuis un an, qu’ont pas fait de prise de sang, qui sont diabétiques enfin c’est effarant” (P5)

Elle décourage les professionnels de santé, qui se posent des questions sur l’attractivité de la profession :

“c’est pas comme ça que l’on va attirer des plus jeunes en médecine générale” (M3)

D’autres, qui ont accepté la situation, cherchent à trouver des solutions :

“déjà je pense qu’au niveau de l’université on doit déjà modifier l’entrée, les gens qui veulent faire ça dont c’est la vocation laissez les faire de la médecine, c’est pas toutes les personnes qui ont commencé qui vont finir, la personne qui a la vocation va finir, laissez-les, donnez l’opportunité aux gens pour éviter la frustration, là est le problème” (M7)

“Je pense encore une fois qu’on a tout à fait la capacité avec le pool de médecins actuels en rendant les choses efficaces d’absorber la population globale j’ai pas les stats mais j’en suis relativement convaincu” (P6)

La pénurie de médecins dans le Pays de Caux demande une adaptation des pratiques au sein des professionnels de santé du PSLA.

2. La crise du Covid-19

Face à l'urgence, les pharmaciens interrogés ont dû modifier très rapidement leurs pratiques.

Le choc du Covid a d'abord induit de la peur par le frein de l'inconnu... :

“Bah le Covid c'était en fait la première fois où on a commencé à faire des gestes entre guillemets non pharmaceutiques qu'on nous apprenait pas à la fac” (P4)

“J'avoue que j'étais toute jeune diplômée au moment du Covid, mais nos habitudes ont quand même... Enfin ça a vrillé quand même au moment du Covid ! De devoir faire autant de choses dont on n'avait pas l'habitude, sur les vaccins et puis après je trouve que tout s'est accéléré” (P1)

“Bah le Covid c'était compliqué pour tout le monde à gérer enfin, nous on croulait sous le boulot, je pense enfin tout le monde croulait sous le boulot” (P3)

... Puis des capacités d'adaptations inédites sur de nouvelles missions... :

“Clairement on a montré qu'on savait vacciner, qu'on savait faire des tests” (P7)

“avec le Covid on a tellement fait de tests et choses comme ça pour les analyses d'urine on a des petites bandelettes ça se passe très très bien” (P5)

“ah déjà depuis le Covid tout ça on arrive à des gestes que ça soit les vaccinations ou les prélèvements Covid” (P4)

... Les amenant à une nouvelle position dans les soins de premier recours :

“On a déjà prouvé qu'on l'a fait une fois, deux fois, trois fois et qu'on peut le faire une 4ème et une 5ème fois” (P2)

“On a pris de l’assurance c’est comme tout au début on va patauger un peu on va être à regarder à être à plusieurs sur le truc et après on va le faire tout seul comme des grands et ça va bien se passer” (P3)

“Je pense que pour nous on a fait tellement de tests, tellement de vaccins, on est quand même beaucoup plus à l’aise que si on avait été obligé de faire ça avant le covid, avant on ne maîtrisait rien, on faisait jamais rien quelque part” (P5)

La crise du Covid a mobilisé les pharmaciens du territoire. Leurs capacités d’adaptation face à l’urgence leur donnent aujourd’hui un nouveau statut.

3. Le PSLA

Pour faire face à cette crise démographique, le PSLA s’est constitué.

Les répercussions se faisaient ressentir sur le territoire :

“Le déficit en professionnels de santé sur le territoire me paraissait une évidence et j’en ai peut-être plus conscience que les autres donc euh, je me suis dit qu’il fallait travailler sur le sujet” (P2)

“Nous on est plus sensibles à la démographie médicale que certaines autres personnes parce qu’en plus, on le voit quasiment dans l’instantané. Y’a un départ de tel type de professionnels, des infirmiers, deux infirmiers qui partent bah mon volume de pansements, il s’effondre. J’ai deux médecins qui sont partis en janvier, le chiffre d’affaires s’effondre instantanément, on voit la relation de cause à effet.” (P2)

Les premières réunions ont lieu :

“Bah en fait euh (hésite) c’est les premières constructions de réunion PSLA, tous les professionnels du territoire ont été convoqués. Ça avait été par euh l’URML je crois” (M1)

“euh le point de départ ça doit être une réunion avec le médecin qui voulait l’organiser” (M3)

Elles apportent des contraintes organisationnelles et donc des freins au changement :

“au début je me suis dit encore un bazar (rires) je suis allé aux réunions comme ça” (M6)

“oui clairement, ça me coûte clairement les réunions le soir j’ai un rythme professionnel assez intense j’essaie de faire beaucoup de sport” (P7)

“ça faisait 2 semaines que j’étais installée donc j’étais un peu sous l’eau donc je lui ai dit que je la rappelais” (P1)

Il n’y a parfois pas de besoin ressenti... :

“J’avais l’impression que ça n’allait pas me faire gagner beaucoup de temps et que le lien avec les paramédicaux et les pharmaciens le lien existait déjà, au niveau de la plus-value je ne voyais pas trop quelle plus-value ça allait vraiment me donner” (M8)

... ou le projet n’est pas celui espéré :

“par rapport au projet initial que j’avais en tête moi je pensais à quelque chose de plus local on est sur un PSLA où il y a énormément de monde” (M4)

“quand t’es multisites comme ça moi ça me plait pas” (M5)

“bien sûr c’est important c’est un travail d’équipe mais tant que c’est au sein d’une maison” (M9)

“puis je trouve qu’on a une structure très vaste avec les secteurs Caudebec Lillebonne Bolbec et moi j’étais plus partante sur quelque chose de plus petit à notre échelle sur notre territoire” (M8)

Il ressort des leviers à l’adhésion au PSLA :

- La confraternité, la connaissance

On suit le collègue qui est moteur au sein de sa profession :

“oui là c’est vraiment par confraternité au démarrage puisque mon associé est quand même au démarrage de ce projet-là, euh donc au démarrage j’y suis vraiment allée de façon solidaire avec lui qui s’embarquait dans cette aventure-là” (M2)

“j’avais des relations avec ce médecin il y a beaucoup d’années, et c’était plus lui qui m’avait parlé du PSLA, il m’a dit qu’il avait un projet, qu’il pensait à un projet je lui ai dit tu me racontes et on s’est organisés pour savoir si ça m’intéresse et c’est lui qui m’a contacté pour y adhérer” (M7)

“moi je pense que c’est plutôt la motivation de mes collègues qui m’a fait adhérer au PSLA” (M8)

“c’est la titulaire qui a adhéré plus que nous elle nous a dit ça y est on est dans le cadre du PSLA” (P4)

- L’attractivité pour attirer de nouveaux médecins :

“moi avoir des professionnels de santé qui sont bien dans leur travail et qui souhaitent y rester ou avoir une zone qui puisse tenter des jeunes bah c’est une évidence depuis longtemps” (P2)

“et puis pour l’attractivité de notre secteur, l’autre jour j’ai participé à la journée de présentation de notre territoire pour les internes et les externes qui sont accueillis en stage dans les cabinets de ville et de l’hôpital et ça aussi c’est sympa de rencontrer les jeunes même s’ils ne sont pas en stage avec moi et de leur montrer qu’on a un truc sympa dans le secteur donc même pas que sur un plan médical...” (M4)

- L’expérience personnelle propre à chaque individu :

“En Espagne ou tu travailles pour l’hôpital d’accord, ou tu travailles dans des grandes maisons médicales la même chose, on a plusieurs médecins, mais ce n’est pas que des médecins, il y a des kinés, des psychologues, des infirmières tout d’accord ? Tu es tout le temps en relation, tu travailles en équipe toujours... pour moi le groupal c’est normal” (M7)

“Je trouvais que les infirmières renvoyaient un sentiment de solitude et de difficulté dans le travail moi je trouvais ça terrible, elles faisaient ce qu’elles pouvaient mais je me suis dit allez bon, ne serait-ce que pour ça un peu plus au départ par devoir plus que par conviction” (M6)

Cette adhésion est d’abord timide et hésitante. Mais grâce au levier de la connaissance physique par les réunions du PSLA, l’appréhension et l’incertitude laissent place à une mobilisation, une positivité.

Ces leviers décloisonnent les professions... :

“même les infirmières, bah à force de communiquer on a mis en place des choses enfin c’est beaucoup plus fluide, je trouve qu’on avance quand même” (P3)

“Je pense que le lien est quand même plus facile parce qu’on voit avec les infirmières et un kiné qui font partis du PSLA, on se voit peut-être plus que ceux qui n’en font pas partie” (M8)

“Les kinés, c’était flagrant pour elles le PSLA ça leur a permis de voir qu’il y avait du monde, elles sont en cercle fermé ça leur a permis de voir le monde autour, le PSLA pour ça ça a été une bonne chose les réunions” (P7)

“surtout avec les réunions qu’on se voit pour mettre un visage, des fois on a des relations par message mais on les connaît pas personnellement, de les voir face à face” (M7)

... Font découvrir des points communs :

“de comprendre que l’autre n’a finalement pas tant de différences humaines et qu’on a un peu les mêmes préoccupations et les mêmes qualités et grosso modo les mêmes défauts donc finalement on s’est plutôt regardé en se disant tiens finalement ils sont plutôt sympas en fait” (P2)

“Je trouve que c’est top de les voir et puis d’échanger concrètement les ressentis qu’on a, nous avec nos clients et eux avec leurs patients c’est les mêmes quand même. Les casse bonbons, c’est casse bonbon partout” (P5)

La barrière de la hiérarchie s’efface et la perception de l’autre change :

“y a des médecins, avant tel médecin j’aurais jamais, je me serai jamais permise de l’alpaguer et de lui dire eh docteur euh, j’osais pas trop, maintenant on se tutoie, on s’est vachement rapproché, c’est plus facile de se dire les choses” (P3)

“je trouve qu’il y a moins ce rapport de hiérarchie dont je parlais tout à l’heure. Il y a eu une ouverture d’esprit en fait, je trouve ça vraiment hyper intéressant et ce n’est plus le pharmacien qui est cloisonné dans son petit magasin de boîtes et le médecin qui voit ses patients et qui fait ses ordos comme ça” (P1)

“là on commence à se connaître, s’estimer et se respecter” (P2)

Une cohésion apparaît :

“puis moi j’ai découvert d’autres cabinets infirmiers que je ne connaissais pas bien et finalement avec le PSLA le fait des réunions des rencontres, ça a soudé un petit plus les professionnels” (M4)

“c’est plutôt via les liens du PSLA qu’on soude les relations entre professionnels en fait” (M1)

“euh au niveau pratique je sais pas je pense que c’est plus agréable et plus confraternel j’ai plus de relations au niveau travail” (M3)

Ces relations renforcées sont valorisantes :

“je trouve que c’est gratifiant de connaître tout le monde avec qui tu travailles et euh passer des soirées ensemble enfin et c’est toujours des gens qui sont plein de bonne volonté de trouver des solutions pour tout, enfin ça nous a quand même tirés vers le haut tout ça” (P3)

“c’est un beau projet qui nous a bien rapprochés” (M4)

“J’ai trouvé que c’était hyper bien enfin que ce soit le fait qu’on soit plusieurs professionnels de santé, qu’il y ait pas mal de réunions” (P1)

“je suis ravie de cette organisation” (M3)

Les professionnels, forts de ces relations, se mobilisent dans des missions pluridisciplinaires :

“les ateliers concrets, les projets concrets c’est intéressant et effectivement notamment les RCP où les infirmières viennent discuter sur certains, où on peut échanger sur certains dossiers ça c’est super, c’est vraiment très très bien ça” (M2)

“au niveau des pratiques le vrai truc qui change c’est les réunions la RCP qu’on a une fois tous les 3 mois” (M8)

“il y a eu quand même beaucoup d’améliorations et le fait que le PSLA propose aussi des réunions pluridisciplinaires où il y a tous les corps de métiers qui soient là et qu’on puisse échanger sur diverses situations, divers problèmes qu’on a eus, je trouve que c’est une super avancée et que ça permet de renforcer les liens, d’échanger et aussi au niveau de la convivialité... Voilà” (P1)

“quand t’as plein de professionnels autour d’une table qui parlent d’un cas complexe, bah t’as les points de vue de tout le monde, les astuces qu’on connaît pas tous forcément, bah des fois ça permet de débloquer des situations ou d’avoir plein d’idées différentes et je trouve que ça c’est vachement bien” (P3)

Ces réunions pluridisciplinaires suggèrent une meilleure prise en charge des patients :

“c’est vrai et je pense que pour les patients quand on fait des réunions de type RCP, je pense que quand même le patient y gagne enfin j’espère, on connaît plus son patient c’est une bonne chose” (M3)

“on discute des situations compliquées, les patients qui sont trop exigeants à l’officine on sait lesquels c’est souvent ils sont aussi exigeants au cabinet, les patients qui sont en surconsommation de leur produit substitutif aux opiacés on sait aussi quel problème il y a...” (M4)

“en fait l’intérêt des structures comme le PSLA c’est qu’avant en fait on travaillait sur le même patient mais on travaillait pas ensemble, là y a des échanges ça a amené un progrès” (M6)

“alors ça c’est intéressant pour rassurer le patient quand je lui explique ce qui va se passer pour une prise en charge infirmière par exemple ou des choses comme ça, le fait de connaître les... les professionnels de santé qui sont l’équipe soignante le fait de les connaître réellement je pense que ça assoit mon discours pour le patient” (M2)

D'autres projets voient le jour :

“en fait dans le cadre d'octobre rose, il proposait au sein de sa pharmacie des petits ateliers en fait où il devait avoir une prothésiste qui montrait les prothèses, il y avait aussi peut-être une kiné qui intervenait pour le drainage lymphatique etc on a voulu un peu le généraliser”
(P7)

“après ils ont instauré tout ce qui était la marche, le yoga euh tout ça, et c'est devenu beaucoup plus convivial” (P3)

De nouveaux outils de communication apparaissent. Ils permettent de fluidifier la communication entre les professionnels :

“on s'est tous dit que c'était bien d'avoir une messagerie sécurisée pour échanger, et que du coup on est beaucoup beaucoup à utiliser euh idomed et je trouve que les relations sont beaucoup plus fluides, beaucoup plus simples, euh avec cette interface-là, les infirmiers pouvant nous demander des choses, sans avoir l'impression de nous déranger au téléphone”
(M2)

“c'est pratique plutôt que d'aller voir les patients des fois l'infirmière nous appelle, elle envoie une photo, elle envoie la biologie on gagne du temps c'est clair” (M3)

“par le biais du PSLA je me suis inscrit sur idomed c'est un outil extraordinaire en terme de communication parce que le téléphone on est pas dispo on est là on est pas là et faut répondre on est devant un patient il se passe ça on lâche une réponse qui n'est pas forcément la bonne, avec idomed on nous pose une question et on réfléchit à la question que l'on pose et on réfléchit à la réponse” (M6)

La coordinatrice du PSLA a un rôle crucial dans l'amélioration des relations interprofessionnelles :

“tu vois moi c'est la coordinatrice qui a beaucoup insisté, beaucoup démarché, ça c'est sûr elle a été un gros moteur et elle l'est toujours car la coordinatrice travaille très très bien, elle a une vocation pour ça de toute façon” (M3)

“pour le coup on a quand même la coordinatrice qui chapote tout ça et qui est vraiment ultra dynamique” (P1)

“La coordinatrice tout simplement je la connaissais pas, moi pour voir ça de l'extérieur la coordinatrice c'est un des moteurs de ça extraordinaire” (P5)

“oui bah moi après, en discutant avec mes autres collègues, parce que des fois tu réagis un peu à chaud et voilà, bah non c'est pas cool, donc j'ai appelé la coordinatrice en lui expliquant mon point de vue” (P3)

Mais cette mise en commun de professionnels au sein de structures pluridisciplinaires peut apporter des tensions.

L'adhésion au PSLA peut être vécue comme une contrainte ...

“c'est une obligation indirecte d'y adhérer si on n'y adhère pas on perd notre forfait structure c'est pas rien c'est 5000 euros par an quelque chose comme ça, donc c'est une obligation finalement ils nous imposent un système on m'a dit viens tu vas voir on travaille bien, oui j'en doute pas mais viens voir comment je travaille je fais très bien aussi” (M9)

... Ce qui peut induire une passivité :

“je suis quand même dans le PSLA mais je ne participe pas vraiment” (M9)

Le financement peut aussi être vu comme un gaspillage :

“mais à mon sens on a pas besoin du PSLA pour faire ça je trouve que y'a pas besoin de mettre des enveloppes d'ARS colossales pour que les médecins les infirmiers et les pharmaciens se parlent, ça c'est mon point de vue” (P6)

L'application d'un logiciel commun peut entraîner une résistance :

“parce que spontanément c'est pas quelque chose, ça me faisait peur parce que j'avais pas du tout envie de changer de logiciel déjà” (M8)

“il y avait moins de contraintes ici on m'oblige à changer de logiciel en plus il plante tout le temps” (M9)

“oui oui le logiciel y a pas que des louanges hein... l'ancien était plus simple plus rapide, là ça devient très complexe” (M5)

“on a ramé quand même très très très dur pour se mettre à weda c'était très compliqué” (M3)

Les réunions pluridisciplinaires posent des questions de confidentialité :

“moi y a un petit frein dans les RCP on est du coup nombreux et y a des professions qui n'interviennent pas auprès du patient qui ne sont pas concernées par ce patient là euh et donc parfois sur le plan du secret médical est ce que c'est bien de parler de ce patient là” (M8)

“mon collègue, n'a pas à savoir ce qu'il y a dans mes dossiers, c'est le côté libéral je fais ce que je veux mais c'est pas un livre ouvert à tout le monde c'est quand même un secret professionnel avec mes patients” (M9)

Suite à la création du PSLA, les entretiens révèlent des individus qui sont à différentes étapes du changement. Cette nouvelle organisation collective implique des freins et des leviers structurels et personnels.

4. Les protocoles de coopération cystite et angine

Ces protocoles, pour être efficaces, demandent une collaboration interprofessionnelle forte. Cette collaboration nécessite une bonne communication entre médecins et pharmaciens. Dans le quotidien, on remarque que cette communication peut rencontrer des obstacles.

Les pharmaciens subissent la rupture de stock de nombreux médicaments. Ils doivent appeler les médecins pour les informer, souvent pendant leur consultation.

“alors pharmacien finalement on a beaucoup de contacts au téléphone depuis qu’il y a les pénuries de médicaments parce qu’on les a régulièrement au téléphone, beaucoup trop mais malheureusement c’est comme ça” (M3)

“le plus fréquent des contacts avec les pharmaciens c’est dû à un manque de médicaments, notamment le TRULICITY qu’il faut substituer à chaque fois c’est la même chose, donc chaque patient est différent mais on en est là quoi 9 fois sur 10 c’est ça” (M5)

“ça doit être y a 15 jours ou 3 semaines pour une rupture d’OZEMPIC ou de TRULICITY quelque chose comme ça et en général c’est pour ça, je n’ai pratiquement jamais de contact pour autre chose” (M6)

C’est un frein pour les deux professions qui peut susciter de la frustration :

“et parfois ça peut tendre un peu les relations entre le médecin, qui ne comprend pas qu’on le dérange pour un truc aussi bête que ça” (P1)

“bah on sait qu’on les dérange tout le monde enfin voilà, ils sont en rdv on les fait suer” (P3).

“en fait je pense que les médecins ont l’impression qu’on les flique au niveau de la prescription c’est mon ressenti tu vois, qu’ils sont vraiment fliqués” (P7)

“voilà on appelle pas pour faire chier les gens, on appelle parce qu'on a pas le choix, on appelle pas de gaieté de cœur, je pense que les médecins des fois ça ils se rendent pas compte” (P3)

Malgré cette communication parfois parasitée, une cohésion peut exister :

“Sauf que moi quand je suis arrivé euh finalement je me suis rendu compte qu'ils étaient pas là pour vendre et qu'ils pouvaient nous sauver la mise” (M1)

“Je sais plus ce que j'ai fait la dernière fois comme bêtise mais le pharmacien est là pour contrôler il m'appelle pas du tout en critiquant mais en disant y a un problème” (M9)

“On a besoin d'eux ils ont besoin de nous” (M3)

Cette relation interprofessionnelle nécessite des facilitateurs de communication :

“les pharmaciens ils ont nos lignes directes et je sais que c'est le pharmacien qu'appelle parce que euh ça donne une sonnerie particulière au téléphone” (M2)

“on a une ligne privée au cabinet uniquement pour les professionnels, si je ne suis pas là y a l'interne ou ma femme qui est là mais c'est réservé uniquement aux professionnels” (M6)

“c'est ça avec certains tu as leur ligne directe sans passer par le standard après c'est pratique” (P4)

La volonté de mettre en place des protocoles de délégation fait suite à la pénurie médicale :

“ça m'évoque initialement une demande des pharmaciens qui avaient peur du départ en retraite de 2 médecins et donc euh qui ont sollicité justement le PSLA pour savoir si on pouvait déjà anticiper certaines demandes quoi” (M1)

“Bah les médecins sont surchargés donc en fait on n’avait pas de solution à apporter au patient et en fait le but du protocole c’est aussi de pouvoir apporter une solution au patient en fait c’est lui le cœur de notre métier en fait” (P1)

La mise en place des protocoles divise les médecins. Ce nouveau changement place les individus à différentes étapes sur la courbe.

Il y a les réfractaires à ce changement...

“ça me dérange beaucoup, chacun son boulot, chacun de son côté, moi si on me demandait de vendre des médicaments pourquoi pas, mais chacun reste à sa place, on court à la catastrophe” (M5)

“moi j’ai fait une fois un remplacement de pharmacien parce que ma sœur était pharmacienne c’était une catastrophe je me suis planté tout le temps, chacun son métier” (M9)

... Ceux qui essaient d’accepter ce “deuil” de la profession... :

“Parce que sur la délégation de tâches j’étais assez fermée, enfin en me disant je veux être le médecin de famille, je veux être le médecin de A à Z, sauf que d’une on a pas forcément le temps, enfin on se rend compte qu’avec le temps on a pas le temps” (M1)

... Et d’autres qui l’ont accepté, qui se mobilisent :

“euh non non moi la toute-puissance ça fait longtemps que j’ai réglé ce problème-là... je suis convaincue qu’il faut inventer d’autres façons de travailler” (M2)

Les pharmaciens le savent : la délégation de tâches est difficile à assimiler pour les médecins.

“ils veulent pas partager, là c’est même plus une histoire que nous on a des doutes sur nos capacités c’est que eux ils ne veulent pas nous laisser peut être une chance de faire des choses, ça je trouve que c’est dommage” (P5)

“bah parce que c’est la sortie du monopole, on touche au droit de la prescription c’est clair. Ah oui c’est un droit sacré” (P7)

Ces nouvelles compétences diagnostiques posent des questions sur la nature de leur profession.

“bah l’examen clinique on a toujours appris à la fac vous ne toucherez jamais les patients, mais en pratique ça se passe pas du tout comme ça (rires)” (P4)

“On est sur des choses qu’on ignore à la base et pour lesquelles on ne sera jamais aussi bien formés que le médecin qui est allé à la fac, aux services d’urgences ou chez le généraliste donc c’est un petit peu les limites du truc” (P6)

C’est une nouvelle mission dans un contexte déjà difficile :

“moi j’estime que je peux faire 20 métiers différents dans ma journée, euh c’est ma collègue qui dit ça faut aussi bien savoir déboucher les chiottes que recevoir le commissaire aux comptes, tout le temps faut arriver à se débrouiller, se dépatouiller pour essayer de rendre un service et je pense que la population en général ne se rend pas compte de tout ce qu’on fait pour eux quoi” (P3)

“Enfin si là on commence comme ça, demain qu’est ce qu’on va nous demander de faire ? Enfin mon métier de base c’est quand même de délivrer des médicaments et tout ce qu’il y a autour, et ça on le fait toujours ! Donc on se dit où est-ce qu’on va trouver le temps de faire ça ?” (P1)

Les médecins aussi se questionnent à travers la délégation sur les limites de chaque profession... :

“oui ça répond à la pénurie mais ça reste du ... c’est pas de la vraie médecine (rires) je ne sais pas si on peut dire ça comme ça quoi « pas de la vraie médecine »” (M1)

“et ça je crois que c’est une catastrophe, de tous les gouvernements qui sont passés et actuels ils sont en train de disséquer la médecine générale malheureusement” (M3)

“Mais c’est une question, alors je crois qu’il y a 60 ans, 70 ans les médecins étaient pharmaciens, les médecins délivraient des médicaments et à un moment donné on leur a interdit de faire ça parce qu’il y avait risque de conflit d’intérêts, je me demande dans la situation actuelle si on ne se retrouve pas dans la même situation, on voulait pas que le prescripteur vende les médicaments et là on se retrouve avec le prescripteur qui vend les médicaments, c’est aussi un questionnement” (M6)

... Et sur leur avenir :

“L’avenir ça va être ça, on va déléguer plus de choses et on va superviser plus de choses j’ai l’impression” (M4)

“On est en train de déléguer à gauche à droite tout ce qu’on fait et nous on va se retrouver qu’avec des situations super complexes des patients que j’envoie à l’hôpital des gens qui nous prennent 45mn de consultation, donc c’est nous qui les récupérons ceux-là” (M3)

“Le métier que je fais là je suis le dernier médecin de famille j’en suis persuadé, la génération d’après ça sera comme en Angleterre, tu auras un centre médical en fonction d’où tu habites tu verras le médecin disponible, on y va à ça, c’est moins humain pour moi” (M9)

L’angine et la cystite ne sont pas vues comme des consultations contraignantes :

“C’est plutôt des consultations assez rapides qui au contraire nous font souffler dans nos journées assez chargées sur des pathologies bien plus graves que ça” (M4)

“des petites choses comme ça ça nous permet de faire le point des fois avec les patients, c’était une petite infection urinaire mais là tu commences à parler et peut être qu’il y a quelque chose derrière, ça permet de parler d’autre chose et peut être de trouver autre chose” (M7)

La délégation d'une compétence à un autre professionnel peut poser problème.

La différence de formation est un frein important dans les protocoles de coopération :

“Faut savoir ce qu'on veut quoi maintenant c'est 10 ans ils te mettent une année de plus, moi je considère que si on rajoute une année c'est qu'ils sont pas bien formés, et à côté de ça en 6 mois ils vont te faire une infirmière, y a quelque chose qui va pas, elle est formée en insuffisance cardiaque pathologie cardiaque, mais si y a une merde à côté t'en fais quoi ?” (M5)

“On a des internes au cabinet ce sont des SASPAS ils ont quasiment terminé, et je trouve que quand ils arrivent c'est pas toujours simple et on les supervise tous les jours on voit ce qu'ils ont fait, donc je me dis ils sont à bac plus 9 ils ont pratiquement fini euh est ce qu'une infirmière de pratique avancée ne va pas avoir les mêmes problèmes, les mêmes approximations ?” (M6)

Cette différence pose la question de la responsabilité dans les tâches déléguées :

“hum hum, là c'est plus difficile parce que finalement de qui c'est la responsabilité ? C'est toujours notre responsabilité en tant que médecin, ça va toujours nous retomber dessus (rires)” (M7)

“c'est comme la prise en charge de la lombalgie par les kinés tant qu'ils auront pas de métastases moi je suis responsable de ça si je passe à côté à la limite c'est à moi qu'on fait un procès, si y a un problème avec le kiné qu'est ce qui va se passer s'il commence à manipuler des métastases vertébrales, c'est un problème de responsabilité” (M9)

Malgré ces réflexions, beaucoup reconnaissent que cette délégation est nécessaire :

“mais comme on disait tout à l'heure, il faut bien donner une réponse, il y a une situation qui est installée qui est dramatique” (M6)

“Moi j’étais pas très partante pour y participer à la fois mais je pense aussi que c’est de l’ordre de la démographie médicale du secteur je sais qu’à Gravenchon y a plein de patients qui n’ont pas de médecin traitant, alors une cystite une angine c’est dommage de ne pas se faire soigner” (M8)

“De toute façon, le transfert comme ça de petites compétences il sera indispensable je veux dire avec le manque de médecins, les gens te disent qu’ils ont rdv dans deux semaines et demi et qu’ils ont appelé parce qu’ils avaient une gastro, qu’est-ce que tu veux dire ?” (P7)

Les formations à la délégation de tâches se mettent en place.

La confiance aux autres, acquise avec le PSLA, permet la transmission du savoir :

“je trouve que c’est une façon intelligente et productive de s’être mis autour de la table pour faire ces protocoles-là” (M2)

“Au départ j’étais réticente, mais j’ai confiance en les gens que j’ai formés donc la responsabilité chacun prend sa responsabilité en fait, donc c’est la règle et j’ai confiance” (M1)

“alors la formation donc euh bah c’est les médecins qui nous ont formés un soir enfin pendant un petit moment, déjà y a un power point avec quand même les grandes bases et après certains gestes comme percuter les fosses...” (P5)

Les règles entourant le protocole se définissent entre les professionnels mobilisés. Le protocole est cadré.

Il définit les rôles :

“et en discutant et en mettant les choses vraiment à plat sur vraiment ce qui est fait, comment c’est fait, comment c’est encadré, il y a eu un côté rassurant pour le médecin, il a senti que ce n’était pas la porte ouverte à tout et n’importe quoi” (P1)

“y a pas de zone de flou, moi je trouve qu’il est vraiment bien structuré et qu’il y a vraiment plein de critères d’exclusion et qu’on est vraiment bien couvert” (P4)

La rémunération est partagée équitablement :

“nous on a décidé du 50/50 à l’unanimité ouais. Et on en avait rediscuté six mois après de est ce qu’on gardait toujours cette rémunération là et oui, parce que en plus maintenant les pharmaciens ils peuvent coter quand même leur test 8 euros en plus donc comme les responsabilités sont 50/50 le paiement on a tous décidé que c’était 50/50” (M1)

Le diagnostic est parfois difficile... :

“Il y a quand même des risques qu’on passe à côté d’un truc plus grave, je pense aux angines il y a quand même enfin on a vu lors des formations qu’il y a quand même beaucoup de diagnostics possibles autres que l’angine quoi !” (P1)

“bah déjà euh les angines faut pas passer à côté, moi je suis contente quand le trod il est positif comme ça t’es sure (rire)” (P5)

... Mais les médecins sont disponibles :

“le généraliste a toujours la main pour nous recentrer, nous aiguiller, ou reprendre la main en totalité en toute légitimité” (P2)

“les médecins sont hyper compréhensifs ils nous ont bien précisé que si on avait un doute si on pouvait pas faire ce machin bah au moins on sait que on a une béquille” (P1)

“il a suivi bien le protocole il a dit non à cette femme dans le protocole on le fait pas il a bien respecté les choses comme il faut et heureusement parce que c’était pas une cystite comme ça la dame finalement (rires)” (M7)

Les pharmaciens se sentent valorisés par cette mission :

“C’est vachement gratifiant pour moi pharmacien de pouvoir euh faire ce genre d’actes, euh enfin voilà c’est mon point de vue” (P3)

“Je trouve ça vraiment intéressant comme évolution du métier c’est valorisant quand même et puis vraiment c’est pratique c’est vraiment les trucs de base donc oui moi j’aime bien” (P4)

Ils aident le médecin :

“ça veut dire que je vais pas avoir la cystite enfin je vais pas me rajouter la cystite ou je vais même pas faire de dépannage d’ordonnance et l’angine elle aura eu son test à la pharmacie” (M1)

“C’est bien si on peut dégager un petit peu de temps pour les médecins généralistes et puis c’est quand même mieux de prendre en charge le patient tout de suite” (P4)

Les patients semblent également satisfaits de cette prise en charge. La permanence de la pharmacie permet une disponibilité importante :

“Les patients sont contents parce que trouver un rendez-vous avec un médecin c’est compliqué aujourd’hui ça les dépanne bien évidemment, un patient qui va faire un protocole, c’est un patient qui souffre” (M7)

“C’est plutôt bien pris, bien accepté, tous les gens trouvent ça pratique” (P4)

Des patients sans médecin traitant sont réadressés. Le consentement du protocole pose les limites et évite les débordements.

“Le pharmacien nécessairement cadre les choses puisqu’il doit faire remplir une feuille de consentement au patient il a un interrogatoire type, donc le patient savait pertinemment qu’il venait me voir dans ce cadre là et que dans ce cadre-là non y a pas eu de débordement” (M2)

“Bah en fait euh comme ils ont signé un consentement et que souvent les pharmaciens ils ont très bien expliqué en disant « c’est pas votre médecin généraliste mais c’est un autre médecin, est ce que vous êtes d’accord ? » Donc en fait on répond à la question et puis c’est tout quoi” (M1)

Malgré tout, les professionnels savent que ces protocoles ne répondent pas à la pénurie :

“ouais tu vois c’est pas une solution c’est une rustine” (M1)

“non je pense que ce ne sont pas des solutions à long terme, ce sont des solutions pour le problème qu’on a tout de suite mais c’est pas la solution c’est impossible” (M7)

“c’est de la médecine dégradée ce qu’on avait fait après la guerre parce qu’on formait très vite des médecins parce qu’il n’y avait pas assez de monde” (M9)

“bah qu’est-ce que j’en pense pour le patient c’est sûr que c’est une solution comme la téléconsultation mais c’est des... c’est du ravalement de façade” (P7)

La délégation de tâches entre médecins et pharmaciens implique un deuil des deux professions. Ce changement est plus ou moins bien accepté par les individus, bien qu’il semble nécessaire.

5. La nationalisation des protocoles

Cette nouvelle mesure permet aux pharmaciens de pouvoir prescrire les antibiotiques après le diagnostic d’angine ou de cystite sans avoir besoin de l’aval d’un médecin.

“Ils veulent déléguer sans protocole hein si j’ai bien entendu là à partir de juin ils auront le droit sous couvert d’une formation de le faire tout seul le protocole” (M1)

“c’est la raison pour laquelle notre pharmacien de secteur n’a finalement pas fait le protocole de coopération bah ça lui demande du temps de formation alors qu’il va avoir le droit sans passer par le protocole” (M4)

Elle inquiète du côté de ceux qui ont appliqué le protocole en local :

“Si demain tout le monde, tous les pharmaciens peuvent prescrire des antibiotiques est ce que il y a pas aussi ce problème justement d’antibiotique donné alors qu’il n’y aurait pas forcément nécessité” (P1)

“après je vois pas trop comment ça va fonctionner parce que nous y a quand même l’histoire du médecin référent pour une prise en charge dans les 24H ça c’est génial” (P4)

“moi je pense qu’il faut que ça reste cadré parce que sinon des conneries tu vois c’est ce que je te disais tout à l’heure, nous c’est quand même vachement cadré on va pas faire tout et n’importe quoi donc voilà” (P5)

... D’autres, grâce à cette nouvelle collaboration interprofessionnelle, sont plus optimistes :

“bah ça me choque pas plus que ça puisque par le biais du PSLA, on fait des réunions pluridisciplinaires, on a des cas, donc ça serait, on aurait forcément des retours d’infos des questions, et puis maintenant qu’on a des relations avec les médecins, si on a un doute de toute façon on leur envoie, on peut même les joindre pour leur demander leur avis” (P2)

“parce que nous du fait de ce protocole de coopération mis en place on a vu avec eux ils acceptent encore de faire de la réorientation ce qui est hyper pertinent pour nous parce que c’est sympa ils auraient pu dire niet mais ils ont considéré que c’était intéressant de continuer comme ça c’est pour le coup ils sont très sympas” (P6)

Cette nationalisation est même est libératrice pour certains :

“Ah bah moi je suis contente, enfin puisque je ne vais plus être contrainte par les médecins qui m’empêchent de le faire” (P3)

La nationalisation des protocoles permet une autonomie de prescription du pharmacien. Même si la nationalisation inquiète, la collaboration interprofessionnelle créée par les premiers protocoles persiste.

6. La télémédecine

Quelques uns se sont exprimés sur les futures solutions à apporter sur le territoire. La télémédecine est souvent évoquée.

Elle fait ressortir les mêmes freins sur la profession... :

“On va se retrouver malheureusement avec tes téléconsultations mais on va pas faire un suivi de diabète et on va pas traiter le pied de l'artéritique etc en téléconsultation” (M3)

“la clinique tu la fais pas y' a des téléconsultations je t'en parle même pas la manière dont les types sont examinés... Tu vois ils te disent qu'ils ont des trucs dans les oreilles et qui regardent la gorge je sais pas comment ils font” (M5)

...Et nécessitera la même attention à la définition des règles pour permettre le changement :

“C'est comme n'importe quel acte, n'importe quel outil il faut le cadrer, il faut savoir qui on accepte dans une cabine de télémédecine, qui, pourquoi, pourquoi pas” (P2)

“non je suis en faveur de la télémédecine oui avec des limites évidemment parce que ya certaines limites” (M7)

Les prochaines actions du PSLA devront être formulées de manière claire et précise afin d'obtenir l'adhésion de tous les professionnels.

DISCUSSION

I. Discussion des résultats

La crise du Covid a mobilisé les pharmaciens du territoire. Leurs capacités d'adaptation face à l'urgence leur donnent aujourd'hui un nouveau statut.

Dans la littérature, plusieurs thèses de pharmaciens viennent confirmer ces résultats.

Une revue de la littérature de l'impact du covid-19 sur la profession de pharmacien conclut que la pandémie valorise les pharmaciens d'officine. Ils ont fait plus que leurs preuves en étant disponibles, accessibles, compétents, organisés et efficaces dans cette lutte contre le virus. (48)

Une autre revue sur l'évolution des pharmacies avec le covid-19 reconnaît que : “d'un spécialiste du médicament, il a aujourd'hui la possibilité de dépasser ce cadre et d'investir de nouvelles missions”. (49)

Le panorama de l'Ordre National des Pharmaciens affirme que “Depuis dix ans, la profession ne cesse d'évoluer, et le rôle des pharmaciens auprès de la population s'en voit renforcé (...) la complémentarité des métiers de la pharmacie s'est notamment illustrée dans la gestion de l'épidémie de covid-19” (50)

Suite à la création du PSLA, les entretiens révèlent des individus qui sont à différentes étapes du changement. Cette nouvelle organisation collective implique des freins et des leviers structurels et personnels.

Les freins structurels retrouvés lors des entretiens sont la taille du PSLA, le logiciel commun ou encore les financements apportés.

Il existe des leviers qui sont l'attractivité territoriale, la mise en place de réunions, l'absence de hiérarchie, une meilleure prise en charge des patients, la présence d'une coordinatrice.

Il ressort des leviers et freins plus propres à l'individu, tels que la confiance aux autres grâce aux réunions ou l'expérience personnelle. C'est dans cette catégorie qu'on pourrait ajouter les "stades de changement" des individus, qui les rendent plus ou moins actifs au sein de la structure.

La taille du PSLA est vécue par certains comme une contrainte. On retrouve dans la littérature des résultats contradictoires.

Certaines études démontrent qu'une équipe de grande taille empêche les individus de s'exprimer équitablement, ce qui crée des tensions et diminue la CIP (51).

D'autres soutiennent que les équipes de petite taille ne disposent pas suffisamment de personnels pouvant échanger les compétences et les expériences différentes pour répondre aux besoins des patients (52).

Une analyse psycho sociale sur la distance physique et son impact dans les équipes de travail ajoute que l'impact négatif de la distance géographique sur la coordination dans les équipes ne dépendrait pas simplement de la proximité physique objective, mais de la « distance subjective vécue » par les membres des équipes (53). Cette distance subjective vécue correspond à la distance ressentie dans les relations interprofessionnelles ou encore le sentiment d'appartenance à un groupe, qui sont des facteurs propres à l'individu.

Ces travaux montrent qu'un frein ou levier ne doit pas être analysé seul. Il interagit avec les autres catégories de facteurs. Y aurait-il eu autant de décloisonnement des professions si le PSLA avait réuni moins d'individus ?

Dans son analyse de la collaboration, Henneman explique qu'une structure hiérarchique ne favorise pas la prise de décisions partagées et qu'elle limite donc la CIP. A l'inverse, une structure plus "horizontale" permet son développement (54).

Cette analyse appuie les propos recueillis sur la disparition de la hiérarchie grâce aux réunions entre professionnels.

Le rôle de la coordinatrice peine à être reconnu comme en témoigne le peu d'études à son sujet. Son rôle est primordial au sein du PSLA, dans la facilitation des relations comme dans la gestion des conflits. Le même constat est fait dans de nombreuses structures pluriprofessionnelles. Il existe depuis peu une formation spécifique (55).

Un article du Cairn définit cette profession : "C'est dans cette refonte organisationnelle qu'émerge une fonction nécessaire et centrale pour l'optimisation de l'organisation du système de santé : la fonction de coordination entre les différentes structures, organisations, et surtout entre les différents acteurs afin d'optimiser les compétences de chacun, créer des liens et garantir la qualité de la santé, la continuité et la permanence des soins" (56)

Il sera intéressant à l'avenir d'évaluer son importance et son impact au sein de structures pluriprofessionnelles.

La délégation de tâches entre médecins et pharmaciens implique un deuil des deux professions. Ce changement est plus ou moins bien accepté par les individus, bien qu'il semble nécessaire.

Les propos de Strauss, sociologue ayant défini la CIP, illustrent ce résultat : "La conversion suppose la mort des désirs passés" (26). La délégation de tâche renvoie à des freins et leviers relationnels et individuels.

Concernant nos étapes du changement, il est reconnu que plus le niveau de croyance et de connaissance des professionnels par rapport aux bénéfices de la CIP est élevé, plus la CIP sera renforcée (31) (57). Cela sous-entend donc que plus un professionnel serait au stade de la mobilisation, plus il serait enclin à la délégation de tâches.

Parmi les facteurs individuels, il y a l'âge. On note une tendance dans les entretiens à une résistance plus importante chez les professionnels plus âgés à la délégation de tâches. Ces résultats sont contradictoires avec la littérature.

Des études montrent que plus les professionnels sont âgés, plus ils cherchent à travailler en équipe (58) (59).

Néanmoins les jeunes médecins cherchent de plus en plus à travailler en groupe (60).

Cette contradiction montre à nouveau le fait que les freins et les leviers identifiés interagissent entre eux et ne doivent pas être analysés seuls.

D'autres facteurs individuels, telle que l'expérience négative ou la résistance au changement, ont-ils influé sur l'envie de collaboration des professionnels âgés dans notre échantillon ? Les jeunes médecins, avec la tendance à la médecine de groupe, seront-ils plus enclins à la délégation ?

Au niveau relationnel, la pénurie médicamenteuse vient altérer la communication entre médecins et pharmaciens.

L'Ordre des Médecins dans un article cite des témoignages de médecins :

“Il faut réfléchir à une meilleure communication entre regroupements de pharmacies et médecins. Je ne peux pas téléphoner tous les jours aux pharmacies pour connaître leurs stocks. Et les pharmaciens non plus. Et pourtant, j'ai besoin d'informations en amont pour adapter mes prescriptions.” (61)

Serait-il alors intéressant de mettre au point une actualisation mensuelle des pénuries partagée entre les deux professions, à l'échelle locale ?

Les entretiens révèlent que la confiance permet la transmission du savoir. La littérature le confirme : plus la confiance mutuelle est élevée et plus la CIP est élevée (62). La confiance diminue le risque de conflits (63)). Plusieurs chercheurs ont montré que plus les membres d'une équipe partagent leurs connaissances, plus la CIP est élevée (64) (65).

La différence de formation entre délégué et délégant est souvent évoquée dans les freins à l'interprofessionnalité.

Céline Cholez écrit : “L'existence de cultures de métier fortes et ancrées dans l'histoire de l'organisation [...] et les positionnements hiérarchiques constituent des lignes de fractures dans les relations entre les groupes professionnels en santé” (66).

Yvon Berland rapporte que “l’univers des professions de santé demeure sans contexte un monde cloisonné où les acteurs d’une spécialité, d’une discipline, ne connaissent que peu de choses des autres intervenants” (5).

D’amour dans son modèle de collaboration interprofessionnelle décrit la dimension de l’internalisation : elle implique la prise de conscience par les professionnels de leur interdépendance, ce qui entraîne la confiance et la cohésion mutuelle (67).

Les entretiens sur les protocoles révèlent l’importance de la définition des règles et des rôles de chacun. La méconnaissance est en effet un frein important de l’interprofessionnalité.

D’amour souligne ce principe avec la dimension de la formalisation : c’est l’ensemble des règles qui encadrent et stabilisent l’action collective en clarifiant les attentes et les responsabilités de chacun (67) (Annexe : Consortium canadien de l’interprofessionnalisme en santé).

La nationalisation des protocoles permet une autonomie de prescription du pharmacien. Même si la nationalisation inquiète, la collaboration interprofessionnelle créée par les premiers protocoles persiste.

Il est difficile de se prononcer sur l’impact futur des protocoles de coopération en France. Pour autant, cette pratique du pharmacien prescripteur est déjà utilisée dans de nombreux pays développés.

Aux Etats-Unis, dans certains états, et pour un diagnostic déjà connu, le pharmacien peut prescrire des traitements pour des pathologies comme la conjonctivite allergique, l’herpès ou encore l’acné (68).

Au Canada, les pharmaciens peuvent remplacer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement, et prescrire des médicaments pour des pathologies bénignes déjà identifiées (69) (70).

En Suisse, le projet Netcare permet au pharmacien d'être le premier recours pour 24 pathologies bénignes pour lesquelles ils peuvent prescrire des médicaments. Il s'aide de protocoles développés et validés en collaboration avec les médecins. Ils sont, si besoin, réadressés en consultation de télémédecine (71).

Il ressort de ces entretiens de nombreux freins et leviers qui appartiennent à des catégories différentes, chez des individus à des stades de changement différents.

De nombreux travaux ont cherché à classer ces leviers et ces freins de la CIP. Siscotte, D'amour et Moreault les décrivent comme des "variables" qui créent un contexte favorable ou défavorable à la CIP (31).

Des travaux regroupent ces variables en 3 catégories (72) :

- Interactionnelles (relations entre les individus)
- Organisationnelles (éléments propres à l'organisation pouvant influencer la CIP)
- Systémiques (externes à l'organisation)

Bronstein présente un modèle en 4 catégories (73) :

- le rôle professionnel (équivalent des facteurs systémiques)
- les caractéristiques structurelles (soit l'organisationnel)
- les caractéristiques personnelles (l'interactionnel)
- l'historique de la collaboration (réfère aux activités de CIP antérieures)

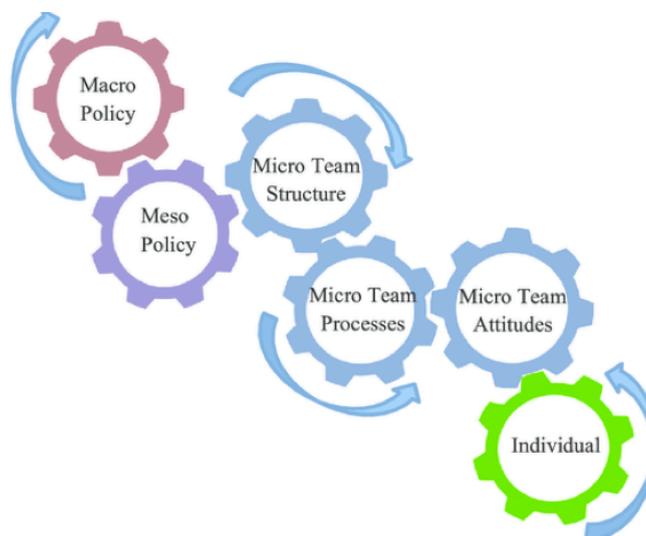
Le modèle qui permettrait de justifier au mieux nos résultats serait celui de Mulvale (57).

Il définit plusieurs facteurs à des échelles différentes :

- Les facteurs “macro” : les politiques de santé et les systèmes de financement. Ce sont les facteurs externes à l’organisation pouvant influencer la CIP
- Les facteurs “méso” sont les facteurs propres à l’organisation comme les processus de communication
- Les facteurs “micro” qui sont les leviers et les freins aux relations au sein de l’équipe
- Les facteurs individuels comme l’adaptabilité, la croyance dans la CIP

Au sein des facteurs “micro”, on retrouve :

- la structure de l’équipe, la présence d’un leader ou “facilitateur”, la taille de l’équipe
- les processus sociaux comme les conflits, le soutien ou non des professionnels
- les processus formels comme les réunions, les capacités à résoudre les conflits, la reconnaissance des uns et des autres, les objectifs de l’équipe
- l’esprit d’appartenance à un groupe



MACRO FACTORS: Governance

MESO FACTORS: Information Systems, Organizational Culture

MICRO FACTORS:

Team Structure: Champion/Facilitator, Team Size

Social Processes: Levels of Conflict, Open Communication, Supportive Colleagues

Formal Processes: Team Vision/Goals, Quality Audit/Process, Recognition, Group Problem-Solving, Team Meetings, Decision-making Processes

Team Attitudes: Feeling part of Team, Support for Innovation

INDIVIDUAL FACTORS: Belief in Interprofessional Care, Flexibility

Figure 4 : Modèle d’engrenages de Mulvale (57)

On pourrait y placer les freins et les leviers constatés au cours de nos entretiens comme des facteurs :

- Les financements en tant que facteurs “macro”
- Le logiciel commun qui fluidifie la communication en facteur “mésos”
- La taille du PSLA, la présence d’une coordinatrice dans la structure de l’équipe en tant que facteurs “micro”. Les facteurs propres aux processus sociaux et formels seraient la connaissance de l’autre et la volonté de transmettre le savoir, la hiérarchie, la différence de formation, les réunions et les formations.
- L’expérience, l’âge, ainsi que le stade du changement de l’individu (qui le mobiliserait plus ou moins dans la CIP) en tant que facteurs individuels.

L’auteur voit ces facteurs comme des engrenages : en fonction de chaque facteur positif ou négatif, la machine avance ou recule. Cela confirme la tendance selon laquelle les différents freins et leviers identifiés lors de nos entretiens s’influencent mutuellement.

II. Forces et limites de l’étude

1. Les forces

Il s’agissait d’une étude originale qui interrogeait à la fois les médecins et les pharmaciens, sur des nouveaux protocoles de coopération, avant qu’ils ne soient nationalisés à l’été 2024.

L’étude était réalisée au sein d’un territoire particulièrement touché par la désertification médicale, renforçant sa pertinence.

Concernant la qualité des entretiens, j’ai estimé que connaître certains participants pour cette étude permettait une proximité utile pour parler de relations interprofessionnelles. Ma position de praticien hospitalier, extérieur au PSLA et aux protocoles de coopération, garantissait une neutralité auprès des participants.

Les participants n'étaient pas prévenus avant leur entretien que la thèse concernait les relations entre médecins et pharmaciens. Ils étaient seulement informés qu'il s'agissait d'une thèse sur les relations interprofessionnelles. Cela a permis d'éviter que les participants s'informent avant les entretiens sur les nouveaux protocoles et donc sur la délégation de tâches.

Le choix des entretiens individuels semi dirigés a permis une plus grande liberté d'expression sur les ressentis des participants.

Les questions du guide d'entretien étaient les plus ouvertes possibles.

La durée moyenne des entretiens ainsi que l'absence de refus montraient l'intérêt des participants pour l'étude.

La triangulation a été faite pour le premier entretien puis les résultats ont été discutés avec la directrice de thèse.

Concernant la crédibilité de l'étude, la saturation des données a été atteinte permettant d'affirmer que la qualité des données est suffisante pour exprimer les ressentis des médecins et des pharmaciens.

Les résultats de notre recherche étaient pour la majorité cohérents avec les données de la littérature.

2. Les limites

Il existait une limite dans le recrutement des pharmaciens qui s'est parfois fait par effet boule de neige. Cela a pu entraîner un recrutement de pharmaciens qui étaient plus en faveur du protocole.

Il y avait une faiblesse dans l'absence de triangulation après le premier entretien de l'étude. Cette faiblesse a été atténuée au maximum par des discussions de résultats avec la directrice de thèse.

Une limite était liée à l'inexpérience de l'investigateur en recherche qualitative. Les relances étaient fermées dans les premiers entretiens puis se sont ouvertes avec l'habitude.

La retranscription brute n'a pas été envoyée aux participants. Peut-être que les plus résistants à la délégation auraient cherché à atténuer leur propos une fois écrits.

III. Perspectives

Notre étude a révélé des freins et des leviers chez des individus à des stades du changement différents, réunis au sein d'une structure pluriprofessionnelle.

Il pourrait être intéressant d'évaluer les freins à l'adhésion à ces structures, chez des professionnels de santé n'en faisant pas partie.

Il serait également pertinent de s'entretenir auprès de professionnels appartenant à ces structures dans un milieu d'exercice différent : milieu urbain ou dans des zones moins déficitaires.

On pourrait évaluer les retours de ces professionnels à distance de la nationalisation des protocoles, afin de déterminer si le niveau de leur relation interprofessionnelle, qui avait été renforcé, a été préservé.

Pour évaluer plus précisément l'efficacité des protocoles, le retour des patients pourrait être utile à rechercher. Pour juger de leur pertinence pour soulager la demande de soins de premier recours, il faudrait voir si les passages aux urgences à l'hôpital de proximité sont diminués pour les motifs « signes fonctionnels urinaires » et « odynophagie ».

En ce qui concerne les leviers individuels, on observe que l'expérience positive et la conviction en la collaboration interprofessionnelle favorisent la coopération entre les professionnels. Des efforts sont faits pour la formation interprofessionnelle des internes. Il serait intéressant de voir si ces formations portent leurs fruits à l'avenir, avec des médecins plus mobilisés à l'interprofessionnalité.

CONCLUSION

Cette thèse a exploré en profondeur les relations interprofessionnelles entre médecins et pharmaciens du PLSA Caux Seine, notamment à travers les protocoles de coopération angine et cystite.

Les résultats obtenus révèlent que ces relations sont influencées par une multitude de leviers et de freins qui se manifestent à différents changements : une crise médicale et sanitaire, un regroupement de professionnels, une délégation de tâches.

Ces facteurs, qu'ils soient facilitants ou contraignants, déterminent la capacité des professionnels à évoluer dans leur démarche collaborative. En effet, le changement d'étape des individus dépend largement de la manière dont ces leviers sont activés ou, au contraire, dont les freins sont surmontés. Cela souligne l'importance d'un environnement favorable qui encourage la mobilisation des acteurs autour d'objectifs communs, dans l'intérêt du patient.

Il est essentiel de savoir analyser ces facteurs et ces étapes du changement afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle qui conduit à une meilleure prise en charge des patients au sein du territoire du Pays de Caux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ROJUAN B. Rapport d'information fait au nom de la commission du Sénat sur l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ». Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. Rapp Inf Sénat 2021-2022 [Internet]. 29 mars 2022; Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>
2. Queneau P, Ourabah (rapporteurs) R. Rapport 23-11. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes. Bull Académie Natl Médecine. 1 août 2023;207(7):860-71.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. janv 2023; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
4. SAPHON MO, SUHARD V. La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations. 2018;
5. BERLAND Y. COOPERATION DES PROFESSIONS DE SANTE : LE TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES. 2003.
6. Direction de la Sécurité Sociale. Instruction N° DSS/1B/DGOS/RH2/CNAM/2021/19 du 18 janvier 2021 relative à la mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés. 2021.
7. Ministère de la Santé. Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle [Internet]. 2024 [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049734400>
8. Santé Publique France. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [Internet]. [cité 16 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>
9. DRESS. Etudes et Résultats : plus de 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans exercent en groupe. mai 2019;
10. Ministère de la Santé. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 déc 19, 2007.
11. Ministère de la Santé. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
12. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000017833749/2007-12-22
13. Atalaya J. L'exercice coordonné pluri-professionnel comme outil de lutte contre la désertification médicale dans le département des Hautes-Alpes. 2015;
14. Ministère de la Santé. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
15. URML Normandie. Qu'est-ce qu'une CPTS ? | [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/cpts/quest-ce-quune-cpts/>
16. URML Normandie. Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Disponible sur:

- <https://www.normandie.paps.sante.fr/poles-de-sante-liberaux-et-ambulatoires-psla>
17. URML Normandie, ARS Normandie. Charte Partenariale Pour l'Accès aux Soins en Normandie. 2021.
 18. Plexus Cloud [Internet]. [cité 16 sept 2024]. Projet de santé PSLA Caux-Seine- Avril 2020. Disponible sur:
<https://psla-caux-seine-cloud.plexus-sante.fr/s/dD6QMNWYHbngedH>
 19. ARS Normandie. Zonage Médecin : l'ARS Normandie aide les médecins généralistes libéraux à s'installer et à exercer dans les zones qui en ont le plus besoin [Internet]. 2024 [cité 14 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.normandie.ars.sante.fr/zonage-medecin-lars-normandie-aide-les-medecins-generalistes-liberaux-sinstaller-et-exercer-dans>
 20. Où m'installer ? [Internet]. [cité 16 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.normandie.paps.sante.fr/ou-minstaller-218>
 21. Plexus. PSLA Caux Seine. [cité 15 sept 2024]. PSLA Caux Seine. Disponible sur:
<http://www.psla-caux-seine.fr/>
 22. Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978 [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur:
<https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
 23. DUMG Université de ROUEN. Les compétences du médecin généraliste [Internet]. [cité 19 sept 2024]. Disponible sur:
<https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>
 24. Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
 25. Gay B, Gilberg S, Druais PL, Certain MH, Frappe P. Développer les soins de santé primaires, un enjeu stratégique. EXERCER. 1 mars 2020;31(161):133-5.
 26. STRAUSS A. Mirroirs et Masques : une introduction à l'interactionnisme. Métailié. 1992. 194 p.
 27. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. mai 2005;19 Suppl 1:116-31.
 28. OMS. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010;
 29. Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. Health Policy. 1 févr 2021;125(2):191-202.
 30. GIRARD S, ROUXEL L. Evaluation de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires : une revue systématique de la littérature. 2020.
 31. Sicotte C, D'Amour D, Moreault MP. Interdisciplinary collaboration within Quebec Community Health Care Centres. Soc Sci Med 1982. sept 2002;55(6):991-1003.
 32. Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. JAMA. 5 janv 2000;283(1):59-68.
 33. Asalée [Internet]. [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>
 34. MESNIER T. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires.
 35. HAS. Haute Autorité de Santé. [cité 20 sept 2024]. Protocole de coopération entre professionnels de santé. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

36. BERLAND Y. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS POUR MIEUX COOPERER ET SOIGNER. 2013;
37. Haut Conseil de la Santé Publique. Les Pharmaciens : évolution d'une profession [Internet]. 2016. Disponible sur: <file:///C:/Users/alexa/Downloads/ad974043.pdf>
38. Légifrance. Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes [Internet]. [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037466340>
39. CNOP [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Rapport d'activité de l'Ordre : retour sur une année de coopérations fortes entre tous les pharmaciens du système de soin au service des patients et de la santé publique. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/rapport-d-activite-de-l-ordre-retour-sur-une-annee-de-cooperations-fortes-entre-tous-les-pharmaciens-du-systeme-de-soin-au-service-des-patients-e>
40. Ministère de la Santé. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.
41. Légifrance. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697967>
42. Légifrance. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697956>
43. Légifrance. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697978>
44. Légifrance. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704192>
45. Assurance Maladie. Prise en charge à l'officine de la femme présentant une gêne fonctionnelle urinaire [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo_bandelettes_urinaires-pharmacie_n.pdf
46. Assurance Maladie. Prise en charge de l'angine à l'officine [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo_angine_pharmacien.pdf
47. Autissier D, Moutot JM, Johnson K, Metais-Wiersch E. Outil 6. La courbe d'engagement de Kübler Ross. *BàO Boîte À Outils*. 2019;2:24-5.
48. Rossetti S. COVID-19 : impact sur la profession du pharmacien d'officine et évolution de son rôle social [Internet]. 2022 [cité 3 oct 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03897707>
49. Vielle CM. Évolution de la pharmacie d'officine depuis le début de la crise sanitaire du COVID-19 [Internet]. 2023 [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04150571>

50. CNOP [Internet]. [cité 3 oct 2024]. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2020. Disponible sur:
<https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2020>
51. MUCCHIELLI R. Le travail en équipe : clé pour une meilleure efficacité collective. 2003. 208 p.
52. A X, K L. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. janv 2008 [cité 4 oct 2024];45(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17383655/>
53. Michinov E. La distance physique et ses effets dans les équipes de travail distribuées : une analyse psychosociale. *Trav Hum*. 10 avr 2008;71(1):1-21.
54. Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. *J Adv Nurs*. janv 1995;21(1):103-9.
55. Formation des coordinateurs/trices de CPTS en Normandie ! | [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur:
<https://www.urml-normandie.org/37937-formation-des-coordinateurs-trices-de-cpts-en-normandie/>
56. Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique*. 2007;19(hs):73-7.
57. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. ‘Gearing Up’ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. 20 juill 2016;17(1):83.
58. Sarma S, Devlin RA, Thind A, Chu MK. Canadian family physicians’ decision to collaborate: age, period and cohort effects. *Soc Sci Med* 1982. nov 2012;75(10):1811-9.
59. Gellert F, Kuipers B. Short- and long-term consequences of age in work teams: An empirical exploration of ageing teams. *Career Dev Int*. 28 mars 2008;13:132-49.
60. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 1998;
61. Ordre National des Médecins. Bulletin de l’ordre national des médecins. févr 2023;
62. Lindeke LL, Block DE. Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration. *Nurs Outlook*. 1998;46(5):213-8.
63. Choi K, Cho B. Competing hypotheses analyses of the associations between group task conflict and group relationship conflict. *J Organ Behav*. 2011;32(8):1106-26.
64. Chiochio. Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé-cadre conceptuel et inventaire de mesures. 2012;
65. Cabrera E, Cabrera A. Fostering knowledge sharing through people management practices. *Int J Hum Resour Manag*. 1 mai 2005;16:720-35.
66. Cholez C. Coopération entre groupes professionnels dans la gestion des risques. Un état de l’art [Internet] [report]. PACTE - Université Grenoble Alpes; 2018 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-02978504>
67. D’Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 21 sept 2008;8:188.
68. Hope P. Prescription Hope. 2019 [cité 4 oct 2024]. Can Your Pharmacist Prescribe? Here’s What They Can and Can’t Do. Disponible sur:
<https://prescriptionhope.com/can-your-pharmacist-prescribe-heres-what-they-can-and-cant-do/>
69. USPO. De nouvelles « activité » pour les pharmaciens du canada.
70. OPQ : L’Interaction Express [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur:
<http://ofsys.com/T/OFSYS/SM2/2/P/F/689436/scLX33/700700.html>

71. Ruggli M, Iten S, Jordan D, Erni P. netCare, une nouvelle prestation dans les pharmacies suisses.
72. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. mai 2005;19 Suppl 1:132-47.
73. Bronstein LR. A model for interdisciplinary collaboration. *Soc Work*. juill 2003;48(3):297-306.

ANNEXES

Cartographie zonage des médecins en Normandie - ARS

Cartographie PSLA / MSP en Normandie - ARS

Compte rendu protocole de coopération médecin / pharmacien - PSLA Caux Seine : Cystite

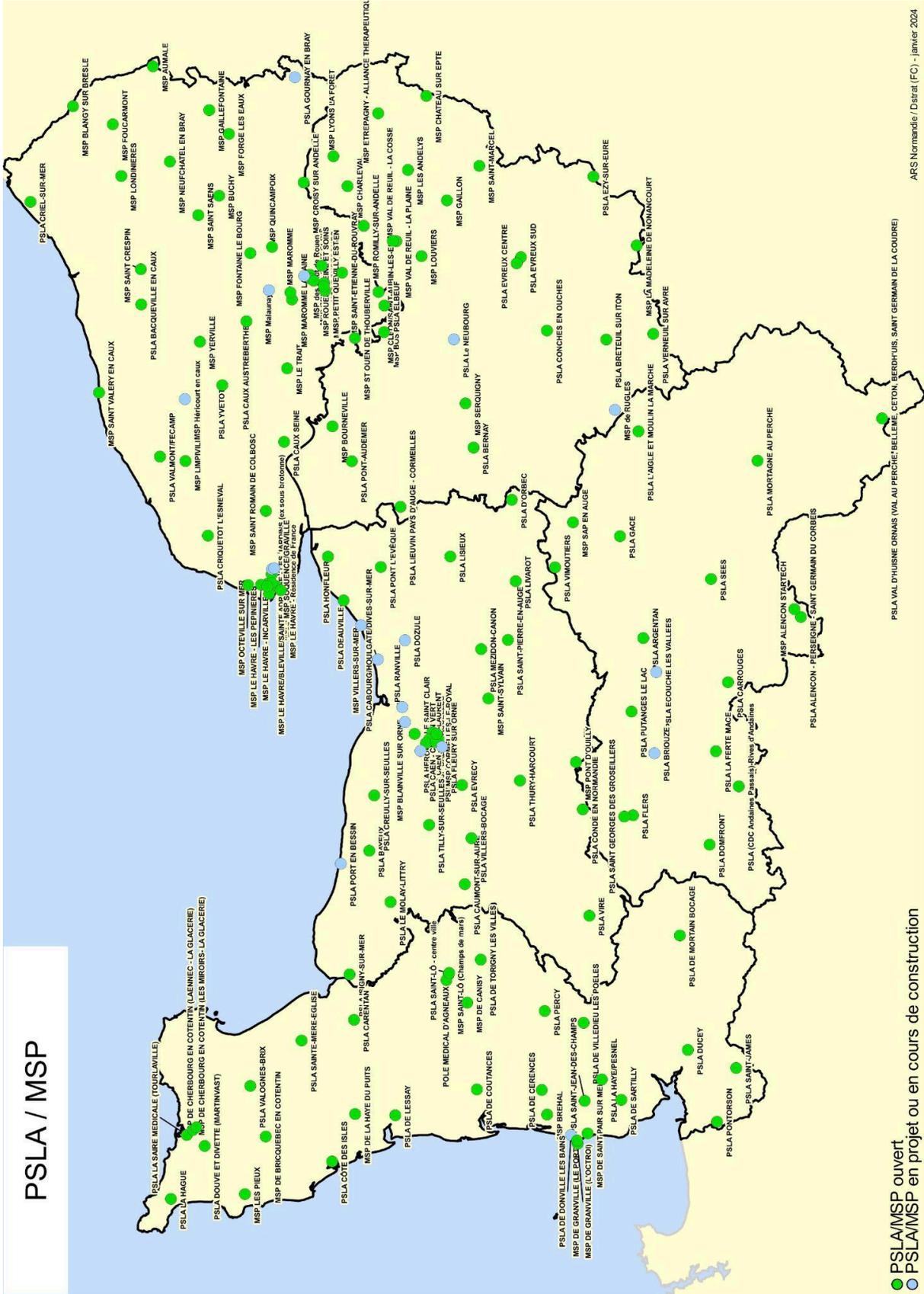
Compte rendu protocole de coopération médecin / pharmacien - PSLA Caux Seine : Angine

Consortium pancanadien de l'interprofessionalisme en santé

Feuille de consentement

Guide d'entretien

Grille COREQ





Compte-Rendu

PROTOCOLE de COOPERATION MEDECIN/PHARMACIEN

Infection urinaire

Docteur,

Madame a été pris en charge le pour des brûlures mictionnelles et une pollakiurie dans le cadre du protocole national de coopération : « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'état de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une CPTS », mis en œuvre par la structure d'exercice coordonné PSLA Caux Seine.

A l'issue de son évaluation clinique

- Je lui ai conseillé de vous consulter dans les 24h en raison de l'identification du critère suivant ne permettant pas sa prise en charge dans le cadre du protocole :
 - Age < 16 ans ou > 65 ans
 - Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées en l'absence de dossier médical disponible
 - Grossesse avérée ou non exclue
 - Signalement par la patiente de signes d'appel gynécologiques : leucorrhée / prurit vulvaire ou vaginal
 - Notion de cystites à répétition ≥ 3 épisodes dans les 12 derniers mois
 - Episode de cystite non complètement résolue dans les 15 derniers jours
 - Antécédents d'anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire (uropathie, résidu vésical, lithiase rénale, tumeur rénale, geste chirurgical récent, endoscopique ou sondage)
 - Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie)
 - Port d'un cathéter veineux implanté
 - Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
 - Notion d'insuffisance rénale chronique sévère rapportée par la patiente ou débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/mn/1.73m² selon CKD-EPI
 - Prise de fluoroquinolones dans les 3 mois précédents (risque de sélection des germes)
 - Je l'ai adressée à un médecin en urgence en raison de symptômes de gravité nécessitant une prise en charge médicale immédiate
 - Fièvre rapportée par la patiente ou mesurée avec température >38° C ou hypothermie (Température < 36° C) ou frissons
 - Douleur d'une ou des fosses lombaires ou au niveau des flancs, vomissements / diarrhée / douleurs abdominales
 - Mesure d'une Pression artérielle Systolique < 90 mm Hg ou d'une Fréquence Cardiaque > 110/mn ou d'une Fréquence Respiratoire >20/min
- Je lui ai prescrit un traitement antibiotique conforme aux recommandations en vigueur suite à la réalisation d'une bandelette urinaire positive aux leucocytes ou aux nitrites
 - FOSFOMYCINE TROMETAMOL 3 g per os en une prise unique
 - PIVMECILLINAM 400 mg per os 2 fois par jour pendant 3 jours
- Je lui ai prescrit un ECBU en raison d'une allergie ou d'une contre-indication à ces antibiotiques et je lui ai demandé de vous consulter dès l'obtention des résultats
- Je lui ai conseillé de consulter un médecin dans les 24h suite à la réalisation d'une bandelette urinaire négative aux leucocytes et aux nitrites mais avec présence d'une hématurie ou d'une autre anomalie

Je lui ai également conseillé de consulter rapidement un médecin en cas d'apparition de nouveaux symptômes, d'apparition d'un critère de gravité (fièvre, symptômes évocateurs d'une pyélonéphrite, altération de l'état Général) dans les 24h, de persistance des symptômes malgré le traitement à 48h ou de présence de sang dans les urines après le traitement.

Bien cordialement

Le délégué, profession

Docteur,

Madame, Monsieur, l'enfanta été pris en charge le pour une douleur de gorge augmentée par la déglutition dans le cadre du protocole national de coopération : « Prise en charge par le Pharmacien d'officine ou l'infirmier des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie » mis en œuvre par la structure d'exercice coordonné PSA Caux Seine.

A l'issue de son évaluation clinique :

- Je lui ai conseillé de vous consulter dans les 24h en raison de l'identification du critère suivant ne permettant pas sa prise en charge dans le cadre du protocole :
 - Age < 6 ans ou >50 ans
 - Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées en l'absence de dossier médical disponible
 - Retour de voyage en pays tropical depuis 2 à 5 jours et vaccination anti diphtérique non à jour / non renseignée
 - Grossesse en cours ou non exclue
 - Evolution des symptômes depuis plus de 8 jours
 - Apparition d'une éruption cutanée chez cet enfant
 - Notion d'insuffisance rénale sévère rapportée par le patient débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/min/1.73m2 selon CKD-EPI
 - Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie, métrimazole ou dérivé prescrit pour hyperthyroïdie
 - Port d'un cathéter veineux implanté
 - Antibiothérapie déjà en cours pour une autre raison
 - Episode similaire dans les 15 jours précédents
 - Deux autres épisodes d'odynophagie depuis 6 mois sans avoir consulté de médecin
 - Contre-indication à l'utilisation de l'amoxicilline, céfuroxime, céfepodoxime, azithromycine, clarithromycine, et josamycine conformément au résumé des caractéristiques du produit (RCP)

Je l'ai adressé à un médecin en urgence en raison de symptômes de gravité nécessitant une prise en charge médicale immédiate :

- Température mesurée > 39,5°C
- Mesure d'une Pression artérielle Systolique < 90 mm Hg ou d'une Fréquence Cardiaque > 110/mn ou d'une Fréquence Respiratoire >20
- Difficulté respiratoire ou pour parler
- Trismus (limitation de l'ouverture buccale
- Hypersialorrhée
- Cervicalgie ou torticollis limitant les mouvements de la tête
- Gonflement cervical étendu, mal limité, ou une zone cutanée cervicale inflammatoire
- A l'examen endo buccal : angine ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique, angine, vésiculeuse angine pseudo-membraneuse, hypertrophie unilatérale des amygdales déviation médiale de l'amygdale, œdème ou voussure du voile, déviation de la luette du côté sain

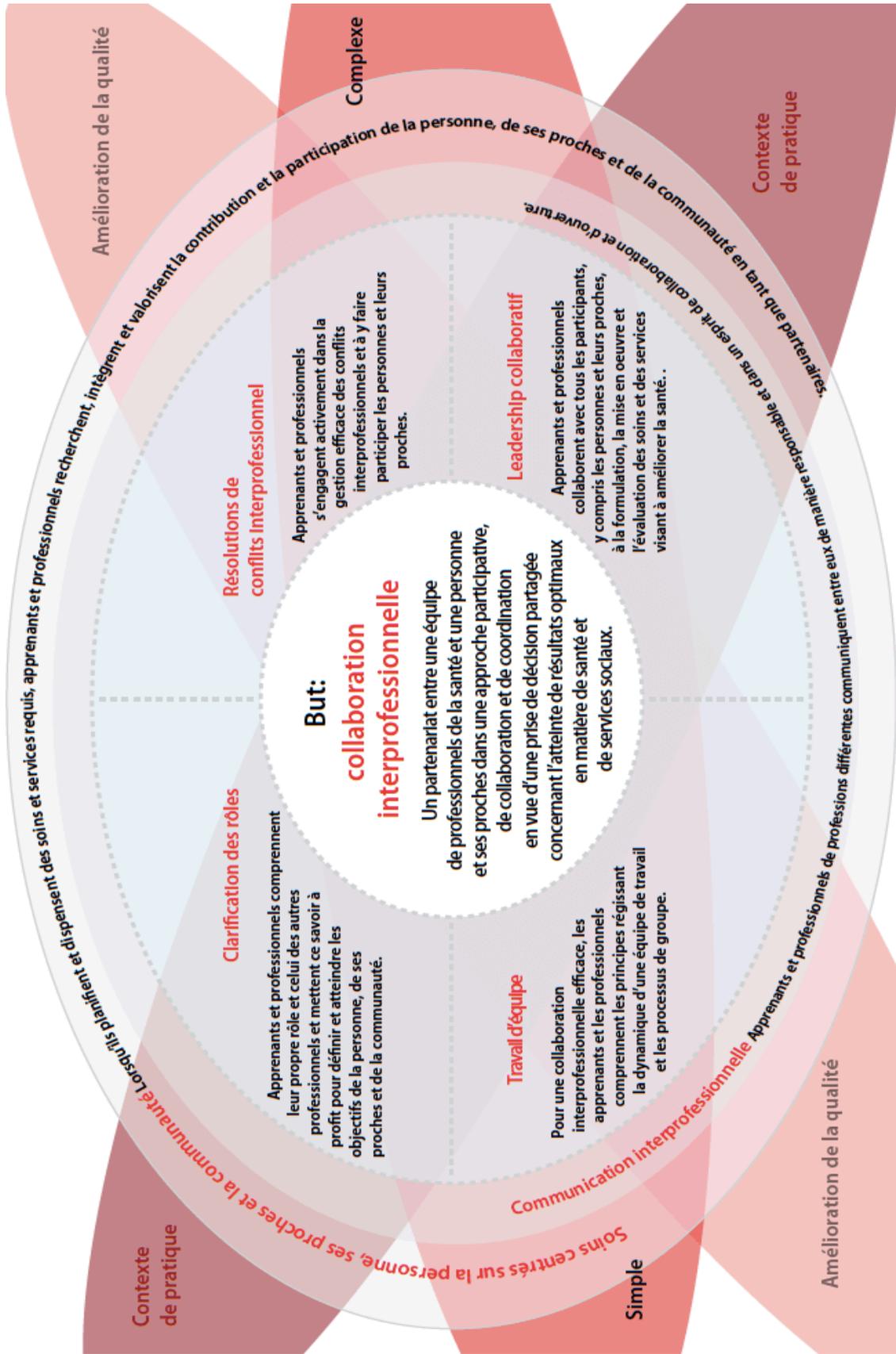
Je lui ai prescrit un traitement antibiotique conforme aux recommandations suite à la réalisation d'un score de Mac Isaac et d'un TROD positif :

- Amoxicilline : 2 g par jour en 2 prises par jour, pendant 6 jours ; • 50 mg/kg/j en 2 prises par jour par voie orale, sans dépasser 2 g par jour, pendant 6 jours
- Céfuroxime axétil : 500 mg par jour en 2 prises par jour par voie orale, pendant 4 jours ;
- Céfpodoxime proxétil : 200 mg par jour en 2 prises par jour par voie orale, pendant 5 jours ; •8 mg/kg/j en 2 prises par jour par voie orale, sans dépasser la dose adulte de 200 mg par jour, pendant 5 jours
- Azithromycine : 500 mg par jour en 1 prise orale par jour, pendant 3 jours ; • 20 mg/kg/j en 1 prise orale par jour, pendant 3 jours
- Clarithromycine : 500 mg par jour en 2 prises orales par jour, pendant 5 jours ; • 15 mg/kg/j en 2 prises orales par jour, pendant 5 jours
- Josamycine : 2 g par jour en 2 prises orales par jour, pendant 5 jours. • 50 mg/kg/j en 1 prise orale par jour, pendant 5 jours.

Je lui ai prescrit un simple traitement symptomatique suite à la réalisation d'un TROD négatif.

Je lui ai également conseillé de consulter rapidement un médecin, en cas de persistance des symptômes >72 h, d'aggravation des symptômes ou d'apparition de nouveaux symptômes.

Bien cordialement
Le délégué, profession



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le présent document vous invite à participer à un projet de recherche dont les modalités seront décrites dans les prochains paragraphes. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions.

Titre du projet : Thèse qualitative : exploration des relations interprofessionnelles

Chercheur principal : THIEURY Alexandre pour la thèse de médecine générale

Vous pouvez me joindre par courrier électronique à l'adresse alexandre.thieury@etu.univ-rouen.fr pour toute information ou tout problème lié au projet de recherche. Cette recherche est réalisée sous la supervision du Dr VILLAMAUX.

Objectifs du projet : Le but de cette recherche est d'observer les relations interprofessionnelles entre médecins et pharmaciens.

Raison et nature de la participation : Il vous est proposé de participer à cette recherche. Cette participation consiste à participer à un entretien semi dirigé, dont la collecte d'information se fait par enregistrement audio.

Compensation financière : Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette recherche.

Droit de retrait sans préjudice de la participation : Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit en faisant connaître votre décision au chercheur principal du projet. Vous pouvez aussi demander que les données déjà collectées vous concernant ne soient pas utilisées.

Confidentialité, partage, surveillance et publications : Les données vous concernant demeureront strictement confidentielles dans les limites de la loi et seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre à l'objectif scientifique de l'étude décrit dans le présent document. Votre identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et toutes informations vous concernant seront traitées de façon confidentielle. Les données recueillies et/ou enregistrées pour cette étude seront détruites aussitôt l'étude réalisée.

Consentement libre et éclairé du participant :

Je, soussigné(e) _____ déclare avoir lu et compris les informations contenues dans le présent document et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends le motif et les modalités de ma participation que la nature de l'étude. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte de participer à cette recherche.

Signature : _____ Date : _____



Guide d'entretien

- Quel âge avez-vous ?
 - Êtes-vous un homme ou une femme ?
 - Travaillez vous seul ou dans un cabinet de groupe / Êtes-vous pharmacien titulaire ou adjoint ?
 - Dans quel milieu travaillez-vous ? (rural, semi rural, urbain)
 - Participez-vous déjà à un protocole de coopération au sein du PSLA ?
-
1. Racontez-moi votre dernier contact avec un médecin/un pharmacien ?
 2. Comment étaient vos relations interprofessionnelles jusqu'à votre adhésion au PSLA ? (Comment avez-vous adhéré au PSLA) ?
 3. Comment vos pratiques ont évolué suite à votre adhésion au PSLA ?
 4. Il y a des protocoles de coopération mis en place au sein du PSLA. Qu'est ce que cela vous évoque ? Que pensez-vous de la nationalisation des protocoles ?
 5. Ces protocoles ont été créés pour faire face à la pénurie des médecins généralistes. Qu'en pensez-vous ?
 6. Comment idéalisez-vous la relation interprofessionnelle médecin/pharmacien pour répondre à la demande actuelle ?

« Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) » :

Numéro de l'élément

Questions/ description

Domaine 1 : équipe de recherche et réflexivité

Caractéristiques personnelles

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Intervieweur / facilitateur | L'entrevue ou le groupe de discussion a été dirigé(e) par quel(s) auteur(s) ?
Alexandre Thieury |
| 2. Qualifications | Quelles étaient les qualifications du chercheur ?
Pas de qualification en recherche |
| 3. Emploi | Quel était l'emploi au moment de l'étude ?
Médecin généraliste exerçant en hôpital |
| 4. Genre | Est-ce que le chercheur était un homme ou une femme ?
Homme |
| 5. Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Aucune expérience en recherche
DES de médecine générale |

Liens avec les participants

- | | |
|--|--|
| 6. Liens établis | Un lien a-t-il été établi avant le début de l'étude ?
Le chercheur connaissait 6 des 16 participants |
| 7. Connaissances du participant à propos de l'intervieweur | Quelles connaissances les participants avaient-ils à propos du chercheur ?
Les participants connaissaient le thème de la recherche : les relations interprofessionnelles au sein du PSLA Caux Seine |

8. Caractéristiques de l'intervieweur Quelles étaient les caractéristiques rapportées à propos de l'intervieweur/du facilitateur ?
Recherche dans le cadre de sa thèse de médecine générale, intérêt pour les relations interprofessionnelles

Domaine 2: Devis de l'étude

Cadre théorique

9. Approche méthodologique et fondements théoriques et Sur quelle approche méthodologique repose l'étude ?
Théorisation ancrée

Sélection des participants

10. échantillonnage Comment les participants ont-ils été sélectionnés ?
Échantillonnage théorique et boule de neige jusqu'à saturation
11. Recrutement des participants Comment les participants ont-ils été recrutés ?
Recrutement par téléphone ou en face en se déplaçant au cabinet ou en pharmacie
12. Taille de l'échantillon Combien de participants ont fait partie de l'étude ?
16 participants
13. Refus de participation et abandon Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné l'étude ? Raisons ?
0 refus

Lieu

14. Lieu de la collecte des données Où les données ont-elles été recueillies ?
13 entretiens sur le lieu de travail des participants (cabinet, pharmacie)
2 entretiens au domicile des participants
1 entretien sur le lieu de travail du chercheur
15. Présence de non-participants Est-ce qu'une personne autre que les participants et les chercheurs était présente ?
Non

16. Description de l'échantillon Quelles sont les caractéristiques importantes de l'échantillon ? Voir tableau 1

Collecte des données

17. Guide d'entrevue Est-ce que les auteurs ont fourni les questions, les indices et les guides ? Est-ce que le guide d'entrevue a été préalablement testé ?
Le guide n'était pas présenté aux participants
Il n'a pas été testé au préalable

18. Entrevues répétées Les entrevues ont-elles été répétées ? Si oui, combien de fois?
Non

19. Enregistrement audio/vidéo Est-ce qu'un enregistrement audio ou vidéo a été utilisé pour recueillir les données?
Enregistrement audio

20. Notes prises sur le terrain Est-ce que des notes ont été prises pendant ou après l'entrevue ou le groupe de discussion?
Oui

21. Durée Quelle était la durée des entrevues ou des groupes de discussion?
Moyenne de 42 minutes

22. Saturation des données La saturation des données a-t-elle été discutée ?
Oui, obtenue au bout du 14ème entretien

23. Révision des transcriptions Est-ce que les transcriptions ont été remises aux participants pour obtenir leurs commentaires ou leurs corrections ?
Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de codificateurs de données	de	Combien de personnes ont fait la codification des données ? 2 sur le premier entretien, 1 par la suite
25. Description de l'arbre de codification	de	Les auteurs ont-ils fourni la description de l'arbre de codification ? Non
26. Identification des thèmes		Est-ce que les thèmes ont été identifiés à l'avance ou ont découlé des données ? Non, selon les données
27. Logiciel		Quel logiciel, s'il y a lieu, a été utilisé pour gérer les données ? Word, NVivo
28. Rétroaction des participants		Est-ce que les participants ont fourni une rétroaction sur les résultats ? Non

Rapport

29. Utilisation de citations		Est-ce que des citations ont été utilisées pour illustrer les thèmes / résultats ? Est-ce que chaque citation était identifiée ? Oui, entre guillemets, avec le numéro du participant
30. Cohérence entre les données et les résultats		Les résultats sont-ils cohérents avec les données présentées ? Oui
31. Clarté des thèmes principaux		Les thèmes principaux ont-ils été clairement présentés dans les résultats ? Oui
32. Clarté des thèmes secondaires		Y avait-il une description des cas isolés ou une discussion des thèmes secondaires? Oui

RESUME

Introduction : Dans un contexte de pénurie médicale et de difficultés d'accès aux soins de premier recours, les professionnels de santé s'organisent en structures pluriprofessionnelles afin de répondre aux besoins des patients. Des protocoles de coopération sont mis en place entre les pharmaciens et les médecins pour des pathologies fréquentes. Ce travail vise à explorer les relations interprofessionnelles à travers l'instauration de ces protocoles.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative menée par des entretiens semi-dirigés auprès de 9 médecins et 7 pharmaciens, appartenant au PSLA Caux Seine.

Résultats : La pénurie médicale, la crise du COVID19, la création du PSLA, l'apparition des protocoles de coopération sont des événements déclencheurs de changements. Ces événements ont nécessité une adaptation des pratiques des deux professions. L'organisation collective du PSLA met en lumière des freins et des leviers, tant structurels que personnels, qui influencent l'acceptation de la délégation de tâches. La clarification des rôles s'avère essentielle dans ce contexte pour favoriser une collaboration interprofessionnelle efficace.

Conclusion : Cette étude montre l'importance d'analyser les leviers et les freins à la collaboration interprofessionnelle. Comprendre ces facteurs est essentiel pour progresser à travers les étapes du changement et ainsi améliorer l'adaptation des pratiques des médecins et des pharmaciens dans les structures pluriprofessionnelles. Cette compréhension est cruciale pour répondre efficacement aux besoins des patients dans un contexte de pénurie médicale.

Mots clés : relation interprofessionnelle, médecin, pharmacien, coopération