



HAL
open science

**Exercice coordonné entre médecins généralistes et
infirmières libérales en maison de santé
pluriprofessionnelle : identification des freins et leviers à
sa mise en place, selon le point de vue des professionnels
de santé**

Pierre Goebel

► **To cite this version:**

Pierre Goebel. Exercice coordonné entre médecins généralistes et infirmières libérales en maison de santé pluriprofessionnelle : identification des freins et leviers à sa mise en place, selon le point de vue des professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03806008

HAL Id: hal-03806008

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806008v1>

Submitted on 7 Oct 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2020

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Pierre GOEBEL

le 22 octobre 2020

Exercice coordonné entre médecins généralistes et

infirmières libérales en maison de santé

pluriprofessionnelle :

**Identification des freins et leviers à sa mise en place, selon le point
de vue des professionnels de santé**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président
Madame la Professeure Christine PERRET GUILLAUME	Juge
Madame la Professeure Éliane ALBUISSON	Juge
Monsieur le Docteur Jean Daniel GRADELER	Juge et Directeur



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESim : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT – Laurent BRESLER – Serge BRIANÇON - Henry COUDANE – Gilbert FAURE - Alain LE FAOU – Thierry May - Patrick NETTER – Luc PICARD - François PLENAT – Paul VERT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : (Médecine d'urgence)

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

1.1 PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (*Histologie, embryologie, et cytogénétique*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD (stagiaire)

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : (Pédiatrie)

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements :

À notre Président de jury

**Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Médecine Générale**

Vous nous faites l'honneur de présider et juger cette thèse.

Pour votre disponibilité, vos conseils et la qualité de votre enseignement,

Veillez trouver en ces mots, l'expression de toute notre gratitude.

À notre juge

Madame la Professeure Christine PERRET GUILLAUME
Professeure des Universités – Praticien Hospitalier
Gériatrie

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

À notre juge

**Madame la Professeure Éliane ALBUISSON
Professeure des Universités – Praticien Hospitalier
Santé Publique**

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Soyez assurée de notre profonde gratitude et de notre respectueuse considération.

À notre juge

**Monsieur le Docteur Jean Daniel GRADELER
Médecine Générale**

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse, m'apportant les conseils et le soutien dont j'avais besoin. Durant mes stages à vos côtés, vous m'avez transmis l'amour du travail bien fait ainsi que votre engagement sans faille auprès de vos patients. Soyez assuré que vos précieux conseils résonneront en moi pour mon exercice à venir.

Veillez trouver en ces quelques mots, l'expression de ma sincère considération.

À Coralie, ma chérie, pour ta présence depuis tout ce temps à mes côtés, dans les moments de joie comme de peine, pour ta force et ton soutien sans faille depuis le début de cette aventure, pour ta patience aussi. Je nous souhaite de vivre encore de si belles aventures ensemble.

À Corentin, pour tes sourires et tes câlins qui me donnent toujours l'énergie de continuer. Je suis fier d'être ton papa et j'espère que tu seras fier d'être mon fils.

À René et Marie-Claude, mes parents, pour votre présence et votre aide de chaque instant, pour avoir fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir toujours poussé à donner le meilleur de moi-même !

À Chris, Amé et Ana, pour avoir toujours été et être encore des exemples à suivre. On ne peut pas rêver meilleure fratrie.

À ma famille et ma belle-famille, pour être toujours là quand il faut, pour vos encouragements et votre soutien de près ou de loin. Nos retrouvailles sont toujours des instants de bonheur.

À Mathieu, Manon, Gautier, Nadège, Nico, Quentin, Brice, Alisson, Thomas, Jonas et tous ceux avec qui j'ai eu le plaisir d'user les bancs des amphis de manière plus ou moins assidue. La vie a pris des chemins différents pour chacun de nous, c'est toujours un plaisir quand ils se recroisent.

À Mathieu, parce que tu mérites bien d'apparaître deux fois ici. Tu as toujours été là pour moi, sache que *I'll be there for you*. Je souhaite à tout le monde un ami comme toi.

À mes, désormais officiellement, confrères Albertine, Christine et Jean Daniel, pour votre accueil, vos conseils et votre confiance. Promis, je vais essayer le tutoiement maintenant !

À l'ensemble des personnes rencontrées au cours de mes stages, quel que soit le statut professionnel, qui m'ont tant appris à tous les niveaux, en particulier Dr. Baudoin, Dr. Bievez, Dr. Gradeler, Dr. Lemarié, Dr. Bouschbacher, Dr. Barré, Dr. Langinier, Dr. Przychocki, vous m'avez transmis votre passion et l'amour du travail bien fait.

Serment d'Hippocrate :

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières :

1	<u>INTRODUCTION :</u>	20
2	<u>LES MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES :</u>	22
2.1	DEFINITION :	22
2.2	HISTORIQUE :	23
2.3	OBJECTIFS ET MISSIONS DES MSP :	24
2.4	CREATION D'UNE MSP :	26
2.5	CADRE JURIDIQUE, LA SOCIETE INTERPROFESSIONNELLE DE SOINS AMBULATOIRES :	27
2.6	FINANCEMENT DES MSP :	28
2.6.1	FINANCEMENT DU PROJET :	28
2.6.2	FINANCEMENT DU FONCTIONNEMENT :	28
2.6.2.1	Le Fond d'Intervention Régional :	28
2.6.2.2	L'Accord Conventionnel Interprofessionnel :	29
3	<u>L'EXERCICE COORDONNE ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET INFIRMIERES EN MAISON DE SANTE PLURI PROFESSIONNELLE :</u>	32
3.1	L'EXERCICE COORDONNE :	32
3.1.1	LES REUNIONS DE CONCERTATIONS PLURI-PROFESSIONNELLES :	32
3.1.2	LES PROTOCOLES DE SOINS PLURI-PROFESSIONNELS :	34
3.1.3	LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE :	35
3.1.4	L'EDUCATION THERAPEUTIQUE :	37
3.2	LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE INFIRMIER EN MSP :	39
3.2.1	L'INFIRMIERE LIBERALE EN MSP :	40
3.2.2	L'INFIRMIERE SALARIEE PAR LA MSP :	41
3.2.3	L'INFIRMIERE DELEGUEE A LA SANTE PUBLIQUE (ASALEE) :	42
3.2.4	L'INFIRMIERE DE PRATIQUE AVANCEE :	44
4	<u>OBJECTIFS DE L'ETUDE :</u>	47
5	<u>METHODOLOGIE DE L'ETUDE :</u>	48
5.1	RECHERCHE QUALITATIVE :	48
5.2	CHOIX DE LA METHODE :	49
5.3	PARTICIPANTS :	49
5.4	CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION :	49
5.5	QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE :	50
5.6	DEROULEMENT DES ENTRETIENS ET TRANSCRIPTION DES DONNEES :	50
5.7	EFFECTIF DES GROUPES ET SATURATION DES DONNEES :	51
6	<u>RESULTATS :</u>	53
6.1	COORDINATION INTERPROFESSIONNELLE :	55
6.1.1	UNE NOTION NOUVELLE :	55
6.1.2	UN MODELE PREEXISTANT :	56

6.1.3	DE L'ÉCHANGE ET DU PARTAGE :	56
6.1.4	S'ORGANISER :	57
6.2	LEVIERS A LA COORDINATION :	59
6.2.1	AMELIORATION DU SUIVI GLOBAL DU PATIENT :	59
6.2.1.1	Communication facilitée :	59
6.2.1.2	Des outils en commun :	60
6.2.1.3	Collégialité des décisions :	61
6.2.1.4	Place de la prévention :	62
6.2.2	GAIN DE TEMPS :	63
6.2.3	LEVIERS FINANCIERS A LA COORDINATION :	65
6.2.4	BENEFICES POUR LES PATIENTS :	67
6.2.5	ÉPANOUISSEMENT PROFESSIONNEL :	68
6.3	FREINS A LA COORDINATION :	69
6.3.1	ASPECT CHRONOPHAGE DE L'EXERCICE COORDONNE :	69
6.3.2	DES CHARGES SUPPLEMENTAIRES :	71
6.3.3	SOURCE DE CONFLITS :	73
6.3.4	DEFAUT DE CONNAISSANCE DES MODALITES DE COORDINATION :	74
6.4	EXERCICE INFIRMIER EN MAISON DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLE :	76
6.4.1	EXERCICE LIBERAL ET PERMANENCES DE SOINS AU CABINET :	76
6.4.1.1	Aspects positifs :	76
6.4.1.2	Aspects négatifs :	78
6.4.2	EXERCICE ASALEE :	79
6.4.2.1	Aspects positifs :	79
6.4.2.2	Aspects négatifs :	80
6.4.3	EXERCICE SALARIE EN MSP :	82
6.4.3.1	Aspects positifs :	82
6.4.3.2	Aspects négatifs :	82
6.4.4	DEFAUT DE CONNAISSANCES :	84
7	<u>DISCUSSION :</u>	<u>87</u>
7.1	CHOIX DE LA METHODE :	87
7.2	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS :	89
7.2.1	LA COORDINATION INTERPROFESSIONNELLE :	89
7.2.2	LEVIERS A LA COORDINATION :	90
7.2.2.1	Amélioration du suivi du patient :	90
7.2.2.2	Gain de temps :	92
7.2.2.3	Leviers financiers de l'exercice coordonné :	92
7.2.2.4	Bénéfices pour les patients :	93
7.2.2.5	Épanouissement professionnel :	94
7.2.3	FREINS A LA COORDINATION :	95
7.2.4	EXERCICE INFIRMIER EN MSP :	97
7.2.5	DISCUSSION TRANSVERSALE :	100
8	<u>CONCLUSION :</u>	<u>101</u>
9	<u>BIBLIOGRAPHIE :</u>	<u>102</u>
10	<u>ANNEXES :</u>	<u>106</u>
10.1	ANNEXE 1 : LISTE DES INDICATEURS CONDITIONNANT LA REMUNERATION AU TITRE DE L'ACI	106

10.2	ANNEXE 2 : PLACE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT ATTEINT DE MALADIE CHRONIQUE	108
10.3	ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ETUDE.....	109

Liste des abréviations :

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de SAnté Libérale En Équipe
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSP	Code de Santé Publique
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FIR	Fond d'Intervention Régional
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IDSP	Infirmière Déléguée à la Santé Publique
IPA	Infirmière de Pratique Avancée
HAS	Haute Autorité de Santé
Loi HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
PRS	Projet Régional de Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluri-professionnelle
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Préambule :

Devant un effectif féminin largement majoritaire dans la profession avec 88% de femmes(1), nous avons fait le choix d'utiliser le féminin « infirmières » dans l'intégralité de notre travail.

2 Introduction :

Le nombre total de médecins en exercice tend à augmenter après des années de recul selon les derniers chiffres de l'atlas de la démographie médicale publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.(2) Cette augmentation concerne le nombre total de médecins, à la fois spécialistes en médecine générale et spécialistes d'organe. Une analyse plus détaillée de ces statistiques montre que le nombre de médecins spécialistes en médecine générale continue cependant de diminuer progressivement, passant de 94 261 en 2010 à 87 801 en 2018 soit une baisse de 7,4%.

La question de la répartition des généralistes sur le territoire, assimilant souvent déserts médicaux à territoires ruraux, ne peut pas se traiter de manière aussi simpliste quand on observe les départs en retraite non remplacés de certains médecins en plein centre-ville.

Il nous semble que nous assistons en fait à une modification profonde de la pratique médicale. Les jeunes médecins expriment l'envie de travailler en coordination, de se regrouper et aspirent également à une meilleure qualité de vie que leurs prédécesseurs. Le cliché du médecin travaillant seul dans son cabinet, disponible à toute heure du jour et de la nuit, weekends et jours fériés inclus a fait long feu. Nous n'aurons plus de médecin dans chaque village comme cela a pu être le cas par le passé.

Dans ce contexte, les gouvernements successifs tentent de pallier au problème de l'accès aux soins en proposant différentes mesures parmi lesquelles on retrouve notamment le développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), introduites dans le code de Santé Publique en 2007.(3)

Celles-ci correspondent au regroupement de professionnels de santé assurant des activités des soins. Ces regroupements ont pour objectif, entre autres, de favoriser l'émergence ou le renforcement d'un exercice coordonné entre différents professionnels, de faciliter et de formaliser les échanges dans le but d'améliorer la prise en charge globale des patients.

Dans ce sens, la nouvelle loi Ma Santé 2022, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, vient souligner cette notion de coordination interprofessionnelle.(4) Au sein des MSP, une coordination doit exister entre les différents corps de métiers. Celle-ci peut se dérouler selon différentes modalités et peut parfois être source de dysfonctionnements.(5)

Nous nous proposons de nous intéresser ici tout particulièrement à la coordination entre médecins généralistes (MG) et infirmières (IDE) au sein des MSP.

Notre travail de recherche consiste en une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés, réalisée sur un panel de médecins généralistes et d'infirmières exerçant en maisons de santé pluri professionnelles. Celle-ci se propose d'évaluer les différents modes de coordination existants ainsi que leurs freins et leviers, selon chaque profession concernée par l'étude. Le but est d'établir une synthèse des différentes voies de coordination possibles et de faciliter leur mise en place au sein des maisons de santé pluri professionnelles, qu'elles soient existantes ou en cours de développement.

Notre travail se présente en deux parties. La première, théorique, nous permet de préciser d'une part la notion de maison de santé pluri-professionnelle dans sa globalité, et d'autre part, d'exposer les différents modèles de coordination entre médecins et infirmières existants actuellement. La deuxième partie correspond à l'étude pratique où nous décrivons les résultats de l'enquête qualitative, les analysons et les discutons.

3 Les maisons de santé pluri-professionnelles :

3.1 Définition :

La maison de santé pluri-professionnelle (MSP) est définie, selon l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique modifié par la loi Fourcade du 10 août 2011, comme suit :

« une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des activités de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Il est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce projet est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »(6)

Il s'agit d'un regroupement de professionnels de santé, comprenant obligatoirement a minima deux médecins généralistes et un professionnel paramédical, réunis au sein d'un ou de plusieurs sites autour d'un projet de santé commun approuvé par l'ARS. Elle peut également y associer du personnel médico-social.

3.2 Historique :

Le terme de « maison de santé » commence à être utilisé en 2006 par les professionnels s'organisant autour d'un projet de santé, en opposition au terme de « maison médicale » (ou « cabinet de groupe ») utilisé pour qualifier un regroupement de professionnels sans projet commun établi.

On retrouve ensuite ce terme de « maison de santé » en 2007 dans le rapport du sénateur J-M Juilhard concernant l'offre de soins et sa répartition sur le territoire.(7)

La loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008 entérine la dénomination « Maison de Santé » dans son article 44. Ce terme entre également au Code de la Santé Publique dans l'article L.6323-3 en ces mots :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médicaux-sociaux. »

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009 ajoute un alinéa à cet article en précisant que « les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé. »(8)

La loi HPST crée en parallèle en 2009 les Agences Régionales de Santé (ARS) chargées de la mise en œuvre des politiques de santé dans les régions, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer l'efficacité du système. Elles visent à favoriser la coopération et les parcours de santé. Parmi

leurs rôles se trouve notamment celui d'autoriser la création et les activités des établissements de santé et des installations. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence.(9) Elles sont l'interlocuteur principal des MSP, notamment au début de leur existence, ayant à valider le projet de santé et pouvant aider au financement les deux premières années via le FIR starter.

3.3 Objectifs et missions des MSP :

Depuis leur introduction en 2007 et leur confirmation au niveau légal en 2009 à travers la loi du 21 juillet dite HPST, le développement des MSP s'inscrit dans plusieurs objectifs :

- Offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible,
- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en facilitant, notamment, la continuité des soins,
- Améliorer la qualité de prise en charge des patients par le partage des expériences, la complémentarité des approches, l'adhésion des professionnels de la maison de santé à un réseau sanitaire, médico-social et social,
- Lutter contre le manque d'attractivité des zones rurales,
- Développer et favoriser la formation des jeunes professionnels de santé dans ces territoires.(10)

Les MSP sont également tenues de réaliser un ensemble de missions de service public rappelées dans l'article L.6111-1 du Code de la Santé Publique.

On retrouve par exemple :

- Assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes,
- Mener des actions de prévention et d'éducation à la santé,
- Prendre en charges les soins palliatifs,

- Participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux,
- Participer à la formation, à l'enseignement des jeunes professionnels de santé et à la recherche,
- Développer la formation continue des professionnels de santé et du personnel paramédical,
- Garantir l'égal accès à des soins de qualité et lutter contre la discrimination et l'exclusion sociale,
- Assurer la permanence de soins et l'aide médicale urgente.(11)

Ces objectifs et missions sont repris au niveau régional, via les Agences Régionales de Santé, à travers le Projet Régional de Santé (PRS). Sorte de feuille de route pour les politiques de santé au niveau régional, celui-ci a été adopté en 2018 puis révisé en 2019 afin de suivre les orientations nouvelles de la loi Ma Santé 2022.

Face aux nouveaux défis de santé (vieillesse de la population, augmentation de l'incidence des maladies chroniques, accentuation des inégalités d'accès aux soins, exigence d'efficacité et de sécurité...), le PRS a pour but d'initier et de soutenir les transformations nécessaires au système de santé.

Le PRS Grand Est propose 7 axes stratégiques pour répondre à ces défis. Parmi ceux-ci, il est notamment souligné la nécessité de renforcer l'offre de soins de proximité répondant aux besoins du territoire. Cela passe notamment par le soutien à la coordination entre professionnels favorisant une prise en charge pluri professionnelle et personnalisée des patients (CPTS, MSP, équipes de soins primaires, protocoles de soins...).(12)

3.4 Création d'une MSP :

Le développement d'une maison de santé pluri-professionnelle est subordonné à plusieurs conditions. Il est nécessaire de connaître l'offre de soins et les besoins de santé du territoire afin de réfléchir au projet de santé. Celui-ci doit être formalisé et partagé par toute l'équipe de professionnels exerçant au sein de la MSP. Il atteste de la volonté d'exercer de façon coordonnée. Il doit répondre aux grands axes de santé identifiés par l'ARS et donc lui être soumis pour validation.(13)

Les demandes de création de MSP doivent correspondre à un cahier des charges régional, adaptation locale du cahier des charges national publié par la Direction Générale de l'Offre de Soins. Pour être recevables, celles-ci doivent obligatoirement remplir certains critères socles (diagnostic des besoins du territoire, projet professionnel, actions de prévention, travail coordonné, permanence des soins, outils de partage d'informations sécurisés...). Peuvent s'y ajouter des critères complémentaires et avancés afin de souligner l'implication des professionnels dans la création de la MSP.(14)

Ces critères sont indispensables pour prétendre aux subventions publiques du Fond d'Intervention Régional (FIR). Créé en 2012, celui-ci vise à donner la liberté aux ARS de gérer certains de leurs crédits, au profit d'une stratégie régionale de santé. Il finance, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations mais aussi des structures de santé dont font partie les MSP.(15)

Le FIR intervient dans la phase de conception de la MSP en permettant une aide à l'ingénierie (études des besoins, expertises fiscales et juridiques) ainsi qu'au fonctionnement (aménagement des locaux, achat du matériel médical commun, des outils informatiques...). Il s'agit alors d'une aide financière d'un

montant maximal de 50 000 euros par projet (100 000 euros en cas d'implantation dans une zone prioritaire).

3.5 Cadre juridique, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires :

Une maison de santé pluri-professionnelle peut exister sous différents statuts juridiques. Il peut s'agir d'une Société Civile de Moyens, d'une Société Civile Professionnelle, d'une Société Civile Immobilière, d'une Société d'Exercice Libéral ou encore d'une association Loi 1901. Aucune de ces sociétés ne peut cependant percevoir de dotations publiques et les répartir entre ses sociétaires. Seule la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), créée en 2011 par la loi n°2011-940 dit Loi Fourcade, le permet. Celle-ci a été créée pour permettre aux structures pluri-professionnelles d'exercice coordonné de percevoir collectivement des subventions (rémunérant les activités réalisées en commun par les professionnels de santé).

La SISA est une société civile assujettie à l'impôt sur le revenu. Elle doit compter dans ses associés des personnes physiques exerçant une profession médicale au titre du Code de la Santé Publique (psychologues et ostéopathes ne peuvent être sociétaires, alors qu'ils peuvent signer le projet de santé). Elle est composée a minima de deux médecins et d'un auxiliaire médical.(16) Son statut juridique unique lui permet de percevoir des fonds publics versés au titre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

D'après la loi de 2011, la SISA a pour objet la mise en commun des moyens afin de faciliter l'activité de chacun des associés et l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé.

3.6 Financement des MSP :

3.6.1 Financement du projet :

Lors du lancement du projet de création d'une maison de santé pluri-professionnelle, les porteurs du projet peuvent solliciter des aides extérieures pour le financer. Il peut s'agir de financements privés (fonds propres, investisseurs...), d'aides publiques (collectivités locales...) ou encore de fonds européens (Fond Européen de Développement Régional, ...).

3.6.2 Financement du fonctionnement :

Les maisons de santé peuvent aussi bénéficier d'aides pour leurs frais de fonctionnement.

3.6.2.1 Le Fond d'Intervention Régional :

Il existe premièrement le Fond d'Intervention Régional qui intervient dans la phase de conception du projet de MSP en permettant d'une part une expertise lors du montage et d'autre part une aide à l'achat du matériel commun, à la prise en charge d'un demi équivalent temps plein de secrétariat d'accueil et des réunions de coordination. Il correspond au regroupement des dotations du Fond d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS) et du Fonds pour la Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés. Il est géré par les ARS (en remplacement de l'Assurance Maladie depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2015) pour l'attribution des dotations dans leur territoire. Les demandes de subventions au titre du FIR doivent obligatoirement respecter un cahier des charges régional.

3.6.2.2 L'Accord Conventionnel Interprofessionnel :

Les MSP sont également financées pour leur pratique au titre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) convenu entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé.

L'ACI fait suite au règlement arbitral du 23 février 2015 qui a généralisé le financement par l'assurance maladie des structures d'exercice pluri-professionnel. Il était expérimenté depuis 2008 sous l'appellation des Nouveaux Modes de Rémunération. L'ACI vise à améliorer ce mode de rémunération et à renforcer le soutien des structures pluri-professionnelles.

Pour percevoir des rémunérations au titre de l'ACI, les MSP doivent obligatoirement être constituées en SISA.

La rémunération des MSP via cet accord est modulée en fonction de la réalisation d'un certain nombre d'indicateurs, organisés selon trois axes principaux que sont : l'accès aux soins, la qualité et coordination des soins, et l'appui d'un système informationnel partagé. Ces indicateurs sont atteints en fonction de la validation d'éléments prérequis obligatoires dit « socles » et d'éléments optionnels, permettant d'obtenir un certain nombre de points dont la valeur unitaire est fixée à 7 euros. La structure s'engage à fournir des justificatifs confirmant l'atteinte de ces indicateurs en contrepartie de leur financement.

Parmi ces indicateurs se trouvent notamment :

- Les horaires d'ouvertures et de soins non programmés,
- Les missions de santé publique,
- La satisfaction des patients,
- La fonction de coordination,
- Les protocoles pluri-professionnels,

- La concertation pluri-professionnelle,
- La formation des jeunes professionnels,
- Le système d'information labellisé par l'ASIP-Santé.(17)

L'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de l'atteinte des indicateurs. La réalisation de chaque indicateur donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables. Il existe donc une rémunération fixe et une rémunération variable selon les différents indicateurs.

Le calcul de la rémunération fixe est : Nombres de points fixes x 7 euros.

La rémunération variable est calculée en se basant sur une patientèle de référence de 4000 patients. Le nombre de points variables attribués se fait au prorata de la patientèle de la structure par rapport à cette patientèle de référence.

Le calcul de la rémunération variable est donc : Nombres de points variables x Patientèle de la structure/Patientèle de référence (4000) x 7 euros.

La rémunération de la structure peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure. Celui-ci correspond au taux de patients de la structure bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et de patients bénéficiant de l'Aide Médicale d'État (AME).

La rémunération est versée au plus tard le 30 avril de l'année qui suit, sous réserve de l'atteinte des indicateurs socles et de la fourniture des justificatifs par la structure dans les délais impartis. Pour permettre à la structure de réaliser les investissements nécessaires au respect de ses engagements, un système d'avance de rémunération est mis en place. Une avance de 60% calculée sur la base d'une réalisation à 100% des indicateurs socles est alors versée dans un délai de trois mois suivant la signature du contrat la première année, ou au moment du versement du solde de l'année précédente (soit au plus tard le 30 avril).(18)

La liste des indicateurs conditionnant la rémunération au titre de l'ACI et des pièces justificatives est disponible en annexe 1.

4 L'exercice coordonné entre médecins généralistes et infirmières en maison de santé pluri professionnelle :

4.1 L'exercice coordonné :

Le nombre de patients atteints de pathologies chroniques et de poly pathologies ne cesse de croître ces dernières années(19). Dans ce contexte, l'exercice médical doit s'adapter et passer d'une succession d'actes individuels à une prise en charge globale prenant en compte l'ensemble du parcours de soin du patient.

Pour cela, une coordination des différents acteurs de santé est essentielle afin d'harmoniser leurs pratiques et fluidifier la prise en charge des patients. Cela passe par une concertation, un partage des expériences et la mise en place de protocoles pluri-professionnels. L'objectif de cet exercice coordonné est l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins dispensés aux patients(20).

L'exercice coordonné implique tous les professionnels de santé réunis en équipe de soins et notamment ceux exerçant au sein d'une MSP. Médecins et infirmiers en sont les premiers acteurs du fait des liens étroits unissant ces deux professions.

En pratique, l'exercice coordonné peut prendre forme selon plusieurs modalités généralement associées.

4.1.1 Les réunions de concertations pluri-professionnelles :

La réunion de concertation pluri-professionnelle (RCP) est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Elle se déroule entre différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du

patient. Elle permet d'offrir au patient la meilleure prise en charge possible en fonction de l'état des connaissances.

Les RCP sont mises en avant en oncologie dès 2003 comme partie prenante du Plan Cancer et sont alors définies légalement par l'article D6124-131 du Code de Santé Publique(21). Elles sont ensuite étendues à d'autres disciplines et notamment en médecine générale pour les équipes de soins en ce qui concerne les prises en charges de cas complexes. Toutes les spécialités indispensables au diagnostic et au traitement doivent être représentées.

L'organisation des RCP doit être formalisée selon plusieurs critères(22) :

- un rythme établi (d'au moins 6 réunions par an pour satisfaire aux critères de l'ACI)
- un lieu défini
- désignation du rôle de coordonnateur et de secrétaire
- traçabilité du contenu des réunions dont un exemplaire doit figurer dans le dossier du patient (papier ou électronique)

Les objectifs de ces réunions sont multiples(23) :

- définir la stratégie de prise en charge du patient et coordonner sa mise en œuvre
- gérer les situations complexes en pluri-professionnalité
- élaborer des protocoles de prise en charge pour harmoniser les pratiques et éviter les contradictions
- établissement d'un plan de soin personnalisé

Les réunions de coordination font partie des variables socles pré-requises pour bénéficier des rémunérations entrant dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, au même titre que l'élaboration de protocoles de soins pluri-professionnels(24).

4.1.2 Les protocoles de soins pluri-professionnels :

Les protocoles de soins pluri-professionnels sont définis par la Haute Autorité de Santé comme « des schémas de prise en charge optimale par une équipe pluri-professionnelle. Ils reflètent l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prises en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques. »(25)

La prise en charge d'un cas complexe par de multiples intervenants peut être source de discordances voire de contradictions dans les approches et les réponses données au patient. L'un des objectifs de l'exercice coordonné est d'harmoniser les pratiques et d'éviter ainsi ces discordances. Les protocoles de soins représentent un outil permettant de réfléchir et formaliser la coordination entre les professionnels.

Les protocoles sont élaborés par les équipes de soin lors de réunions dédiées, en fonction des problèmes soulevés dans leur pratique, afin d'apporter une réponse pertinente à ces problèmes. Ils sont rédigés à partir de recommandations officielles émanant de la HAS ou d'autres organismes de référence.

Ils doivent être formalisés de façon simple, courte, accessible facilement dans la pratique quotidienne et reproductible par tous les acteurs de soins concernés. Une fois mis en place, les protocoles doivent être l'objet d'un suivi régulier à travers un audit ou un suivi d'indicateurs afin de permettre l'évaluation de leur efficacité concernant le suivi global des patients. Les protocoles doivent évoluer en fonction des retours des professionnels.

4.1.3 Le dossier médical partagé :

Un système d'information en local, permettant la centralisation et le traitement des informations concernant le patient, est indispensable à une bonne coordination entre les professionnels.

Dans le cadre de l'exercice coordonné, les professionnels de santé sont autorisés à partager les données médicales concernant les patients qu'ils prennent en charge de manière conjointe.

Si chaque professionnel de santé, quel que soit son statut, est soumis au secret médical, l'article L.1110-4 du Code de Santé Publique l'autorise à partager avec un ou plusieurs autres professionnels les informations relatives à sa prise en charge.

« Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

Cette notion est élargie aux équipes de soins et l'information donnée par le patient à l'un des membres de l'équipe est considérée comme confiée à tous ses membres, sauf mention contraire de sa part. Le CSP déclare ainsi :

« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. »(26)

Le patient doit cependant être tenu informé de son droit d'opposition au partage des informations le concernant. Il peut faire valoir ce droit à tout moment.

Le dossier médical partagé rend accessible à tous les professionnels de la MSP les données médicales des patients. Il permet d'assurer la continuité des soins et favorise la coordination interprofessionnelle.

Afin de garantir un niveau de sécurisation des données suffisant, les logiciels médicaux répondant aux normes de sécurité bénéficient d'un label accordé par l'Agence du Numérique en Santé (anciennement Agence française de la Santé Numérique (ASIP Santé)). Celui-ci garantit que le logiciel respecte les engagements relatifs à la sécurité, à la confidentialité, au recueil du consentement et à la coordination des soins(27).

L'utilisation d'un système d'information labellisé est également une condition indispensable que doit remplir la MSP pour prétendre à la rémunération dans le cadre de l'ACI.

Les objectifs de ce partage de données sont multiples. Il permet principalement de faciliter la coordination et donc d'améliorer la prise en charge globale des patients. Il permet également d'éviter les redondances de soins ou d'examens et ainsi, de réduire le coût de prise en charge.

4.1.4 L'éducation thérapeutique :

L'exercice coordonné peut participer au développement de l'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP). Dispensée initialement quasi exclusivement à l'hôpital, l'éducation thérapeutique se pratique désormais de plus en plus en ville et notamment au sein des MSP.

Chaque professionnel de santé a, dans ses contacts avec le patient, des échanges qui ne sont pas de l'éducation thérapeutique à proprement parler. Le professionnel est naturellement dans ce que les spécialistes de l'ETP appellent « la posture éducative ».

Des méta-analyses montrent que l'ETP organisée est plus efficace qu'une information ponctuelle même répétée.

L'ETP est définie par le rapport OMS-Europe de 1996 comme visant « à aider les patients (et leur famille) à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »(28)

Elle s'adresse à tout patient atteint d'une maladie chronique, quel que soit son type, son stade ou son évolutivité. Elle peut également bénéficier à l'entourage du patient si celui-ci le désire. Elle se déroule sous forme d'ateliers collectifs ou individuels durant lesquels sera défini le programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient.

L'ETP est réalisée par tout professionnel de santé formé à cette pratique dans un contexte généralement pluri-professionnel et doit faire l'objet d'une évaluation individuelle et du déroulement du programme.

Infirmières et médecins ont une place de choix dans l'ETP mais tout professionnel de santé peut exercer cette pratique, à condition de s'y former.

Elle s'exerce souvent de façon collective, que ce soit de manière autonome au sein d'une MSP ou via un réseau de santé ou encore par le biais de l'association Action de Santé Libérale En Équipe (ASALEE) créée en 2004 (29).

Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles peuvent donc voir des professionnels de leur équipe se former à l'ETP ou faire appel à des équipes externes pour organiser des séances au sein de leurs structures.

L'ETP vise à replacer le patient comme acteur principal de son parcours de soins en lui apportant les compétences nécessaires à la compréhension, au suivi et à la prise en charge de sa maladie chronique.

L'annexe 2 reprend un schéma de la place de l'ETP dans la démarche thérapeutique.

4.2 Les différents modes d'exercice infirmier en MSP :

Devant une démographie médicale en baisse et l'explosion des pathologies chroniques, les politiques ont depuis plusieurs années décidé de mettre l'accent sur la coopération pluri-professionnelle et la délégation de tâches. Cette notion, encore relativement nouvelle en France, existe depuis de nombreuses années dans d'autres pays comme avec les « infirmières praticiennes » aux États-Unis et au Canada depuis 1960 et au Royaume-Uni dès les années 70.(30)

Médecins et infirmiers ont depuis toujours travaillé en parallèle mais la notion de réelle collaboration est récente. En France, de premières expérimentations de coopération et de délégations de tâches sont autorisées par la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique. L'article 131 de cette loi prévoit que :

« Des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues... »(31)

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet le développement, à l'initiative des professionnels de santé sur le terrain, des transferts d'actes ou d'activités de soins et d'une réorganisation des modes d'intervention auprès des patients. Ceci doit alors être formalisé par des protocoles de coopération soumis aux ARS qui s'assurent de la cohérence avec le projet régional de santé, avant d'être validés par la HAS.(32)

Ces lois ont permis le développement de nouvelles pratiques, et notamment en soins primaires, renforçant la coopération et la coordination entre médecins et infirmiers. Cette coordination peut prendre effet sous différentes formes, en particulier en ce qui concerne les modes d'exercice infirmier.

4.2.1 L'infirmière libérale en MSP :

Les infirmières libérales sont tenues de disposer d'un local professionnel pour exercer leur profession comme l'indique l'article R4312-33 du CSP.(33) Elles peuvent à ce titre rejoindre une MSP et être signataires du projet de santé.

L'activité libérale d'une infirmière installée en MSP n'est pas forcément différente de l'activité libérale classique. Elles conservent leurs rôles propres d'analyse, d'organisation, de réalisation de soins infirmiers, de contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et de participation à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé.(34)

Cependant, en raison notamment de la proximité, les échanges entre professionnels de santé et la coordination des soins peuvent être facilités au sein d'une MSP.

L'ACI impose aux MSP une formalisation des coopérations sous la forme de protocoles. Par ce biais, les infirmières libérales ont l'opportunité d'élargir leurs compétences.

La coordination entre les professionnels est renforcée. Elle fait notamment l'objet d'une traçabilité dans le dossier médical du patient. Les fonds apportés par l'ACI peuvent permettre une rémunération sous forme d'honoraires de ces activités infirmières. Les modalités de cette rémunération sont laissées à l'initiative des professionnels de la MSP. Il peut donc y avoir des variantes d'une structure à l'autre.

Enfin, à travers l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, elles ont l'opportunité d'élargir leurs compétences grâce notamment à la délégation de tâches des médecins vers les infirmiers au moyen de protocoles pluri-professionnels. Elles peuvent à ce titre bénéficier d'une rémunération complémentaire par l'ACI à condition de faire partie de la SISA de la MSP.

4.2.2 L'infirmière salariée par la MSP :

Certaines MSP ont fait le choix de rémunérer sous forme de salaire les infirmières participant au fonctionnement de la structure, à la prise en charge coordonnée des patients. Les infirmières sont alors des salariées de la structure comme n'importe quel autre salarié (secrétaire, ...).

Cette solution est principalement mise en œuvre dans les structures ayant une certaine envergure financière. Le financement via les ACI étant proportionnel au nombre de patients ayant choisi comme médecin traitant les médecins de la structure, plus il y a de professionnels, plus il y a de patients et donc plus le montant de l'enveloppe annuelle allouée est important. Ceci permet d'absorber le coût assez conséquent d'un salaire et des charges sociales.

Là encore les équipes s'organisent comme elles le souhaitent. Tout est question des choix personnels des professionnels. Les infirmières salariées peuvent notamment faire le choix d'exercer à temps plein ou à temps partiel.

4.2.3 L'infirmière déléguée à la santé publique (ASALEE) :

Un autre mode d'exercice possible pour les infirmiers au sein des MSP est celui dit « d'infirmière ASALEE » ou « Infirmière Déléguée à la Santé Publique ASALEE » (IDSP).

L'association ASALEE, pour Action de Santé Libérale En Équipe, est créée en 2004 en région Poitou-Charentes suite à une expérimentation de collaboration entre médecins généralistes et IDSP dans le but d'améliorer la qualité des soins et du suivi des pathologies chroniques et de répondre aux enjeux de démographie professionnelle de santé dans les zones déficitaires.

Après une année d'expérimentation, une évaluation du dispositif est réalisée avec le travail de thèse du Dr DELEAU Emmanuelle sur le plan du suivi du diabète de type 2.(35) Cette étude montre que médecins, infirmiers et patients sont satisfaits du dispositif et que celui-ci permet l'amélioration du suivi des recommandations de bonnes pratiques.

Plusieurs évaluations sont ensuite menées et devant les bons résultats, le dispositif ASALEE se déploie progressivement sur le territoire. L'HAS émet un avis favorable au dispositif et celui-ci est alors autorisé par les ARS et obtient son financement.

Les IDSP ASALEE sont salariées par l'association mais peuvent garder une activité libérale en parallèle. Elles doivent être titulaires d'un Diplôme d'État d'Infirmier. Elles bénéficient d'une formation théorique et pratique sur les quatre volets du protocole (diabète, risques cardio-vasculaires, BPCO et troubles cognitifs) ainsi qu'à l'éducation thérapeutique.(36) Cette formation est menée directement par l'association et n'aboutit pas à la délivrance d'un Diplôme d'État.

L'IDSP travaille majoritairement à temps partiel. Ce temps est réparti entre les consultations patients (2/3) et le travail administratif (1/3) avec instruction du dossier médical, suivi et analyse des données.

Les actes dérogatoires réalisés par l'IDSP sont validés par la HAS et concernent :

- La rédaction et signature de prescriptions d'examens (HbA1C, micro-albuminurie, cholestérolémie, créatininémie, fond d'œil)
- La prescription et réalisation de l'examen des pieds au monofilament
- La prescription des soins de pédicurie
- La prescription et réalisation des électrocardiogrammes
- La prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie
- La prescription de substituts nicotiniques
- La réalisation de tests de mémoire chez la personne âgée

Elles peuvent également participer au suivi des dépistages du cancer du colon et du cancer du sein.

Elles sont rémunérées directement par l'association ASALEE qui bénéficie de financements spécifiques de l'Assurance Maladie.

La structure met à disposition de l'infirmière ASALEE un local et éventuellement du matériel comme par exemple un ordinateur et un accès au logiciel médical. Cette organisation est différente selon les situations : l'infirmière peut utiliser le bureau d'un médecin absent dans certaines MSP ou dispose parfois de son propre bureau. L'association ASALEE peut prendre en charge le coût de l'équipement de l'infirmière.(37)

Les horaires de présence des infirmières sont également variables en fonction des besoins et des disponibilités.

4.2.4 L'infirmière de pratique avancée :

Toujours dans le but d'améliorer l'accès aux soins et le parcours des patients tout en allégeant la charge des médecins sur des pathologies ciblées, la notion d'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) est officiellement introduite au Code de la Santé Publique dans son article R.4301-1 en date du 20 juillet 2018.(38)

L'IPA dispose de compétences élargies, par rapport à l'infirmière diplômée d'État. Celles-ci sont validées par un diplôme universitaire après une formation de 2 ans équivalent à un niveau Master. L'accès à cette formation nécessite un minimum de trois années d'exercice. Elle se déroule en deux phases : la première sous forme de tronc commun posant les bases de l'exercice infirmier en pratique avancé, puis une deuxième centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie.

Plusieurs mentions sont en effet accessibles aux étudiants IPA :(39)

- Pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins primaires,
- Oncologie et oncohématologie,
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale,
- Santé mentale et psychiatrie

La pratique avancée sera ensuite étendue à d'autres prises en charge et d'autres professions paramédicales. Les étudiants IPA peuvent bénéficier d'un accompagnement financier de leur formation par les ARS.

Encore relativement nouvelle en France, cette pratique est l'un des axes prioritaires de la loi sur la transformation du système de santé « Ma Santé 2022 » comme le souligne Monsieur le Premier Ministre Édouard Philippe en février 2018 :

« Nous développerons également les « pratiques avancées » en soins infirmiers, pour renforcer encore les coopérations entre professionnels et leur donner un rôle plus central dans la prise en charge des patients, notamment dans le suivi des maladies chroniques... »

Le rôle de l'IPA est de suivre des patients qui lui ont été confiés par le médecin avec son accord et celui du patient en fonction des conditions prévues par l'équipe et de son domaine de compétences.

La pratique avancée comprend ainsi :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage,
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et de surveillance clinique et paraclinique,
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

L'infirmière a donc ainsi une place à part entière au sein de la MSP. Elle réalise notamment des consultations de suivi des patients dans son domaine de compétence et peut prescrire certains examens, renouveler des traitements ou même les adapter si la situation clinique l'exige. Le tout toujours en lien avec le médecin référent.

Des temps d'échanges et de coordination avec l'équipe de soins doivent être prévus. L'IPA doit par ailleurs s'orienter vers le médecin dès que les limites de son champ de compétence sont atteintes ou dès lors qu'elle repère une dégradation de l'état de santé du patient.(40)

Grâce à son expertise plus avancée lui permettant de réaliser ce type de consultations seule, elle libère du temps médical qui devient alors disponible pour les médecins afin de prendre en charge d'autres patients.

Là aussi l'IPA peut choisir d'exercer à temps partiel et de conserver une activité libérale en parallèle.

La rémunération des IPA ne se fera pas à l'acte mais au forfait. Ainsi pour chaque patient confié par le médecin et suivi régulièrement tous les trimestres, l'IPA percevra des rémunérations forfaitaires.

- Un forfait premier contact par patient pour le premier entretien avec le patient
- Quatre forfaits trimestriels par an et par patient pour le suivi, le premier étant plus valorisé en raison d'une charge de travail souvent plus importante en début de suivi
- Un forfait annuel pour l'exercice coordonné
- D'éventuelles majorations selon les cas (âges extrêmes, zones sous dotées...)

Une aide au démarrage sera également mise en place pour les IPA choisissant cet exercice à plein temps sous forme d'une aide financière de 27 000 euros sur 2 ans.

5 Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de l'étude est de recueillir le ressenti des médecins généralistes et des infirmiers exerçant en Maison de Santé Pluri-professionnelle concernant la coordination interprofessionnelle, ses leviers et ses freins.

L'objectif secondaire consiste à réaliser une synthèse des différents modes de coordination existants entre médecins généralistes et infirmiers, afin de faciliter leur mise en place au sein des MSP.

6 Méthodologie de l'étude :

Notre travail est une enquête qualitative, débutée le 18 octobre 2019, par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 5 médecins généralistes et de 6 infirmières exerçant au sein de maisons de santé pluri-professionnelles du territoire Mosellan. Pour recruter des participants, nous avons interrogé les professionnels de notre structure et des cabinets structurés en MSP dans lesquels nous avons été en stage. Nous avons ensuite sollicité des professionnels installés en MSP en consultant l'annuaire de la FEMAGE.

6.1 Recherche qualitative :

Il s'agit d'une recherche qui utilise des méthodes qualitatives pour le recueil de données et pour l'analyse (vécu, expériences, représentations, attitudes, comportement, opinions, réactions, obstacles/freins, besoins, solutions...). Les objectifs de la recherche qualitative sont l'étude, la compréhension et l'interprétation de phénomènes et d'évènements dans leur milieu naturel.(41)

L'intérêt d'une recherche qualitative consiste à :

- Explorer des terrains inconnus,
- Identifier et approfondir la compréhension d'un problème spécifique et complexe (facteurs difficiles à mesurer objectivement),
- Fournir un éventail d'idées, d'expériences ou de réactions personnelles,
- Identifier des besoins et des solutions adéquates à un problème spécifique,
- Explorer ce qui se passe mais aussi pourquoi,
- Identifier des pistes à approfondir par une recherche quantitative (triangulation),

- La compréhension de la santé et des déterminants de soins,
- Formuler des pistes pour améliorer la qualité des soins,
- Mener des travaux parallèles avec des échantillons différents.

Les méthodes de recueil des données en recherche qualitative peuvent être des observations, des interviews/entretiens et/ou des études de documents.

6.2 Choix de la méthode :

La coordination en maison de santé pluri-professionnelle est un des moyens inscrits dans la nouvelle loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ayant le projet de s'installer dans une MSP en cours de constitution, il nous a semblé important de recueillir le point de vue des médecins généralistes et des infirmiers exerçant dans des MSP concernant cette coordination. La méthode qualitative nous a semblé la plus adaptée à cette étude.

6.3 Participants :

Pour mener cette étude, deux groupes ont été réalisés afin de recueillir les réponses de chacun d'eux et de pouvoir ainsi les comparer. Un premier groupe est constitué des médecins généralistes et un deuxième des infirmiers.

6.4 Critères d'inclusion et d'exclusion :

Ont été inclus tout médecin généraliste et tout infirmier exerçant au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle, quelle que soit la date de sa création et la durée d'exercice de la personne interrogée au sein de celle-ci, acceptant de participer à cette étude.

Sont exclus les médecins et infirmiers n'exerçant pas au sein d'une MSP ou refusant de se soumettre au questionnaire, quel qu'en soit le motif.

6.5 Questionnaire de l'étude :

Le même questionnaire a été utilisé pour les deux groupes afin de pouvoir recueillir les différences ou les similitudes dans les réponses et ainsi de permettre leur comparaison.

Celui-ci a été réalisé par nos soins après recherche des différents modes de coordination et d'exercices infirmiers existants tels que décrits précédemment dans la deuxième partie de ce travail. Il a été testé directement lors du premier entretien et adapté progressivement en fonction des difficultés rencontrées à mesure des enregistrements.

Le questionnaire utilisé pour ce travail est disponible en annexe 3.

6.6 Déroulement des entretiens et transcription des données :

Dans le but de recueillir les réponses aux différentes questions de la manière la plus fidèle possible, chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un logiciel d'enregistrement audio sur smartphone, après avoir recueilli l'accord du participant. L'enregistreur était posé ou tenu de façon visible par la personne en charge de mener l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés après avoir convenu avec chaque médecin et chaque infirmier d'une date, d'un horaire et d'un lieu à leur convenance. Tous ont choisi d'être interrogé sur leur lieu d'exercice. Seul un entretien a dû être réalisé par visioconférence via l'utilisation du logiciel Zoom, en raison du confinement durant l'épidémie de SARS-CoV-2.

Les différents entretiens ont ensuite été retranscrits par nos soins dans leur intégralité à l'aide d'un logiciel de traitement de texte constituant ainsi le verbatim. Celui-ci comporte les expressions, les interrogations, les hésitations ainsi que les exclamations éventuelles de chaque participant. L'intégralité du verbatim est disponible en fin de ce travail.

Afin de garantir l'anonymat des réponses, chaque médecin est identifié par l'acronyme MG suivi d'un numéro en fonction de l'ordre des enregistrements et de la même façon, chaque infirmier est identifié par l'acronyme IDE suivi d'un numéro.

6.7 Effectif des groupes et saturation des données :

Le nombre de sujets interrogés dans chaque groupe n'a pas été défini à l'avance mais l'inclusion a été arrêtée dès la saturation des données atteinte.

Pour cela, chaque entretien individuel a été retranscrit dans son intégralité au fur et à mesure des enregistrements sur ordinateur à l'aide du logiciel Microsoft WORD. Les réponses ont été analysées de façon manuelle et codées afin de les classer par thèmes, sous thèmes ou mots-clés puis regroupées et classées dans un tableau réalisé sur ordinateur afin d'en faciliter l'analyse. Nous avons réalisé le codage après chaque retranscription. Celle-ci a été la plus fidèle possible, reprenant les hésitations, intonations et éventuelles fautes de français.

Les personnes ou lieux mentionnés lors des entretiens ont été « anonymisés » grâce à des lettres.

Le verbatim est ainsi codé en Unités Minimales de Signification (UMS), ou occurrences, qui sont alors regroupées par catégories ou thèmes. La saturation des données est atteinte dès lors qu'aucune nouvelle UMS ne ressort des entretiens, définissant par la même occasion l'effectif du groupe.

Un double codage des entretiens a été réalisé par une thésarde extérieure à l'étude et indépendante afin de minimiser le risque de biais.

L'analyse du verbatim a permis d'extraire les principales idées exprimées et de réaliser une synthèse qualitative reprenant ces idées, illustrées par les extraits de verbatim pertinents s'y rapportant.

7 Résultats :

Notre enquête est constituée d'un total de 11 entretiens individuels semi-dirigés. 5 entretiens avec des médecins généralistes (2 femmes et 3 hommes) et 6 entretiens avec des infirmières (6 femmes). La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes. Le plus court a duré 9 minutes et le plus long 31 minutes. L'âge moyen était de 60 ans pour les médecins et de 44 ans pour les infirmières. La durée d'exercice en Maison de Santé Pluri-professionnelle était, pour tous, récente avec un maximum de 2 ans et un minimum de moins d'un an. Le lieu d'activité était pour tous un secteur rural ou semi-rural.

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

Identification	Sexe	Âge	Mode d'exercice	Installation en MSP (années)
MG1	M	52	Semi-rural	1
MG2	F	63	Semi-rural	1
MG3	F	58	Semi-rural	1
MG4	M	61	Rural	2
MG5	M	66	Rural	2
IDE1	F	38	Semi-rural	1
IDE2	F	38	Semi-rural	1
IDE3	F	44	Rural	2
IDE4	F	43	Rural	2
IDE5	F	43	Rural	2
IDE6	F	60	Semi-rural	<1

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon interrogé

L'analyse du verbatim a permis d'extraire différents axes en réponse aux objectifs de l'étude. Dans un premier temps, nous nous sommes arrêtés sur le thème de la coordination interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers au sein des MSP. Les interrogés ont fait part de leurs expériences concernant ce thème. Nous avons réalisé la synthèse des réponses obtenues afin d'en faire ressortir les grands axes. Nous avons alors obtenu une définition possible du terme de « coordination interprofessionnelle ». Nous avons également pu identifier les freins et leviers à la mise en place de cette coordination. Dans un second temps, les interrogés ont pu exprimer leurs sentiments concernant les différentes modalités que peut prendre cette coordination. Nous en avons également extrait les freins et leviers de chacune de ces modalités.

Des exemples issus du verbatim viendront ponctuer l'analyse des entretiens et seront suivis d'un code correspondant à la personne citée. Par exemple, le code « MG1 » correspond à une citation extraite de l'entretien du premier médecin généraliste.

7.1 Coordination interprofessionnelle :

7.1.1 Une notion nouvelle :

Lorsqu'on aborde le terme de coordination, nombreux sont les professionnels des deux groupes interrogés à exprimer le caractère **nouveau** de cette notion : « *C'est quelque chose qui est relativement nouveau* » MG1, l.13, « *On en est vraiment qu'au début hein !* » MG2, l.114, ou encore « *'fin c'est un peu tout nouveau donc euh...* » IDE1, l.20.

Une nouveauté qui s'accompagne de façon inhérente à **une part d'inconnue et de questionnements** : « *Aucune idée... Y a beaucoup de flou donc euh peut-être que ça vaut la peine de voir les expériences des autres... *rires** » MG2, l.83, « *Parce que je sais même pas en gros ce que c'est... *rires** » IDE2, l.38., « *je sais même pas vraiment comment ça se passe...* » IDE3, l.48.

Certains expriment même **certaines craintes** : « *euh ça me fait un peu peur...* » MG2, l.68, ou plus loin « *c'est plus des questions et des inquiétudes...* » MG2, l.144, ou évoquent **les potentiels risques** que ces nouveautés peuvent représenter pour la MSP notamment concernant les finances : « *je pense que ce serait un risque pour la structure...* » MG1, l.43.

Néanmoins, on note également que plusieurs des interrogés soulignent **l'aide** que représente la coordination entre médecins et infirmiers : « *ça soulage le médecin* » MG2, l.95, « *c'est pour soulager un peu euh le médecin...* » IDE1 l.51 et aussi « *avoir une facilité en fait pour les échanges, quand on a des questionnements* » IDE1, l.8.

7.1.2 Un modèle préexistant :

Si la coordination interprofessionnelle représente une question centrale dans le développement des MSP et les mesures de santé gouvernementales, plusieurs professionnels interrogés viennent modérer cet aspect de nouveauté en rappelant qu'une coordination entre ces deux corps de métiers **existait déjà préalablement**, parfois de façon plus informelle : « *En fait la coordination existe déjà euh en tant que communication verbale* » MG2, l.130 et plus loin « *puisque ça fait déjà des années qu'on a une réunion hebdomadaire de coordination...* » MG2, l.149. Ces propos sont également repris par une infirmière : « *mais on a toujours travaillé en réseau de toute façon et puis on correspond et tout...* » IDE1, l.189.

7.1.3 De l'échange et du partage :

Au travers des différents entretiens reviennent également de façon unanime les notions **d'échange** : « *trouver un moyen efficace de communication entre les professionnels* » IDE4, l.10, « *un vrai échange avec tous les professionnels de santé de la MSP* » IDE6, l.24, **de partage** « *c'est partager... partager la prise en charge des patients* » MG5, l.10, et **de pluridisciplinarité**, facilités par la mise en place d'une coordination entre professionnels de santé : « *faire travailler plusieurs corps de métiers* » MG1, l.12, « *c'est de rencontrer d'autres professionnels de santé* » MG1, l.107 ou encore « *c'est travailler en accord avec les médecins, les infirmières, voire d'autres corps de métiers* » IDE2, l.10.

7.1.4 S'organiser :

La mise en place d'une coordination efficace passe aussi par une organisation solide qui s'articule à plusieurs niveaux.

- Mise en place de **réunions de coordination** à un **rythme régulier** : « *il faut prévoir justement des réunions de concertation* » MG2, I.113, « *on en a discuté ensemble lors des réunions* » MG3, I.25, « *il y a une réunion tous les trimestres* » IDE3, I.25, « *on en fait 6 par an minimum... ouais c'est ça. Il peut y en avoir plus.* » MG5, I.71. Ce rythme pouvant différer en fonctions du type de réunions : « *il y en a une ici une fois par semaine, les mardis après-midi, et je sais que nous on est conviées une fois par mois* » IDE2, I.90.
- Élaboration de **protocoles pluridisciplinaires** entrant notamment dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel : « *nous avons établi des protocoles* » MG3, I.12, « *des réunions de concertation pour transformer l'ébauche en protocole* » MG2, I.112, « *on a mis en place un protocole* » IDE1, I.20. Encore une fois, la notion de **travail d'équipe** se retrouve ici pour l'élaboration de ces protocoles : « *qu'il y ait une ou deux personnes qui bossent sur les protocoles* » MG1, I.76, « *on travaille ensemble et puis on est aidé par un laboratoire euh qui nous aide donc euh on a fait des réunions protocoles* » IDE4, I.85.

- **Investissement** dans du matériel dédié à la coordination : « *différents matériels dont un micro-ordinateur* » MG1, l.20, « *avoir une salle de réunion pour se réunir* » IDE4, l.150, « *un logiciel commun tous ensemble* » IDE3, l.118, « *on a même un groupe WhatsApp* » IDE6, l.33. De la nécessité d'utilisation de ces outils découle une autre **contrainte organisationnelle**, gérer le **budget** : « *je pense qu'on va faire un tableau, un budget prévisionnel* » MG1, l.95, « *et il faut savoir qui va s'occuper de la gestion donc encore des moyens supplémentaires, en temps et en finance* » MG2, l.74.

7.2 Leviers à la coordination :

Après avoir analysé les représentations des médecins généralistes et des infirmiers concernant la notion de coordination interprofessionnelle, nous nous intéressons à ses différents leviers.

7.2.1 Amélioration du suivi global du patient :

L'un des principaux leviers à la coordination, retrouvé de façon unanime dans les différents entretiens, est l'amélioration du suivi global du patient. Plusieurs axes se dégagent pour ce thème.

7.2.1.1 Communication facilitée :

L'exercice coordonné offre une **facilité dans les échanges** entre professionnels comme le soulignent les deux groupes interrogés. « *Maintenant c'est vrai que facilement ils me parlent des patients* » IDE1, I.198, « *elles viennent euh régulièrement nous parler des patients en commun et nous on va vers elles pour leur parler des patients communs* » MG2, I.131. Il existe ainsi « **une vraie communication** avec tous les professionnels de santé » IDE6, I.34, offrant **un meilleur transfert des informations médicales** essentielles à la prise en charge du patient, « *partager des avis thérapeutiques pourquoi pas et puis d'avoir un suivi euh... et puis d'avoir des informations qu'on capte pas forcément quand on voit les gens en visite.* » MG4, I.131, « *c'est la prise en charge du patient plus complète, voilà, ça évite les oublis.* » MG5, I.91.

Ces échanges sont facilités, notamment pour les MSP mono-site, par la **proximité géographique** des différents professionnels. « *C'est possible parce qu'on est en MSP, euh ça se fait moins facilement avec d'autres infirmières qui sont plus éloignées* » MG2, I.175, « *être sur place ça peut faciliter effectivement* » IDE3, I.132, « *ça évite des va-et-vient* » IDE4, I.138.

7.2.1.2 Des outils en commun :

Par son organisation, la coordination offre des outils en commun qui participent également à la circulation des informations médicales et permettent ainsi d'améliorer le suivi du patient.

Les **protocoles pluridisciplinaires** représentent un avantage important dans cette optique. Ils **répondent à des problématiques de terrain** et facilitent les prises en charge. « *Ils élaborent un protocole en fonction des besoins ou des difficultés euh qu'on rencontre euh sur le terrain* » IDE5, l.103. Ils permettent **d'harmoniser le suivi** « *pour qu'on ait le même discours, qu'on fasse la même chose avec les patients* » IDE6, l.47. Ils **sécurisent** également les professionnels dans leur exercice comme le souligne une infirmière : « *s'il y avait un protocole, on serait couvert* » IDE5, l.106.

L'utilisation de **systèmes d'informations communs** rend aussi accessible à tous les professionnels les informations de santé importantes. « *Ça m'a permis un accès à leur logiciel métier que j'ai pas si je suis libérale (...) donc je peux facilement leur mettre des messages qu'ils vont avoir rapidement donc ça c'est hyper important* » IDE6, l.191, « *ça me permet moi aussi de retrouver de l'information pour les patients sans être obligée de les déranger, j'ai les antécédents du patient, les prescriptions et tout...* » IDE6, l.195.

Certains expriment le souhait de pouvoir utiliser ce genre d'outils quand ils ne sont pas encore en place : « *ça serait bien qu'on ait effectivement un logiciel commun tous ensemble* » IDE3, l.118, « *un moyen de communication interne euh sécurisé nous ferait gagner du temps* » IDE4, l.141. D'autres utilisent **des outils de messagerie** existants mais non réservés aux professionnels : « *on a même un groupe WhatsApp* » IDE 6, l.33.

7.2.1.3 Collégialité des décisions :

L'exercice coordonné améliore le suivi global des patients à travers la **collégialité des décisions**. Des **réunions dédiées à la coordination** sont mises en place au sein de MSP et permettent de **réfléchir en équipe**, avec les compétences de chacun, pour apporter la meilleure solution face à un problème de prise en charge. « *On fait des réunions de ce qu'on appelle de cas complexes* » IDE6, I.36.

Dans ces réunions, l'avis de chaque professionnel est pris en compte, à l'image des **réunions de concertation pluridisciplinaire** initiées dans les services hospitaliers. « *Chacun son avis et discuter de certains cas, du côté médical, infirmier et mettre en commun pour avancer avec le patient* » IDE2, I.12, « *on parle des cas qu'on a en commun avec les médecins généralistes pour évoquer les problèmes et essayer de résoudre tout ça ensemble.* » IDE3, I.95.

Cet exercice permet « *d'avoir une vue globale de prise en charge quand vous travaillez avec différents professionnels différents* » IDE4, I.161. Ainsi, chaque professionnel de santé est informé des situations, des décisions thérapeutiques, du suivi prévu et est donc véritablement **acteur du soin**.

La MSP offre aussi, de manière plus simple, la possibilité de **consultations conjointes** entre les différentes professions de santé. La plupart des interrogés évoquent ainsi des exemples de consultations menées de façon pluri-professionnelle avec un médecin et un infirmier. « *C'était au niveau de suivi de plaie [...] c'était vraiment une collaboration et j'ai trouvé ça très satisfaisant et c'est à renouveler.* » MG3, I.91, « *le médecin peut venir voir directement son pansement ici, nous on le refait* » IDE3, I.76.

Une infirmière soulignait également l'intérêt de ce genre d'exercice pour **gérer les situations d'urgence** de manière plus sereine et efficace : « *il y a déjà eu des arrivées catastrophes de patients que le médecin gère et là le médecin est plus seul pour gérer* » IDE4, I.153.

7.2.1.4 Place de la prévention :

L'exercice coordonné accorde une place plus importante à **la prévention**. Le manque de temps et d'organisation sont régulièrement cités comme obstacles à la mise en place d'une activité de prévention par les professionnels de santé isolés. La coordination semble être une solution possible à cela.

« J'ai toujours été plus dans le curatif qu'autre chose et là, le fait euh ben d'être sur la prévention, ça me va vraiment bien [...] Moi c'est vraiment le point positif que j'ai trouvé à la MSP, c'est que ouais on va se retrouver à faire de la prévention et ça je trouve ça super. » IDE1, I148.

*« Je suis sur la fin de ma carrière et j'arrive à faire ce que j'aurais voulu faire il y a 20 ans *rires* »* IDE6, I.102, à propos d'éducation thérapeutique et de prévention.

7.2.2 Gain de temps :

Un autre levier de l'exercice coordonné est le gain de temps ressenti par les différents professionnels de santé.

Celui-ci passe premièrement par la **centralisation en un lieu unique** des différentes activités, **évitant de nombreux déplacements** que ce soit entre professionnels de santé : « *on est déjà plus proche géographiquement* » MG2, I.139, « *ça simplifie quand même beaucoup de choses, ça simplifie... ça évite des va-et-vient* » IDE4, I.137, ou pour des visites à domicile : « *il m'est arrivé de ne pas faire une visite demandée par une patiente simplement parce que l'infirmière y allait tous les jours et j'ai eu les informations... et on a pu se transmettre les informations simplement sans visite voilà.* » MG2, I.164.

La coordination et ses outils permettent aussi de gagner du temps en **diminuant les interruptions et sollicitations** lors de l'activité professionnelle. Ceci est notamment permis par **un partage d'informations** plus efficace grâce à un accès au dossier médical pour tous les membres de l'équipe. « *Ça me permet moi aussi de retrouver de l'information pour les patients sans être obligée de les (ndla : les médecins) déranger* » IDE6, I.195.

La mise en place de **consultations conjointes** au sein de la MSP est également un moyen de minimiser ces interruptions chronophages. Le médecin n'est alors plus interrompu dans ses consultations pour un avis à propos d'un autre patient suivi par l'infirmière.

Les **réunions de coordination ou réunions de concertation pluridisciplinaires** participent également à un **gain de temps dans la prise en charge des patients**. Informations médicales et problèmes rencontrés y sont régulièrement échangés entre professionnels. « *Chez le patient, ça va nous faire gagner énormément de temps parce que tout le monde aura l'information.* » IDE6, I.214. Chaque membre de l'équipe est donc informé des dernières évolutions et une solution peut être apportée plus rapidement. « *Ça nous fait gagner du temps pour la prise en charge des patients qui sont traités de manière commune* » MG5, I. 102.

7.2.3 Leviers financiers à la coordination :

Il existe également différents leviers financiers qui facilitent la mise en place de l'exercice coordonné et ce à différents niveaux.

Au moment de leur création, les MSP peuvent bénéficier d'**aides financières** comme le **Fond d'Intervention Régional**. Celui-ci permet notamment de réaliser les investissements indispensables à leur fonctionnement. Il peut s'agir d'un financement de l'équipement des locaux nécessaire à l'exercice des professionnels, mais aussi de l'embauche de personnel, comme par exemple un secrétariat. « *On a un financement FIR de l'ARS parce qu'on est une équipe de soins primaires* » IDE6, I.65.

L'**Accord Conventionnel Interprofessionnel** représente également une source de rémunération intéressante pour les professionnels de santé. Il offre la possibilité aux équipes d'**être rémunérées pour le temps passé en coordination**. « *On avait évoqué le financement de ce temps passé en coordination* » MG3, I.77.

Cette option est retrouvée dans tous les entretiens réalisés et tous ont déjà mis en place ou évoqué le niveau de financement des réunions de coordination. « *Des réunions comme ça, on estime euh que les gens sont payés... doivent être payés 75 euros de l'heure* » MG1, I.91, « *c'est 75 euros de l'heure euh par professionnel de santé* » IDE6, I.160.

Cette possibilité est vécue comme un juste retour face à une partie importante de l'exercice qui n'était pas valorisée auparavant. « *Bon après si on nous propose un petit quelque chose, je dis pas non *rires** » IDE2, I.110, « *être rémunéré, oui c'est bien, je trouve que c'est même normal parce que ça demande beaucoup d'énergie* » IDE4, I.111

Le temps de coordination est parfois pris sur du temps de soins et peut donc entraîner une perte de revenus. La rémunération de la coordination permet donc de compenser ce problème pour les professionnels. « *C'était 50 euros de l'heure normalement du coup ça reflète un petit peu mon activité libérale* » IDE1, l.83.

La mutualisation des moyens est également facilitée par l'exercice coordonné et son financement. L'investissement dans du matériel ou des moyens humains communs est ainsi plus accessible que pour un exercice isolé.

Enfin, la coordination de l'exercice peut représenter une source **d'économie pour la société**. Grâce à un **meilleur suivi** du patient et à **plus de prévention**, le coût global de prise en charge sera à long terme plus faible. Le suivi pluri-professionnel et les échanges facilités entre les membres de l'équipe de soins **limitent également le recours à des hospitalisations** et **prolongent le maintien à domicile**. Les réunions de coordination, l'accès au dossier médical pour tous les soignants **évitent la redondance des examens** d'imagerie ou de biologie.

7.2.4 Bénéfices pour les patients :

L'exercice coordonné améliore le suivi des patients et leur prise en charge. Les différents professionnels interrogés soulignent également le retour positif de leurs patients quant à ce mode d'exercice.

On retrouve ainsi **la notion de praticité** des Maisons de Santé Pluri-professionnelles du point de vue des patients qui bénéficient en un lieu unique de plusieurs professionnels de santé. « *Ils s'arrangent pour prévoir leurs rendez-vous à la suite, ils se déplacent qu'une seule fois* » IDE2, I.149, « *et le fait que le patient puisse trouver sur place plusieurs professionnels de santé* » IDE5, I.157.

Plusieurs professionnels rapportent aussi les retours d'expérience des patients qui ont **le sentiment d'être mieux suivis**. « *Les patients nous le disent, on a un retour patient qui nous dit "ben dis donc qu'est-ce que c'est bien !"* » IDE4, I.116.

Les patients expriment **le fait d'être rassurés** que ce soit par le travail en équipe, le transfert d'informations et aussi par le discours cohérent tenu par l'ensemble des acteurs du soin. L'exercice coordonné **minimise ainsi le risque de contradictions** entre les soignants. « *Le médecin et l'infirmière communiquent et ça c'est bien, autant pour les patients c'est bien perçu, pour nous aussi* » IDE4, I.122, « *Ils savent qu'ils se parlent donc ils savent aussi qu'ils seront bien soignés* » IDE2, I.150, « *le patient se retrouve avec la même information* » IDE6, I.217.

La notion de **continuité des soins** est également citée comme étant facilitée par la coordination car chaque intervenant peut suppléer son confrère en cas d'absence.

7.2.5 Épanouissement professionnel :

Plusieurs professionnels interrogés ont souligné l'**amélioration des conditions de travail** offertes par l'exercice coordonné.

L'un des thèmes revenant le plus souvent est celui du **travail en équipe**, en opposition à un exercice isolé. **Ne plus être seul**, être déchargé de certaines tâches, **partager la gestion** sont autant de points positifs cités au cours des entretiens. Ce point revient fréquemment chez les médecins notamment, dont l'activité était peut-être jusqu'alors plus isolée : « *Plus il y aura de collaboration entre les métiers et mieux chacun sera dans son métier* » MG1, l.108, « *ça soulage le médecin de la gestion* » MG2, l.80, « *c'est pas désagréable de ne pas être seul* » MG4, l.148. Une infirmière exprimait également son enthousiasme vis-à-vis du travail en équipe : « *ça c'est quelque chose de super et vraiment pour travailler, c'est super* » IDE6, l.107.

L'exercice coordonné représente également pour certains une opportunité de **découvrir de nouvelles expériences**, de nouvelles activités professionnelles. Ils n'ont pas eu la possibilité de les mettre en place auparavant par manque de temps ou de moyens. « *Moi c'est vraiment le point positif que j'ai trouvé à la MSP, c'est que ouais, on va se retrouver à faire de la prévention* » IDE1, l.153, « *je suis sur la fin de ma carrière et j'arrive à faire ce que j'aurais voulu faire il y a 20 ans* » IDE6, l.102.

7.3 Freins à la coordination :

L'analyse du verbatim nous a également permis d'identifier des freins à la coordination entre médecins et infirmiers. Ceux-ci ont été retrouvés de manière homogène dans les deux catégories professionnelles interrogées.

7.3.1 Aspect chronophage de l'exercice coordonné :

Le temps nécessaire à la coordination est le point cité en premier lieu comme frein à sa mise en place. La plupart des sujets interrogés **jugent chronophages les nombreuses réunions de coordination** à inclure à des agendas déjà bien souvent chargés : « *ça bouffe du temps [...] effectivement le temps quoi... Trouver des moments aussi dans l'agenda...* » MG1, l.109, « *faut trouver des créneaux et ça euh...* » IDE1, l.93, « *c'est d'être beaucoup sollicité pour les réunions, tout ça...* » IDE3, l.134.

Dans le même esprit, les **difficultés de planification** ressortent beaucoup des entretiens. Il est nécessaire de trouver des moments qui correspondent aux emplois du temps de chacun et il faut parfois **accepter de perturber son planning**. « *Il faut être plus disponible je pense, ou en tout cas aménager ses horaires en fonction des uns et des autres* » MG3, l.109, « *avec les emplois du temps de chacun, ça coince un peu...* » IDE1, l.25.

Les infirmières libérales, qui travaillent souvent en alternance, sont parfois obligées de **venir travailler sur leurs journées de repos** : « *ça demande du temps et de l'investissement personnel parce que ça peut nous demander de venir sur des jours de repos voilà...* » IDE3, l.137, « *y en a une qui devra venir à chaque fois sur son temps de repos pour être à la même réunion* » IDE1, l.177. Ceci peut également avoir **des conséquences sur la vie de famille** : « *c'est plus le temps quoi... je vois avec les enfants et tout euh... c'est vrai que c'est pas facile* » IDE1, l.181, « *on a déjà l'activité libérale qui nous prend du*

temps et puis on a des enfants euh qui ont besoin de leur maman » IDE5, I.81, « on va faire des réunions, des réunions, souvent on les fait en soirée parce que c'est le moment où on est le plus disponible et à un moment les gens euh... voilà vont peut-être un peu se lasser... » IDE6, I.178.

Certains perçoivent également le temps passé en coordination comme du temps en moins auprès des patients. La coordination peut donc **empiéter sur le temps de soin** : *« le temps pris pour des réunions n'est pas pris pour des patients » MG2, I.156*

La plupart des interrogés modèrent néanmoins ces propos. Les réunions sont plus fréquentes au moment de la mise en place de l'exercice coordonné que par la suite : *« je pense qu'au début on perd beaucoup de temps en réunions » IDE4, I.190.* Certains organisent les réunions au moment du repas pour ne pas perdre de temps : *« ça prend un peu de temps mais vu qu'on le fait pendant les repas finalement c'est pas si gênant » IDE5, I.141.*

7.3.2 Des charges supplémentaires :

L'exercice coordonné est facilité par des aides financières pouvant intervenir à plusieurs niveaux. Les professionnels interrogés ont néanmoins également fait part des contraintes financières que peut représenter ce mode d'exercice.

Certains expriment leur crainte d'une **dépendance vis-à-vis de ces aides** et d'un **avenir incertain en cas d'arrêt du subventionnement** des Maisons de Santé si les politiques de santé viennent à changer : « *on risque d'être euh très ennuyé si les subventions par exemple ne sont pas versées* » MG1, l.45, « *Il faut qu'il y ait un financement pour que les professionnels ne perdent pas* » MG2, l.153, « *ce serait dépendant des subventions qu'on reçoit au niveau de la MSP...* » MG3, l.40. Inquiétude partagée par une infirmière : « *si dans 10 ans on n'a plus de financement, je suis pas sûre qu'on puisse continuer...* » IDE4, l.171.

Ces craintes s'expliquent par l'obligation de **prévoir un budget** alloué à l'exercice coordonné : « *je pense qu'on va faire un tableau... un budget prévisionnel* » MG1, l.95, que ce soit **pour l'achat de matériel** : « *payer le matériel qui pourrait être nécessaire* » MG1, l.97, **ou l'indemnisation des professionnels** pour le temps de coordination : « *si on se finance trop, on est un peu coincé* » MG1, l.100.

Autant de contraintes à gérer qui peuvent **obliger à passer par un coordinateur** pour s'occuper de toute cette partie gestion et qui doit donc également être rémunéré : « *il faut savoir euh qui va s'occuper de la gestion, donc encore des moyens supplémentaires en temps et en finance* » MG2, l.74.

L'emploi de salariés (secrétaires, infirmières salariées...) représente aussi une source de difficultés financières et de complexité de gestion. Cela passe par **une lourdeur administrative** pour des médecins peu habitués à gérer ça : « *aucune habitude euh d'être employeur en tant que médecin libéral donc euh... ça me fait un peu peur* » MG2, l.67, et par le **coût des charges sociales** qui viendrait peser sur les finances des membres de la MSP : « *si j'emploie quelqu'un, j'ai plus de salaire du tout *rires** » MG2, l.72, « *ça ferait une charge financière à répartir entre les autres membres de la MSP et ça pourrait être difficile à gérer* » MG3, l.42, « *je pense que ce serait un risque pour la structure puisque qui dit salariat, dit contrat de travail, dit charges sociales...* » MG1, l.44.

Plusieurs infirmières ont également exprimé **des charges fixes plus élevées** depuis leur installation en MSP, en particulier en ce qui concerne les loyers des locaux : « *effectivement les charges euh... ça a un coût...* » IDE4, l.167, « *c'est au niveau des frais qu'on a quoi... c'est des frais plus importants qu'avant.* » IDE, l.150 ; charges qui viennent s'ajouter à d'autres postes de dépenses réalisés au cours de l'exercice libéral : « *j'ai encore des postes de charges qui sont quand même assez conséquents...* » IDE6, l.78.

Les locaux sont parfois aussi source de difficultés financières si le **projet initial est inadapté à son utilisation réelle** comme le souligne une infirmière : « *les charges se répercutent sur nous qui devons payer pour des locaux vides quoi...* » IDE5, l.184, « *il ne faut pas vouloir être trop grand... euh par rapport aux coûts* » IDE5, l.178.

7.3.3 Source de conflits :

L'exercice coordonné est parfois source de conflits entre les différents professionnels de santé.

Plus les intervenants sont nombreux, plus il existe de **risques de divergences d'opinion ou de manières de travailler** au sein même de la MSP : « *c'est qu'il faut accepter que tout le monde aille pas forcément au même rythme... n'ait pas forcément les mêmes euh idées.* » MG1, l.110, « *c'est sûr qu'au niveau de l'entente, c'est plus compliqué quand on est nombreux...* » IDE5, l.146.

De potentielles tensions extérieures peuvent également se créer sur le territoire de santé entre les membres de la MSP et les professionnels n'y exerçant pas : « *on aurait bien aimé faire adhérer tous les professionnels de santé du territoire et y en a certains qui ont pas voulu...* » IDE6, l.203.

Du côté infirmier particulièrement existe **une crainte de détournement de patientèle** au profit des MSP : « *je le voyais comme un service donné aux gens qui viennent à la MSP, les consœurs de ville l'ont pas vu comme ça...* » IDE4, l.59, « *elles pouvaient penser qu'on allait faire du détournement de patients* » IDE5, l.161, « *il y a toujours une crainte de... de... de captation d'une patientèle* » IDE6, l.274, et **de compérage** : « *je pense que ça peut être vu comme ça, comme quoi on bosse tous ensemble et qu'on se tape sur le ventre le soir parce qu'on a gagné plein d'argent... *rises** » IDE4, l.204.

Exercer en équipe et en particulier dans une Maison de Santé, surtout si le projet a été soutenu par des partenaires extérieurs, entraîne aussi des difficultés du fait d'un **passage obligé par de nombreux intermédiaires** pour beaucoup de décisions : « *quand on est tout seul pour soi, on peut tout gérer tout seul comme on veut, là euh... il y a toujours des intermédiaires... faut s'adapter quoi...* » IDE5, l.144, « *on est très dépendant de la mairie par exemple* » IDE3, l.139, « *quand on est tout seul pour soi dans son cabinet, on peut s'occuper directement des choses sans avoir besoin d'attendre l'avis des autres donc c'est parfois plus simple* » IDE3, l.144.

7.3.4 Défaut de connaissance des modalités de coordination :

L'analyse des différentes réponses montre bien qu'il existe un **manque de connaissances** des professionnels vis-à-vis de l'exercice coordonné. Nous avons pu relever **de nombreuses hésitations** ainsi que **des temps de réflexion** avant de répondre.

On retrouve ces caractéristiques de manière indifférente dans les deux groupes de professionnels étudiés et tous expriment **une grande part d'incertitude** : « *je suis un peu à la pêche aux informations* » MG1, l.36, « *je savais pas trop où j'allais* » IDE6, l.75, **de nouveauté** : « *on en est vraiment qu'au début hein, franchement *rires** » MG2, l.114, « *c'est aussi tout nouveau donc euh...* » IDE5, l.37.

Certains aimeraient pouvoir **avoir un retour d'expérience de confrères** plus avancés dans le projet : « *Aucune idée, y a beaucoup de flou donc euh peut-être que ça vaut la peine de voir les expériences des autres *rires** » MG2, l.83.

Tableau 2 : Synthèse des leviers et freins à l'exercice coordonné

	Leviers	Freins
Exercice Coordonné	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du suivi global des patients • Communication facilitée • Outils en commun • Collégialité • Place de la prévention • Continuité des soins • Gain de temps • Soutien financier • Valorisation du temps de coordination • Économies pour la société • Épanouissement professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Caractère chronophage • Charges supplémentaires • Conflits internes et externes possibles • Manque de connaissance

7.4 Exercice infirmier en Maison de Santé Pluri-professionnelle :

Nous nous intéressons ensuite plus précisément aux différents modes d'exercice infirmier pouvant exister dans les MSP. L'objectif secondaire de cette étude consiste à recueillir le ressenti des deux professions ciblées concernant ces différents exercices. Le but est ici d'en faire l'état des lieux en regroupant les aspects positifs et négatifs de chaque activité.

Trois modes d'exercice sont analysés dans cette étude. Ils correspondent aux exercices infirmiers les plus représentés dans les maisons de santé au moment des entretiens. Il s'agit de l'exercice libéral avec permanences de soins dans la MSP, l'infirmière ASALEE et l'infirmière salariée par la MSP. Les Infirmières de Pratiques Avancées ont parfois été citées au cours des entretiens mais nous avons fait le choix de ne pas explorer ici ce modèle, encore peu connu en France, dont les premières promotions vont seulement terminer leur cursus.

7.4.1 Exercice libéral et permanences de soins au cabinet :

7.4.1.1 Aspects positifs :

Le principal avantage de ce mode d'exercice est son **côté rassurant**, pour les infirmières comme pour les médecins. L'activité infirmière libérale classique est la plus courante et est bien connue des deux professions. Il y a donc un **caractère sécurisant** à ce modèle. La MSP offre la possibilité d'y adjoindre des permanences de soins directement sur place pour les patients mais les infirmières conservent malgré tout leur exercice habituel en parallèle. *« C'est déjà un peu plus clair. Ça me parle plus »* IDE2, I.63, *« c'était quelque chose qui convenait aussi aux infirmières puisqu'elles restent aussi dans un exercice libéral et qu'elles ont des permanences qui sont honorées euh par la structure, par la MSP »* MG1, I.53

Ce modèle présente aussi des avantages en termes de finances. Les infirmières **conservent leurs honoraires libéraux et sont rémunérées pour leur présence au sein du cabinet**. Elles ne sont donc pas pénalisées par ce temps en dehors de leurs tournées de soins. « *On s'était mis d'accord sur euh sur un chiffre, c'était 50 euros de l'heure normalement du coup ça reflète un p'tit peu mon activité libérale.* » IDE1, I.82. **La structure elle-même prend également moins de risques avec ce modèle** puisque les permanences infirmières sont financées par les subventions reçues par la MSP. Si ce financement venait à s'arrêter, il suffirait d'arrêter les permanences de soins, les infirmières retrouvant leur exercice libéral uniquement. « *Ça nous laisse la souplesse au niveau médical et pour la structure de payer les permanences tant qu'on a des budgets et de se dire, on arrête de payer des permanences quand on n'en a plus* » MG1, I.51, « *ça me semble une solution beaucoup plus pérenne dans le temps* » MG3, I.50.

Pour les infirmières, ce mode d'exercice est également viable car il **ne représente pas une contrainte de temps excessive**. « *Ce serait pas des grandes plages horaires* » IDE1, I.85, « *une fois par semaine c'est pratique* » IDE3, I.75. Il peut même être **un gain de temps** car le temps de permanence au cabinet peut être utilisé pour avancer sur d'autres tâches plus facilement. « *Une fois par semaine, on va maintenir parce que voilà régler des problèmes de bureau euh de retour à domicile de patients 'fin voilà ouais c'est bien.* » IDE3, I.79 Il peut aussi **éviter les déplacements non justifiés** : « *parfois on voit euh on va chez des patients qui seraient capables de venir au cabinet quoi* » IDE5, I.68.

Cette solution est par ailleurs appréciée, à plusieurs niveaux, pour **sa praticité**. Elle permet notamment **un suivi conjoint plus aisé** entre infirmière et médecin. Ce dernier peut facilement se rendre disponible pour un avis si le patient est sur place dans la maison de santé. « *Elles reconvoquent des patients pour des*

suivis de pansement par exemple » MG4, I.79, « le médecin peut venir directement voir son pansement ici, nous on le refait » IDE3, I.76.

Le **facteur temps est également moins limitant** pour les permanences de soins. Une infirmière exprime ainsi le fait de se sentir moins pressée que lors des visites à domicile : *« on a plus le temps qu'à la maison où c'est « dai dai » et euh je pense qu'il y a un meilleur suivi du patient avec euh cette forme là. »* IDE5, I.93.

Enfin, on retrouve également **une notion de souplesse et de liberté d'organisation** apportée par ce mode d'exercice. Celui-ci peut tout à fait être adapté en fonction de la demande. Les infirmières sont libres d'augmenter ou de diminuer le rythme des permanences de soins selon les besoins et sans risque particulier car elles ont toujours leur activité libérale habituelle en parallèle. *« Si après on voit que ça prend vraiment de l'ampleur, si les gens sont en demande, si les gens ils... et bien oui... peut être s'accorder euh ou faire sauter une journée de libéral et la passer ici euh ça me poserait pas de problème. »* IDE1, I.100.

7.4.1.2 Aspects négatifs :

Ce mode d'exercice associant l'activité libérale classique et des permanences au cabinet soulève malgré tout **quelques craintes**. Plusieurs interrogés estiment qu'il peut être compliqué d'ajouter ces permanences à des **plannings déjà bien chargés**. *« ... mais faut trouver des créneaux quoi et ça euh... parce que entre les papiers euh... la tournée du soir et du matin donc euh voilà... »* IDE1, I.93, *« si elles ont le temps parce que le problème c'est ça, c'est la limitation dans le temps de leur disponibilité. »* MG5, I.5. Ces difficultés sont majorées par le fait d'organiser les permanences en dehors du temps libéral, pour justement ne pas surcharger les journées, et donc **réduire les jours de repos** : *« plus sur un jour de repos, que je viendrai exprès pour une consultation »* IDE1, I.95, *« ça met une personne en plus à travailler le matin, voilà. »* IDE3, I.67.

Certaines infirmières ayant déjà expérimenté cet exercice reconnaissent également **un manque d'activité** sur ces permanences. Il ne faut donc pas prévoir trop de plages horaires sur la semaine. « *On pensait qu'on aurait plus de monde, des prises de sang, des voilà... et en fait non les gens ne viennent pas plus chez nous donc on va réduire* » IDE3, I.62.

Enfin, il peut être **source de conflits** avec les autres infirmières du secteur. Ces dernières peuvent parfois considérer qu'il existe un conflit d'intérêt au profit des infirmières de la MSP à travers ces consultations. « *Je le voyais comme un service donné aux gens qui viennent à la MSP, les consœurs de ville l'ont pas vu comme ça...* » IDE4, I.59.

7.4.2 Exercice ASALEE :

7.4.2.1 Aspects positifs :

L'exercice ASALEE peut être vu comme un complément intéressant pour les maisons de santé, « *ça peut être un plus oui pour les maisons médicales* » IDE5, I.76, surtout en **améliorant la qualité du suivi des patients**. Ceci passe par une place plus importante offerte à **la prévention**, « *là ça a plus un rôle prévention quand même.* » IDE1, I.51, mais aussi par **une disponibilité plus importante pour les patients**, « *si le patient il a pas bien compris, si il a besoin d'un soutien, moi je vais le recevoir, je vais lui expliquer le diagnostic* » IDE6, I.256, « *le patient je peux le garder 2h en consultation si il a besoin et il revient me voir comme il a envie* » IDE6, I.261. Ce dernier point est d'ailleurs **apprécié des patients** selon cette infirmière : « *Et les patients qui viennent en consultation ASALEE c'est vraiment ce qu'ils disent, c'est "mais là on a le temps au moins".* » IDE6, I.269.

ASALEE offre aussi la possibilité **d'élargir son domaine de compétences** en permettant de réaliser des activités non reconnues par la nomenclature des

actes infirmiers libéraux. « *En tant que libérale j'ai pas de possibilité de faire de l'éducation thérapeutique car... bon je... je pourrais faire des choses mais dans ma nomenclature c'est pas reconnu* » IDE6, I.86, « *on a une grande reconnaissance et vraiment une euh ils nous proposent de la formation aussi, du soutien et puis qui permet vraiment de faire des choses très très intéressantes avec les patients, parce qu'on a du temps.* » IDE6, I.291.

Il existe également **une certaine souplesse** dans cet exercice car, même si ce n'est pas la règle, il est possible d'exercer avec ASALEE avec un statut libéral et non en salariat. « *Moi je suis ASALEE libérale et j'ai un paiement à l'heure, en fonction du nombre d'heures que je vais faire dans le mois* » IDE6, I.233.

Un avantage supplémentaire pour les MSP est **l'indépendance du réseau ASALEE**. C'est ce dernier qui s'occupe de la gestion et notamment de la rémunération des infirmières. « *Ça soulage le médecin de la gestion, c'est juste une coopération* » MG2, I.95, « *ce que va faire l'infirmière ASALEE est pris en charge par ASALEE, c'est ASALEE qui la paye* » IDE6, I.231.

Enfin, **le salaire proposé par ASALEE serait très intéressant** selon une IDE interrogée bénéficiant du dispositif. « *Ils me rémunèrent en fonction du taux horaire, ils ont une grille en fonction des salaires, de l'ancienneté etc. et ils sont très généreux *rires* c'est un fait hein ils sont franchement très généreux,* » IDE6, I.298.

7.4.2.2 Aspects négatifs :

Certaines craintes sont malgré tout exprimées par certaines infirmières. On retrouve par exemple une **peur de perdre son statut libéral et son indépendance**, « *elle aurait pas une visée vraiment libérale, elle serait payée par un organisme...* » IDE1, I.45, mais aussi **une crainte de baisse de revenus** par rapport à un exercice totalement libéral avec obligation de cumuler les deux activités, comme l'explique une infirmière « *en soi je trouvais ça vachement*

*intéressant, je m'étais dit, mais ça ne paye pas... *rires** » IDE1, l.56, « *on est obligé quand même de cumuler les deux, libéral et ASALEE... au final je me retrouve à plus travailler et gagner moins...* » IDE1, l.61.

D'autres ne voient pas vraiment comment intégrer une infirmière ASALEE dans leur activité : « *Personnellement, je ne sais pas comment les glisser dans mon activité* » MG3, l.26, que ce soit en raison d'une **redondance avec d'autres corps de métiers existants** comme les réseaux de santé : « *elle fait un boulot qui est déjà fait chez nous par le réseau de santé.* » MG5, l.34, « *nous comme on a le réseau euh l'éducation thérapeutique est dispensée par le réseau donc c'est peut-être pour ça* » IDE4, l.39, ou par un **champ d'actions trop restreint** : « *tout ça ce sont des fonctionnalités limitées pour l'ASALEE et le problème c'est que ce type de fonctionnalités est illimité pour l'IPA donc moi j'opte plus pour une infirmière IPA.* » MG5, l.43.

L'activité ASALEE au sein d'une MSP peut également représenter un **coût pour la structure**, qui doit fournir un local à l'infirmière. **La question de la rentabilité** de cette activité se pose : « *le souci est de savoir comment on rentabilise l'activité de l'utilisation des locaux, l'utilisation du matériel* » MG1, l.31. Ce d'autant plus que le système de facturation des actes effectués par l'infirmière ASALEE n'est pas clair pour les médecins. Certains médecins se demandent s'il leur est possible de coter ces actes, par exemple l'interprétation d'un ECG réalisé par l'infirmière. « *Certains me disent qu'ils peuvent facturer les actes qui sont faits par les infirmières ASALEE, d'autres qu'ils ne peuvent pas le faire. Euh moi si je ne peux pas le faire ça ne m'intéressera pas* » MG1, l.36, « *c'est au niveau de l'équipe médicale à savoir si ils se refacturent eux et si c'est moi qui l'ai fait mais ça j'ai pas abordé le problème. Ils font comme ils sentent...* » IDE6, l.236.

7.4.3 Exercice salarié en MSP :

7.4.3.1 Aspects positifs :

A l'évocation d'une possibilité d'avoir un exercice salarié au sein de la MSP, les principaux avantages relevés par les infirmières sont celui d'**une gestion plus facile** ainsi qu'**une baisse des charges**. « *Ça m'aurait bien plu hein.* » IDE1, I.74, « *après c'est sûr qu'il y a sûrement moins de charges* » IDE5, I.84.

Ce mode d'activité reste cependant assez flou et peu connu de la profession pour un exercice en MSP et soulève surtout beaucoup d'interrogations.

7.4.3.2 Aspects négatifs :

La principale source d'inquiétudes concerne **le coût de ce mode d'exercice**. Tous les interrogés visualisent mal comment une MSP pourrait financer d'elle-même une infirmière quand d'autres **postes de charges sont déjà conséquents**. « *Il m'a dit "on pourrait jamais payer une infirmière salariée"* » IDE1, I.72, « *je pense que ce serait un risque pour la structure puisque qui dit salariat dit contrat de travail, dit charges sociales etc* » MG1, I.44, « *en tant que médecin isolé euh libéral ah si j'emploie quelqu'un j'ai plus de salaire du tout *rires** » MG2, I.72. Le financement de l'infirmière salariée serait donc **dépendant des subventions reçues** par la structure. Il existe ainsi une grande **incertitude sur la pérennité** d'une telle activité. « *Si un jour y a plus de financement... Que devient l'infirmière ouais...* » IDE4, I.69, « *on risque d'être euh très ennuyé si les subventions par exemple ne sont pas versées* » MG1, I.45, « *ce serait dépendant des subventions qu'on reçoit au niveau de la MSP et si ces subventions ne sont pas pérennes que deviendrait cette salariée ?* » MG3, I.40, « *Si les financements arrivent pourquoi pas, si les financements n'arrivent plus...* » MG4, I.67.

Les infirmières émettent également un doute sur une **rémunération insuffisante** dans ces conditions, « *Qu'est-ce que ça va être euh le but et ce qu'on va faire concrètement et le salaire hein *rires* Faut pas se mentir *rires** » IDE2, l.58, « *Oui par rapport aux finances... euh sans doute moins bien rémunérée...* » IDE5, l.87, ainsi que **beaucoup d'incertitudes sur le rôle** d'une telle infirmière : « *je sais pas quelle fonction elle aurait dans la MSP l'infirmière là* » IDE3, l.57, « *peut être plus une incertitude parce que c'est pas... c'est pas dans les modes de fonctionnement encore euh très reconnus* » IDE6, l.115.

La notion de **conflit d'intérêt** vis-à-vis des infirmières libérales se retrouve aussi ici et beaucoup craignent de **potentiels rapports conflictuels** : « *C'est un peu compliqué euh et ça remet en cause aussi l'exercice de l'infirmière libérale...* » IDE2, l.53, « *si demain on leur dit « tiens on a une infirmière qui assure les soins à la MSP » euh *grimace** » IDE4, l.62, « *je vois pas trop comment faire du libéral et du salariat parce qu'obligatoirement y aura conflit d'intérêt euh sur les deux* » IDE4, l.79.

7.4.4 Défaut de connaissances :

L'analyse des entretiens souligne **un défaut de connaissance** des différents modes d'exercice infirmiers pouvant exister dans le cadre d'une MSP. Cette constatation se retrouve dans les deux groupes interrogés, y compris par les infirmières elles même.

L'exercice libéral est bien connu de tous mais certains ne connaissent aucune autre voie d'exercice pour une infirmière en MSP : « *Non, je connais que les cabinets libéraux qui intègrent les MSP* » IDE3, I.35.

La plupart ont malgré tout pu citer d'autres activités mais sans en connaître les détails et démontrent ainsi **un manque d'informations** sur ce sujet. On le retrouve par exemple à l'évocation de l'activité ASALEE : « *Voilà euh bah pfff je sais que ça existe *rires* Voilà !* » MG2, I.42, « *J'ai entendu parler des infirmières ASALEE mais après euh dans quel contexte non.* » IDE3, 48.

Cette méconnaissance peut parfois être **source de mauvaises interprétations et de confusion** entre les différents exercices possibles, comme le pense cette infirmière : « *chez les médecins, c'est peut être l'information qui est mal donnée, on n'est pas un assistant médical* » IDE6, I.264.

Dans de nombreux cas, même lorsque l'exercice est connu, ses modalités le sont beaucoup moins, créant ainsi **une multitude d'interrogations**, que ce soit quant à leur organisation, le type d'activités de soins entrant dans le domaine de compétence ou encore le financement.

Tableau 3 : Synthèse des avantages et inconvénients des différents exercices infirmiers

Exercice	Avantages	Inconvénients
Libéral et permanences	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle le plus connu • Stabilité financière pour l'IDE • Stabilité financière pour la structure • Intégration aisée à l'agenda • Souplesse d'organisation • Suivi conjoint facilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Charge de travail supplémentaire • Moins de repos • Peu d'activités sur les permanences • Craintes de captation de patientèle
ASALEE	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur suivi du patient • Place de la prévention • Disponibilité plus importante • Augmentation du champ de compétences • Salariat ou libéral • Gestion par l'association • Rémunération intéressante 	<ul style="list-style-type: none"> • Crainte de perte d'indépendance • Perte de revenus par rapport au libéral • Champ d'action restreint • Coût pour la structure • Question de la rentabilité

Salariat	<ul style="list-style-type: none">• Moins de charges• Gestion facilitée pour le salarié	<ul style="list-style-type: none">• Coût pour la structure• Lourdeur administrative• Dépendance vis-à-vis des subventions• Quels actes effectués ?• Conflits avec IDE libérales
-----------------	--	---

8 Discussion :

8.1 Choix de la méthode :

L'exercice coordonné est promu par les différentes politiques de santé depuis quelques années et tend à se déployer. Il représente une réponse à différents besoins de santé : améliorer le suivi des situations complexes qui se généralisent, favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses en ce qui concerne l'offre de soins, et renforcer la continuité des soins. Notre étude est intéressante dans le sens où elle met en lumière l'avis des professionnels de santé concernés par ce mode d'exercice et notamment sur les différents aspects que peut revêtir la coordination entre médecins généralistes et infirmières.

Avoir interrogé les deux catégories de professionnels concernés par cette étude permet également de mettre en parallèle les points de vue de chacun et de les comparer.

L'un des points forts de cette étude réside dans le choix de la méthode des entretiens individuels semi-dirigés afin de recueillir la totalité des ressentis des interrogés. Les réponses ne sont ainsi pas orientées par un questionnaire. Le caractère confidentiel de l'entretien individuel évite aussi que certains avis ne soient tus par timidité ou par peur de conflit dans un focus group.

L'échantillon des professionnels interrogés est équilibré en termes de représentants de chaque profession mais manque de diversité dans les caractéristiques des individus (tranches d'âge, sexe). L'effectif de l'échantillon est assez restreint mais la tenue des entretiens a été nettement perturbée par l'épidémie de SARS-CoV-2. Cependant, la saturation des données a rapidement été atteinte. Un échantillon plus vaste permettrait d'obtenir une meilleure puissance de l'étude.

Notre guide d'entretien a dû être remanié à plusieurs reprises au cours de l'étude afin de permettre de répondre aux objectifs et d'être plus compréhensible pour les interrogés.

Enfin, en raison de notre manque d'expérience dans ce domaine, notre propre ressenti sur le sujet a pu orienter le déroulement des entretiens ainsi que l'analyse des résultats. Ce dernier biais a pu être levé en réalisant un double codage des entretiens par le thésard et une thésarde indépendante. La validité interne de l'étude est ainsi améliorée.

8.2 Discussion des principaux résultats :

8.2.1 La coordination interprofessionnelle :

Avant de nous intéresser à ses leviers et freins, nous avons envisagé les déterminants de l'exercice coordonné selon les ressentis des interrogés. Le caractère nouveau de ce mode d'exercice ressort fortement des entretiens et avec lui, les craintes et questionnements. Ce sentiment ressort dans les deux catégories professionnelles sans distinction. Plusieurs interrogés rappellent néanmoins qu'une collaboration a toujours existé entre médecins et infirmières, piliers du soin primaire. Celle-ci se formalise désormais et revêt donc un caractère officiel.

Une nouvelle organisation doit ainsi se mettre en place pour intégrer ce temps de coordination aux activités habituelles de chacun. Ceci passe par un investissement en temps mais aussi en moyens que ce soit pour les réunions ou encore pour l'élaboration des protocoles.

Le travail d'équipe est mis en avant par les différents interrogés. Les notions d'échanges, de partages et de pluridisciplinarité sont évoquées comme les principaux aspects positifs de l'exercice coordonné. Ces points représentent un véritable objectif des professionnels de santé dans leur activité et l'exercice coordonné semble en être la solution.

8.2.2 Leviers à la coordination :

Notre travail met en évidence les différents atouts de l'exercice coordonné, tels que ressentis par les médecins et infirmières interrogés.

8.2.2.1 Amélioration du suivi du patient :

Le principal argument en faveur de l'exercice coordonné est l'amélioration de la qualité du suivi global du patient. Il est cité de façon unanime au sein des deux groupes de professionnels. Ce résultat rejoint ainsi celui d'autres thèses montrant un effet positif de l'exercice pluridisciplinaire des maisons de santé(42), que ce soit du point de vue des professionnels mais aussi des patients.

Notre étude détaille les déterminants de cette amélioration selon les professionnels de santé. L'exercice coordonné permet pour eux une communication facilitée, d'une part bien sûr grâce à la proximité géographique offerte par la MSP mais aussi grâce à des échanges plus nombreux, du fait du sentiment d'évoluer au sein d'une même équipe. L'échange d'informations médicales en devient meilleur et le patient n'est plus pris en charge par un médecin et une infirmière en parallèle mais par une équipe de soin en liens étroits. Les réunions de coordination renforcent encore cet esprit grâce à la collégialité des décisions et chaque professionnel devient réellement acteur des soins. Ce dispositif offre une meilleure communication entre médecins et infirmières et permet de répondre à un défaut dans les relations entre ces professionnels de santé constaté dans différents travaux comme celui de Mathilde Fontaine.(43)

L'un des points décrit comme très important pour ces échanges, et donc pour l'amélioration du suivi, est l'utilisation d'outils communs et notamment un accès au dossier médical du patient. Ceci est particulièrement vrai pour les infirmières qui n'avaient jusqu'alors pas accès aux dossiers patients et pouvaient donc manquer de certaines informations. Désormais, elles disposent de toutes les données nécessaires à leur exercice et ce, sans forcément avoir à déranger le médecin.

Un autre point ressenti comme très utile est l'utilisation de protocoles pluridisciplinaires. Ceux-ci sont élaborés directement par les professionnels selon les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain et sont donc adaptés à chaque expérience. Les professionnels se sentent ainsi plus en sécurité quant à leur pratique et il existe une harmonie de prise en charge auprès du patient.

L'amélioration du suivi passe aussi par une place plus importante à la prévention permise par l'exercice coordonné. Le manque de temps et/ou de formation est souvent cité comme frein à la pratique de la prévention en soins primaires. Notre étude souligne que la coordination est une réponse possible à ce frein puisqu'il permet de dégager du temps pour mener à bien des politiques de prévention. La multiplicité des exercices infirmiers possibles en MSP est également une façon d'améliorer ces pratiques avec notamment les infirmières ASALEE qui peuvent se rendre plus facilement disponibles pour cela. La disponibilité est soulignée par l'infirmière ASALEE interrogée qui explique pouvoir prendre le temps qu'il faut en consultation avec son patient. Les retours patients vont dans le même sens, ce qui confirme les résultats d'autres études sur le sujet.(44)

8.2.2.2 Gain de temps :

Avec des journées de plus en plus chargées, le critère temps représente une donnée très importante. L'analyse des entretiens met ainsi en évidence un autre levier de l'exercice coordonné selon les professionnels interrogés : le gain de temps. Pour eux, la coordination permet d'être plus efficace dans leur pratique quotidienne. Ceci passe bien sûr en premier lieu par une prise en charge de meilleure qualité et facilitée par les nombreux échanges d'informations et les réunions de concertation pluridisciplinaires. Celles-ci permettent à tous les soignants de l'équipe d'être informés des dernières évolutions et des décisions thérapeutiques concernant les patients communs. La prise en charge sur le terrain est ainsi plus aisée et rapide. Cette idée est par ailleurs renforcée par les protocoles de soins pluridisciplinaires qui posent un cadre pour les prises en charge et facilitent donc le soin.

De façon plus anecdotique, l'exercice pluriprofessionnel, surtout monosite, améliore encore les contraintes de temps en rapprochant les différents professionnels et donc en limitant les déplacements et les sollicitations.

8.2.2.3 Leviers financiers de l'exercice coordonné :

Nous l'avons vu, l'exercice coordonné représente pour les professionnels de santé un gain de temps dans leur pratique. Néanmoins, ce temps de coordination indispensable à une bonne prise en charge vient bien souvent empiéter sur le temps de soins. Le temps passé en réunions ou pour les échanges entre professionnels n'est pas du temps disponible auprès des patients. Cette partie de l'activité a toujours existé mais elle n'était jusqu'alors pas réellement reconnue. L'exercice coordonné et son financement propre à travers notamment l'Accord Conventionnel Interprofessionnel permet désormais aux professionnels d'être rémunérés pour ce temps de coordination.

Les différents interrogés expriment leur satisfaction face à cette possibilité qui leur semble légitime en raison de la part importante de travail que représente cette partie de leur activité.

L'exercice coordonné représente également pour les professionnels la possibilité de mutualiser leurs moyens facilement et de bénéficier des différentes aides financières. L'accès à du matériel ou à des moyens humains complémentaires est ainsi rendu plus facile.

Enfin, plusieurs interrogés notent aussi les économies pour la société permises par ce type d'exercice. Le suivi du patient est de meilleure qualité et une place plus importante est faite à la prévention. Sur le long terme, le risque de complications ou le recours à des hospitalisations sont donc plus faibles. De même, les échanges d'informations et l'accès au dossier médical pour tous permet de limiter la redondance d'examens déjà réalisés. Tous ces points diminuent ainsi le coût global de prise en charge.

8.2.2.4 Bénéfices pour les patients :

Notre étude retrouve, au travers des avis des professionnels, des avantages à l'exercice coordonné pour les patients. Ceci confirme les résultats de nombreuses études qui s'attachaient quant à elle à recueillir l'avis des patients vis-à-vis des maisons de santé. On note ainsi le côté pratique de la MSP regroupant différents professionnels de santé en un même lieu et permettant aussi d'assurer la continuité des soins en l'absence de certains professionnels. Les patients expriment également le sentiment d'un meilleur suivi et sont rassurés grâce à l'harmonisation du suivi et des informations reçues quel que soit le professionnel rencontré lors de la prise en charge.

8.2.2.5 Épanouissement professionnel :

Les attentes des professionnels de santé concernant l'exercice pluriprofessionnel sont nombreuses avec notamment la volonté d'établir un vrai travail d'équipe, d'améliorer la communication, de développer la prévention ou encore l'éducation à la santé.(45) Notre étude montre que l'exercice coordonné est une réponse à ces attentes et permet de s'épanouir professionnellement. Les différents interrogés soulignent ainsi l'amélioration de leurs conditions de travail avec l'impression d'évoluer au sein d'une même équipe. Ils ont également l'opportunité de découvrir de nouvelles expériences professionnelles, que ce soit grâce à la possibilité d'investir dans des outils spécifiques ou par les différents types d'exercices possibles. Les infirmières apprécient notamment grandement le fait de pouvoir mettre en pratique de l'éducation thérapeutique à travers des permanences de soins ou des consultations ASALEE.

8.2.3 Freins à la coordination :

L'analyse des entretiens nous a permis d'identifier certains freins à la coordination entre médecins et infirmières. Là encore, ces freins ont été cités de manière homogène dans les deux catégories de professionnels interrogés et sont conformes aux ressentis exprimés dans d'autres travaux.

Le principal frein retrouvé est l'aspect chronophage de la coordination. Celle-ci passe notamment par de nombreuses réunions qui empiètent souvent sur le temps médical qui n'est donc pas passé auprès des patients. Ces réunions peuvent aussi parfois se dérouler en soirée ou obliger, surtout pour les infirmières, à revenir sur un jour de repos. Cependant, la plupart des interrogés modèrent cet aspect négatif en précisant que les réunions sont surtout très nombreuses lors de la mise en place de l'exercice coordonné puis ont tendance à s'espacer et à trouver un rythme plus adapté une fois celui-ci bien rodé.

D'autres contraintes, financières et de gestion, se retrouvent également comme freins à cet exercice. Beaucoup relèvent la dépendance vis-à-vis des subventions et un avenir incertain des maisons de santé si leur financement venait à s'arrêter. La gestion de l'exercice coordonné peut également être plus compliquée avec la nécessité de prévoir un budget, gérer l'emploi des salariés et des charges fixes parfois plus élevées surtout si le projet a été vu « trop grand ».

Enfin, travailler à plusieurs expose forcément à des risques de conflits plus importants. Il peut s'agir de conflits internes en raison de divergences d'opinion ou de façon de travailler mais aussi des tensions avec les professionnels extérieurs à la maison de santé qui craignent parfois un détournement de patientèle ou du compéage.

D'une façon différente, le manque de connaissance des professionnels concernant l'exercice coordonné représente également un frein à sa mise en place. L'analyse des entretiens nous a montré qu'il existe un déficit de connaissances des professionnels à plusieurs niveaux, que ce soit pour les conditions de création de ce genre de projet mais aussi concernant les différentes aides disponibles. La plupart avoue n'être pas bien informés sur le sujet et être dans le flou en raison du caractère relativement nouveau de ce genre d'exercice. Ce type de craintes est récurrent et se retrouvent aussi dans d'autres études comme celle de Nicolas GERRIER.(45)

Notre étude peut être en cela utile qu'elle permet aux professionnels désirant mettre en place un exercice coordonné de retrouver les caractéristiques de celui-ci, avec ses leviers et ses freins ainsi que les différentes modalités qu'il peut prendre.

8.2.4 Exercice infirmier en MSP :

L'objectif secondaire de notre étude consistait à explorer les avantages et inconvénients des différents modes d'exercice infirmier pouvant exister au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle. De nombreuses études ont déjà été réalisées concernant les infirmières ASALEE, que ce soit sur les attentes de médecins et des patients par rapport à cet exercice en particulier. Cependant, nous n'avons pas trouvé d'étude comparant ces différents exercices. À l'heure de l'essor des MSP, il nous semble intéressant de proposer ce tour d'horizon afin de permettre aux professionnels de santé concernés de choisir quel type de coordination mettre en place dans leur établissement.

Ce travail est d'autant plus justifié que l'analyse des entretiens montre bien qu'il existe, là aussi, un défaut de connaissance de ces différents modes d'exercice, aussi bien de la part des médecins généralistes que des infirmières elles-mêmes. Lorsque nous abordons la question de l'exercice infirmier en MSP, tout le monde pense instinctivement à l'exercice libéral classique. Seuls quelques-uns des professionnels interrogés citent les infirmières ASALEE et encore moins le salariat des infirmières. À noter cependant que certains ont également évoqué les Infirmières de Pratiques Avancées que nous avons choisies de ne pas étudier ici en raison de la jeunesse de ce dispositif en France, dont les premières formées n'entreront en activité que prochainement. Même en proposant le terme ASALEE lors des entretiens, certains interrogés nous avouent ne pas en connaître le mode de fonctionnement, voire ne jamais en avoir entendu parler.

L'exercice coordonné se développant, et avec l'apparition de nouveaux métiers, il est légitime de penser que ces notions se préciseront dans l'esprit des professionnels de santé et que l'information sera mieux diffusée.

Parmi les trois types d'exercice infirmier étudiés dans ce travail, deux semblent se détacher particulièrement en termes d'avantages. Il s'agit de l'exercice libéral avec éventuelles permanences de soins dans la MSP et celui de l'infirmière ASALEE.

L'exercice libéral avec permanences de soins présente l'avantage d'être le modèle le plus usuel et donc le mieux connu. Il présente un caractère rassurant aussi bien pour les infirmières que pour les médecins puisque celles-ci conservent leur activité libérale classique, à laquelle viennent s'adjoindre des permanences directement au sein de la MSP. Son caractère modulable séduit également les différents interrogés qui y voient une certaine liberté d'organisation avec notamment la possibilité d'ajouter ou de diminuer le nombre de permanences en fonction de la demande. Les infirmières sont rémunérées pour les permanences grâce aux subventions reçues par la MSP au titre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel. Là encore, cette possibilité rassure également médecins et infirmières qui peuvent décider d'arrêter les permanences si les subventions venaient à ne plus être versées. Les infirmières retrouveraient alors simplement leur activité libérale classique.

Les infirmières y voient aussi un potentiel gain de temps puisque les heures passées en permanence peuvent également être utilisées pour effectuer du travail administratif ou de gestion habituellement non reconnu.

Ce modèle permet aussi de réaliser des consultations conjointes entre médecins et infirmiers en faisant coïncider leurs rendez-vous.

La principale crainte exprimée par les infirmières concernant ce mode d'exercice est le manque d'activités. En effet, celles ayant déjà mis en place des permanences regrettent que peu de patients n'en profitent pour bénéficier de soins ou d'un suivi directement à la MSP. Les médecins peuvent avoir leur rôle à jouer ici en limitant les ordonnances de soins « à domicile » aux patients pour qui cela est vraiment justifié.

L'exercice ASALEE est plébiscité quant à lui en premier lieu pour l'amélioration du suivi global du patient et la place dont il dispose pour la prévention et l'éducation thérapeutique. En effet, les infirmières intéressées par ce mode d'exercice y voient une possibilité de prendre plus de temps avec le patient afin de répondre à ses besoins et interrogations. Il s'agit alors d'un véritable accompagnement personnalisé du patient qui devient acteur de sa santé. Ce résultat est cohérent avec les nombreux autres travaux concernant les infirmières ASALEE du point de vue des patients.

L'exercice ASALEE représente aussi une possibilité pour les infirmières d'étendre leurs domaines de compétence et surtout, d'être rémunérées pour des actes qui ne sont pas reconnus dans la nomenclature libérale classique.

Les médecins de notre étude n'étaient que peu informés des possibilités offertes par l'association ASALEE et nous avons donc pu noter une certaine réticence à l'utilisation de ce dispositif. Ceci est très probablement en lien avec ce manque de connaissance car les résultats d'autres études sur le sujet avec des médecins ayant pu travailler avec une infirmière ASALEE semblent plutôt aller dans le sens d'un bénéfice de ce modèle. Là encore, l'expansion progressive de ce mode d'activité permettra sans doute aux médecins généralistes, mais aussi aux infirmières, de mieux le connaître et peut-être en envisager l'utilisation.

Ce modèle présente de plus d'autres avantages moins connus comme celui de l'exercer sur un modèle de salariat ou de libéral et donc de pouvoir garder une activité libérale en parallèle selon les souhaits de chacun.

La gestion de l'activité, d'un point de vue administratif, est prise en charge directement par l'association et n'ajoute donc pas énormément de charges de travail de ce côté notamment pour les médecins.

La principale crainte pour les médecins est celle du coût pour la structure et de la rentabilité puisqu'il faut pouvoir mettre à disposition de l'infirmière ASALEE un local et éventuellement du matériel. De même se pose la question de la cotation des actes réalisés par l'infirmière ASALEE : un médecin peut-il par exemple coter l'interprétation d'un électrocardiogramme réalisé par l'infirmière ? La réponse semble assez floue et les pratiques diffèrent.

L'exercice salarié d'une infirmière employée par la MSP présente pour celle-ci l'avantage d'avoir moins de charges et une gestion facilitée. Cependant l'analyse des entretiens montrent que les inconvénients sont plus nombreux avec en premier lieu un coût important pour la structure qui peut difficilement être supporté par les petites MSP dont le financement dépend en grande partie de la patientèle médecin traitant. De plus, les infirmières craignent une rémunération insuffisante par rapport aux autres modes d'exercice, mais aussi l'apparition de conflits avec les infirmières libérales.

8.2.5 Discussion transversale :

L'analyse des entretiens ne montre pas de différences notoires entre les points de vue des médecins et des infirmières. Néanmoins, ce résultat peut être dû au faible effectif de l'étude. Un échantillon plus grand apporterait éventuellement une différence significative et permettrait peut-être de réaliser une réelle comparaison entre les deux corps de métiers.

De même, l'exercice coordonné étant une notion encore relativement nouvelle, il serait intéressant de renouveler ce type d'étude à l'avenir afin de refaire le point sur les sentiments exprimés par les professionnels qui auront pu l'expérimenter de façon plus approfondie. Il sera également intéressant d'étudier les IPA lorsque celles-ci seront en activité.

9 Conclusion :

Dans le but de pallier les difficultés d'accès aux soins et devant une volonté des jeunes médecins d'exercer en groupe, on assiste au développement de la notion d'exercice coordonné entre professionnels de santé. Les dernières politiques de santé renforcent cette notion et une coordination doit exister entre les différents corps de métiers au sein des MSP.

Cette coordination peut s'organiser de différentes manières selon les souhaits de chacun avec notamment des modes d'exercice infirmiers différents. Nous nous proposons d'étudier les freins et leviers à la mise en place de cet exercice coordonné ainsi que de réaliser une synthèse des avantages et inconvénients des différents exercices infirmiers existants en MSP, selon le point de vue des professionnels concernés.

Notre étude a montré que l'exercice coordonné permet une amélioration du suivi global des patients grâce notamment à une meilleure communication entre professionnels et à l'utilisation d'outils en commun. Il offre également le sentiment d'évoluer au sein d'une équipe, point particulièrement apprécié des professionnels. La valorisation de la coordination, à travers son financement, encourage également sa mise en place.

Parmi les différents aspects que peut revêtir la coordination entre médecins et infirmiers, celui de l'infirmière libérale avec permanences de soins et celui de l'infirmière ASALEE semblent être les plus intéressants, tant d'un point de vue organisationnel pour les professionnels que du côté bénéfiques et amélioration du suivi pour les patients. Chaque équipe restera libre de choisir son modèle en fonction de ses avantages et inconvénients.

10 Bibliographie :

1. Barlet C. La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. :8.
2. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
3. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
4. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
5. Siebert P. Étude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux: pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers. 13 juin 2017;186.
6. 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.
7. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014_mono.html#toc167
8. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
9. Code de la santé publique - Article L1431-2. Code de la santé publique.
10. Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles. :3.
11. Code de la santé publique.
12. Le Projet Régional de Santé en 6 points [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/prs>
13. Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-0>

14. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.
15. Code de la santé publique - Article L1435-8. Code de la santé publique.
16. Code de la santé publique - Article L4041-1. Code de la santé publique.
17. Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de sante pluriprofessionnelles.
18. CNAMTS. Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017. :18.
19. DRESS Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1077.pdf>
20. Exercice coordonné et protocole d'une équipe pluriprofessionnelle [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/exercice_coordonne_et_protocole_dune_equipe_pluriprofessionnelle.pdf
21. Code de la santé publique - Article D6124-131. Code de la santé publique.
22. Réunion de concertation pluridisciplinaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire
23. Méthodologie RCP | Maisons de Santé en Occitanie - Forms - Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.maisondesante-occitanie-forms.fr/jexerce-en-msp/methodologie-rcp>
24. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/IMG/pdf/aci-jo.pdf>
25. Protocoles pluriprofessionnels | Maisons de Santé en Occitanie - Forms - Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.maisondesante-occitanie-forms.fr/jexerce-en-msp/protocoles-pluriprofessionnels>

26. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
27. Label « e-santé logiciel maisons et centres de santé » [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/label-e-sante-logiciel-maisons-centres-de-sante>
28. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
29. | PSA | Portail Services ASALEE [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.asalee.fr/public/bienvenue.php>
30. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août [cité 24 févr 2020]. Report No.: 54. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
31. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
32. 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.
33. Code de la santé publique - Article R4312-33. Code de la santé publique.
34. Code de la santé publique - Article R4311-1. Code de la santé publique.
35. Deleau E. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_deleau.pdf
36. ASALEE flyer actualisé 2017_0.PDF.
37. Romain P. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. 2015;120.
38. Code de la santé publique - Article R4301-1. Code de la santé publique.
39. fiche-pratique-avancees20-05-2019-stdc.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-pratique-avancees20-05-2019-stdc.pdf>

40. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

41. Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf

42. Rimetz-Pal A. Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins: quels critères du point de vue des patients? Étude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey. :109.

43. Fontaine PM. Relation entre médecins généralistes et infirmiers dans la prise en charge à domicile dans l'Oise : état des lieux, ressenti et perspectives d'amélioration. :59.

44. Bouchaud A. Vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE [Internet]. [cité 17 juillet 2020]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6064fc7e-aab2-4f27-8313-58ba4a966269>

45. Gerrier N. Besoins, attentes et craintes des professionnels de santé à propos de la création d'un pôle de santé pluriprofessionnel au sein du quartier des Moulins-Meridia. :69.

11 Annexes :

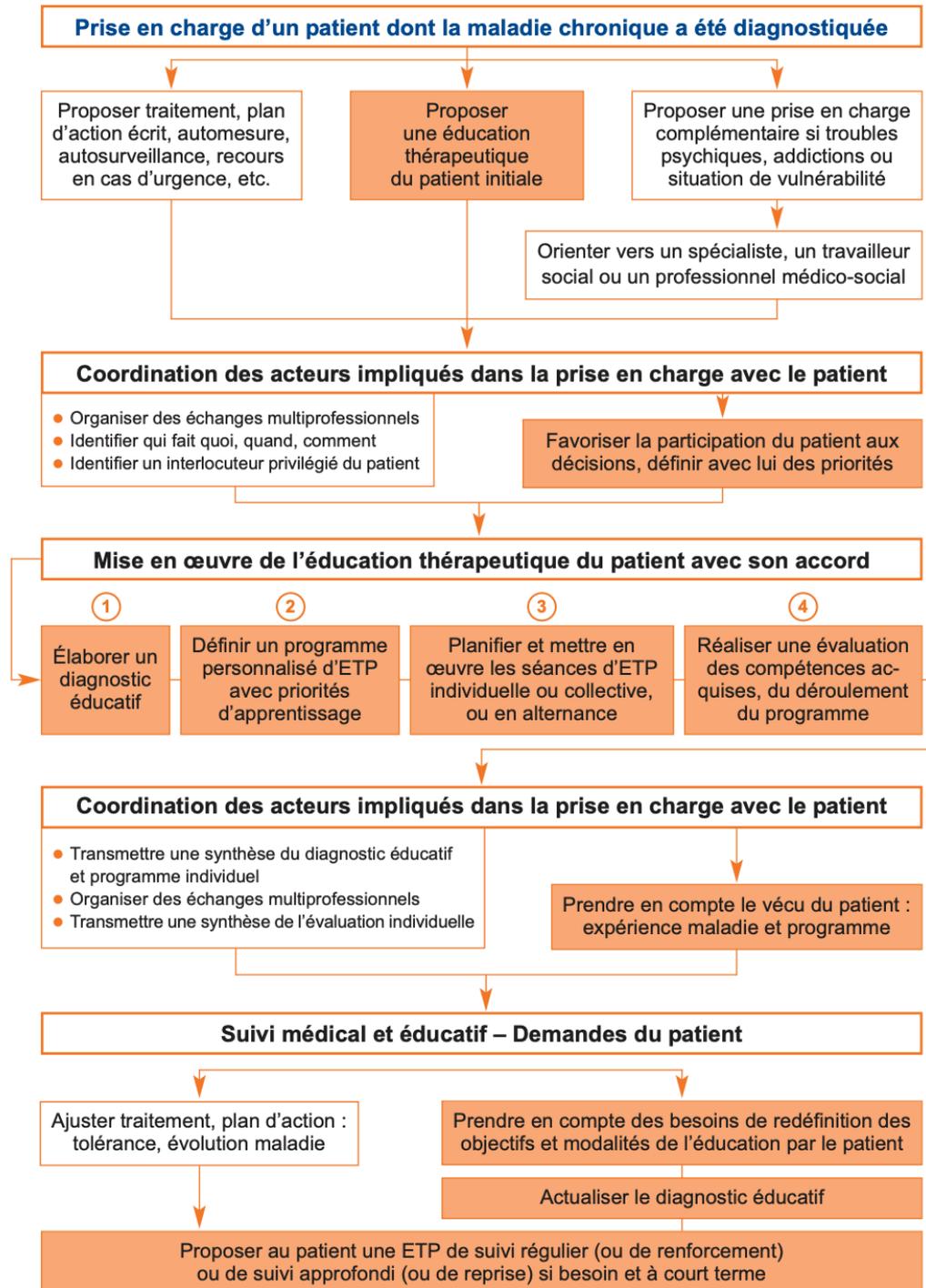
11.1 Annexe 1 : Liste des indicateurs conditionnant la rémunération au titre de l'ACI

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 1 : accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Horaires d'ouverture Soins non programmés 	SOCLE-PREREQUIS	Charte d'engagement	Voir modèle-type en annexe 4 de l'ACI La charte doit être également affichée dans la structure
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Fonction de coordination au sein de la structure 	SOCLE-PREREQUIS	Document attestant de la mise en place de cette fonction : <ul style="list-style-type: none"> Copie du contrat de travail Fiche de poste Etc... 	
AXE 3 : système d'information	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système d'information labellisé par l'ASIP de niveau « standard » 	SOCLE-PREREQUIS	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : <ul style="list-style-type: none"> factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location... 	La date d'acquisition du logiciel doit apparaître sur le document
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer des protocoles pluri-professionnels 	SOCLE	Copie des protocoles élaborés	
	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des réunions de concertation pluri-professionnelle 	SOCLE	<ul style="list-style-type: none"> Calendrier des réunions sur l'année civile N Nombre de dossiers examinés par réunion 	Les comptes rendus ne sont pas transmis mais tenus à la disposition du service médical de la caisse

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 1 : accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des missions de santé publique 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Contrat conclu avec la structure : 	les modalités de contrôle doivent être précisées en annexe du contrat conclu
	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une diversité de soins <ul style="list-style-type: none"> Niveau 1 Niveau 2 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels associés de la structure (ou pour 2017 et 2018 également des professionnels signataires du projet de santé et exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure) 	liste mentionne : <ul style="list-style-type: none"> identité, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité exercée Le temps hebdomadaire de présence
	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des consultations de de second recours 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels extérieurs vacataires au cours de l'année civile 	liste mentionne : <ul style="list-style-type: none"> identité, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité exercée Le temps hebdomadaire de présence
	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir des médecins signataires d'un contrat CSTM 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels concernés Copie du contrat CSTM 	
	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction des patients 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Document attestant de la mise en place d'outils d'évaluation de la satisfaction des patients et des adaptations réalisées au regard des besoins identifiés 	Exemple : <ul style="list-style-type: none"> Questionnaires Comptes rendus réunions Plan d'action liste des améliorations proposées

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Former des professionnels de santé 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Copie de l'attestation ou convention de stage 	Identifier le nom du stagiaire, la profession et les dates de stage
	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une procédure de transmission des données de santé nécessaire à la prise en charge des patients vers des PS extérieurs, des établissements sanitaires, des structures et services médico-sociaux etc 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Document attestant de la mise en place des procédures 	
AXE 3 : système d'informations	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système d'information labellisé par l'ASIP de niveau « avancé » 	OPTIONNEL	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : <ul style="list-style-type: none"> factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location... 	La date d'acquisition du logiciel doit apparaître sur le document

11.2 Annexe 2 : Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique



11.3 Annexe 3 : Guide d'entretien de l'étude

Enquête auprès des médecins généralistes et infirmiers exerçant au sein des maisons de santé pluri-professionnelles

Je réalise un travail de thèse sur la coordination interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers au sein des MSP et notamment sur les différents modes de coordination. Pour ce faire, je vous remercie de prendre quelques minutes de votre temps pour me répondre. Afin de retranscrire de la manière la plus fidèle possible cet entretien, il me faut l'enregistrer mais je tiens à préciser qu'il sera totalement « anonymisé ». M'autorisez-vous à enregistrer vos réponses ?

- **Dans un premier temps, afin d'établir quelques statistiques de départ, pouvez-vous me donner votre âge, la durée depuis laquelle vous êtes installés en MSP et s'il s'agit d'un exercice plutôt rural ou urbain ?**
- **Qu'évoque pour vous le terme de « coordination interprofessionnelle » au sein d'une MSP ?**
- **Quelle coordination avez-vous mis en œuvre au sein de votre MSP ? Comment s'organise-t-elle ? Par exemple, avez-vous mis en place un ou plusieurs protocoles entrant dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) ?**
- **Connaissez-vous différents types d'exercice infirmier pouvant exister au sein d'une MSP ?**
- **Utilisez-vous ou envisagez-vous d'utiliser l'un des dispositifs suivants, et si oui ou non pourquoi ? L'infirmière ASALEE ? Le**

salariat des IDE par la MSP ? L'activité libérale payée par honoraires avec en plus des plages de permanence à la MSP ?

- **Quelle organisation avez-vous mise en place pour élaborer des protocoles entrant dans le cadre de l'ACI ?**
- **Depuis votre installation en MSP, des réunions dédiées à la coordination ont-elles été mises en place ? Si oui, à quel rythme ? Y avez-vous participé ? Et avez-vous déjà évoqué leur rémunération ?**
- **Après avoir expérimenté ce genre de coordination entre médecins et infirmiers, quels en sont pour vous les avantages et les inconvénients ?**

Je vous remercie de votre participation.

Verbatim :

Les pages suivantes reprennent l'intégralité des entretiens de ce travail.

1 Enregistrement thèse MG1:

2

3 Entretien MG1

4

5 • **Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer ce questionnaire ?**

6 • Oui

7 • **Alors, est-ce que vous pourriez-vous présenter rapidement en donnant votre âge et**

8 **vos lieux d'exercice ?**

9 • Alors j'ai 52 ans et j'exerce en cabinet rural ou semi rural en Moselle.

10 • **D'accord, alors euh qu'évoque pour vous le terme de coordination**

11 **interprofessionnelle au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle ?**

12 • (Hésitation) Pour moi c'est faire travailler plusieurs corps de métiers dans la même

13 structure et euh c'est quelque chose qui est relativement nouveau par rapport aux études

14 médicales et à l'exercice qu'on avait jusqu'à présent.

15 • **D'accord. Du coup, quelle coordination avez-vous mise en oeuvre entre médecins**

16 **généralistes et infirmiers au sein de votre MSP et comment est-elle organisée ?**

17 • Alors au tout début, la coordination, on en a tracé les grandes trames en rédigeant le

18 projet de santé, parce qu'il fallait organiser euh dire qu'on allait faire de la coordination et

19 donc à un moment donné, formaliser les choses. Ensuite euh, on a prévu différents

20 matériels dont un micro-ordinateur qui va servir à la coordination et puis euh bien

21 évidemment ben faut mettre en place des réunions de concertation donc on a déjà des

22 réunions qui fonctionnent tous les mardis puisqu'on se réunit entre médecins. On a

23 convenu qu'avec les infirmiers on allait se voir une fois tous les euh 3 semaines et donc

24 euh ben on a commencé cette après-midi en faisant une réunion avec l'infirmière où on a

25 travaillé 2h30 sur euh comment mettre en place les protocoles et euh faire de la

26 coordination pour euh remplir les indicateurs de l'ACI.

27 • **OK. Du coup puisque vous travaillez avec une infirmière, connaissez-vous les**

28 **dispositifs suivants :**

29 • **L'infirmière ASALEE : Oui**

30 • **Le salariat des infirmières par la MSP : Oui**

31 • **Le dispositif des honoraires libéraux : Oui**

32 • **D'accord. Utilisez-vous un de ces dispositifs et si oui ou non, pourquoi ?**

33 • L'infirmière ASALEE on le.... On n'a à priori pas prévu de l'utiliser. On s'est renseigné, du

34 point de vue des médecins, le souci est de savoir comment on rentabilise l'activité de

35 l'utilisation des locaux, l'utilisation du matériel etc. Et j'ai des informations qui sont

36 discordantes à ce sujet donc je suis un peu à la pêche aux informations... Certains me

37 disent qu'ils peuvent facturer les actes qui sont faits par les infirmières ASALEE, d'autres

38 qu'ils ne peuvent pas le faire. Euh moi si je ne peux pas le faire ça ne m'intéressera pas et

39 puis euh l'autre point, il faut que toutes les parties soient intéressées et en l'occurrence

40 les infirmières libérales trouvent que la rémunération euh par salaire des infirmières

41 ASALEE n'est pas suffisante.

42 • **D'accord. Concernant le salariat des IDE par la MSP ?**

43 • Ça c'est quelque chose que j'ai pas du tout envie de mettre en place euh parce que je

44 pense que ce serait un risque pour la structure puisque qui dit salariat dit contrat de

45 travail, dit charges sociales etc. Et à un moment donné, on risque d'être euh très ennuyé

46 si les subventions par exemple ne sont pas versées. Donc j'ai pas envie de me.... De

47 prendre un risque quelconque.

48 • **Et enfin concernant les honoraires libéraux ?**

49 • Et ben c'est vraisemblablement ce sur quoi au sein de notre structure, on va s'orienter

50 étant donné que on est en train d'essayer de mettre en place une coordination via un

51 agenda partagé avec les infirmières et que ça nous laisse la souplesse au niveau médical

52 et structure de payer les permanences tant qu'on a des budgets et de se dire, on arrête

53 de payer des permanences quand on en a plus. Et à priori, c'était quelque chose qui

- 54 convenait aussi aux infirmières puisqu'elles restent aussi dans un exercice libéral et
55 qu'elles ont des permanences qui sont honorées euh par la structure, par la MSP et ça
56 me semble plus logique.
- 57 • **Très bien. Ensuite, on va parler plutôt des protocoles qui entrent dans le cadre des**
58 **ACI. Est-ce que vous avez une organisation particulière pour leur mise en place afin**
59 **d'élaborer ces protocoles ?**
- 60 • Alors premièrement, on est en train de se mettre en route mais ce que j'entrevois c'est
61 euh déjà essayer de faire ce que j'ai déjà fait, c'est à dire recueillir des protocoles, et
62 l'infirmière a aussi recueilli des protocoles qui étaient déjà en application dans d'autres
63 structures, donc en fait nous avons fait marcher nos relations pour avoir des protocoles,
64 donc ça c'est pour l'élaboration des protocoles proprement dits. Donc moi j'ai demandé
65 à des collègues du syndicat qui sont dans différents coins de France et puis l'infirmière
66 nous a trouvé des protocoles qui avaient été établis par une infirmière qu'elle avait
67 rencontrée lors du congrès de la Fédération des Maisons et Pôles de Santé, donc ça
68 c'est pour l'élaboration. On s'est donc vu euh cette après-midi pour élaborer les
69 protocoles et puis les mettre euh à notre sauce parce qu'en fait euh y avait des choses
70 qui nous allaient pas sur les protocoles qui étaient dans les autres structures et puis on a
71 utilisé donc l'ordinateur portable parce qu'on pense que ça va être l'outil principal de
72 coordination et euh l'endroit où sont recueillies tous les protocoles, les indicateurs de
73 suivi, etc. Et la méthode est encore à déterminer avec les collègues parce que pour le
74 moment j'en ai parlé oralement et j'ai fourni les protocoles par écrit aux collègues mais il
75 faudra qu'on voit comment on valide ces protocoles et je pense qu'il faudra à chaque fois
76 qu'il y ait une ou deux personnes qui bossent sur les protocoles, qui ensuite euh les
77 fournissent aux autres qui euh de manière préférentielle les auront lus avant d'arriver en
78 réunion et pas prendre connaissance des éléments sur table parce que sinon ça va être
79 compliqué... C'était quoi la question. Déjà ? (rires)
- 80 • **Quelle organisation avez-vous mis en place pour élaborer les protocoles ?**
- 81 • Voilà, ben donc j'ai répondu (sourire)
- 82 • **Ouais. Ensuite, on a déjà répondu en partie aussi c'est concernant les réunions**
83 **dédiées à la coordination donc c'était pour savoir si elles ont été mises en place**
84 **donc oui ça commence, à quel rythme ça vous y avez répondu aussi en partie et du**
85 **coup euh juste on a pas évoqué le niveau de financement de ces réunions ?**
- 86 • Eh ben on a commencé donc cette après-midi, j'ai pris euh du temps de coordination
87 donc j'ai noté euh j'ai commencé un tableau Excel, là encore sur l'ordinateur portable euh
88 afin de noter le temps que l'on passait en coordination et le temps qu'on passait en
89 réunion et je pense qu'il faudra déterminer comment on travaille, le but du jeu c'est à mon
90 avis de se calquer sur ce qui est fait dans d'autres structures, sachant que pour les
91 équipes de soins primaires quand il y a des mises en place... des réunions comme ça, on
92 estime euh que les gens sont payés.... Doivent être payés 75 euros de l'heure. Après, il
93 faut pas non plus euh être trop gourmand et puis du coup de se retrouver avec
94 l'impossibilité de fonctionner donc euh c'est des choses qui vont être... qui devront être
95 discutées avec les collègues et je pense qu'on va faire un tableau, un budget prévisionnel
96 parce qu'il faudra effectivement qu'on soit en mesure de faire des protocoles, de payer le
97 matériel qui pourrait être nécessaire, là on a survolé d'autres protocoles comme BPCO et
98 puis euh dépistage par auto-mesures tensionnelles de l'hypertension et donc du coup ça
99 veut dire qu'à un moment donné il faut aussi se procurer d'autres appareils d'auto-
100 mesure pour ne pas être en rade, donc si on se finance trop, on est un peu coincé. Donc
101 voilà.
- 102 • **D'accord. Et enfin du coup, après avoir expérimenté ce genre de coordination entre**
103 **médecins généralistes et infirmiers, quelles en sont pour vous les avantages et les**
104 **inconvenients ?**
- 105 • Alors on est en train de se mettre en route donc c'est un peu compliqué parce qu'on
106 n'est pas assez avancé sur ce sujet là. En attendant moi ce que je trouve très intéressant,

107 c'est de rencontrer d'autres professionnels de santé, de voir les difficultés qu'ils ont dans
108 leur métier et euh je pense que plus il y aura de collaboration ente les métiers et mieux
109 chacun sera dans son métier. Les inconvénients c'est que ça bouffe du temps (rires),
110 c'est qu'il faut se coordonner, c'est qu'il faut euh accepter que tout le monde aille pas
111 forcément au même rythme ou n'ait pas les mêmes euh idées, c'est euh ben
112 effectivement le temps quoi... Trouver des moments aussi dans l'agenda, là ça tombait
113 bien parce que j'ai une réunion qui s'est euh annulée au dernier moment, l'infirmière avait
114 du temps où elle pouvait être là et donc du coup on a bossé comme ça. Elle, elle réalise
115 aussi qu'il faut qu'elle soit dans sa période de repos pour venir travailler et donc du coup,
116 ça va aussi euh modifier un peu, à mon avis, leur emploi du temps que ce soit pour ces
117 réunions là, parce qu'il faudra aussi des réunions de suivi, des réunions de coordination
118 et puis euh pour l'élaboration des protocoles, les faire vivre les protocoles parce que le
119 but du jeu c'est effectivement d'améliorer le suivi des patients puis la vie de chacun.

120 • **OK. Merci.**

121 • De rien (sourires).

1 Entretien Médecin n°2
2
3 **Dans un premier temps, est-ce que vous pourriez, alors je sais que ça se demande pas à**
4 **une dame normalement *rires* mais me donner votre âge**
5 *rires* Euh oui 63.
6 **D'accord euh oui après c'était le lieu d'exercice si c'est plutôt rural ou urbain ?**
7 Ben je crois que c'est semi-rural ici
8 **Alors du coup, qu'évoque pour vous le terme de coordination interprofessionnelle au sein**
9 **d'une MSP ?**
10 *prise de court* Comme ça ? *sourire*
11 Comme ça ! *sourire*
12 *longue hésitation*
13 **Si vous deviez en donner une définition euh d'après vous...**
14 Ouuuuuh euh en fait euh je dirais que c'est à la fois euh le travail d'équipe entre les médecins
15 mais pas que entre les médecins c'est aussi avec les infirmiers. Je pense qu'on l'a déjà mis en
16 œuvre ici *rires*
17 **D'accord euh du coup justement quelle coordination avez-vous mis en œuvre entre**
18 **médecins généralistes et infirmiers au sein de votre MSP ? Comment est-elle organisée ?**
19 **Par exemple, avez-vous mis en place un ou des protocoles qui entrent dans le cadre de**
20 **l'Accord Conventionnel Interprofessionnel ?**
21 Bonne question ! *rires* Donc euuuh il me semble qu'y a déjà un protocole qui est en route
22 mais je n'ai pas été comment dire euh j'ai pas eu l'occasion *rires* de l'appliquer hin et y en
23 a un sur lequel on va réfléchir *rires* c'est celui euh concernant la mise en place d'une
24 activité euh physique adaptée, puisque je crois que c'est le terme, alors on n'a pas encore
25 beaucoup réfléchi à ça *rires* 'fin j'y ai réfléchi...
26 **Oui vous commencez l'organisation de la MSP...**
27 Voilà on commence seulement voilà mais euh je pense que ce protocole là euh justement
28 concerne en pratique euh les rôles respectifs de l'infirmière ou l'infirmier et du médecin
29 puisque il y a aura des bilans préalables à faire en coopération et il y aura un suivi à faire et
30 un repérage des patients donc euuuh ça me paraît vraiment être dans le domaine de la
31 coordination des MSP.
32 **D'accord. Euh je vérifie quand même, des fois que, ouais c'est bon ça enregistre. Euh**
33 **connaissez vous différents types d'exercice infirmier qui peuvent exister au sein d'une**
34 **MSP ? Par exemple bien sûr il y a l'activité libérale classique...**
35 Classique qu'on connaît déjà...
36 **Est-ce qu'il y a d'autres activités comme ça que vous connaissez ?**
37 Oui ben oui y a euuuuh faut que ça me revienne mais c'est l'IPA je crois, l'infirmière IPA mais
38 euh jusqu'à présent on parlait de salariat pour ce type d'infirmière maintenant il me semble
39 avoir vu des articles euh évoquant la possibilité de cette fonction en libéral donc à explorer
40 et puis y a les infirmières euh comment on dit ASALEE je crois ?
41 **Ouais c'est ça**
42 Voilà euh bah pfff je sais que ça existe *rires* Voilà !
43 **Bah du coup après on partait plutôt sur euh détailler un petit peu chacune donc si vous**
44 **utilisez ou envisagez d'utiliser un des dispositifs suivants donc l'infirmière ASALEE par**
45 **exemple si oui pourquoi et si non pourquoi ?**
46 Alors là répondre comme ça sans avoir aucun document sous les yeux, jpeux pas *sourire*
47 **Difficile**

48 Voilà. Euh je crois qu'il faut reprendre justement les fonctions de chaque infirmier...
49 **Donc l'infirmière ASALEE c'est surtout donc, pour l'instant en tout cas, elles ont des**
50 **fonctions bien définies dans certaines pathologies, donc c'est le suivi des pathologies**
51 **chroniques, donc euh elles interviennent notamment dans le diabète où elles vont faire**
52 **surtout le suivi des examens biométrie par exemple, ça va être regarder au niveau des**
53 **pieds régulièrement si y a des soucis particuliers, l'éducation thérapeutique du patient et**
54 **euh pour tout ça... Y a aussi dans leurs autres fonctions le suivi des patients tabagiques à**
55 **risque de BPCO, le patient à risque cardiovasculaire, leur faire un ECG des choses comme**
56 **ça, et je crois que leur dernière mission en tout cas pour l'instant c'est dans le repérage**
57 **des troubles cognitifs en faisant des tests de mémoire chez les patients.**

58 Mmmh Alors ça c'est très intéressant euh la question c'est qui est responsable de la
59 fréquence, qui évalue dans 'fin oui à quelle fréquence et puis les résultats, comment est-ce
60 que les échanges d'informations se font ? Euh je trouve qu'il y a un grand flou. Autant je suis
61 favorable à l'évolution du travail euh d'équipe autant je trouve qu'il faut que ce soit
62 vraiment euh précisé au niveau des responsabilités d'une part et au niveau des modalités
63 d'échange d'autre part.

64 **D'accord. Euh ensuite justement y avait donc le salariat des IDE par la MSP donc ça je sais**
65 **pas si vous avez des pous ou des contres. ?**

66 Ooof moi globalement je n'ai aucune habitude, à part la dame qui s'occupe du ménage
67 *rires*, aucune habitude euh d'être employeur en tant que médecin libéral donc euh ça me
68 fait un peu peur mais euh donc ça aussi ça demande à être précisé quelles sont les
69 modalités...

70 **Donc c'est plus au niveau financier euh...**

71 Euh au niveau financier oui parce que dans l'état actuel des choses, moi si je, 'fin justement
72 c'est l'intérêt des MSP, mais en tant que médecin isolé euh libéral ah si j'emploie quelqu'un
73 j'ai plus de salaire du tout *rires* Voilà donc y a un problème *rires* Il faut des moyens
74 premièrement et il faut savoir euh qui va s'occuper de la gestion donc encore des moyens
75 supplémentaires en temps et en finance. Voilà.

76 **Et enfin le dernier point auquel on s'intéresse, donc c'est le système des honoraires**
77 **libéraux donc les infirmières qui ont leur activité libérale plus éventuellement euh du coup**
78 **des plages de permanence euh qui leur sont dédiées au sein de la MSP et euh donc ça**
79 **pareil si vous avez des, si vous y voyez des avantages ou des inconvénients ?**

80 *hésitation* euh je dirais que j'ai plus des questions parce que euh bon l'idée elle est bien,
81 pourquoi pas euh, mais pareil qui va gérer le temps et euh la décision du montant des
82 honoraires ? Eeeet puis qu'est-ce qu'on met dans ces *rires* dans ces périodes de
83 disponibilité salariée ? je ne sais pas. Aucune idée...Ya beaucoup de flou donc euh peut-être
84 que ça vaut la peine de voir les expériences des autres *rires*

85 **Ouais et euh du coup parmi les trois exercices qu'on vient d'évoquer, donc ASALEE, le**
86 **salariat des IDE par la MSP ou les honoraires libéraux, est-ce que y en a plutôt un des trois**
87 **vers lequel vous auriez tendance à vous diriger ?**

88 Alors quoi, les IPA, les ASALEE et le troisième ?

89 **Alors ASALEE, le salariat des IDE ou là comme on a dit les honoraires libéraux donc elles**
90 **ont leur activité libérale plus euh éventuellement rémunérées en partie pour des**
91 **permanences ?**

92 *hésitation et rire gêné* Je ne sais pas, je crois qu'il faut vraiment analyser euh le pour et le
93 contre des 3 situations parce que j'ai... Comme ça d'emblée j'aurais tendance à trouver que
94 finalement les ASALEE sont indépendantes si je me trompe pas, elles sont totalement

95 libérales donc bon euh pourquoi pas ? Ça soulage le médecin de la gestion, c'est juste une
96 coopération, alors là aussi faudrait voir dans les plages de permanence euh qui fait quoi, est-
97 ce que c'est une permanence seule de l'infirmière ou est-ce que c'est justement l'occasion
98 de faire un travail d'équipe où y a médecin et infirmière qui sont présents ? Voilà euh et
99 donc tout ça ça nécessite euh pfff je sais pas... il faut vraiment demander aux administratifs
100 ce qu'ils veulent mettre là-dedans. Voilà.

101 ***rires D'accord. Alors c'est aussi un peu le but de cette thèse**

102 *sourire* Oui voilà

103 **De voir à quelle euh, justement quels sont les pous et les contres de chaque chose pour**
104 **savoir quoi appliquer...**

105 Pour l'ASALEE d'emblée OK parce que c'est la situation actuelle de la coopération entre
106 libéraux mais euh si les moyens évoluent pourquoi pas changer de méthode, ça je n'ai pas
107 d'opposition.

108 **OK. Du coup, pour en revenir aux histoires un petit peu de protocoles, donc ça j'ai bien**
109 **compris et je sais de toute façon que ça commence à se mettre en place tout doucement**
110 **dans la MSP. Euh quelle organisation avez-vous mise en place justement pour élaborer ces**
111 **protocoles ? Qui fait quoi, est-ce que c'est tout le monde qui réfléchit ensemble ...**

112 Alors si j'ai bien compris *rires* chacun de nous réfléchit dans son coin, communique son
113 ébauche *rires* et ensuite euh il faut prévoir justement des réunions de concertation pour
114 transformer l'ébauche en protocole euh à mettre en pratique. Mais bon, on en est vraiment
115 qu'au début hein ! Franchement *rires*

116 **Et du coup, depuis votre « installation » en MSP, justement des réunions dédiées à la**
117 **coordination ont-elles déjà été mises en place. ? Si oui à quel rythme ? Y avez-vous**
118 **participé ? Et avez-vous déjà réfléchi à leur niveau de financement ?**

119 Alors on y a déjà réfléchi... Alors je commence par le début hein peut être... Euh oui y en a
120 eu, théoriquement une fois par mois, en réalité de façon plus informelle elles sont quasi
121 hebdomadaires mais un peu trop informelles à mon goût *rires* et puis qu'est qu'il y a
122 d'autre euh y aurait peut-être intérêt je pense à préciser l'ordre du jour préalablement
123 parce que c'est un peu euh comment dire le tout-venant et donc il y a des sujets qui
124 risquent de passer à l'as et pour ce qui est du financement ben on en a parlé mais on a rien
125 évalué pour l'instant. Voilà donc euh la aussi on en est vraiment qu'au début du début.

126 **OK et enfin du coup, après avoir expérimenté même si l'expérience n'est pas encore très**
127 **longue, ce genre de coordination entre médecins généralistes et IDE, quels en sont pour**
128 **vous les avantages et les inconvénients ?**

129 Alors je reviendrai peut-être d'abord sur la notion de coordination parce que bon là on nous
130 propose des solutions un peu structurelles. En fait la coordination existe déjà euh en tant
131 que communication verbale puisque depuis que les infirmières sont dans la MSP, elles
132 viennent régulièrement euh nos parler des patients communs et nous on va vers elles pour
133 leur parler des patients communs.

134 **Puis c'était déjà le cas même avant qu'elles soient directement...**

135 Voilà mais c'est beaucoup plus facile parce que on s'échange facilement des documents et
136 des demandes. Voilà donc la coordination est déjà là. Alors après la question c'était euh je
137 sais plus...

138 **Quels sont les avantages ou les inconvénients...**

139 Ah oui, alors ça l'avantage c'est que on est déjà plus proche géographiquement euh les
140 inconvénients euh non c'est pas des inconvénients c'est des questions... je sais pas trop où
141 on va *rires* et les moyens qu'on va nous donner ou qu'il faut qu'on trouve parce que là on

142 est un peu dans l'esprit euh on nous pousse à faire des choses euh est-ce que euh es
143 médecins en tant que libéraux ou les infirmiers en tant que libéraux vont être obligés de
144 chercher des moyens qui me semblent déjà limite *rires* donc c'est plus des questions et
145 des inquiétudes concernant, « inquiétudes » entre guillemets, concernant les moyens qu'on
146 va nous donner... C'est un peu flou tout ça...

147 **Et justement du fait qu'il va falloir faire des réunions, des choses comme ça euh dédiées à**
148 **la coordination...**

149 Euh oui euh je dirais qu'on a déjà donné en partie la réponse puisque ça fait déjà des années
150 qu'on a une réunion hebdomadaire de coordination avant d'être une MSP hein on a
151 continué sur cette lancée et on a simplement élargi la durée de ces réunions euh pour que
152 ça puisse se faire bien, il faut donc faire correspondre la durée des réunions aux besoins de
153 coordination et ça je ne sais pas où on va. Euh il faut qu'il y ait un financement pour que les
154 professionnels ne perdent pas, bon je ne suis pas une obsessionnelle de l'argent *rires* mais
155 je trouve qu'il faut être raisonnable quand même *rires* et euh il reste aussi le fait que le
156 temps pris pour des réunions n'est pas pris pour des patients et donc là aussi ça nécessite de
157 rester raisonnable sur les durées de réunionite je dirais *rires* voilà ça risque d'être un peu
158 lourd mais bon c'est tout, j'ai pas d'opposition c'est la question.

159 **D'accord. Et euh pour en revenir aux avantages, si ce n'est le fait qu'elles soient plus**
160 **proches en étant dans le bâtiment, euh sur vraiment la coordination en elle-même qu'est**
161 **ce que ça apporte selon vous euh alors que ce soit pour vous, pour les infirmières et pour**
162 **les patients ? Le fait qu'il y ait une, on va dire un travail plus en équipe on va dire peut-être**
163 **qu'en dehors d'une MSP ?**

164 *hésitation* Bah je dirais que ça simplifie le service rendu hein parce que il m'est arrivé de
165 ne pas faire une visite demandée par une patiente simplement parce que l'infirmière y allait
166 tous les jours et j'ai eu les informations et on a pu se transmettre les informations
167 simplement sans visite voilà. Euh dernièrement une patiente avait besoin d'une ordonnance
168 complémentaire à la consultation que j'avais faite, elle voulait que je lui envoie par La Poste
169 *rires*, l'infirmière a transmis *rires* et moi ça me permet d'avoir des informations euh je
170 dirais beaucoup plus fréquentes de l'état de santé des patients puisque les infirmières les
171 voient parfois tous les jours parfois une fois dans la semaine donc le suivi est meilleur, les
172 déplacements et les comment dire, les manœuvres de courrier etc. sont beaucoup plus
173 simplifiées. Voilà.

174 **OK.**

175 Et ça c'est possible parce qu'on est en MSP euh ça se fait moins facilement avec d'autres
176 infirmières qui sont plus éloignées tout simplement.

177 **OK, très bien. Ben merci *sourires***

178 Merci *sourire*

1 Enregistrement médecin N°3 :

2

3 **Alors déjà dans un premier temps, pour les petites statistiques, pourriez-vous me**
4 **donner votre âge ?**

5 Bientôt 58.

6 **D'accord. Alors qu'évoque pour vous le terme de coordination interprofessionnelle au**
7 **sein d'une MSP ? Si vous deviez en donner une définition...**

8 Travailler ensemble pour le bien du patient, pour un meilleur suivi.

9 **D'accord, c'est concis c'est bien *rires* Alors ensuite, quelle coordination avez-vous**
10 **mis en oeuvre entre MG et IDE au sein de votre MSP et comment est-elle organisée ?**
11 **Par exemple, avez-vous mis en place des protocoles entrant dans le cadre de l'ACI ?**

12 Alors nous avons établi des protocoles, pour le moment ils n'ont pas encore été mis en
13 application euh mais dans la collaboration avec les infirmiers, on a déjà fait du suivi de
14 plaies ensemble de façon conjointe et je trouve ça particulièrement satisfaisant.

15 **D'accord, du coup justement par rapport aux infirmiers, connaissez-vous différents**
16 **types d'exercice infirmier pouvant exister au sein d'une MSP ?**

17 Bah il y a... il y a les IPA donc les infirmières en pratique avancées qui euh apparemment ça
18 se développe et euh on en a une actuellement en stage dans la MSP et il y a aussi les
19 infirmières ASALEE qui ont une activité qui est différente, plus les infirmiers libéraux.

20 **D'accord, alors justement nous on s'était plus concentré sur certains types**
21 **d'exercice, on n'a pas pris, pas gardé pour l'instant les IPA parce que c'est assez**
22 **nouveau et qu'on sait pas trop encore ce que ça donne ou quoi euh alors justement,**
23 **on a évoqué les infirmières ASALEE, est-ce que vous envisageriez au sein de la MSP**
24 **d'utiliser ce type d'exercice infirmier si oui pourquoi ou si non pourquoi pas ?**

25 Alors on en a discuté ensemble euh lors de réunions et euh oui on envisage la possibilité
26 comment dire d'utiliser les compétences des infirmières ASALEE. Personnellement, je ne
27 sais pas comment les glisser dans mon activité. Euh pourquoi ? pourquoi *rires* euh *longue

28 hésitation* je pense que ce qui peut être intéressant c'est sur la prise en charge de la BPCO
29 avec euh les mesures euh de la capacité respiratoire, c'est vrai que dans ce cadre ce serait
30 intéressant mais dans ma clientèle j'ai quand même peu de BPCO qui pourraient en
31 bénéficier. A voir selon l'évolution de la clientèle...

32 **Et comme elles s'occupent aussi notamment du suivi des diabétiques par exemple,**
33 **est-ce que ce serait plus intéressant ?**

34 Oui euh j'ai peu de diabétiques aussi *rires* Non mais j'ai une clientèle essentiellement
35 jeune donc voilà, ils ont mon âge et ils vont bien *rires* Oui j'ai quelques diabétiques euh
36 donc ça pourrait être intéressant pour les diabétiques.

37 **D'accord, ensuite on évoquait plutôt l'infirmière qui serait salariée directement par la**
38 **MSP, ça c'est quelque chose que vous envisageriez ou pas du tout ?**

39 Alors ce serait intéressant d'avoir une infirmière salariée je pense pour l'infirmière ou
40 l'infirmier euh par contre ce serait dépendant des subventions qu'on reçoit au niveau de la
41 MSP et si ces subventions ne sont pas pérennes que deviendrait cette salariée ? Donc ça
42 ça pose un gros problème parce que ça ferait une charge financière à répartir entre les
43 autres membres de la MSP et ça pourrait être difficile à gérer.

44 **Donc c'est plus au niveau financier..**

45 Oui c'est ça qui bloquerait.

46 **Et donc la dernière solution, ce serait l'exercice le plus classique on va dire avec les**
47 **honoraires libéraux donc avec une infirmière qui garde son activité libérale et qui**

48 **éventuellement en plus aurait des permanences de soins justement sur la MSP, c'est**
49 **quelque chose qui vous semble faisable ?**

50 Donc ça ça me semble une solution beaucoup plus pérenne dans le temps, et ce serait
51 intéressant effectivement que ce soit euh l'infirmière libérale du cabinet qui ait des
52 permanences ou une IPA qui interviendrait à son propre compte... pas une IPA euh une
53 infirmière ASALEE. Puisqu'on a mis de côté les IPA *rires*

54 **Ce serait plus facile effectivement à...**

55 Ce serait plus facile au niveau de la gestion.

56 **OK. Pour en revenir un peu aux protocoles, quelle organisation avez-vous mis en**
57 **place pour élaborer ces protocoles ? Est-ce que chacun travaille de son côté, est-ce**
58 **que tout le monde fait tout ensemble... comment ça se passe ?**

59 Alors je sais qu'il y a un protocole qui a été libellé de façon conjointe entre un médecin et
60 une infirmière euh un autre a été établi par un médecin, corrigé par l'autre, euh et il y en a
61 un troisième qui a été fait tout seul dans son coin par un médecin.

62 **D'accord, et du coup est ce que vous avez, parce que là on a un peu toutes les**
63 **solutions, est qu'il y a des choses qui sont envisagées pour la suite pour codifier on**
64 **va dire un petit peu ça ?**

65 On n'a pas encore eu le temps d'en parler *rires*

66 **Ouais parce que c'est le tout début ?**

67 C'est le début voilà *rires*

68 **Du coup depuis votre installation toute récente en MSP, est-ce que des réunions**
69 **dédiées à la coordination ont été mises en place ? Si oui, à quel rythme ? Y avez-vous**
70 **participé ? Et avez-vous déjà évoqué le niveau de financement de ces réunions ?**

71 Alors oui ça a été mis en place, en principe c'est mensuel mais avec les fêtes de fin d'année
72 et les vacances euh on va dire que ça n'a pas été totalement respecté mais les réunions qui
73 ont eu lieu ont été euh bien fructueuses et intéressantes. ON a essentiellement évoqué la
74 comptabilité de la MSP mais aussi la façon de travailler ensemble.

75 **Très bien et par rapport au financement, puisque ce type de coordination est**
76 **obligatoire mais prend du temps...**

77 Alors on avait évoqué le financement de ce temps passé en coordination euh mais pour
78 l'heure actuelle on n'a pas encore euh déterminé le montant de la rémunération.

79 **Et est-ce que vous auriez éventuellement une idée du montant ?**

80 Alors je crois qu'on avait évoqué un système de "points" euh selon le temps passé et euh on
81 devrait euh budgétiser la rétrocession au niveau pécunier en fonction du nombre de points
82 de chacun des membres de la MSP mais ce n'est pas encore déterminé *rires* En tout cas
83 pas à ma connaissance.

84 **Ça marche et euh enfin, après avoir expérimenté, même si l'expérience est**
85 **relativement courte, ce genre de coordination entre MG et IDE, quels en sont pour**
86 **vous les avantages et les inconvénients éventuels ?**

87 Ben la petite coordination que j'ai vécue, c'est à dire c'était au niveau du suivi de plaie pour
88 3 patients euh ça a été vraiment pour moi très constructif parce que j'ai pu voir la plaie, en
89 même temps que l'infirmière, discuter avec elle du type de changement de pansement, de la
90 fréquence euh 'fin bref le suivi euh et l'infirmière avait vraiment son mot à dire, c'était
91 vraiment une collaboration et j'ai trouvé ça très satisfaisant et c'est à renouveler. je pense
92 qu'on peut travailler de la même manière pour d'autres pathologies.

93 **Et ça s'est passé comment en terme pratique ? Vous avez vu le patient en même**
94 **temps au cabinet ou euh...**

95 Oui oui donc le patient est venu au cabinet, et euh l'infirmière euh donc le rendez-vous été
96 donné lors de ma présence dans le cabinet et l'infirmière a simplement frappé à la porte et
97 j'ai passé 2 minutes à regarder la plaie euh donc c'était pendant une de mes consultations,
98 j'ai laissé le patient de côté pour aller voir la plaie mais ça ne m'a pas pris un temps
99 extraordinaire.

100 **Après du coup peut-être d'où l'intérêt éventuellement de mettre en place un agenda**
101 **partagé pour programmer justement comme ça des rendez-vous en commun...**
102 Ça pourrait se faire...

103 **Pour moins empiéter sur les consultations...**
104 Ça pourrait se faire, tout dépend le type de travail conjoint qu'on peut avoir mais si c'est
105 juste pour jeter un oeil moi ce type de rendez-vous n'est pas nécessaire puisque allez ça
106 prend au plus 5 minutes puisque il n'y a pas de temps de déshabillage, de noter dans le
107 dossier puisque ça c'est l'infirmière qui fait...

108 **D'accord. Et euh des inconvénients à ce type d'exercice coordonné ?**
109 *rires* c'est l'interruption d'une consultation dans ce cadre précis et puis ben faut être plus
110 disponible je pense ou en tout cas aménager ses horaires en fonction des uns et des autres
111 mais ça va, c'est pas énorme. Je vois pas d'autre inconvénient.

112 **Le fait justement comme ça d'être entre guillemets "obligés" de se réunir pour les**
113 **réunions...**
114 Non ça ça me gêne absolument pas. Ça ne me gêne pas. Puisque c'est plus ou moins dans
115 le temps de présence prévu au sein de la structure. Simplement au lieu de voir un patient, et
116 ben c'est une réunion.

117 **Oui ça ne se rajoute pas en plus du reste quoi...**
118 Non c'est "à la place de" donc euh ça se passe bien et même quand il y a un surcroît
119 d'activité euh pendant le temps de la réunion souvent euh l'interne de niveau 1 travaille en
120 autonomie, ce qui le satisfait lui aussi. Tout le monde est gagnant *sourire*

121 **OK très bien, ben merci beaucoup.**
122 Parfait.

1 **Entretien médecin n°4 :**

2

3 **Dans un premier temps, est-ce que vous pourriez me donner votre âge, depuis combien de**
4 **temps vous êtes installé en MSP et si c'est plutôt un cabinet rural ou urbain ?**

5 J'ai 61 ans, ça fait 2 ans qu'on est installé là début décembre et donc euh oui c'est un cabinet
6 rural.

7 **D'accord. Alors pour entrer dans le vif du sujet, qu'évoque pour vous le terme de**
8 **« coordination interprofessionnelle » au sein d'une MSP ? SI vous deviez en donner votre**
9 **définition.**

10 Bah c'est ce qui se passe déjà actuellement, je crois qu'on s'entend bien, y a pas mal de... y a
11 souvent des réunions de concertation pluridisciplinaire où tous les sujets concernant les
12 patients en commun sont abordés. C'est principalement là puis bon comme euh par
13 l'intermédiaire des secrétaires euh tous les petits problèmes euh là je viens de régler deux
14 ou trois ordonnances de cas suivis en commun ou que ce soit les poursuites de traitement
15 ou quand il y a une anomalie ou, même en dehors des réunions de coordination
16 pluridisciplinaire.... Y a... c'est vrai que le fait de travailler en MSP ça facilite euh ça facilite
17 l'organisation et l'efficacité du travail, c'est sûr.

18 **OK, alors, bon on a déjà commencé à expliquer un peu mais quelle coordination avez-vous**
19 **mis en place entre médecins et infirmiers au sein de votre MSP ? Comment est-elle**
20 **organisée ? Par exemple, avez mis en place un ou des protocoles entrant dans le cadre de**
21 **l'ACI ?**

22 Y a notamment dans le suivi du diabète oui.

23 **Ouais, vous avez mis en place euh quoi exactement ?**

24 Y a une surveillance, y a des rapports en commun par rapport à des critères de surveillance
25 qui ont été mis en place par rapport notamment à tout ce qui est surveillance des glycémies
26 etc. Des protocoles pour les modifications pour les traitements, les insulines de base etc.
27 Tout ça ça a été un peu... ça a été défini oui bien sûr.

28 **Ouais et mis à part le diabète, il y a d'autres protocole que vous avez mis en place déjà ou**
29 **pas ?**

30 Moins mais on discute au cas par cas, ça peut être un protocole pour suivi de pansements
31 quelque fois et discuter en commun, tout ce qui est plaies, escarres et autres. Ça ça se fait
32 assez souvent.

33 **OK euh ensuite, connaissez-vous différents types d'exercice infirmier pouvant exister au**
34 **sein d'une MSP ? On connaît bien sûr l'activité libérale classique mais en connaissez-vous**
35 **d'autres ?**

36 Bon... pas trop... maintenant je sais que chez nous y en a certaines qui participent euh en
37 complément des infirmières de l'EHPAD, qui assurent des remplacements donc euh à
38 l'hôpital 'fin surtout en maison de retraite, ça je sais qu'elles le font. Bon après euh....

39 **Si je vous dis infirmière ASALEE par exemple, ça vous évoque quelque chose ?**

40 Pas du tout...

41 **Non ?**

42 Peut être mon collègue saura plus vous répondre à ça *rires*

43 **Pas de soucis. Et euh les infirmières qui sont salariées directement par la MSP ?**

44 Ça existe mais pas chez nous. Bah c'est-à-dire qu'on a le REGESA (réseau de santé) quand
45 même hin donc qui... par exemple tout ce qui est enquête etc il y en a deux qui tournent hin
46 dans le secteur, donc ça il faudrait voir avec le REGESA mais c'est elles qui assurent toutes
47 les enquêtes à domicile euh besoins, GIR, etc.

48 **OK euh alors pour en revenir un peu à l'infirmière ASALEE, ce sont des infirmières qui sont**
49 **salariées par l'association ASALEE qui veut dire Action de Santé Libérale En Equipe, elles**
50 **peuvent avoir quand même une activité libérale à côté et euh elles s'occupent du coup du**
51 **suivi de, pour l'instant, 4 grandes pathologies chroniques notamment il y a le suivi du**
52 **diabète donc euh suivi des hémoglobines glyquées, surveillance des pieds etc, elles**
53 **s'occupent également du suivi des pathologies cardio-vasculaires chroniques, du suivi de la**
54 **BPCO chez les patients tabagiques et le dernier c'est le dépistage des troubles cognitifs. Ca**
55 **c'est essentiellement ce qu'elles euh font. Euh donc ça, est-ce que vous, c'est**
56 **éventuellement quelque chose qui vous intéresserait à mettre en place au sein d'une MSP**
57 **ce genre de pratique ?**

58 Bah pourquoi pas... pourquoi pas... Après pour l'instant, on a aussi un médecin qui assure
59 tout ce qui est consultation pour trouble mémoire donc euh... Après faut voir, pourquoi
60 pas...

61 **Oui vous voyez pas forcément d'inconvénient à ce type de pratique ?**

62 Non bien sûr.

63 **D'accord et concernant les infirmières qui seraient salariées directement par la MSP ?**

64 Pfff... je sais pas si ça change grand-chose mais après il y a le problème du financement
65 *rires* Mais autrement pourquoi pas oui.

66 **Ce serait plus des inquiétudes sur comment les payer tout simplement ?**

67 Exactement oui. Si les financements arrivent pourquoi pas, si les financements n'arrivent
68 plus...

69 **Oui si il n'y a plus de financement se pose la question, comment on les paye quoi...**

70 Absolument oui.

71 **Et euh, sinon la troisième chose sur laquelle on s'est penché, c'est l'activité libérale**
72 **classique avec d'éventuelles plages de permanence au sein de la MSP pour y recevoir des**
73 **patients...**

74 Elles ont... elles ont une permanence.

75 **Ouais ça c'est ce qui est plutôt en place ici euh donc ça vous y voyez pareil des avantages**
76 **et ou des inconvénients ?**

77 Non des avantages hein.

78 **Lesquels ?**

79 Bah par exemple quand elles reconvoquent des patients pour des suivis de pansement par
80 exemple. Tout simplement, le plus courant c'est ça.

81 **Ca vous permet de les voir en même temps...**

82 Voilà elles nous appellent quand euh pendant une consultation, vérifier euh voir l'évolution
83 ouais les grosses choses.

84 **Oui ça permet pour le suivi euh d'éviter de voir en décalé, d'ouvrir le pansement qui vient**
85 **peut-être d'être fait euh...**

86 Mmh mmh oui tout à fait.

87 **Des inconvénients à cette pratique ?**

88 Non pas spécialement non.

89 **Non ? OK. Euh pour en revenir aux protocoles qu'on a évoqué tout à l'heure, quelle**
90 **organisation avez-vous mis en place pour les élaborer ?**

91 Euh y a les secrétaires euh tout ça c'est disponible sous forme de compte rendus qui sont
92 disponibles à tout le monde hein Faudrait voir L. (collègue qui s'occupe du réseau de santé),
93 je pense qu'elle elle vous expliquera... par rapport au diabète notamment... je pense qu'il y a
94 des choses qui ont été faites et ensuite le réseau il y a également euh tout ce qui est... tout

95 ce qui est euh... éducation thérapeutique encore hein donc euh c'est aussi elle qui s'en
96 charge, dans la diabète notamment, ça commence à venir dans le cardio-vasculaire...

97 **Et pour choisir justement quel protocole vous allez mettre en place ou élaborer, comment**
98 **ça se passe ?**

99 C'est une réunion pluridisciplinaire.

100 **Ok donc il y a des réunions et vous discutez un peu entre tout le monde pour voir ce qui**
101 **serait intéressant de mettre en place.**

102 Mmh mmh. Il y a aussi le laboratoire MSD, on a aussi des réunions notamment tout ce qui
103 est diabétologie pour le suivi des différents paramètres etc. donc ça c'est aussi en cours...

104 **D'accord. OK. Euh depuis votre installation en MSP, des réunions dédiées à la coordination**
105 **ont-elles été mises en place ? Donc ça on a déjà répondu du coup à quel rythme ? Y avez-**
106 **vous participé ? Et avez-vous déjà évoqué leur niveau de financement ? Puisqu'on sait que**
107 **désormais on peut être rémunéré pour le temps de coordination justement avec les**
108 **nouvelles lois qui « obligent » entre guillemets à se coordonner et donc se réunir.**

109 Oui ça ça roule, c'est fait.

110 **OK et du coup euh ça c'est des choses qui vous conviennent euh le système actuel ?**

111 Pourquoi pas.

112 **Et, alors je sais pas si vous voulez le dire ou pas, mais avec quel niveau de financement euh**
113 **je sais pas euh si vous êtes payés à l'heure de présence ou comment ça se passe ?**

114 Euh... C'est une fraction d'une certaine somme qui nous est allouée euh tous :es ans par
115 rapport à la clientèle par rapport etc. un pourcentage de clientèle... c'est calculé mais ça
116 c'est L. qui saura vous expliquer exactement ce qui... je fais pas forcément attention aux
117 détails *rires*

118 **Ça marche. Et euh oui du coup à quel rythme les réunions ?**

119 Environ une bonne dizaine par an peut-être pas tout à fait, ça dépend des fois mais...

120 **Oui c'est pas par exemple une par mois ça va être en fonction des besoins ?**

121 Ça colle quasiment... ouais ça peut être une par mois à peu près. Ça dépend des fois oui c'est
122 en fonction des besoins. Peut-être un peu moins comme il y a des vacances

123 **D'accord. Et du coup, après avoir expérimenté ce genre de coordination entre MG et IDE,**
124 **quels en sont pour vous les avantages et les éventuels inconvénients si vous en voyez ?**

125 Inconvénients ? Je vois pas trop hein.

126 **Ouais ? Ce qui ressort de certains entretiens c'est par exemple le temps parce que**
127 **forcément ça prend du temps de devoir se réunir etc...**

128 Oui bien sûr ça c'est certain... c'est certain mais bon après c'est pas non plus... c'est 1h ou 1h
129 et demie c'est pas non plus catastrophique hein.

130 **OK et au niveau des avantages ?**

131 Bah ça peut être intéressant d'avoir un autre avis ouais partager des avis thérapeutiques
132 pourquoi pas et puis d'avoir un suivi euh et puis d'avoir des informations qu'on capte pas
133 forcément quand on voit les gens en visite.

134 **Ouais et euh pareil, ça c'était des choses qui ressortaient d'autres entretiens, le fait d'être**
135 **au sein du même établissement, du même bâtiment que les infirmiers, ça permet de**
136 **faciliter les échanges ou des choses comme ça.**

137 Mmh mmh c'est certain mmh mmh

138 **Et du coup peut-être gager du temps comme ça ?**

139 Ça peut aider dans ce sens là aussi c'est vrai.

140 **OK. D'autres avantages ou inconvénients qui vous viendraient à l'esprit ?**

141 Bon et puis le temps de secrétariat hein puisqu'on a quand même un secrétariat commun
142 donc il y a des tas de prescriptions qui sont prises en charges par les secrétaires etc.
143 renouvellements de soins infirmiers etc. Choses qu'on faisait... que je faisais avant seul, je ne
144 les fais plus donc c'est du temps gagné.
145 **Ça vous décharge d'une partie du travail administratif ?**
146 Ça enlève des heures de travail aussi mensuelles.
147 **Ok d'autres choses ?**
148 Bon c'est pas désagréable de pas être seul *rires*
149 **Ok ça marche, c'est tout bon pour moi. Merci.**
150 Bon moi, il y a des précisions... je fais pas attention à certaines choses mais vous pouvez
151 demander au réseau de santé aussi.

1 **Entretien médecin n°5**

2

3 **Alors pour commencer, pour les petites statistiques de départ, pourriez-vous me donner**
4 **vosrre âge ? Depuis combien de temps vous exercez en MSP et si c'est plutôt un exercice**
5 **rural ou urbain ?**

6 Quel âge que j'ai ? Il faut déjà que je compte *rires* 66. On est en MSP de novembre 2017
7 donc un peu plus de 2 ans et je vais dire rural quand même hein.

8 **Très bien. Alors qu'évoque pour vous le terme de « coordination interprofessionnelle » au**
9 **sein d'une MSP, si vous deviez le définir avec vos propres mots ?**

10 Alors en fait c'est partager... partager la prise en charge des patients.

11 **D'accord. Du coup, quelle coordination avez-vous mise en place entre médecins et**
12 **infirmiers au sein de votre MSP ? Comment est-elle organisée ? Par exemple, avez-vous**
13 **mis en place un ou des protocoles entrant dans le cadre de l'ACI ?**

14 Alors oui mais je sais plus lesquels *rires*

15 *interroge la responsable du réseau de santé à proximité* qu'est qu'on a comme protocoles
16 officiels ? *rires*

17 *celle-ci répond qu'elle n'a pas le droit d'intervenir dans les réponses*

18 *rires*

19 Qu'est-ce qu'on a mis ? On a mis le traitement de l'hypoglycémie voilà et puis... c'est tout je
20 crois... et on est en train de mettre un protocole de prise en charge du diabétique à l'aide
21 d'une infirmière IPA qui travaille dessus. Ensuite on essaye de protocoliser donc la... le suivi
22 des INR. Voilà ça c'est en projet.

23 **OK euh ensuite, connaissez-vous différents types d'exercice infirmier pouvant exister au**
24 **sein d'une MSP ? On connaît bien sûr l'activité libérale mais en voyez-vous d'autres ?**

25 Activité libérale, IPA euh... les autres c'est quoi encore ? ASALEE et puis un troisième
26 assistant euh assistant médical qui peut être une infirmière également. Voilà.

27 **Oui et il y avait aussi éventuellement les infirmières salariées de la MSP. Je sais pas si c'est**
28 **quelque chose qui vous parle ou pas ?**

29 Non.

30 **Euh du coup parmi ceux qu'on vient d'évoquer, utilisez-vous ou envisagez-vous d'utiliser le**
31 **dispositif de l'infirmière ASALEE ?**

32 Surtout pas !

33 **Pourquoi ?**

34 Parce qu'elle fait un boulot qui est déjà fait chez nous par le réseau de santé.

35 **OK, c'est vrai qu'ici il y a déjà le réseau en place donc qui fait une bonne partie**
36 **effectivement... Et si il n'y avait pas le réseau, éventuellement vous y voyez des avantages**
37 **ou des inconvénients à cette pratique ?**

38 *hésitation* Je vois pas très bien ses fonctions hein. Ses fonctions initiales je crois que c'était
39 plus de l'éducation thérapeutique.

40 **Alors pas seulement, elles suivent aussi 4 grandes pathologies chroniques donc il y a le**
41 **suivi du diabétique, les pathologies cardio-vasculaires, la BPCO post tabagique et le**
42 **dépistage des troubles cognitifs.**

43 Mmh mmh tout ça se sont des fonctionnalités limitées pour l'ASALEE et le problème c'est
44 que ce type de fonctionnalités est illimité pour l'IPA donc moi j'opte plus pour une infirmière
45 IPA.

46 **Parce que c'est trop restreint pour vous le champ d'action d'une ASALEE ?**

47 Ben bien sûr !

48 **D'accord. Pour en revenir au salariat des IDE par la MSP, est-ce que ça c'est quelque chose**
49 **qui vous intéresserait ?**

50 Non parce que moi je privilégie, dès l'instant que dans une MSP il y a des libérales qui
51 rentrent, moi je privilégie l'extension des fonctions aux libérales. Si elles l'acceptent. Parce
52 que je suis un libéral forcené tout simplement *rires*

53 **OK. Et donc la troisième chose sur laquelle on s'est un peu plus penché c'était donc le**
54 **système classique justement d'une infirmière libérale payée par des honoraires avec**
55 **éventuellement en plus des plages de permanences au sein de la MSP pour voir les**
56 **patients directement. Donc ça c'est plutôt ce pourquoi vous optez ?**

57 Oui si elles acceptent et si elles ont le temps parce que le problème c'est ça, c'est la
58 limitation dans le temps de leur disponibilité.

59 **Très bien euh pour en revenir aux protocoles qu'on a évoqués tout à l'heure, quelle**
60 **organisation avez-vous mise en place pour les élaborer ? Comment vous choisissez les**
61 **thèmes ? Est-ce que vous vous réunissez ?**

62 Ben c'est lors des réunions.. des RCP on discute entre nous et puis...

63 **C'est un peu en fonctions des besoins, des problèmes rencontrés ?**

64 Des besoins de chacun ouais.

65 **OK et c'est donc pendant les réunions...**

66 C'est pendant les RCP oui. C'est pas chacun qui réfléchit dans son coin, c'est mis en commun.
67 Après on délègue, c'est-à-dire qu'il y a une infirmière ou une autre qui prend soin d'élaborer
68 le protocole et de le soumettre à la réunion.

69 **D'accord. Du coup, depuis votre installation en MSP, des réunions dédiées à la**
70 **coordination ont-elles été mises en place ? Donc ça on y a répondu. A quel rythme ?**

71 On en fait 6 par an minimum... ouais c'est ça. Il peut y en avoir plus. Et j'ai participé à toutes.

72 **OK. Avez-vous déjà évoqué et ou mis en place leur financement dans le sens où on peut**
73 **désormais être rémunéré pour le temps passé en coordination ?**

74 Oui bien sûr, c'est fait.

75 **Et donc, si c'est possible de savoir, comment ça se passe ?**

76 Ben les ACI... les ACI on retire tout ce qui est financement euh d'équipements médicaux de la
77 MSP et le solde est réparti.

78 **Réparti en fonction du temps de présence en réunion ?**

79 Oui oui complètement. Non non attendez.... Les 2/3 des ACI... c'est compliqué... 2/3 des ACI
80 aux médecins, 1/3 aux infirmières libérales c'est-à-dire que les médecins ont décidé de
81 financer, d'aider les infirmières libérales... mais sur ces 2/3 1/3 une partie est retirée pour les
82 investissements et une partie est retirée pour les réunions. Voilà. Donc cette somme dédiée
83 aux réunions est répartie en fonction du taux de présence de chacun.

84 **D'accord donc vous avez une feuille d'émargement...**

85 Et à part égale. Oui avec une feuille d'émargement.

86 **Oui donc peu importe que ce soit médecin, infirmier ou quoi chacun reçoit la même**
87 **somme.**

88 Oui.

89 **Ça marche. Et du coup, après avoir expérimenté ce genre de coordination entre médecins**
90 **et infirmiers, quels en sont pour vous les avantages et ou les inconvénients ?**

91 Alors aucun inconvénient et avantage oui ben c'est la prise en charge du patient plus
92 complète. Voilà. Ça évite les oublis euh... ça évite euh...

93 **Ça permet un meilleur suivi du patient.**

94 Tout à fait. Et les infirmières sont très demandeuses... les infirmières libérales.

95 **OK. Et les inconvénients vous m'avez dit aucun, moi ce qui ressort de manière générale des**
96 **entretiens, du moins un peu parce que pour la plupart c'est effectivement des avantages,**
97 **c'est le temps. Parce qu'il « faut » trouver du temps pour se réunir.**
98 C'est pas un inconvénient parce que c'est du temps médical donc moi ça me perturbe pas du
99 tout. Ca fait partie de notre métier.
100 **Ça ne vous pose pas de soucis parce que par exemple, c'est du temps pendant lequel vous**
101 **ne pouvez pas voir de patient ?**
102 Non parce que ça nous fait gagner du temps pour la prise en charge des patients qui sont
103 traités de manière commune.
104 **Donc ça fait plus gagner du temps ?**
105 C'est pas une question de temps. C'est une question de prise en charge.
106 **OK. Pas d'autre avantage ou inconvénient qui vous viendrait à l'esprit ?**
107 Comme ça, non.
108 **OK, ben c'est tout pour moi alors. Merci.**
109 Oh bah ça va alors, merci *rires*

1 Entretien IDE N°1

2

3 **Alors déjà dans un premier temps, est-ce que vous pourriez me donner votre âge ?**

4 38.

5 **D'accord. Alors qu'évoque pour vous le terme de coordination interprofessionnelle au**
6 **sein d'une MSP ? Si vous pouviez donner une définition, d'après vous à quoi**
7 **correspond la coordination interprofessionnelle.**

8 Alors pour moi c'est d'avoir, c'est d'être sur un même lieu pour avoir une facilité en fait pour
9 les échanges quand on a des questionnements ou qu'on relève des problèmes, pour moi
10 c'était plus à visée de problèmes, de problématiques mais maintenant qu'on est en MSP j'ai
11 vu qu'on pouvait faire des choses dans tout ce qui était prévention et c'est ça que je trouve
12 super euh voilà c'était plus à ce niveau-là. Pouvoir échanger et puis du coup avoir des
13 réponses beaucoup plus euh rapides plus précises, voilà. Parce que en fait ici on a que des
14 médecins donc euh c'est pas comme si j'étais avec des kinés ou quoi ou... Avec les
15 médecins ça se passe comme ça, pouvoir avoir des réponses à mes... à mes problèmes
16 *rires*

17 **Très bien. Euh ensuite du coup quelle coordination avez-vous mis en oeuvre entre**
18 **MG et IDE au sein de votre MSP ? Comment est-elle organisée ? Par exemple avez-**
19 **vous mis en place un ou des protocoles entrant dans le cadre de l'ACI ?**

20 Alors oui, on a mis en place un protocole sur l'hypertension euh c'est le seul protocole pour
21 l'instant qu'on a mis en place. C'est vrai qu'on manque un peu... 'fin c'est un peu tout
22 nouveau donc euh...

23 **Ouais ça se met en place.**

24 On devrait normalement se voir régulièrement tous les 15 jours, des choses comme ça,
25 mais avec les emplois du temps de chacun ça coince un peu. Et là le prochain protocole, on
26 va faire sur euh je crois que c'est sur l'asthme... *cherche dans ses papiers* voilà oui c'était
27 sur l'asthme et euh voilà ce serait normalement le prochain protocole mis en place.

28 **OK. Ensuite, connaissez-vous différents types d'exercices infirmiers pouvant exister**
29 **au sein d'une MSP ? Il y a par exemple l'activité libérale que vous connaissez...**

30 Ouais.

31 **Est-ce qu'il y a d'autres types d'exercice infirmier...**

32 Qui pourrait intégrer euh une MSP ?

33 **Ouais qui peuvent exister en MSP ouais.**

34 Ben tout récemment en fait, ça fait 2 ans ils parlent de l'infirmière IPA, infirmière en pratique
35 avancée, c'est euh la seule je dirais infirmière qui pour l'instant à une visée euh ben libérale
36 pour tout ce qui est pathologies euh chroniques équilibrées et sinon... ouais si il y a d'autres
37 infirmières euh, après il y en a qui font des DU hein tout ce qui est huiles essentielles, qui
38 font de l'acupuncture, qui font des trucs comme ça mais je pense qu'après euh... mais je
39 sais pas si ça a visée... vu qu'on rentre pas dans comment dire euh c'est une autre
40 démarche quoi... 'fin je veux dire c'est pas remboursé par la sécu donc je sais pas si ça peut
41 faire partie euh... ouais...

42 **C'est vrai qu'on n'avait pas pensé à ça euh mais si je vous parle d'infirmière ASALEE,**
43 **ça vous dit quelque chose ?**

44 Ah oui ! Oui oui les infirmières ASALEE effectivement. Alors, on en a entendu parler, ce
45 serait une infirmière salariée par contre, elle aurait pas une visée vraiment libérale, elle
46 serait payée par un organisme...

47 **Oui après euh j'ai dit libéral mais après ça peut être d'autres types d'activités**
48 **justement.**

49 Ouais apparemment y en a qui arrivent sur le secteur euh je crois qu'il y en a même une qui
50 a envoyé pas mal de courriers dans les coins de la région o ben c'est un petit peu ça, c'est
51 euh c'est pour soulager un peu euh le médecin euh mais là ça a plus un rôle prévention
52 quand même.

53 **D'accord euh aviez-vous déjà envisagé par exemple ou est-ce que vous envisagez**
54 **pour l'avenir par exemple de devenir infirmière ASALEE, si oui pourquoi et si non**
55 **pourquoi ?**

56 Alors euh en soi je trouvais ça vachement intéressant, je m'étais dit, mais ça ne paye pas...
57 *rires*

58 **D'accord * rires***

59 Voilà, c'est le pourquoi, que j'avais pas envie, quand on a parlé avec le médecin de la MSP
60 et je pourrais plus vous dire maintenant les sommes mais c'était euh dérisoire et du coup
61 euh me bloquer des jours pour au final euh, parce que, on est obligé quand même de
62 cumuler les deux, libéral et ASALEE et ça veut dire moins de jour en libéral et donc moi je
63 m'y retrouvais pas et euh au final je me retrouve à plus travailler et gagner moins. Donc moi
64 c'était la seule chose qui m'a... *rires*

65 **OK et euh dans un autre style du coup c'est être vraiment salariée de la maison de**
66 **santé directement, est-ce que c'est des choses qui vous parle ?**

67 Alors ça c'est une des premières choses euh auxquelles j'avais parlé avec le médecin de la
68 MSP et pareil euh j'ai dit moi, vous faites ce que vous voulez de moi euh je peux accueillir
69 les gens, je peux faire auxiliaire médicale euh tout ce qu'on parle, je dis "mais attention hein
70 3000 par mois!" *rires* Voilà et il m'a dit "Non mais jamais de la vie", ce que je peux
71 comprendre mais euh alors j'ai dit euh "ben voilà". Donc c'est toujours le même problème,
72 'fin pour moi euh, il m'a dit "on pourrait jamais payer une infirmière salariée", il me dit "ou
73 alors on est une trop petite structure parce que déjà avec la femme de ménage euh ça fait
74 beaucoup trop de frais" mais en soi moi ça m'aurait bien plu hein.

75 **D'accord.**

76 *sonnerie du portable de l'infirmière*

77 Bon c'est une patiente mais je rappellerai.

78 **Et du coup le troisième euh, la 3e chose sur laquelle on réfléchissait surtout c'était le,**
79 **le classique on va dire, des honoraires libéraux où vous gardez votre activité plus**
80 **éventuellement des plages de permanence dans la MSP. Ça c'est quelque chose qui**
81 **vous intéresse à mettre en place ? Si oui pourquoi et si non pourquoi ?**

82 Ouai alors ça plus. Euh on en avait déjà parlé, on s'était mis d'accord sur euh sur un chiffre,
83 c'était 50 euros de l'heure normalement du coup ça reflète un p'tit peu mon activité libérale.
84 Donc le fait que même si je me, si on le fait une fois dans la semaine ou quoi, pour l'instant
85 on a dit euh 1 heure euh p'tetre toutes les semaines euh, ce serait pas des grandes plages
86 horaires mais commencer par-là euh oui. On en avait discuté.

87 **Ouais comme ça vous perdez moins d'activités à l'extérieur.**

88 Voilà, ouais, c'est ça.

89 **OK et est-ce que euh il y aurait des inconvénients à cette pratique que vous voyez ?**

90 Alors pour moi ce serait nouveau, parce que c'est vrai que jusqu'à là j'y étais jamais moi au
91 cabinet hein parce que mon ordi était même à la maison et tout donc maintenant je me
92 retrouve à plus profiter d'être dans le local et du coup je me dis oui pourquoi pas recevoir
93 euh... mais faut trouver des créneaux quoi et ça euh... parce que entre les papiers euh la
94 tournée du soir et du matin donc euh voilà. C'est pour ça que je pense, on en a déjà parlé
95 avec mes collègues, plus sur un jour de repos, que je viendrai exprès pour une consultation

96 et c'est vrai que sur une journée classique euh se rajouter encore ça, parce que bon le
97 premier patient on le voit à 7h le matin et puis le dernier je le vois à 20h quoi...

98 **Oui donc c'est toujours la contrainte de temps.**

99 Voilà, c'est ça donc après moi ça me dérangeait pas de mettre des RDV sur mes jours de
100 repos si c'est voilà une fois dans la semaine euh et puis si après on voit que ça prend
101 vraiment de l'ampleur, si les gens sont en demande, si les gens ils... et bien oui peut être
102 s'accorder euh ou faire sauter une journée de libéral et la passer ici euh ça me poserait pas
103 de problème.

104 **Oui bien sûr, il faut que chacun s'y retrouve aussi. OK très bien. Pour en revenir un
105 peu aux protocoles dont on parlait tout à l'heure, quelle organisation avez-vous mis
106 en place pour élaborer ces protocoles ? Qui y réfléchit ? Qui choisit les sujets ? Est-
107 ce que tout le monde fait tout en même temps euh comment ça s'organise ?**

108 Alors on s'était dit euh parce que moi euh ben ça m'intéressait, je dis moi y'a pas de
109 problème, je peux être sur tous les protocoles sans problème et le médecin me disait que ce
110 serait bien qu'on mette tout le temps 1 infirmier avec 1 médecin euh et de tourner parce qu'il
111 m'a dit "je pourrai pas être tout le temps là mais peut être que tu seras sur un protocole avec
112 un autre médecin...". C'est vrai que pour l'instant euh c'est un peu frais, ça se met en place
113 et euh par exemple la normalement en fin d'année on aurait dû faire 5 ou 6 protocoles et on
114 en a fait qu'un... et ça là-dessus le médecin a dit "faudra vraiment qu'on se bloque" et au
115 départ on se voyait tous les 15 jours et puis après ils m'ont dit "écoute euh des fois on fait
116 une réunion, il y a pas lieu que tu sois là, que tu te bloques" donc euh plutôt ils me disent
117 quand c'est important que je sois là et voilà.

118 **OK donc là à priori c'est plus par des réunions en fait où vous vous retrouvez et vous
119 réfléchissez un peu à comment mettre en place les protocoles.**

120 Voilà la dernière fois c'est ce qu'on a fait. On s'est mis euh près de l'ordi, moi j'avais un
121 contact sur Paris, une infirmière qui m'avait filé des protocoles justement, je lui ai montré ce
122 qu'elle avait fait et puis ça nous a permis d'avoir une trame en fait...

123 **Et de pas partir de zéro.**

124 Voilà c'est ça.

125 **Du coup, depuis votre installation en MSP, des réunions dédiées à la coordination
126 ont-elles été mises en place ? Si oui, à quel rythme ? Y avez-vous participé ? Et est-ce
127 qu'on y a déjà évoqué avec vous le niveau de financement de ces réunions pour les
128 personnes qui y participent ? Puisque c'est une des nouveautés de cette forme de
129 coordination, puisque ça prend du temps sur le temps de travail, que les gens
130 puissent être rémunérés pour le temps passé en réunion de coordination.**

131 Alors oui ça a été dit, c'est pour ça que normalement le médecin a relevé toutes les
132 présences de chacun et normalement à la fin de l'année, il était question de calculer et euh
133 de faire un versement. J'ai rien eu *rires* Personne je crois, je sais pas si ça a été vu, moi je
134 sais que bon après euh j'en ai pas reparlé et en même temps euh, j'étais pas mal là et après
135 j'étais pas là non plus parce qu'il y avait rien que se faisait donc euh c'est pas comme si ça
136 avait été quelque chose de très régulier.

137 **D'accord et par rapport à ça, je sais pas, est-ce qu'il y a un niveau de financement
138 particulier qui vous semblerait correct pour justement on va dire 1h de présence en
139 réunion ?**

140 Ben il me semble qu'il était question de ouais 50 euros du moment où tu fais 1h... Il me
141 semble que c'était ça hein qui était euh... qui avait été dit.

142 **D'accord. Et ça vous semblerait bien ?**

143 Oui ça me semblerait bien.

144 **OK. Euh du coup, après avoir expérimenté ce genre de coordination même si c'est**
145 **tout frais, quels en sont pour vous les avantages et les inconvénients ?**

146 Alors pour l'instant effectivement on n'a pas mis en place... on n'a pas appliqué le protocole
147 et tout ça mais moi je trouve que c'est que du positif parce que euh c'est vrai que j'ai évolué,
148 moi ça fait depuis 2003 que je suis infirmière et c'est vrai que j'ai toujours été plus dans le
149 curatif qu'autre chose et là le fait euh ben d'être sur la prévention et tout ben ça me va
150 vraiment bien et si on peut euh prendre les problèmes avant et faire de la prévention euh
151 échanger avec les gens, avoir un suivi, je trouve que ça pourrait peut-être même permettre
152 qu'il y ait moins de... ben de soucis après, que ce soit les diabétiques et tout euh qu'ils
153 gèrent un peu autrement... Moi c'est vraiment le point positif que j'ai trouvé à la MSP, c'est
154 que ouai on va se retrouver à faire de la prévention et ça je trouve ça super.

155 **D'accord. Des inconvénients à ça ou pas ?**

156 Euh au système MSP ?

157 **A la coordination, 'fin au fait de travailler un peu plus en équipe quoi.**

158 Pour l'instant pas... Peut-être parce qu'on est une petite structure. Après j'ai eu des retours
159 euh de plus grosses structures, où il y a des kinés tout ça et apparemment quand c'est trop
160 gros ça va pas, ça irait pas sur euh même au niveau de la rémunération parce qu'il y en a
161 qui vont peut être plus se rémunérer que d'autres alors voilà, moi j'ai entendu des petits
162 problèmes comme ça euh et c'est vrai que nous la différence c'est qu'on est... on
163 commence petit et euh pour l'instant moi ça me va bien.

164 **OK et euh, je sais pas si vous le voyez comme un inconvénient mais euh, le fait de**
165 **devoir faire des réunions comme ça qui peuvent empiéter sur le temps de travail,**
166 **c'est quelque chose qui pose un problème pour vous ?**

167 Ben on s'était mis d'accord, parce que moi d'une semaine à l'autre je travaille pas de la
168 même façon, moi j'avais dit qu'un mardi sur deux j'étais présente et eux ça avait l'air de
169 rouler pour eux, ils m'ont dit "y a pas de soucis parce que nous aussi on se voit tous les 15
170 jours" donc euh ça avait l'air euh ...

171 **Ouais donc au niveau temps c'est pas un problème.**

172 Voilà. Après faudra voir avec ma collègue, parce que maintenant j'ai une collègue, parce
173 que jusqu'à maintenant j'ai toujours été seule dans l'activité donc je suis à 100% et le je
174 viens de revendre mes parts pour qu'on soit 50/50 en fait au premier février là et du coup ma
175 collègue, je me dis que maintenant il va falloir qu'elle s'intègre aussi, qu'elle participe aux
176 réunions... Je me dis là comment on va faire parce que forcément si il y en a une qui
177 travaille, l'autre elle est en repos alors et qu'on... y en a une qui devra venir à chaque fois
178 sur son temps de repos pour être à la même réunion ou est-ce qu'on va dire si c'est toi qui y
179 va moi j'ai pas besoin d'y être l'inverse la prochaine fois. Je verrai plus ça quand même, pas
180 qu'on soit à chaque fois euh... à moins qu'il y en ait une qui ait envie, des fois c'est pas
181 l'envie forcément, c'est plus le temps quoi... je vois avec les enfants et tout euh c'est vrai
182 que c'est pas facile.

183 **OK donc c'est plus une contrainte d'organisation quoi...**

184 Oui voilà, c'est vrai que c'est plus ça qui peut coïncider. C'est vrai que même les médecins ont
185 plein de choses, il y en a 2 qui ralentissent leur activité donc c'est vrai que chacun je pense
186 a aussi envie ben que ça fonctionne mais sans s'en rajouter quoi... Et c'est vrai qu'on se
187 retrouve quand même la MSP au final euh... parce qu'au départ j'avais pas compris hin,
188 quand le médecin est venu me chercher, quand il m'a appelé, il m'a dit "tu voudrais venir
189 avec nous ?" je comprenais pas l'intérêt, j'ai dit " mais on a toujours travaillé en réseau de
190 toutes façon et puis on correspond et tout" j'ai dit il faut que ça m'apporte quelque chose
191 parce que sinon je vois pas euh... et là il m'a dit "non on va travailler ensemble..." parce que

192 moi sur toute ma patientèle mes prescripteurs c'est essentiellement les autres médecins du
193 coin et ici quasi pas et c'est pas eux qui me font vivre et loin de là, je leur ai déjà dit... alors
194 tout à coup je leur dis "alors du coup vous allez peut être prescrire des soins ?" *rires* parce
195 que jusque-là... il me dit "non on va travailler différemment..." ça a un petit peu changé mais
196 voilà donc euh après il y a quand même eu une avancée là-dessus où avant je pense qu'ils
197 travaillaient un peu moins avec l'infirmière, peut-être je sais pas euh, peut-être que ça faisait
198 pas partie euh... du boulot 'fin euh et maintenant c'est vrai que facilement ils me parlent des
199 patients euh... ça a quand même changé

200 **Ouais donc le fait d'être sur place, ensemble ça a permis justement de rapprocher et**
201 **collaborer plus facilement.**

202 Ouais ouais c'est ça.

203 **OK, merci.**

1 Enregistrement IDE 2 :

2

3 **Alors, dans un premier temps, est-ce que vous pourriez me donner votre âge ?**

4 *rires* ça va encore, 38.

5 **Alors du coup pour rentrer dans le sujet, qu'évoque pour vous le terme de**
6 **coordination inter professionnelle au sein d'une MSP ? Si vous deviez le définir avec**
7 **vos propres mots ?**

8 *air gêné et rires* J'aurais pu avoir les questions avant ! *rires* Je me serais entraînée !

9 **Ça aurait été trop facile *rires***

10 c'est travailler... travailler en collaboration c'est ça... dans le cadre d'une MSP ? C'est
11 travailler en accord avec les médecins, les infirmières, voire d'autres corps de métiers euh
12 pour apporter le meilleur aux patients. C'est à dire euh chacun son avis et discuter de
13 certains cas du côté médical, infirmier et mettre en commun pour avancer au niveau des
14 soins du patient. Je dirais ça.

15 **Ça marche. Alors, même si je sais que c'est encore tout récent on va dire, quelle**
16 **coordination avez-vous mis en oeuvre entre médecins et infirmiers au sein de votre**
17 **MSP ? Comment est-elle organisée ? Par exemple, avez-vous mis en place des**
18 **protocoles entrant dans le cadre de l'ACI ?**

19 Alors, les protocoles sont en cours d'évaluation... 'fin ils ont été envoyés pour les mettre en
20 place dans le cadre d'une, normalement, d'une permanence qu'on fera ici euh après c'est
21 vrai que c'est tout récent donc on a pas encore fixé ni les horaires ni les jours ni quel
22 protocole sur lequel on va avancer.

23 **Oui donc ce serait plutôt euh la coordination ici ce serait plutôt sous forme de**
24 **protocoles et puis il y a des permanences où vous serez sur le cabinet pour voir des**
25 **patients et appliquer les protocoles ?**

26 Voilà c'est ça. C'est ce qui est en projet, c'est pas euh... mis en place encore.

27 **OK. Connaissez-vous différents types d'exercice infirmier pouvant exister au sein**
28 **d'une MSP ? Par exemple, il y a l'activité libérale classique que vous connaissez mais**
29 **y a-t-il d'autres exercices...**

30 *hésitation* Je sais qu'il y a... j'ai entendu parler de l'infirmière ASALEE voilà... l'infirmière
31 euh je sais pas comment ça s'appelle euh...

32 **IPA ?**

33 IPA voilà et puis c'est tout...

34 **OK, alors est-ce que vous, vous aviez déjà envisagé éventuellement de faire une**
35 **formation par exemple pour devenir infirmière ASALEE ?**

36 Non *rires*

37 **Pourquoi ?**

38 *rires* parce que je sais même pas en gros ce que c'est *rires*

39 **Alors, en fait les infirmières ASALEE sont salariées, du moins, employées par**
40 **l'association ASALEE justement, elles peuvent quand même garder une activité**
41 **libérale à côté et donc elles s'occupent de tout ce qui est pathologies chroniques et**
42 **notamment de mémoire, c'est 4 pathologies dont elles s'occupent qui sont le suivi du**
43 **diabète, les maladies cardio-vasculaires, la BPCO et le dépistage des troubles euh de**
44 **la mémoire... cognitifs. Donc ça est-ce que c'est des choses qui vous intéressent ?**

45 Le jour où ce sera un peu plus clair ouais peut être... *rires* Moi j'aime bien quand c'est
46 bien... bien défini.

47 **C'est trop flou pour vous ?**

48 Ouais...

49 **OK. L'autre chose sur laquelle on s'était un peu penché c'était euh que les infirmiers**
50 **ou infirmières puissent être salariés directement par la maison de santé. Est-ce que**
51 **vous avez déjà entendu parler de ça ? Est-ce que c'est quelque chose qui vous**
52 **intéresserait ou pas ?**
53 Faut voir euh, c'est pareil c'est flou.. C'est un peu compliqué euh et ça remet en cause aussi
54 l'exercice de l'infirmière libérale... voilà.
55 **Parce que vous préféreriez garder votre activité libérale plutôt que d'être totalement**
56 **salariée euh...**
57 Non faut voir ce qu'ils proposent euh... en tant que salariée, dans quelles conditions ?
58 Qu'est ce que ça va être euh le but et ce qu'on va faire concrètement et le salaire hin *rires*
59 Faut pas se mentir *rires*"
60 **Bien sûr, tout à fait *rires* Euh et du coup la troisième chose c'était le cas le plus**
61 **classique c'est à dire euh même en étant au sein de la MSP vous gardez votre activité**
62 **libérale avec les honoraires etc. c'est plus quelque chose qui vous intéresserait ?**
63 C'est pas que ça m'intéresserait mais déjà c'est déjà un peu plus clair. Ça me parle plus.
64 **Et du coup, maintenant qu'on a un peu évoqué les différents types d'exercice, est-ce**
65 **qu'il y en a un qui vous semble le plus adapté pour vous ou pas du tout ou c'est trop**
66 **flou ?**
67 Non non non, mon exercice libéral me va très bien pour le moment *rires* voilà...
68 **D'accord. Euh pour en revenir un peu aux protocoles qu'on a évoqué toute à l'heure,**
69 **quelle organisation avez-vous mis en place pour les élaborer ?**
70 *semble ne pas avoir bien compris*
71 **Comment ça se passe, est-ce que chacun réfléchit de son côté à des protocoles ou**
72 **est-ce que vous y réfléchissez ensemble, lors des réunions... ?**
73 Moi je viens d'arriver donc c'est un peu compliqué mais je sais que ma collègue a eu des
74 réunions avec un des médecins pour euh les mettre en place...
75 **Oui comme votre installation est toute récente vous avez pas forcément eu l'occasion**
76 **de...**
77 Nan mais je sais euh je sais qu'ils se sont posés à des moments précis euh pour pouvoir
78 discuter de certains protocoles...
79 **Oui donc c'est plutôt en réunion pour en discuter...**
80 Plutôt en réunion ouais mais euh on reçoit aussi des mails, on peut répondre aux mails... on
81 peut faire évoluer ça parce que des fois en réunion on pense à des choses et puis après sur
82 une autre lecture on pense à d'autres choses et puis euh...
83 **Donc c'est ouvert à la communication...**
84 Exactement.
85 **D'accord. Alors c'est pareil, c'est tout récent pour vous je pense, mais depuis votre**
86 **installation en MSP, des réunions dédiées à la coordination ont-elles été mises en**
87 **place ? Si oui, à quel rythme ? Y avez-vous participé et avez vous évoqué leur niveau**
88 **de financement ?**
89 *rires* Alors non parce que j'y ai jamais participé pour l'instant mais je sais qu'il y en a eu...
90 'fin on est conviés... il y en a une ici une fois par semaine, les mardis après midi et je sais
91 que nous on est conviées une fois par mois. Donc la dernière ma collègue y a participé
92 normalement les prochaines j'y participerai.
93 **OK et euh justement depuis les nouvelles lois qui "obligent" à se coordonner et à**
94 **faire des réunions de coordination, il est possible que ce temps de coordination soit**
95 **rémunéré pour ceux qui y participent. Est-ce que ça c'est des choses qui ont été**
96 **évoquées avec vous ou pas du tout encore pour l'instant ?**

97 Pas encore... On en est pas là...

98 **Ouais et est-ce que vous auriez éventuellement une idée déjà de... à quel niveau il**

99 **faudrait être rémunéré...**

100 J'en sais rien du tout...

101 **...pour que ce soit on va dire euh pas forcément rentable mais pas que ça pénalise de**

102 **trop puisque forcément ça peut prendre sur le temps de travail classique donc pour**

103 **vous par exemple c'est des moments où vous ne pouvez pas aller voir les patients...**

104 **Est-ce que vous auriez une idée éventuellement du salaire horaire qui serait euh qui**

105 **vous semblerait correct ?**

106 Pas du tout... Non parce qu'en fait ça paraît tellement logique de... de parler de certains

107 patients...

108 **Oui ça vous semble naturel de se réunir et de discuter...**

109 Oui, on le fait bien à l'hôpital ! Et on est pas rémunéré pour... Donc je vois pas pourquoi on

110 serait rémunéré pour ça... bon après si on nous propose un petit quelque chose je dis pas

111 non mais combien ? 'fin je sais pas...

112 **Oui donc vous, même si c'était pas rémunéré, c'est pas quelque chose qui vous**

113 **bloquerait ?**

114 Ben non... Ca fait partie de la prise en charge voilà.

115 **OK, pas de soucis. Euh bon pareil l'expérience est encore courte mais après avoir**

116 **expérimenté ce genre de coordination entre médecins et infirmiers, quels en sont**

117 **pour vous les avantages et les éventuels inconvénients si il y en a ?**

118 *hésitation* ben les avantages je ne sais pas... c'est toujours... moi c'est toujours pour le

119 patient... ça peut faire qu'évoluer les choses et puis la communication c'est vachement bien

120 même si on a quelque chose à se dire c'est top... de bien ou de mauvais d'ailleurs... et les

121 inconvénients... *hésitation* j'en vois pas...

122 **Non ? Et le fait que euh, c'est par exemple ce qui est ressorti dans d'autres entretiens**

123 **c'est que ça puisse prendre du temps de justement avoir des réunions**

124 **obligatoirement et pas juste se croiser dans le couloir pour échanger...**

125 Je suis d'accord ça prend du temps ok mais finalement ça fait avancer tout le monde... ça

126 peut être un gain de temps aussi donc... voilà.

127 **Et vous comme vous avez une activité libérale et que vous travaillez parfois en**

128 **alternance avec votre collègue et qu'il y a des jours où vous êtes sensée être en**

129 **repos, si vous êtes obligée de revenir pour une réunion ou quoi ça vous dérange pas**

130 **?**

131 Non c'est pas... ça fait partie du job *rires*

132 **D'accord.**

133 Faut juste que ce soit cadré à l'avance. S'organiser pour les enfants mais sinon ça va.

134 **Ouais.**

135 Tout est question d'organisation. Nan mais c'est vrai.

136 **OK euh et au niveau avantages, donc on a dit que ça permet plus de communication**

137 **déjà...**

138 Oui plus de communication et ça fait aussi gagner du temps pour euh par exemple, on sait

139 jamais, le médecin est allé chez une patiente et "j'ai oublié de marquer ça", nous on le

140 récupère et on le rajoute voilà.

141 **Ouais donc c'est aussi un avantage euh le fait d'être tous dans le même bâtiment ça**

142 **permet d'échanger plus facilement des documents, éviter des déplacements...**

143 Voilà oui, ou des fois on se croise et on se dit "tiens Madame Machin ceci ou cela... qu'est
144 ce qu'on fait ? vous passez la voir ?" donc voilà moi je vois pas trop d'inconvénients aux
145 MSP, c'est bien...

146 **Tant mieux si il y en a pas *rires***

147 Ben oui non mais... *rires* Et puis il y a les gens aussi, ils aiment bien pouvoir faire d'une
148 pierre deux coups par exemple, sur une autre MSP du coin, il y a les médecins, les
149 infirmiers, le kiné et des dentistes ou quoi et ils s'arrangent pour prévoir leurs rendez-vous à
150 la suite. Ils se déplacent qu'une seule fois. Et ils savent qu'ils se parlent, donc ils savent
151 aussi que... ils seront bien soignés.

152 **Ouais.**

153 Voilà.

154 **OK. Et bien merci.**

155 De rien. j'espère que ça ira... *rires*

156

1 **Entretien IDE n°3 :**

2

3 **Alors juste déjà pour commencer, est-ce que vous pourriez me donner votre âge ? Depuis**
4 **combien de temps vous êtes installée en MSP ? Et si c'est plutôt un exercice rural ou**
5 **urbain ?**

6 Donc moi j'ai 44 ans, ça fait 2 ans qu'on est dans la maison de santé et alors c'est plutôt...
7 non non c'est un exercice rural. Nous on tourne environ autour de 15km aux alentours dans
8 les villages autour.

9 **Alors ensuite, qu'évoque pour vous le terme de « coordination interprofessionnelle » au**
10 **sein d'une MSP ? Si vous deviez définir ce terme.**

11 Alors euh ben nous on a intégré la maison de santé justement pour euh avoir une meilleure
12 coordination avec les médecins traitants voilà euh c'est vrai que quand on rentre de tournée
13 on va tout de suite voir le médecin si il y a eu un souci avec un de ses patients dans la
14 matinée. Au moins on a l'accès direct avec lui et puis euh tout ce qui est aussi traitements,
15 dès fois on a des questions sur les traitements, les prises de sang hop ça permet de voir euh
16 dès qu'on rentre de tournée, de régler les problèmes directement quoi.

17 **D'accord donc pour vous la coordination c'est plus effectivement travailler ensemble, les**
18 **échanges euh...**

19 Voilà, tout à fait tout à fait. Avec la sage femme aussi ça nous arrive de parler d'un patient
20 qu'on a en commun... enfin UNE patiente *rires"

21 **Très bien. Du coup, quelle coordination avez-vous mis en œuvre entre MG et IDE au sein**
22 **de votre MSP ? Comment est-elle organisée ? Par exemple, avez-vous mis en place des**
23 **protocoles entrant dans le cadre de l'ACI ?**

24 Alors il y a des réunions oui pour mettre des protocoles en place, en ce qui concerne le
25 diabète surtout pour l'instant donc il y a une réunion tous les trimestres ou je sais pas donc il
26 y a le médecin qui intervient, une ou deux infirmières si elles sont disponibles et donc
27 effectivement ils créent des protocoles.

28 **D'accord donc c'est plutôt sous forme de réunions où vous réfléchissez ensemble.**

29 Oui voilà et on a la participation d'un labo qui nous aide à mettre ça en place. Sinon on n'a
30 pas... on échange pas en interne pour créer des protocoles quoi.

31 **Euh par ailleurs, connaissez-vous différents types d'exercice infirmier pouvant exister dans**
32 **les MSP ?**

33 Donc il y a l'exercice libéral...

34 **Oui, est-ce qu'il y en a d'autres que vous connaissez ?**

35 Non, je connais que les cabinets libéraux qui intègrent les MSP.

36 **D'accord, si je vous parle d'infirmière ASALEE, ça vous dit quelque chose ?**

37 Oui ça m'évoque euh... ASALEE... Je sais plus, ça concerne quel euh...

38 **Alors, les infirmières ASALEE sont salariées par l'association ASALEE qui veut dire Action de**
39 **Santé Libérale En Equipe, elles peuvent avoir quand même une activité libérale à côté et**
40 **euh elles s'occupent du coup du suivi de 4 grandes pathologies chroniques notamment il y**
41 **a le suivi du diabète, elles s'occupent également du suivi des pathologies cardio-**
42 **vasculaires chroniques, du suivi de la BPCO chez les patients tabagiques et le dernier c'est**
43 **le dépistage des troubles cognitifs. Donc ça justement est-ce que c'est quelque chose que**
44 **vous aviez envisagé ou que vous envisageriez pour le futur ?**

45 Après tout dépend de la formation... Je sais que nous on est formée pour l'ESF avec des
46 collègues, on a fait la formation Education à la Santé Familiale pour euh pour essayer de

47 diversifier notre travail quoi mais infirmière ASALEE non je pense que personne du cabinet
48 n'envisage euh de faire cette formation... Je sais pas même vraiment comment ça se passe...
49 J'ai entendu parler des infirmières ASALEE mais après euh dans quel contexte non.

50 **OK et après une des choses sur laquelle on s'est penché pour ce questionnaire c'est le**
51 **salariat des IDE directement par la MSP, donc l'infirmière est payée par la MSP, est-ce que**
52 **c'est quelque chose que vous connaissez et qui vous semble envisageable ?**

53 Pas du tout. Bah chez nous il y a le réseau, il y a une infirmière mais elle est payée par le
54 réseau pas par le MSP donc non pas du tout...

55 **Et comme ça, même sans y avoir forcément beaucoup réfléchi, c'est des choses qui vous**
56 **intéresserait ou euh vous pensez que c'est risqué ?**

57 Ben je sais pas quelle fonction elle aurait dans la MSP l'infirmière là. Qu'est-ce qu'elle
58 ferait ? Voir les patients au cabinet en même temps que le médecin, faire des pansements,
59 c'est un peu ce qu'on fait pendant nos permanences donc non je vois pas trop, on m'en a
60 jamais parlé...

61 **De prime abord ça vous semblerait intéressant ou pas du tout ?**

62 Euh ben euh nous on fait 2 permanences actuellement par semaine hin et ça va faire 2 ans
63 qu'on les fait mais on compte en faire plus qu'une par semaine parce que euh on pensait
64 qu'on aurait plus de monde, des prises de sang, des voilà... et en fait non les gens ne
65 viennent pas plus chez nous donc on va réduire à une permanence le matin par semaine.

66 **Ouais parce qu'il n'y a pas assez d'activité finalement...**

67 Y a pas assez d'activité et puis en fait ça met une personne en plus à travailler le matin, voilà.
68 Donc du coup ça nous fait moins de jours de repos dans l'année quoi. Mais euh après
69 faudrait voir, faudrait voir quelles fonctions elle ferait l'infirmière euh... c'est un peu flou. On
70 en a jamais discuté.

71 **Et du coup justement la troisième chose c'est l'activité un peu comme vous avez ici donc**
72 **une activité libérale avec à côté, en plus, des permanences dans la MSP directement. Ca**
73 **c'est quelque chose qui vous semble bien de fonctionner comme ça ? Est-ce qu'il y a des**
74 **avantages, des inconvénients à cette pratique ?**

75 Si ben une fois par semaine c'est pratique parce que effectivement on a un ou deux patients
76 qui viennent pour des pansements et le médecin peut venir directement voir son pansement
77 ici, nous on le refait. Ca permet aussi, parce qu'on a beaucoup de semainiers, de préparer les
78 semainiers, de passer des appels, euh éventuellement régler les problèmes avec notre
79 secrétaire d'ordonnances, de dossiers, de cartes vitales 'fin voilà. Mais oui une fois par
80 semaine, on va maintenir parce que voilà régler des problèmes de bureau euh de retour à
81 domicile de patients 'fin voilà ouais c'est bien.

82 **Et des inconvénients ?**

83 Y a pas d'inconvénient non non.

84 **Très bien. Euh Pour en revenir aux protocoles dont on a parlé avant, quelle organisation**
85 **avez-vous mise en place pour les élaborer ? Donc ça on l'a déjà évoqué donc c'est plus euh**
86 **sous forme de réunions.**

87 Voilà donc là c'est tout le monde qui discute en fonction des problématiques rencontrées
88 par chacun euh

89 **Oui pour choisir quel protocole est mis en place.**

90 Oui c'est ça. Moi je n'ai pas participé à ces réunions mais on a parlé du diabète, on a évoqué
91 aussi un protocole pour les anticoagulants... je sais pas si c'est en route ou pas.

92 **OK. Euh depuis votre installation en MSP, des réunions dédiées à la coordination ont-elles**
93 **eu lieu ? Donc ça on l'a déjà dit aussi euh du coup à quel rythme ?**

94 Alors on fait les RCP là euh je sais même plus combien il en faut... Y a un quota par an... Une
95 par trimestre je crois... Donc on parle des cas qu'on a en commun avec les 2 médecins
96 généralistes Pour évoquer les problèmes et essayer de résoudre tout ça ensemble. Et puis il
97 y a une traçabilité, la secrétaire enregistre tout ça dans le dossier du patient.

98 **Et avez-vous déjà évoqué le financement de ces réunions puisque ça on sait que c'est une**
99 **nouveauté qui est possible, de rémunérer le temps passé en coordination ?**

100 Ah oui ben on a été rémunéré hein.

101 **OK et ça se passe comment pour la rémunération, est-ce que vous savez comment c'est**
102 **mis en place ?**

103 Par rapport aux heures de présence lors des réunions, on émerge et en fonction du temps de
104 présence de chacun euh voilà.

105 **Et euh est-ce qu'il y a une différence euh en fonction du statut de chacun ?**

106 Ah je ne pense pas mais je ne me suis pas renseignée là-dessus *rires* Mais j'espère pas
107 *rires* A priori je pense que tout le monde a le même tarif en fonction des heures passées
108 dans ces réunions quoi.

109 **Si ça peut vous rassurer, c'est ce qu'on m'a dit *rires***

110 Oui d'accord *rires*

111 **OK et du coup après avoir expérimenté ce genre de coordination entre médecins et**
112 **infirmiers, quels en sont pour vous les avantages et les inconvénients ?**

113 Euh ben les avantages c'est ce que j'ai dit par rapport à la prise en charge globale du patient,
114 c'est essentiel. Et encore ben justement là je regardais avec ma secrétaire, ils parlent d'un
115 logiciel qui a été mis en place par l'ARS de Nouvelle Aquitaine et qui regroupe, alors par les
116 portables par les tablettes au chevet du patient, donc on fait la glycémie capillaire par
117 exemple, les résultats sont envoyés au pharmacien, à l'auxiliaire de vie si il y en a une, au
118 médecin voilà... Ca serait bien qu'n ait effectivement un logiciel commun tous ensemble
119 parce que nous les résultats de l'INR par exemple dès fois on les sait pas, on arrive une
120 semaine après et le médecin les a pas vus « ah mais oui mais vous avez 4 donc il va falloir
121 changer le traitement » voilà ce serait bien qu'on ait vraiment un logiciel commun mais c'est
122 sûr qu'on en avait parlé au départ mais euh ça a un coût quoi... Surtout que nous on est 7
123 associés et il fallait payer une licence par personne donc on pouvait pas se permettre...

124 **Parce que là pour l'instant vous n'avez pas du tout accès au dossier médical du patient des**
125 **médecins ?**

126 Pas du tout. Ça c'est un inconvénient. Mais euh non l'avantage je vous dis c'est de euh...
127 pour la prise en charge du patient, c'est mieux quoi.

128 **Et est-ce qu'au niveau organisationnel, d'être dans le même bâtiment, ça change quelque**
129 **chose ?**

130 Oui ça peut aider oui oui, après on a quand même des médecins généralistes en ville donc
131 on les appelle, on leur fait faire des ordonnances, on va les chercher chez eux euh... voilà
132 donc être sur place, ça peut faciliter effectivement.

133 **OK. Au niveau des inconvénients, est-ce que vous en voyez d'autres ?**

134 Et ben après, c'est d'être beaucoup solliciter pour les réunions tout ça... parce que nous on
135 fait déjà des réunions entre nous pour parler de nos patients, de problèmes administratifs et
136 se rajoutent d'autres réunions euh les RCP euh faire les protocoles euh voilà donc ça c'est un
137 peu l'inconvénient d'être en MSP. Ça demande du temps et de l'investissement personnel
138 parce que ça peut nous demander de venir sur des jours de repos voilà... Nous on est 7 donc
139 ça va on peut tourner mais ouais.... L'autre chose c'est aussi qu'ici on est très dépendant de
140 la mairie par exemple euh depuis le début on a un souci de téléphone qui ne fonctionne pas

141 bien et qui est embêtant euh on l'a déjà signalé plusieurs fois puisque nous ne sommes que
142 locataires des lieux mais rien n'a été fait pour l'instant...

143 **Oui il y a plus d'intermédiaires...**

144 Oui voilà, quand on est tout seul pour soi dans son cabinet, on peut s'occuper directement
145 des choses sans avoir besoin d'attendre l'avis des autres donc c'est parfois plus simple pour
146 ça...

147 **OK. D'autres choses ?**

148 Non, je crois pas.

149 **OK très bien, alors merci.**

150 Merci à vous.

1 **Entretien IDE n°4 :**

2

3 **Alors pour commencer, même si ça ne se demande pas à une dame, est-ce que vous**
4 **pourriez me donner votre âge ? Depuis combien de temps vous êtes installée en MSP et si**
5 **c'est plutôt un cabinet rural ou urbain ?**

6 Alors j'ai 43 ans, je suis infirmière depuis 2000 et je suis libérale depuis 2004 et installée en
7 MSP depuis décembre 2018 et donc plutôt un exercice rural oui.

8 **Du coup pour entrer plus dans le sujet, qu'évoque pour vous le terme de « coordination**
9 **interprofessionnelle » au sein d'une MSP ?**

10 Alors c'est trouver un moyen efficace de communication entre les professionnels euh ce
11 sont des personnes qui n'ont pas le même rythme de travail donc c'est trouver des moments
12 euh c'est trouver un système de communication euh sans être sans arrêt en train de
13 déranger la personne qu'on veut contacter parce que ça peut vite poser des soucis pour
14 travailler que ce soit pour le médecin ou pour l'infirmier parce que voilà... euh oui c'est
15 trouver un moyen de communication utile, facile, pratique dans la vie de tous les jours et
16 euh oui voilà.

17 **OK, très bien. Du coup, quelle coordination avez-vous mise en place au sein de votre**
18 **MSP ? Comment s'organise-t-elle ? Par exemple, avez-vous mis en place des protocoles**
19 **entrant dans le cadre de l'ACI ?**

20 Alors nous il n'y a pas de moyen de communication interprofessionnel dans la MSP, c'est
21 notre défaut... euh on a un pilier central qui est le secrétariat euh que toutes les MSP n'ont
22 pas donc euh déjà d'avoir un secrétariat ça vous permet d'avoir une personne référente à
23 qui parler et qui ne dérange pas euh le médecin sans arrêt, euh qui nous prépare les papiers
24 si besoin et qui nous donne accès au médecin si jamais y a besoin, c'est elle qui filtre les
25 appels et qui nous permet d'avoir le médecin. Donc euh on a euh on travaille sur les
26 protocoles pour le diabète et les AVK actuellement euh voilà.

27 **OK très bien. Euh connaissez-vous différents types d'exercices infirmiers pouvant exister**
28 **au sein d'une MSP ? Il y a l'activité libérale qu'on connaît tous mais en connaissez-vous**
29 **d'autres ?**

30 Ben y a l'infirmière ASALEE qui peuvent travailler, y a les IPA qui vont arriver, euh c'est tout
31 euh là ici on a les infirmières de réseau qui travaillent au sein de la MSP puisque le réseau
32 fait partie de la MSP et voilà...

33 **D'accord, très bien. Justement euh par rapport aux infirmières ASALEE, est-ce que c'est**
34 **quelque chose que vous aviez déjà éventuellement envisagé de faire ? Si oui pourquoi et si**
35 **non pourquoi ?**

36 Euh non j'ai pas envisagé de faire ASALEE... c'est pas tellement développé, c'est pas
37 tellement connu. Là il y en a une sur M. (autre MSP de la région) depuis euh 3 ou 4 mois
38 mais c'était pas quelque chose qui... 'fin voilà... ou je m'y suis jamais intéressée je ne sais pas
39 mais en fait nous comme on a le réseau euh l'éducation thérapeutique est dispensée par le
40 réseau donc c'est peut-être pour ça qu'on n'a pas non plus euh cherché autre chose parce
41 que pour nous voilà l'éducation thérapeutique la phase là elle est dispensée par les
42 infirmières de réseau.

43 **D'accord. Un autre mode d'exercice qu'on n'a pas évoqué euh c'est le salariat des**
44 **infirmières directement par la MSP. Est-ce que c'est quelque chose qui vous parle, qui vous**
45 **intéresserait ou pas ?**

46 Je savais pas du tout que ça pouvait exister. Non. Alors elle est avec le médecin ? C'est
47 comme l'assistante médicale ?

48 **Ca peut se rapprocher de ça mais ça peut être plus comme ce qu'elles enfin ce que vous**
49 **faites ici avec les permanences directement sur la MSP et faire que de l'activité comme**
50 **ça...**

51 D'accord d'accord, on n'a jamais envisagé non. Alors après ça pose quand même problème
52 au niveau des autres cabinets euh de ville 'fin je vois pas trop comment gérer parce qu'alors
53 nous quand on s'est, je vous parle franchement hin, quand on s'est installé euh alors on a
54 mis des choses en place au sein de la MSP notamment la permanence des... nos
55 permanences et quand on l'a stipulé dans les couloirs des médecins 'fin voilà on avait mis
56 des panneaux euh « sachez qu'il y a une infirmière euh qui est là » ou pour les vaccinations
57 de la grippe, on s'arrange avec les pharmacies, on a des vaccins au frigo ici pour éviter aux
58 gens de faire les allers-retours, euh on a les vaccins des 2 pharmacies de la ville pour le libre
59 choix des gens euh voilà, c'est un service pour moi, je le voyais comme un service donné aux
60 gens qui viennent à la MSP, les consoeurs de ville l'ont pas vu comme ça... Donc...

61 **Elles voyaient un peu ça comme de la concurrence euh...**

62 Ouais ouais j'ai un peu de mal parce qu'elles l'ont mal pris alors je me dis si demain on leur
63 dit « tiens on a une infirmière qui assure les soins à la MSP » euh *grimace*

64 **Ouais ça risque de leur poser souci...**

65 Ouais ouais ouais...

66 **D'accord. Euh il y a un autre souci qui a été évoqué dans d'autres entretiens par rapport à**
67 **ça, c'est le financement parce que tout simplement le salaire de l'infirmière serait**
68 **dépendant des financements que reçoit la MSP et bah si un jour y a plus de financement...**

69 Que devient l'infirmière ouais...

70 **Et la troisième chose sur laquelle on s'est penché, c'est donc l'activité la plus classique on**
71 **va dire donc les infirmières qui gardent leur activité libérale plus éventuellement les**
72 **permanences à la MSP de temps en temps, ça c'est des choses qui vous parlent plus ? Des**
73 **avantages ou des inconvénients à ça ?**

74 Ben c'est ce que je vous ai dit avant, c'est que... c'est que... alors ou tous les cabinets sont...
75 par exemple la MSP de M. (autre MSP de la région), je sais pas si vous allez y faire des
76 entretiens euh y a 3 cabinets infirmiers ou 4 je sais plus dans la maison et je veux dire je
77 pense que c'est une chose qui peut être conçue si... nous on a 2 cabinets en ville... pourquoi
78 pas si on a les 3 cabinets ici pourquoi pas euh le cabinet A fait le lundi, le cabinet B fait...
79 voilà mais que tout le monde fasse. Mais je vois pas trop comment faire du libéral et du
80 salariat parce qu'obligatoirement y aura conflit d'intérêt euh sur les deux. Si toutes les... si
81 tous les cabinets infirmiers sont dans la MSP je pense que oui, c'est quelque chose qui est
82 faisable.

83 **Très bien. Euh pour en revenir un petit peu aux protocoles qu'on a évoqués tout à l'heure,**
84 **quelle organisation avez-vous mise en place pour les élaborer ?**

85 On travaille ensemble et puis on est aidé par un laboratoire euh qui nous aide donc euh on a
86 fait des réunions protocoles et il nous aide à finaliser le protocole et nous guide un petit peu
87 sur la manière de travailler.

88 **Et vous choisissez les « thèmes » on va dire...**

89 Oui c'est nous qui mettons voilà ceux qu'on rencontre le plus souvent euh...

90 **En fonction de ce qui vous pose problème dans votre activité ?**

91 Oui voilà.

92 **D'accord ok. Euh depuis votre installation en MSP, des réunions dédiées à la coordination**
93 **ont-elles été mises en place ? Donc ça on a déjà répondu que oui, à quel rythme ?**

94 Alors on a des RCP euh tous les 2 mois.

95 **Y avez-vous participé ?**

96 Oui.

97 **OK et avez-vous déjà évoqué ensemble leur niveau de financement puisqu'on sait que**
98 **maintenant on peut être rémunéré pour le temps de coordination ?**

99 Oui c'est en place.

100 **Et ça se passe comment ?**

101 Alors tout le monde est payé au même tarif et euh comment c'est réparti ben on tient une
102 feuille de présence et puis euh on fait payer au prorata... alors faudrait demander à la
103 coordinatrice y a tant de points de présence et puis ça correspond euh voilà... mais on est
104 rémunéré oui depuis là on a été rémunéré la première fois puisqu'avec les ACI c'est toujours
105 en année N+1... donc là on a été payé de 2018 parce qu'on a aussi eu des réunions de
106 préparation de la MSP.

107 **Et euh c'est quelque chose qui vous semble bien comme système ?**

108 Ah oui ! Ben le temps euh on a beaucoup 'fin je veux dire on est profession indépendante
109 donc on travaille... on fait beaucoup d'heures euh travailler dans une maison de santé ça
110 demande beaucoup d'implication et euh l'implication là ne peut pas toujours être gratuite
111 quoi je veux dire. Donc euh d'être rémunéré oui c'est bien, je trouve que c'est même normal
112 parce que parce que ça demande beaucoup d'énergie, y a quand même pas mal de choses à
113 faire.

114 **OK et enfin, après avoir expérimenté ce genre de coordination entre médecins et**
115 **infirmiers, quels en sont pour vous les avantages et les inconvénients si il y en a ?**

116 Alors les avantages c'est que... les patients nous le disent, on a un retour patient qui nous dit
117 « ben dit donc qu'est-ce que c'est bien parce qu'on a l'infirmière... » 'fin pour les patients qui
118 ont l'infirmière ici et le médecin ici sur le même lieu, c'est super parce que on a tout euh
119 voilà et en fait quand on discute avec le médecin par exemple à une RCP, euh « il y a un
120 souci chez Madame... » et qu'on remonte à la dame en disant « ben voilà on a u avec le
121 médecin, on va changer » , elle dit « c'est bien je vois que je suis bien prise en charge » parce
122 que le médecin et l'infirmière communiquent et ça c'est bien autant pour les patients c'est
123 bien perçu, pour nous euh les situations ne s'enveniment pas à domicile parce qu'il y a des
124 fois où euh voilà on n'arrive pas à joindre le médecin traitant ou alors euh y a toujours un
125 peu de sou... on n'a pas le temps parce que je veux dire on a aussi des journées qui n'en
126 finissent pas et où c'est pas toujours évident de de... de coordonner justement tout ça euh
127 pour moi la solution c'est le téléphone à l'heure actuelle, on a tous notre téléphone sur nous
128 euh, c'est une application euh voilà j'ai une petite pastille qui s'allume « ah ben c'est
129 l'infirmière qui me dit que la tension chez monsieur machin elle était à 18 ce matin et que
130 euh voilà qu'est-ce que j'en pense »... voilà euh parfois c'est pas de l'urgence, 'fin de toute
131 façon si c'est de l'urgence on arrive à joindre le médecin ou les pompiers ou machin mais y a
132 des fois où c'est voilà c'est une plaie qui nous parle pas et euh on n'a pas envie de déranger
133 le médecin pendant ses consultations donc voilà on prend une photo, on envoie un petit truc
134 et le médecin peut nous répondre dans la journée ou quand il est dispo en disant « voilà euh
135 tu fais ça » ou « alors je la vois demain » euh voilà.

136 **D'accord. Et ça c'est quelque chose qui est plus facile du fait d'être en MSP ?**

137 Moi je pense que oui ça simplifie quand même beaucoup de choses. Ça simplifie, ça évite
138 des va et vient de de... 'fin voilà les autres infirmières de ville elles font le tour des médecins
139 et alors nous ben on en a déjà 2 sur place pour tout ce qui est problème d'ordonnances et
140 choses comme ça donc on court chez les 3 autres médecins de ville on va dire *rires* Et
141 voilà, un moyen de communication interne euh sécurisé nous ferait gagner du temps. Je l'ai

142 dit y a pas longtemps, j'ai dit euh on n'est pas bon... on n'est pas bon parce que je cours
143 après les ordonnances donc je cours par ici mais je cours à l'extérieur, est-ce que y a pas
144 moyen d'avoir un système de communication alors euh sur D. (la ville) et après moi c'est le
145 rôle des CPTS aussi hein c'est euh d'amener ça sur le territoire en fait.

146 **OK donc pour résumer cette coordination en MSP, ça améliore le suivi du patient d'une**
147 **part, les patients sont contents parce qu'ils voient que ça discute et du coup il y a plusieurs**
148 **avis et donc ils sont mieux pris en charge, ça fait gagner du temps parce que ça évite les**
149 **déplacements et choses comme ça, il y a d'autres avantages qui vous viennent à l'esprit ?**

150 *réfléchit* ben d'avoir une salle de réunion pour se réunir déjà parce que pour faire des
151 réunions quand vous êtes chacun dans votre cabinet on la fait où la réunion, là on se pose
152 pas la question le lieu est là. Euh *réfléchit* l'avantage il y en a aussi pour les médecins
153 parce que voilà il y a déjà eu des arrivées catastrophe de patients que le médecin gère et le
154 médecin est plus seul pour gérer, je veux dire si on est là dans les murs et ben on est deux
155 pour gérer et je pense que y a plus de choses qui peuvent se mettre potentiellement en
156 place que si chacun reste dans son coin. Euh ne serait-ce que discuter avec la sage-femme
157 'fin y a pas... parfois les choses commencent simplement autour d'un café, autour de voilà et
158 on va dire « ben t'en va tu fais ça dans ton exercice et moi je fais ça et comment on
159 pourrait faire pour faire ensemble et pour éviter les doublons » parce que y a ça aussi, si
160 tout le monde travaille en individuel dans son coin ben on remplit les dossiers de soins
161 chacun, on... voilà et à la fin... donc c'est pour ça que la MSP vous permet déjà d'avoir une
162 vue globale euh de prise en charge quand vous travaillez avec plusieurs professionnels
163 différents et qu'après ben moi mon rôle de coordinatrice CPTS va me dire ben voilà ce qu'on
164 fait au niveau de la MSP, on peut l'améliorer et on peut l'apporter à tout le monde.

165 **OK, très bien et des inconvénients ?**

166 *réfléchit* le coût *rires* Parce que même si c'est subventionné 'fin je veux dire nous c'est
167 une grosse maison et euh effectivement les charges euh ça a un coût, c'est pas euh... alors le
168 projet est porté par la mairie, les loyers sont bas euh la mairie voulait des loyers
169 particulièrement bas mais oui le coût est quand même euh... et après le problème se pose
170 ben clairement on a des médecins qui nous ont pas suivi en disant euh « aujourd'hui l'ARS
171 finance, dans 10 ans... y aura-t-il autant de financements ? » et si dans 10 ans on n'a plus de
172 financement, je suis pas sûre qu'on puisse continuer donc euh oui, c'est... On va dire que si
173 on démontre qu'on apporte un bienfait à la population y a pas de raison que l'ARS arrête les
174 financements mais euh voilà. Alors après ou on est fragile et on a peur ou on avance et on se
175 dit ben de toute façon y aura bien une solution qui se met en place dans 10 ans si si y a
176 pas de financement. De toute façon, on est dans une politique de santé où on est obligé de
177 prendre un virage, les choses ne sont plus du tout comme il y a 15 ans et euh moi je dis
178 toujours que les solutions que y a eu y a 15 ans ben c'est presque nos problèmes
179 aujourd'hui et c'est l'évolution de la vie, c'est l'évolution du temps, c'est l'évolution des
180 mœurs et je veux dire voilà il faut se remettre sans arrêt en question dans nos pratiques,
181 dans nos modes de fonctionnement pour pouvoir avancer mais ça... on en arrive euh on en
182 arrive voilà on voit bien y a plus d'argent nulle part hein dans l'hôpital dans... il faut penser
183 les soins différemment, il faut penser faut se structurer différemment faut être plus
184 performant.

185 **OK donc ça c'était plutôt par rapport aux financements euh d'autres inconvénients ? Vous**
186 **avez évoqué que ça pouvait prendre du temps...**

187 Oui oui c'est du temps, après euh...

188 **Je sais pas si vous le voyez comme un inconvénient ou euh si au final ça fait gagner du**
189 **temps...**
190 Ben je pense qu'au début on perd beaucoup de temps en réunion et qu'après voilà une fois
191 qu'on a trouvé le mode de fonctionnement optimal on peut être plus... plus optimiste. Mais
192 euh après, c'est aussi « avant gardiste » les maisons de santé 'fin ça fait 10 15 ans les
193 premières et ouais des fois c'est... ouais les collègues c'est un peu compliqué quoi... j'ai un
194 médecin qui m'a déjà dit euh « je sais très bien comment ça se passe dans les maisons de
195 santé... » donc j'ai demandé qu'il me précise et donc je pense que c'est le compérage, je
196 pense que c'est... alors il m'a pas répondu donc là j'extrapole mais je pense que c'est... que
197 ça voulait dire ça alors que non, les patients qui ont le cabinet infirmier... toute façon les
198 gens sont fidèles hin, c'est pas parce qu'on travaille avec Dr P. et Dr R. (les médecins de la
199 MSP) que si ils disent vous allez à ce cabinet euh ils vont venir, c'est pas vrai. Les gens sont
200 fidèles, alors en milieu rural en tout cas. Peut-être qu'en ville les gens se simplifient peut-
201 être plus la vie alors qu'en milieu rural non, les gens peuvent sortir d'ici et appeler leur
202 infirmière 'fin c'est... en tout cas moi j'ai pas l'impression qu'on a récupéré de la clientèle
203 depuis qu'on est là et c'était pas le but et... mais oui dans l'idée de gens je pense que ça
204 peut être un peu vu comme ça, comme quoi on bosse tous ensemble et qu'on se tape sur le
205 ventre le soir parce qu'on a gagné plein d'argent *rires*
206 **Ça se saurait si c'était ça *rires***
207 Ben écoutez je... voilà *rires*
208 **Très bien. Pas d'autres choses à ajouter ?**
209 Non.
210 **OK, alors c'est tout pour moi. Merci.**
211 Merci à vous.

1 **Entretien IDE n°5 :**

2

3 **Alors dans un premier temps, pour les statistiques, est-ce que vous pourriez me donner**
4 **votre âge, la durée depuis laquelle vous êtes installée en MSP et si c'est un exercice plutôt**
5 **rural ou urbain ?**

6 Alors j'ai 43 ans, ça fait 2 ans que je suis en MSP, depuis que ça a ouvert ici et c'est plutôt
7 rural.

8 **OK. Alors ensuite, qu'évoque pour vous le terme de coordination interprofessionnelle au**
9 **sein du MSP ? Si vous deviez définir ce terme selon vous ?**

10 *longue hésitation* Euh... Vous pouvez répéter la question ? *rires*

11 **Si vous deviez donner une définition de la coordination interprofessionnelle ?**

12 De coordination... euh ben la communication euh oui pluridisciplinaire entre les médecins et
13 les autres professionnels de santé euh les infirmiers libéraux, les sages-femmes 'fin chez
14 nous et euh voilà par le biais de réunion, par le biais de l'informatique aussi ... pour le
15 moment on l'utilise pas mais on en parlait de pouvoir utiliser le même logiciel pour aller...
16 pour pouvoir accéder au dossier de soins médical parce que nous on a pas la possibilité dès
17 fois de savoir le diagnostic du patient alors c'est parfois problématique. Voilà... Donc ça c'est
18 pas encore mis en place mais normalement on en parlait de pouvoir avoir accès... ça se serait
19 euh... bon je dévie un petit peu là *rires*

20 **OK donc effectivement pour vous ce serait plus le fait de travailler en équipe et que**
21 **chacun ait accès aux informations pour que se soit plus facile de travailler ensemble ?**

22 Voilà tout à fait.

23 **OK. Du coup, quelle coordination avez-vous mis en œuvre entre médecins et infirmiers au**
24 **sein de votre MSP ? Comment s'organise-t-elle ? Par exemple, avez-vous mis en place des**
25 **protocoles entrant dans le cadre de l'ACI ?**

26 Alors comme la MSP est récente encore, on a eu euh on est en train oui on a mis en place 2
27 protocoles par rapport au diabète et par rapport aux INR voilà mais euh tout n'est pas
28 encore euh fini euh c'est assez nouveau donc c'est encore en cours de travail. Mais moi
29 particulièrement j'ai pas participé aux réunions pour ces choses là mais mes collègues oui...

30 **D'accord. Par ailleurs, connaissez-vous différents types d'exercice infirmier pouvant exister**
31 **au sein d'une MSP ? Par exemple, on a l'activité libérale classique que vous connaissez**
32 **mais y en a-t-il d'autres ?**

33 Bah y a comme R. (infirmier en stage dans la MSP) qui est la nouvelle formation alors je sais
34 plus c'est quoi exactement euh pour seconder le médecin, je sais pas quel terme ça a
35 exactement...

36 **Il fait la formation des infirmiers de pratique avancée, les IPA ?**

37 Oui c'est ça ouais, pratique avancée... et puis euh ma collègue qui fait la CPTS euh c'est aussi
38 tout nouveau euh donc elle fait ça et sinon... *réfléchit* je crois que c'est à peu près tout
39 hin.

40 **SI je vous dis infirmière ASALEE, ça vous dit quelque chose ?**

41 Oui j'ai déjà entendu parler mais euh...

42 **Vous connaissez un peu le principe ou pas ?**

43 Non je sais plus...

44 **Donc les infirmières ASALEE sont (...)**

45 D'accord et donc elles exercent dans les maisons de santé ?

46 **Oui ça peut être dans une ou plusieurs MSP sachant qu'elles peuvent aussi garder une**
47 **activité libérale à côté.**

48 Donc elles font beaucoup d'éducation thérapeutique ?
49 **Oui il y a pas mal d'ETP mais ça peut aussi être, par exemple dans le diabète, le suivi des**
50 **biologies, faire des ECG, surveillance des pieds, etc.**
51 D'accord. Ici avec ma collègue on a fait la formation ESF euh éducation à la santé de la
52 famille, donc on l'a fait il y a 2 ans mais on n'a pas encore vraiment pratiqué.
53 **Oui et elle me disait aussi qu'ici il y a les infirmières du réseau de santé qui s'occupent**
54 **beaucoup de l'ETP je crois ?**
55 Oui oui c'est ça, elles avaient commencé avant donc du coup effectivement c'est plus elles
56 qui gèrent ça chez nous. Parce qu'après c'est vrai qu'on est déjà pas mal occupé par la
57 pratique donc euh... *rires*
58 **Ouais d'accord. Euh un autre type d'exercice qu'on n'a pas évoqué mais qui existe c'est le**
59 **salariat des IDE par la MSP c'est-à-dire qu'elles sont employées de la MSP et elles exercent**
60 **au sein de la MSP, payées par elle. Je sais pas si vous connaissez ?**
61 Non pas du tout. Et du coup elles exercent que dans les locaux ?
62 **Oui alors c'est pas très répandu mais ça existe. Elles font un peu comme vous lors de vos**
63 **permanences à la MSP.**
64 Oui parce que je vois nous on a instauré 2 permanences par semaine et là on va en
65 supprimer une parce que on a pas assez d'activité, bon là aujourd'hui j'en ai eu pas mal mais
66 sinon c'est plutôt rare le jeudi euh... Bon je pense que ça viendra à changer parce que avec le
67 trou de la sécu etc. peut-être que les médecins prescriront peut être un peu plus au cabinet
68 que chez les patients parce que chez les patients parfois on voit euh on va chez des patients
69 qui seraient capables de venir au cabinet quoi donc euh dans la mentalité des gens ça a du
70 mal à changer... ils payent pas donc ils aiment bien dire euh « dites à l'infirmière de passer
71 chez moi » et du coup le médecin met à domicile alors que c'est pas forcément justifié quoi
72 *rires*
73 **Oui ok. Euh du coup parmi les différentes activités qu'on vient d'évoquer, si je reprends**
74 **l'activité de l'infirmière ASALEE, est-ce que c'est quelque chose qui vous semble bien,**
75 **éventuellement que vous envisageriez de faire par la suite ou pas du tout ?**
76 Je pense que ça peut être un plus oui pour les maisons médicales, de là à faire la formation
77 je pense pas personnellement... Pour le moment je me satisfais de mon travail euh à
78 l'extérieur et voilà. En plus avec la formation ETP et ESF, moi ça me suffit *rires* Après euh
79 bon c'est vrai que dans quelques années, on ne sait pas...
80 **D'accord. C'est plus en termes de temps du coup que ...**
81 De temps oui. On a déjà l'activité libérale qui nous prend énormément de temps et puis on a
82 encore des enfants euh qui ont besoin de leur maman encore *rires* donc voilà.
83 **OK et éventuellement être salariée d'une MSP ?**
84 Ça non euh non ça me brancherait pas... Après c'est sûr qu'il y a sûrement moins de charges
85 mais euh... après c'est peut-être parce que j'ai l'habitude de fonctionner comme ça ...
86 **Donc là ce serait plus par rapport au niveau financier ?**
87 Oui par rapport aux finances euh sans doute moins bien rémunérée...
88 **Ça marche et du coup, la troisième chose à laquelle on s'intéresse ici c'est l'activité la plus**
89 **classique donc l'activité libérale donc payée par honoraires avec éventuellement en plus**
90 **des permanences au sein de la MSP. C'est quelque chose qui vous parle plus ?**
91 Oui.
92 **Pourquoi ?**
93 Je pense qu'on suit plus les patients de manière euh... on a plus le temps qu'à la maison où
94 c'est « dai dai » et euh je pense qu'il y a un meilleur suivi du patient avec euh cette forme-là.

95 Après c'est vrai que je connais pas vraiment les autres types d'activités donc c'est assez
96 euh... assez flou quoi.

97 **OK euh pour en revenir aux protocoles dont on a parlé précédemment, quelle organisation**
98 **avez-vous mis en place pour les élaborer ?**

99 Oui il y a des réunions... alors moi je me suis pas trop intéressée au sujet donc c'est difficile
100 de vous répondre mais je sais qu'il y a eu plusieurs réunions et c'est pas fini il y en a encore
101 par exemple pour le diabète il y en a encore.

102 **OK donc c'est les médecins et des infirmiers qui se réunissent et euh**

103 Ils élaborent un protocole en fonction des besoins ou des difficultés euh qu'on rencontre
104 euh sur le terrain quoi... Par exemple par rapport aux INR euh parfois on est en difficulté en
105 samedi euh 'fin en difficulté oui et non parce qu'on a l'habitude, on sait gérer, adapter, mais
106 normalement c'est pas de notre ressort donc si il y avait un protocole on serait couvert, c'est
107 plus ça. Ce qui est bien au niveau de la maison médicale c'est que... on a des réunions
108 régulièrement avec les médecins et ça permet de communiquer alors qu'avant on pouvait
109 pas quoi...Et ça c'est un grand plus quoi. Ça facilite la communication... même pour le
110 patient, là je vois on a un patient qui est venu pour faire son pansement ici, on appelle le
111 médecin qui vienne jeter un coup d'œil, c'est plus simple quoi. Avant on faisait le pansement
112 à domicile, le médecin passait à un autre moment, il rouvrait... alors que là on essaye
113 justement de... ça facilite la tâche de tout le monde.

114 **OK. Du coup, depuis votre installation en MSP, des réunions dédiées à la coordination ont-**
115 **elles été mises en place ? Donc ça on y a répondu déjà euh à quel rythme ?**

116 Alors euh 1 fois tous les 2 mois à peu près.

117 **OK, y avez-vous participé ?**

118 Oui.

119 **OK et euh avez-vous déjà évoqué leur financement ? Puisqu'on sait que maintenant le**
120 **temps de coordination peut être rémunéré, c'est quelque chose qui est mis en place ?**

121 Oui des ACI. C'est mis en place.

122 **Et vous savez comment ça se passe ?**

123 Alors euh je sais plus combien par réunion, je me suis pas vraiment intéressée mais je sais
124 que j'ai déjà eu plusieurs chèques *rires* Mais j'ai jamais regardé exactement le tarif.

125 **Et tout le monde est rémunéré au même tarif justement ?**

126 Voilà, je ne crois pas qu'il y ait de différence *rires*

127 **Et c'est réparti comment ?**

128 Au temps de présence en réunion, on émarge une feuille et voilà en fonction du nombre de
129 réunions qu'on a fait... Et puis souvent on mange en même temps comme ça, on perd pas de
130 temps quoi.

131 **Et c'est un système qui vous convient ?**

132 Oui oui ben oui.

133 **D'accord. Il y a des choses que vous aimeriez modifier par rapport à ça ?**

134 *réfléchit* non pour le moment euh je trouve que c'est bien comme ça.

135 **OK. Alors après avoir expérimenté ce genre de coordination entre médecins et infirmiers,**
136 **quels en sont pour vous les avantages et les inconvénients ?**

137 Euh donc en avantage euh ben le meilleur suivi du patient ça c'est sûr et puis du coup bah si
138 on a une difficulté bah c'est sûr que... bon après on a des réunions mais je veux dire ça nous
139 empêche pas de... si on a un souci, de communiquer avec le médecin...

140 **Et ça c'est plus facile du fait d'être en MSP ?**

141 Oh oui beaucoup plus facile. Et les inconvénients ben j'en vois pas trop en fait... Ca prend un
142 peu de temps mais vu qu'on le fait pendant les repas finalement c'est pas si gênant que ça
143 quoi.... Euh *réfléchit* après ça peut être plus compliqué dans certains sens euh parce que
144 quand on est tout seul pour soi on peut tout gérer tout seul comme on veut, là euh il y a
145 toujours des intermédiaires... faut s'adapter quoi... Mais après j'y vois quand même plus
146 d'avantages que d'inconvénients. C'est sûr qu'au niveau de l'entente c'est plus compliqué
147 quand on est nombreux... nous on est habitué depuis plusieurs années à travailler en équipe
148 donc là c'est vrai que quand on est arrivé ici, on se rendait bien compte qu'il y en avait qui
149 étaient très « personnels » donc il y avait un travail à faire quoi... mais nous on est habitué.
150 Je dirai aussi les inconvénients, c'est au niveau des frais qu'on a quoi, c'est des frais plus
151 importants qu'avant... On s'y retrouve quand même parce qu'on tourne bien mais c'est vrai
152 que quelqu'un qui a moins d'activité ça peut être compliqué... Par exemple, la sage-femme
153 elle financièrement elle galère un petit peu... Il y a des charges qui sont assez élevées quand
154 même quoi avec euh le secrétariat tout ça, parce que nous on a notre secrétaire plus le
155 secrétariat commun donc forcément il y a des charges en plus...

156 **OK. Et d'autres avantages ?**

157 Euh ben le fait que le patient puisse trouver sur place plusieurs professionnels de santé, ça
158 les gens nous disent que c'est agréable. Le lieu d'exercice euh dans des nouveaux locaux euh
159 c'est bien... Après euh avec les autres infirmières libérales ça a été au début un peu
160 compliqué mais maintenant ça va... et puis elles ont eu l'opportunité de venir ici aussi mais
161 elles ont pas voulu donc voilà ça va quoi... Parce qu'elles pouvaient penser qu'on allait faire
162 du détournement de patients alors que nous euh je pense pas que ça nous ait apporté
163 grand-chose au niveau de la patientèle, on a pas augmenté notre chiffre. Là parfois je vois au
164 laboratoire, les gens sont pas toujours satisfaits de la situation au laboratoire mais nous ne
165 pouvant pas faire de publicité euh... on ne peut pas leur dire qu'on fait les prises de sang au
166 cabinet donc voilà.

167 **Et justement quand vous êtes de permanence à la MSP, vous faites quoi exactement
168 comme activités ?**

169 On fait pas mal de pansements, des saignées... ouais on a pas mal de saignées ces derniers
170 temps euh on a de tout, des injections... de tout de tout.

171 **OK et les prises de sang, y en a beaucoup ou ça reste assez rare ?**

172 Non c'est assez rare, les gens vont surtout au labo ou c'est à domicile mais ça c'est peut-être
173 quelque chose que pourront apporter les jeunes médecins *rires* parce qu'actuellement il y
174 a beaucoup tendance à prescrire à domicile même quand les patients pourraient se
175 déplacer... Il faudra changer ça dans la mentalité des gens parce que le coût pour la société
176 est moins onéreux qu'à domicile.

177 **D'autres choses ?**

178 Ah pour en revenir aux inconvénients, je pense qu'il ne faut pas vouloir être trop grand...
179 euh par rapport au coût parce que euh ici par exemple euh bon le projet a été porté par la
180 mairie qui a prévu un certain nombre de cellules de bureau avec des loyers assez bas mais
181 euh finalement euh elles n'ont pas toutes été prises alors euh aussi parce qu'il a pu y avoir
182 des mésententes au départ et donc certains ont décidé de ne pas s'installer notamment 2
183 dentistes qui devaient occuper chacun 120m2 et euh du coup les charges se répercutent sur
184 nous qui devons payer pour des locaux vides quoi... Donc ça c'est à prendre en compte aussi.

185 **Oui c'est sûr...**

186 Donc voilà.

187 **Ok d'autres choses qui vous viennent à l'esprit ?**

188 Non je crois qu'on a fait le tour.
189 **OK, alors c'est tout bon, merci.**
190 Merci à vous.
191

1 **Entretien IDE 6 (par visioconférence en raison du covid)**

2
3 **Alors dans un premier temps, est-ce que vous pourriez vous présenter, en me**
4 **donnant votre âge et votre lieu d'exercice, s'il est plutôt rural ou urbain, et depuis**
5 **quand vous exercez ?**

6 Alors euh je suis infirmière libérale à V. (nom de ville), un secteur semi-rural, je vais avoir 60
7 ans et euh je suis infirmière libérale au départ et là dans mon activité je suis infirmière
8 libérale toujours et je suis à mi-temps ASALEE. Alors on est pas encore en maison de santé,
9 c'est un projet, parce que c'est 4 jeunes médecins qui ont repris euh un cabinet médical suite
10 au départ à la retraite des anciens et qui avaient déjà travaillé avec des infirmières ASALEE
11 euh lors de leurs remplacements et c'est eux qui ont eu la demande. Moi je me suis formée à
12 ASALEE euh l'année dernière, je commençais à avoir une activité ASALEE euh qui
13 commençait à être euh avec une diversité de patients assez intéressante et... il y a eu le
14 confinement.. *grimace et rires*

15 **Oui c'est venu perturber plein de choses...**

16 Oui donc là on est dans ce projet, avec cette équipe médicale, de construction d'une MSP et
17 euh c'est pareil euh avec cette crise sanitaire assez exceptionnelle euh voilà... Et avec cette
18 équipe médicale, ils m'incluent bien dans le projet et ils vont vraiment me prévoir un lieu pour
19 assurer les consultations tout ça.

20 **OK. Alors du coup, pour entrer un peu plus dans le vif du sujet, est-ce que vous**
21 **pourriez me dire ce qu'évoque pour vous le terme de "coordination**
22 **interprofessionnelle" au sein d'une MSP ? Si vous deviez en donner votre définition**
23 **selon vos propres termes ?**

24 Et ben euh le terme de coordination c'est un vrai échange avec tous les professionnels de
25 santé de la MSP, que ce soit les médecins, si y a une psychologue associée euh et tous les
26 professionnels de santé... un vrai échange. Un vrai échange et un vrai temps d'échange.

27 **D'accord, très bien. Alors pour vous c'est vraiment au tout début si j'ai bien compris**
28 **mais quelle coordination avez-vous mis en place au sein de votre MSP entre médecins**
29 **et infirmiers, ou que vous pensez mettre en place peut-être...**

30 Ben là ce qu'on a fait surtout, on a créé une équipe de soins primaires, ça c'est hyper
31 important, donc ça on l'a créée l'année dernière, elle a été validée en fin d'année par l'ARS
32 et euh le fait d'avoir l'ESP, on a déjà mis une vraie coordination avec tous les professionnels
33 de santé. Ce qui fait que depuis 1 an, on a même un groupe WhatsApp qu'on a mis en place
34 donc on a une vraie communication avec tous les professionnels de santé. On essaie de se
35 voir tous au moins tous les trimestres et avec les médecins et les infirmiers et les kinés du
36 secteur, on fait des réunions de ce qu'on appelle de "cas complexes" au moins toutes les 6
37 semaines. Donc avant on le faisait en présentiel, on prenait un temps d'échange souvent au
38 moment du repas, c'était ce qu'il y avait de plus facile pour tout le monde, et on prenait ces
39 moments là. Donc ça on l'a mis en place euh ça va faire euh presque une année ça.

40 **D'accord et est-ce que vous avez déjà mis en place ou en tout cas évoqué, des**
41 **protocoles de soins qui entrent dans le cadre de l'ACI ?**

42 Des ACI ben on voulait le faire et puis ben voilà... Bon vous connaissez le Docteur G. qui fait
43 partie de la CPTS, ben je fais partie de la CPTS avec eux donc les ACI de la CPTS ont été
44 signés il y a 15 jours, donc après ça va partir voilà. Donc nous là dans le cadre de la crise
45 sanitaire, on a travaillé sur énormément de protocoles de coordination et de prise en charge
46 par rapport aux patients et de communication pour les soignants, pour qu'on ait le même
47 discours, qu'on fasse la même chose avec les patients et comment on allait prendre en
48 charge les patients chroniques.

49 **D'accord donc plutôt actuellement dans le cadre du covid19 ?**

50 Ouais ouais, après on avait un projet ben comme on était sur un projet euh de protocoles du
51 syndrome de fragilité chez les personnes âgées donc ça c'était quelque chose qu'on allait
52 mettre en place, on a fait après les protocoles basiques hein que ce soit les AVK, le suivi des
53 diabétiques euh des protocoles de gestion de l'insuline etc. on a travaillé déjà sur ça.

54 **Très bien. Sinon euh, connaissez-vous différents types d'exercice infirmier pouvant**
55 **exister au sein d'une MSP ? En théorie j'imagine que vous en connaissez déjà deux du**
56 **coup *rires***

57 Oui *rires* l'infirmière ASALEE et l'infirmière libérale qui peut participer dans la MSP, les
58 équipes de soins primaires ça fait aussi partie voilà...

59 **D'accord, euh est-ce que vous avez déjà entendu parler du salariat des infirmiers par**
60 **la MSP directement ?**

61 Ouais par les SISA, par le financement des SISA mais euh voilà... pas trop.

62 **D'accord. D'autres modalités d'exercice qui vous viendraient à l'esprit éventuellement**
63 **?**

64 Ben l'association, nous là on a fait une association hein pour un local donc on a un
65 financement FIR de l'ARS parce qu'on est une équipe de soins primaires et après on
66 fonction des projets qu'on peut monter, on peut aussi avoir euh parce qu'on avait aussi un
67 projet pour monter un groupe d'éducation thérapeutique et on aurait pu être aussi euh... une
68 fois qu'on aura fait valider notre projet par l'ARS euh avoir un fond FIR pour ce projet là.

69 **OK. Alors ici on s'est surtout penché sur 3 types d'exercice donc euh, bon j'ai déjà en**
70 **partie les réponses mais utilisez-vous ou envisagez-vous d'utiliser l'un des dispositifs**
71 **suivants : l'infirmière libérale classique avec le système des honoraires ? Donc ça**
72 **vous l'utilisez en partie au moins.**

73 Ouais.

74 **Et donc pourquoi vous avez choisi ce modèle d'exercice ?**

75 Bah moi j'ai gardé ce type d'exercice parce que euh je savais pas trop où j'allais d'accord ?
76 Donc pour ASALEE j'ai aussi un statut libéral donc euh je suis pas salariée ASALEE parce
77 que je savais pas comment allait démarrer euh mon activité et qu'à l'heure actuelle j'ai
78 encore des postes de charges qui sont quand même assez conséquents et voilà j'avais joué
79 une année de sécurité en disant à l'équipe médicale "mon objectif pour la fin de l'année ce
80 serait d'être infirmière ASALEE si possible au moins à 80% et salariée ASALEE". Bon ben là
81 avec tout ce qui arrive, ça a pris du retard mais c'était l'objectif et l'équipe médicale était tout
82 à fait d'accord.

83 **D'accord et justement l'exercice ASALEE, comment vous y êtes euh comment vous**
84 **êtes venue là-dessus ?**

85 Eh ben c'est à dire euh j'ai fait une formation... J'ai un master en santé publique, j'ai fait de
86 l'éducation thérapeutique et en tant que libérale j'ai pas de possibilité de faire de l'éducation
87 thérapeutique car... bon je... je pourrais faire des choses mais dans ma nomenclature c'est
88 pas reconnu, c'est rien du tout et c'est très compliqué pour la ville de rentrer dans les
89 réseaux pour faire de l'ETP à partir du moment où on est libérale parce que c'est toujours la
90 même chose, ce côté financier... pas assez de budget pour rémunérer... dans les hôpitaux
91 ils prennent pas du tout les libéraux pour l'ETP... donc y avait ça, j'avais déjà entendu un
92 peu parler d'ASALEE, c'est quelque chose qui m'intéressait, y a eu sur la région un
93 déploiement assez important d'ASALEE parce que y a eu un soutien de l'ARS par rapport au
94 projet ASALEE sur la grande région et c'était une demande des médecins alors au moment
95 où ils en ont parlé j'ai dit "attendez, avant de recruter une infirmière ASALEE extérieure, je
96 vais me renseigner sur le projet et si c'est quelque chose qui m'intéresse et dans laquelle je
97 peux me retrouver et qui vous intéresse aussi ben je suis partante" donc je me suis formée
98 au mois de septembre l'année dernière.

99 **D'accord donc c'était plus une attirance déjà pour tout ce qui est ETP et en plus il y**
100 **avait effectivement les médecins qui étaient en demande...**

101 Ya un vrai besoin, c'est à dire que là avec l'équipe médicale qui vient d'arriver euh voilà. Là
102 je suis sur la fin de ma carrière et j'arrive à faire ce que j'aurais voulu faire il y a 20 ans
103 *rires* Mais ça a été formidable parce que je veux dire, j'ai travaillé sur ce territoire depuis 33
104 ans et on a réussi à faire parler des gens qui sont sur le territoire depuis aussi longtemps
105 que moi et qui ne se parlaient pas donc euh c'est formidable. Y a une vraie coordination qui
106 s'est mis sur le territoire avant le covid... le covid a renversé des choses mais avant, y a une
107 vraie coordination qui s'est mise en place. Ca c'est quelque chose de super et vraiment pour
108 travailler c'est super.

109 **OK et du coup la 3e chose qu'on évoquait c'est être salariée directement par la MSP,**
110 **ça c'est quelque chose que vous aviez envisagé ? Si oui ou non pourquoi ?**
111 Euh c'est pas quelque chose que j'avais envisagé mais c'est pas quelque chose sur laquelle
112 je suis opposée. C'est pas un principe qui me dérangerait.
113 **OK parce qu'il y a quand même des craintes par rapport à ça ou pas ?**
114 Moi personnellement, où j'en suis de ma carrière, non. Après je peux comprendre que
115 quelqu'un de peut-être plus jeune... peut être euh... peut être plus une incertitude parce que
116 c'est pas... c'est pas dans les modes de fonctionnement encore euh très reconnus mais
117 c'est pas quelque chose qui me dérangerait.
118 **D'accord très bien. Alors du coup on a évoqué tout à l'heure les protocoles que vous**
119 **avez mis en place, euh quelle organisation avez-vous mis en place pour les élaborer ?**
120 Alors euh quand on veut travailler sur un protocole euh ben on essaie de faire une réunion
121 de tous les professionnels de santé qui sont intéressés par le thème, après on en discute
122 ensemble, ensuite on essaie de faire un référent par profession sur le thème, on travaille
123 ensemble, une fois que le projet est monté, il est présenté à la... au bureau de l'ESP et puis
124 on valide après tous ensemble le protocole. C'est ce qu'on a fait. Dans le cadre de l'ESP, on
125 fait une réunion de bureau au moins tous les mois, là on fait en visio à chaque fois, mais on
126 travaille toujours tous ensemble.
127 **D'accord et le thème des protocoles est choisi comment ? C'est fonction des**
128 **difficultés rencontrées sur le terrain ou comment ?**
129 Ben les thèmes principaux avait été définis quand on avait monté le projet de l'ESP donc on
130 était parti ben sur les syndromes de fragilité, sur choisir un outil euh de messagerie
131 sécurisée parce que tout le monde n'en avait pas donc on avait cette réflexion là, on est parti
132 aussi sur euh l'élaboration d'un projet de dossier parce qu'on est tous informatisé, on a tous
133 un dossier mais euh il n'y a pas d'interface avec ces dossiers là donc on allait encore avoir
134 un projet de dossier papier qu'on allait laisser chez les patients et comment on pourrait
135 choisir une interface pour euh pour pouvoir communiquer avec le logiciel métier ou les
136 différents outils de communication qu'on avait ensemble.
137 **OK euh donc ça pareil, on y a déjà répondu en partie, depuis votre installation en MSP**
138 **(même si c'est en cours), des réunions dédiées à la coordination ont-elles été mises**
139 **en place ? A quel rythme et y avez-vous participé ?**
140 Alors on fait médecins-infirmières et éventuellement médecins-kinés ou les autres
141 professionnels euh nous médecins-infirmiers on en fait toutes les 6 semaines.
142 **D'accord et est-ce que vous avez déjà évoqué le niveau de financement de ces**
143 **réunions puisqu'on sait qu'on peut maintenant être rémunéré pour le temps de**
144 **coordination, est-ce que vous avez déjà réfléchi à ça ou même mis en place ce**
145 **système ?**
146 Ouais alors c'est quelque chose qu'on a discuté, c'est quelque chose qu'on a validé en... en
147 assemblée générale... donc nous on se sert du fond FIR que nous a alloué l'ARS pour notre
148 première année de fonctionnement et on se sert de ces fonds là pour se rémunérer. Après
149 on avait aussi des projets dans le cadre de l'ESP, de faire de la prévention grand public, on
150 avait ciblé 2 grands thèmes qu'on voulait faire, c'était une soirée sur les écrans et une soirée
151 au moment de la vaccination et d'octobre rose et on avait aussi au sein de cette MSP... qui
152 est une ESP pour le moment.. on avait aussi le projet de formation interprofessionnelle, c'est
153 à dire que entre nous si on a une thématique qui nous interpelle, on échange entre nous et
154 puis on essaye, soit c'est un médecin qui va nous former, soit c'est un intervenant extérieur
155 qui viendra aussi nous faire de la formation.
156 **Et pour revenir au financement de ces réunions, ça se passe comment exactement ? Y**
157 **a pas de distinctions entre les professions...**
158 Non c'est équitable quel que soit le professionnel de santé, c'est à dire euh quand on fait une
159 réunion de cas complexe, on est parti sur la même... sur les mêmes chiffres que la CPTS
160 hein donc on fait... c'est 75 euros de l'heure euh par professionnel de santé. Quand on
161 travaille sur un protocole c'est 100 euros pour la personne euh 100 euros pour le groupe qui
162 a partagé sur le protocole voilà... souvent c'est le bureau qui a fait par contre les réunions de
163 bureaux qui sont faites, on a dit que c'était bénévole, on a pas indemnisé nos réunions de

164 bureaux pour pas qu'il y ait voilà... l'impression que... voilà... c'était plus certains que
165 d'autres euh voilà pour que ce soit clair euh donc nos bureaux ne sont pas indemnisés, le
166 protocole l'est et on avait mis euh par exemple si les kinés vont travailler sur un projet, une
167 formation qu'ils vont présenter, ils ont une enveloppe globale pour ce projet là et ils se le
168 dispatchent entre eux en fonction de leur temps de travail ou voilà mais il y a un budget
169 global par projet. On avait présenté ça comme ça.

170 **Et ça c'est un système qui vous convient ?**

171 Bah on est au début donc pour le moment oui, après on verra en fin d'année quand on va
172 faire les bilans puisque finalement c'est notre première année de fonctionnement...

173 **D'accord mais en tout cas oui mais c'est plutôt quelque chose qui vous semble bien
174 de pouvoir être rémunéré pour la coordination ?**

175 Ben je pense qu'au début si on voulait motiver les gens, même si c'est des sommes qui sont
176 attribuées qui sont souvent pas colossales, mais si on veut au moins un petit peu que les
177 gens participent, il faut qu'il y ait au moins un peu un retour parce qu'autrement on va faire
178 des réunions, des réunions, souvent on les fait en soirée parce que c'est le moment où on
179 est le plus disponible et à un moment les gens euh... voilà vont peut être un peu se lasser et
180 se dire euh voilà... et c'est surtout quand on prend des réunions cas complexes, parce que
181 nous sur le secteur on a eu quand même 2 cas qui nous ont quand même posé de gros
182 problèmes, où on a été obligé même de retourner au domicile des patients, de se prendre du
183 temps et bousculer notre organisation et tout et ça c'est pareil, on avait décidé en AG que
184 quand on avait des réunions comme ça, les professionnels de santé qui mettaient de leur
185 temps étaient indemnisés.

186 **Alors du coup, même si l'expérience est encore toute récente, après avoir
187 expérimenté ce genre de coordination entre médecins et infirmiers, quels en sont pour
188 vous les avantages et les inconvénients, si vous en voyez ?**

189 Ben moi je ne vois que des avantages parce que du coup y a une meilleure euh...; y a une
190 meilleure prise en charge du patient parce que ya un vrai échange d'informations. Euh en
191 plus le fait que je suis infirmière ASALEE, ça m'a permis un accès à leur logiciel métier que
192 j'ai pas si je suis libérale donc euh ils ont un logiciel métier qui est Weda, je sais pas si vous
193 connaissez, donc c'est accessible de n'importe où donc je peux facilement leur mettre des
194 messages qu'ils vont avoir rapidement donc ça c'est hyper important. Ca me permet moi
195 aussi de retrouver de l'information pour les patients sans être obligée de les déranger, j'ai les
196 antécédents du patients, les prescriptions et tout donc ça c'est franchement très très
197 important pour la coordination et puis ça donne euh..... voilà ça fait gagner du temps dans
198 les prises en charge, ça fait gagner du temps et puis c'est interpro donc tous les
199 professionnels de santé on a des informations communes sur les patients, ce que j'ai pas eu
200 pendant très très longtemps avant hin.

201 **D'accord et donc les inconvénients y a rien qui vous vient à l'esprit ?**

202 Non les inconvénients c'est euh ben y a quand même certains freins c'est à dire que bon
203 c'est sûr que la MSP c'est que certains professionnels de santé, l'ESP on aurait bien aimé
204 faire adhérer tous les professionnels de santé du territoire et y en a certains qui ont pas
205 voulu voilà, peut être que dans le temps y viendront mais là ils étaient aux premières
206 réunions puis ils se sont retirés du projet...

207 **OK et dans d'autres entretiens que j'ai effectués, alors la plupart ne retenait
208 effectivement surtout que des avantages mais un des inconvénients qui pouvait
209 ressortir c'était le temps, que ça prend du temps de devoir se réunir etc.**

210 Ben je pense que... au départ on a peut-être l'impression qu'on perd du temps parce que
211 c'est le début donc c'est vrai qu'au début nous on a fait beaucoup de réunions pour mettre
212 en place, pour faire venir tout le monde, faire adhérer, on peut avoir l'impression que ça fait
213 perdre du temps mais le fait d'avoir organiser cette façon de travailler, quand on a une prise
214 en charge au niveau d'un patient, chez le patient ça va nous faire gagner énormément de
215 temps, parce que tout le monde aura l'information, et déjà chez le patiente on... le langage
216 est plus identique je dirais, voilà on a tous à peu près les mêmes codes de langage, le
217 patient se retrouve avec la même information, il est... il est moins perdu et puis les patients
218 savent qu'on travaille comme ça donc aussi ça les rassure parce que l'équipe médicale a

219 changé hin, les anciens passaient tous les mois, là ils les voient tous les 3 mois , à un
220 moment pour les patients ça a été un peu déstabilisant mais comme ils savent que nous on
221 est en lien avec les médecins facilement, que il y a de l'échange et qu'y a du transfert
222 d'informations, les patients ils ont... tout au début ils ont peut-être perdu une petite confiance
223 je dirais ouais quand même un peu perdu mais là maintenant il y a une belle stabilité.

224 **Ca les rassure de savoir qu'il y a des échanges réguliers entre les médecins et les**
225 **infirmiers.**

226 Voilà ouais ouais.

227

228 **OK très bien euh alors j'en profite juste parce que je n'ai pas encore eu d'infirmière**
229 **ASALEE donc pour préciser certaines choses. Comment ça se passe pour coter**
230 **certaines actes par exemple si vous faites un ECG ou quoi...**

231 Alors l'infirmière ASALEE euh ce que va faire l'infirmière ASALEE est prise en charge par
232 ASALEE, c'est ASALEE qui la paye donc soit elle est salariée ASALEE soit elle est comme
233 moi, moi je suis ASALEE libérale et j'ai un paiement à l'heure, en fonction du nombre
234 d'heures que je vais faire dans le mois, ils vont me régler et comme je suis libérale je paye
235 mes charges dessus après. Les actes que je vais faire c'est des actes dérogatoires, je ne
236 facture rien en plus, après c'est au niveau de l'équipe médicale à savoir si ils se refacturent
237 eux et si c'est moi qui l'ai fait mais ça j'ai pas abordé le problème. Ils font comme ils
238 sentent...

239 **Du coup vous savez pas comment ça se passe si par exemple le médecin vous**
240 **demande de faire un ECG à tel patient, vous savez pas si ils le facturent derrière ?**

241 Non mais moi ça s'est pas présenté parce que déjà j'ai une activité ASALEE un peu
242 particulière parce que normalement l'infirmière ASALEE elle est au sein du cabinet médical
243 et moi ils avaient pas de local à me laisser à disposition parce qu'ils ont déjà juste eux pour
244 leur mode de fonctionnement du coup moi je fais mes consultations ASALEE dans mon
245 cabinet infirmier qui est à peu près à 500m du cabinet médical. Donc euh comme l'ECG
246 fallait qu'il soit interprété tout de suite et toutes les choses comme ça pour le moment... et
247 puis ils en avaient pas le besoin donc les ECG et la spirométrie ils l'ont toujours gardé et moi
248 comme je démarrais mon activité, je voulais vraiment être que sur de l'entretien et de
249 l'éducation thérapeutique et pas pour les actes dérogatoires.

250 **D'accord et est-ce que vous savez pourquoi, chez vous en tout cas, les médecins**
251 **avaient justement été très intéressés par euh une infirmière ASALEE ?**

252 Alors il y a des médecins qui voient l'infirmière ASALEE comme un assistant médical
253 d'accord donc c'est pas ça du tout, c'est à dire que euh moi les médecins ils ont leurs
254 consultations mais ils peuvent pas consacrer une heure à la consultation donc un patient
255 qu'ils vont voir et qui a un diagnostic par exemple de diabète qui a été mis en place, si le
256 patient il a pas bien compris si il a besoin d'un soutien, moi je vais le recevoir, je vais lui
257 expliquer le diagnostic, je vais lui expliquer les mesures hygiéno-diététiques, on va travailler
258 sur l'alimentation, je vais essayer de les sensibiliser à l'éducation... à l'activité physique et
259 tout ça que le médecin n'aura pas le temps de faire en 1 heure de temps ni de revoir le
260 patient de façon régulière. Alors que moi quand ils m'envoient le patient en consultation
261 ASALEE, le patient je peux le garder 2h en consultation si il a besoin et il revient me voir
262 comme il a envie, si il veut me revoir au bout de 8 jours il vient, si il veut me revoir que dans
263 2 mois, il revient que dans 2 mois, il a la totale liberté. Voilà, c'est ça l'avantage. Et c'est sur
264 les thématiques, au départ ASALEE c'est 5 thématiques, et voilà. Je pense que chez les
265 médecins, c'est peut-être l'information qui est mal donnée, on n'est pas un assistant médical,
266 je suis pas là pour prendre la tension, le poids et tout ça je suis là pour vraiment écouter le
267 patient et c'est de l'éducation thérapeutique c'est vraiment la définition de l'ETP c'est à dire
268 on va là où le patient veut aller, à son rythme et comme il veut lui et avec son écoute à lui. Et
269 les patients qui viennent en consultation ASALEE c'est vraiment ce qu'ils disent, c'est "mais
270 là on a le temps au moins".

271 **OK. Et sinon, lorsque vous avez monté cette ESP, est-ce que vous avez ressenti des**
272 **tensions par exemple avec les autres cabinets infirmiers qui pouvaient avoir des**
273 **craintes que vous leur preniez leurs patients ou quoi ?**

274 Ben c'est toujours la même chose, il y a toujours une crainte de de... de captation d'une
275 patientèle, ça c'est toujours quelque chose qui reste euh que ce soit chez les infirmières ou
276 chez les médecins hin ça reste toujours un peu... Donc ça c'est un peu difficile, on a
277 communiqué sur ça euh dans le cadre de la fonction ASALEE euh c'est pareil j'ai appelé
278 tous les autres cabinets infirmiers libéraux qui sont autour parce que j'ai quand même
279 toujours gardé une activité libérale pour leur dire "vous allez peut être savoir qu'un de vos
280 patients va venir me voir en consultation ASALEE, c'est de la consultation, je ne fais
281 absolument aucun soin dans ce cadre de prise en charge", même quand les gens sont
282 venus avec leur vaccin de la grippe au moment de la vaccination, je ne vaccinai pas parce
283 que c'est pas dans ma mission ASALEE et euh je préviens le cabinet infirmier pour leur dire
284 "bon ben voilà je vais voir un de vos patients en consultation ASALEE, si vous voulez un
285 compte rendu, si vous voulez de l'information, je suis tout à fait prête à le faire" et là ça a été
286 tout bien euh dans la constitution de l'ESP et ben y a deux médecins qui sont pas restés
287 dans le projet et je pense que c'était dans cette crainte là, de peur de captation de patientèle
288 par rapport à la nouvelle équipe médicale qui travaille avec un logiciel commun, qui qui
289 même si ils sont pas tous sur le même lieu géographique, partagent beaucoup de choses
290 voilà. Mais ça je pense que c'est générationnel. Et ASALEE c'est une association qui euh au
291 niveau infirmière est vraiment euh nous laisse une grande liberté, on a une grande
292 reconnaissance et vraiment une euh ils nous proposent de la formation aussi, du soutien et
293 puis qui permet vraiment de faire des choses très très intéressantes avec les patients, parce
294 qu'on a du temps. Et on a pas une pression d'objectifs ni de résultats, on commence au
295 rythme que... ils nous laissent du temps.

296 **OK et donc là vous vous n'êtes pas salariée par ASALEE mais rémunérée en fonction**
297 **de vos heures ?**

298 Voilà c'est ça, je consacre deux jours de ma semaine à ASALEE et ils me rémunèrent en
299 fonction du taux horaire, ils ont une grille en fonction des salaires, de l'ancienneté etc. et ils
300 sont très généreux *rires* c'est un fait hin ils sont franchement très généreux, je sais pas où
301 ils vont chercher les fonds, bon ils ont des fonds CPAM et des fonds de l'ARS, ça je le sais
302 euh là ils sont en train de renégocier dans la crise covid aussi ça je sais mais c'est vrai.

303 **Oui ça je ne sais pas si c'est bien connu au niveau infirmier parce que moi j'ai surtout**
304 **eu des retours de certaines craintes au niveau de rémunération...**

305 Y a une crainte, y a une crainte de rémunération et euh l'infirmière ASALEE quand elle vient
306 s'installer sur un secteur, euh les libéraux qui sont autour ont toujours une grande crainte
307 donc elles ont des fois des difficultés euh d'implantation et de travail en collaboration avec
308 d'autres infirmiers parce que justement l'infirmier libéral va avoir peur d'une captation de
309 patientèle, ce qui est pas du tout le cas avec l'infirmière ASALEE, pas du tout.

310 **OK, ben je pense qu'on a fait le tour pour moi donc merci pour vos réponses.**

311 Très bien, merci à vous et bon courage.

VU

NANCY, le **15 septembre 2020**
Le Président de Thèse

NANCY, le **15 septembre 2020**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11390C**

NANCY, le **22 septembre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Face au problème de l'accès aux soins et avec l'appui des politiques de santé, l'exercice en groupe devient la norme avec le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Ces regroupements de professionnels de santé ont pour objectifs, entre autres, de favoriser l'émergence ou le renforcement d'un exercice coordonné, dans le but d'améliorer la prise en charge globale des patients. L'objectif principal de cette étude est de recueillir le ressenti des médecins généralistes (MG) et des infirmières (IDE) exerçant en MSP concernant la coordination interprofessionnelle et d'identifier ses leviers et ses freins. L'objectif secondaire consiste à effectuer la synthèse des différents modes de coordination possibles entre ces deux corps de métier.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de MG et d'IDE exerçant en MSP. Les entretiens ont été analysés après double codage jusqu'à saturation des données.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés (5 MG et 6 IDE). Ils expriment le caractère nouveau de l'exercice coordonné mais soulignent les notions d'échanges, d'équipe et de pluridisciplinarité. Les principaux leviers retrouvés sont l'amélioration du suivi global du patient grâce à une communication interprofessionnelle facilitée et à des outils communs ainsi qu'une place importante pour la prévention. Le principal frein est l'aspect chronophage de l'exercice coordonné lors de sa mise en place. Parmi les différents modes d'exercice infirmier possibles, l'exercice libéral avec permanences de soins et celui de l'exercice ASALEE représentent les modèles plébiscités par les professionnels interrogés tant pour le côté organisationnel que pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Conclusion : L'exercice coordonné améliore la prise en charge globale des patients grâce à une communication facilitée et un travail en équipe. L'exercice infirmier libéral avec permanences de soins et l'exercice ASALEE sont les plus avantageux au sein des MSP.

TITRE EN ANGLAIS : Collaborative practice in healthcare centers : a study focused on general practitioners and district nurses.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2020

MOTS CLÉS : exercice coordonné, médecine générale, maison de santé pluriprofessionnelle, infirmière

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Face au problème de l'accès aux soins et avec l'appui des politiques de santé, l'exercice en groupe devient la norme avec le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Ces regroupements de professionnels de santé ont pour objectifs, entre autres, de favoriser l'émergence ou le renforcement d'un exercice coordonné, dans le but d'améliorer la prise en charge globale des patients. L'objectif principal de cette étude est de recueillir le ressenti des médecins généralistes (MG) et des infirmières (IDE) exerçant en MSP concernant la coordination interprofessionnelle et d'identifier ses leviers et ses freins. L'objectif secondaire consiste à effectuer la synthèse des différents modes de coordination possibles entre ces deux corps de métier.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de MG et d'IDE exerçant en MSP. Les entretiens ont été analysés après double codage jusqu'à saturation des données.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés (5 MG et 6 IDE). Ils expriment le caractère nouveau de l'exercice coordonné mais soulignent les notions d'échanges, d'équipe et de pluridisciplinarité. Les principaux leviers retrouvés sont l'amélioration du suivi global du patient grâce à une communication interprofessionnelle facilitée et à des outils communs ainsi qu'une place importante pour la prévention. Le principal frein est l'aspect chronophage de l'exercice coordonné lors de sa mise en place. Parmi les différents modes d'exercice infirmier possibles, l'exercice libéral avec permanences de soins et celui de l'exercice ASALEE représentent les modèles plébiscités par les professionnels interrogés tant pour le côté organisationnel que pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Conclusion : L'exercice coordonné améliore la prise en charge globale des patients grâce à une communication facilitée et un travail en équipe. L'exercice infirmier libéral avec permanences de soins et l'exercice ASALEE sont les plus avantageux au sein des MSP.

TITRE EN ANGLAIS : Collaborative practice in healthcare centers : a study focused on general practitioners and district nurses.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2020

MOTS CLÉS : exercice coordonné, médecine générale, maison de santé pluriprofessionnelle, infirmière

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex