

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 6 février 2020 à Poitiers
par **Claire DELFORGE**

Les réunions de concertation pluriprofessionnelles :
Regard des professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur associé Pascal PARTHENAY
Monsieur le Docteur Dinh-Khanh NGUYEN
Monsieur le Docteur Yann BRABANT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yann BRABANT



Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements :

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous suis reconnaissante d'avoir porté intérêt à mon travail et de vous être rendu disponible. Je vous prie de recevoir ma considération la plus respectueuse.

A Monsieur le Professeur Associé Pascal PARTHENAY,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Dinh-Khanh NGUYEN,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'ai beaucoup apprécié mon tout dernier stage avec toi et Sophie. C'est toujours un plaisir de vous revoir, surtout pendant le fameux séminaire d'été !

A Monsieur le Docteur Yann BRABANT,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Tu as toujours été disponible lorsque j'en ai eu besoin. Tu as été un maître de stage génial, passionné, pédagogue et valorisant. Je te souhaite le meilleur pour toi et pour ta famille.

A mes maîtres de stage,

Docteur Fleuret, Docteur Muller et Docteur Delcourt, merci de m'avoir entourée dans mes débuts d'internat et de m'avoir transmis votre amour de la diabétologie.

Laurence et ta bonne humeur, Véronique et ta rigueur, Robert et ton empathie, merci de m'avoir accompagnée dans mes débuts de médecine générale.

Docteurs Anthony et Emmanuelle Bonnin, Docteur Antigny, Docteur Mottaz, Roxanne et Alexandre, merci de votre confiance. J'ai appris énormément avec vous.

Et toutes les équipes soignantes qui m'ont accueillie durant ces années d'internat.

A mes collègues de Pont l'Abbé d'Arnoult,

Yann, Céline, Xavier, Carole et Marc, vous avez tous été bienveillants avec moi. J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler avec vous tous. J'essaye de vous quitter (pas trop vite quand même) pour, j'espère, enfin réaliser mes projets.

Blandine et Estelle, mes collègues et surtout amies ! On se serre les coudes lorsque l'une de nous flanche mais on est aussi là pour les moments heureux.

A ma famille et mes amis,

A mes parents, les meilleurs ! Vous avez toujours été là pour moi pendant ses LONGUES années d'étude qui n'ont pas toujours été drôles. Merci pour votre amour, vos encouragements, votre éducation et la superbe famille dans laquelle vous m'avez permis de grandir. Et encore merci de m'avoir consacré de votre temps pour l'analyse des verbatims et la relecture.

A Quentin, Thibault et Juliette, mes frères et sœurs exceptionnelles ! *Et Audrey* qui a rejoint la bande ! Merci Juliette pour la traduction anglaise.

A mes grands-parents, qui m'ont toujours encouragée et qui réunissent autour d'eux cette famille que j'aime tant.

A mes copines de médecine, Anaëlle, Annabelle, Maud, Pauline, Marceline, Louise, Aurélie, Sandy, Elise et Floriane, qui ont embelli ces années d'études. Malgré la distance qui nous sépare, je suis contente que l'on continue de se réunir.

A mes co-internes de Royan, ce semestre fut scandaleusement rempli de folie, d'amour, de margarita, de Céline et tant d'autres. Merci Loïc pour le double codage. A charge de revanche !

A princesse Didi avec qui j'ai survécu au stage des urgences !

Aux copains Saintais (les géodrilologues !), Julien et Audrey, mes colocataires adorés, *Côme, Yann et surtout Bébé*, toujours là pour me motiver et me faire passer des bonnes soirées.

Table des matières :

Remerciements.....	4
Table des matières :	6
Table des annexes :	8
Liste des abréviations :	9
I. INTRODUCTION :.....	10
II. METHODES :.....	12
A. Type d'étude et population :	12
B. Elaboration du guide d'entretien :	12
C. Recueil des données :	12
D. Analyse :.....	13
III. RESULTATS :	14
A. Bénéfices :.....	14
1. Discussion autour de situations complexes :.....	14
2. Bénéfices des RCP sur des cas patients :	15
3. Autres fonctions :	17
4. Relations interprofessionnelles :.....	19
B. Limites :.....	20
1. Les freins :	20
2. Les points de vue négatifs :.....	22
C. Les leviers :.....	23
1. Une bonne organisation préalable :	23
2. Un bon déroulement de la réunion :	24
3. Une bonne dynamique de groupe :	25
4. Stimuler la motivation personnelle :	25
5. Matrices de maturité :	26
IV. Discussion :	27
A. Résultats principaux :	27
B. Forces et faiblesses de l'étude :	27
C. Une utilisation variée du fait d'une définition insuffisante :	28
D. Des évaluations insuffisantes :.....	28
E. Une réponse à la demande de collégialité entourant les fins de vie :	29
F. Une réponse à l'isolement et l'épuisement des soignants :	30
G. Une projection vers les CPTS :.....	30
V. Conclusion :.....	32
VI. Bibliographie :	33

VII.	Annexes :	38
VIII.	Résumé :	45
IX.	Abstract :.....	46

Table des annexes :

Annexe 1 : Guide d'entretien :	38
Annexe 2 : Trame d'introduction :	39
Annexe 3 : Questionnaire quantitatif :	40
Annexe 4 : Feuille de consentement écrit :	42
Annexe 5 : Tableaux de recueil des données quantitatives :	43

Liste des abréviations :

ARS : Agence régionale de santé

AVK : Antivitamine K

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs

ETP : Education thérapeutique des patients

FFMPS : Fédération française des maisons et des pôles de santé

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IPPC : Interprofessional primary care

IPT : Interprofessional team

LAT : Limitation ou arrêt des thérapeutiques

MLM : Mon logiciel médical (nom de logiciel)

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PAACO : Plateforme aquitaine d'aide à la coordination

PTA : Plateforme territoriale d'appui

RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle

SEP : Syndrome d'épuisement professionnel

SISA : Société interprofessionnelle des soins ambulatoires

SPCMD : Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale de professionnels de santé

I. INTRODUCTION :

En France, les soins de premiers recours sont longtemps restés peu organisés, avec un exercice libéral plutôt individuel (1).

Le vieillissement de la population et les progrès de la médecine ont engendré une augmentation du nombre de personnes fragiles et de personnes atteintes de pathologies chroniques. Leurs parcours de soins longs et complexes nécessitent une bonne coordination entre les professionnels de santé (2) (3). L'offre de soins connaît également de nombreux changements avec un manque d'attrait pour la médecine générale, pour l'exercice libéral ainsi que pour les zones rurales, et une féminisation de la profession (4). La restriction des *numerus clausus* des années 1980 et 1990 est responsable d'une pénurie de professionnels de santé (1). De plus, les jeunes générations de médecins généralistes aspirent à un exercice de groupe (5). Les soins de premiers recours ont donc nécessité une adaptation à ces nouvelles offres et demandes de soins.

En 2007, une nouvelle forme de l'offre de soins et un nouveau mode d'exercice ont été créés avec les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) (6). Depuis, le nombre de MSP augmente régulièrement. Selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la France comptait 910 MSP en 2017 (7).

Pour les pouvoirs publics, ce nouveau concept permet d'obtenir une meilleure répartition géographique des médecins en organisant l'offre des soins dans une approche territoriale cohérente (1). Pour la nouvelle génération de médecins, c'est un mode d'exercice regroupé qui est très plébiscité (8) (5).

Selon l'article L.6323-3 du Code de la santé publique créé en Décembre 2007, repris par la loi Hôpital Patient Santé Territoire de juillet 2009, une MSP est « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins de premier recours sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales » (9) (10) (11). Elles se distinguent d'un simple regroupement de professionnels, de type cabinet de groupe, par l'élaboration d'un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné, après diagnostic préalable des besoins en santé du territoire (12). Pour obtenir le label MSP et ainsi bénéficier des aides financières, ces structures doivent respecter un socle minimal de critères : le cahier des charges (13).

L'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) est un critère du projet professionnel concernant la prise en charge coordonnée (9).

Ce type de réunions existe depuis longtemps dans de nombreux services hospitaliers sous le nom de « staff » qui sont des réunions informelles sans obligation de traçabilité. Le terme de RCP pour « réunion de concertation pluridisciplinaire » a vu le jour dans le plan cancer 2003-2007 dont la mesure 31 visait à faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints d'un cancer d'une RCP (14). Leur modalité d'organisation sont définies par l'article D6124-131 du code de santé publique (15). Elles sont les seules RCP à avoir une obligation d'évaluation par le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé titulaires de l'autorisation pour l'activité de cancérologie (16). En 2010, le National Cancer Action

Team a publié un article répertoriant les caractéristiques des RCP d'oncologie en les classant par catégories et sous-catégories à partir des réponses de plus de 2000 membres de RCP à un questionnaire et lors d'ateliers et de rencontres (17). Ce type de réunion s'est, par la suite, étendu à d'autres disciplines pour lesquelles les prises en charge sont complexes et peu ou non codifiées (18). La Haute Autorité de santé (HAS) définit les réunions de concertation pluridisciplinaires d'oncologie et des autres disciplines, comme un regroupement « des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science » (19). Le terme « pluridisciplinaires » est devenu « pluri-professionnelles » lors de son extension aux MSP en Juillet 2010.

Plusieurs études évaluant l'efficacité des RCP pour un type de cancer ont été réalisées (20) (21) (22) (23). Peu d'évaluations existent concernant les RCP au sein du secteur primaire en France. En 2015, une étude est parue, réalisant l'état des lieux de l'implantation des MSP dans la région Rhône-Alpes et examinant leur organisation et leur fonctionnement. Elle trouvait que plus de deux tiers des MSP organisaient des RCP sur la prise en charge du patient. Dans le rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70, la HAS montrait que la structuration de leur initiative restait très hétérogène. En plus de sa grille d'analyse, elle a, au cours de cette évaluation, tenté d'identifier les freins à l'aide d'un questionnaire envoyé aux porteurs des projets (24). Dans la continuité de ce travail, la Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS), l'Union régionale de professionnels de santé (URPS) et la HAS ont mis au point des supports, tels que les matrices de maturité, permettant l'auto-évaluation du niveau de développement organisationnel atteint par une équipe pluriprofessionnelle et la mise en place d'actions d'amélioration (25).

L'objectif principal était d'identifier les bénéfices et les limites des RCP perçues par les professionnels de santé au sein des MSP.

L'objectif secondaire était d'identifier les leviers et de recueillir des propositions d'amélioration.

II. METHODES :

A. Type d'étude et population :

Il s'agit d'une étude observationnelle qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés au sein de MSP de Charente-Maritime sur la période du 28/08/2019 au 12/11/2019.

La liste des MSP a été récupérée auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine. A la date du 10/07/2019, la Charente-Maritime comptait douze MSP monosites et cinq MSP multisites.

Après renseignement, cinq MSP ont été sélectionnées afin d'obtenir un échantillonnage à variation maximale selon les critères suivants : création depuis plus ou moins deux ans, schéma régional d'organisation sanitaire, milieu de vie, composition de la MSP et multi ou monosite.

Les MSP ont été contactées par téléphone ou par mail afin de leur présenter le projet, de recueillir les informations sur la composition des membres de la MSP et de fixer une date après consentement. Un échantillonnage raisonné des professionnels à interroger a été effectué en recherche de variation maximale selon les critères suivants : Profession médicale et paramédicale, âge, sexe, début de carrière et d'installation au sein de la MSP.

B. Elaboration du guide d'entretien :

Le guide d'entretien (annexe 1) a été réalisé à la suite d'un travail de documentation concernant les MSP et les RCP (10) (17) (26), ainsi que sur la méthodologie d'une étude qualitative (27) (28) (29). La participation aux RCP d'une MSP, en tant que remplaçante, a permis une réflexion personnelle de l'investigatrice. Ce guide d'entretien a été remanié au fur et à mesure des entretiens. Il était composé d'une première question « brise-glace », puis de 4 à 6 questions sur le contenu des RCP, les points positifs et/ou négatifs, les freins rencontrés, les leviers mis en place et les propositions d'amélioration. Pour terminer, leur avis concernant les Matrices de maturité était demandé et la présentation de ce support était réalisée à ceux qui n'en avaient pas connaissance.

C. Recueil des données :

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio après consentement écrit des participants (annexe 4). Les caractéristiques des participants et des MSP ont été recueillies par un questionnaire quantitatif (annexe 3). Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés.

D. Analyse :

Le recrutement a été stoppé à la suffisance des données. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 12 pro. La triangulation des données a été obtenue par un double codage.

III. RESULTATS :

Douze Entretiens du 28/08/2019 au 12/11/2019 ont été réalisés. Onze entretiens ont été menés sur le lieu de travail du participant et un entretien a eu lieu au domicile de l'investigatrice. Ils ont duré entre 6 minutes et 34 minutes (moyenne 15 minutes).

Parmi les MSP contactées, une seule n'a jamais répondu aux différentes sollicitations, ainsi que certains professionnels d'une autre MSP dont deux membres avaient déjà été interrogés.

Les caractéristiques des participants, des MSP et des entretiens sont exposées dans les tableaux 1, 2 et 3 de l'annexe 5.

A. Bénéfices :

1. Discussion autours de situations complexes :

Pour tous les participants, les RCP avaient pour rôle essentiellement de discuter d'une situation complexe chez un patient.

a) Les fins de vie au domicile :

Deux participants ont évoqué l'utilité des RCP pour les fins de vie à domicile.

Pour l'un d'eux, **ces situations épuisantes pour le soignant**, étaient essentiellement proposées par les infirmières : « *Il y a beaucoup de fins de vie, parce que, en fait, on s'aperçoit que les infirmières en parlent parce qu'elles n'en peuvent plus et que, en fait, un mois plus tard la personne est décédée* ». L'échange entre professionnels permettait de poser le **diagnostic de fin de vie** : « *c'est à la fin de la RCP, on se rend compte que finalement c'était une fin de vie* » (I3).

Pour le deuxième, la discussion autour d'un maintien à domicile difficile, notamment dans le cadre de pathologies oncologiques, permettait de **trouver des solutions grâce à cet échange collégial** : « *Avec les fins de vie, on a eu des cas de cancer, avec la famille qui avait du mal à maintenir la personne à la maison, et on discutait tous de qu'est-ce qu'on fait, comment on trouve* » (I8).

Une participante (I1) avait relevé que cela pouvait être intéressant chez des jeunes médecins, mais que les RCP pouvaient présenter **un manque d'intérêt pour un médecin plus âgé, exerçant dans un petit village**. Selon elle, l'expérience du médecin « qui a de la bouteille » et la facilité des échanges entre professionnels, permettaient déjà une prise en charge de qualité pour la gestion des fins de vie au domicile.

b) La perte d'autonomie :

De nombreux participants ont rapporté des discussions autour de la perte d'autonomie. Les patients qu'ils présentaient, étaient généralement **des personnes âgées ou présentant des pathologies chroniques avancées et parfois des troubles cognitifs**, nécessitant **une prise en charge pluridisciplinaire** : « *De cas de patients, souvent à domicile, qui nécessitent une prise en charge globale, - euh – qui peuvent avoir*

des problèmes de perte d'autonomie, [...] associés à des maladies chroniques avancées et [...] donc nécessitent les compétences des différents professionnels » (19).

Les problématiques exposées lors des RCP, pouvaient être **le maintien à domicile avec l'aménagement intérieur du domicile** : « *si elle était adaptée la salle de bain, elle pourrait [...] avoir la toilette au moins dans la salle de bain, peut-être en position assise et non pas allongée. [...] l'idée c'était après cette réunion, c'était de faire venir une infirmière du SSIAD à la maison et avec l'ergothérapeute, le kiné éventuellement et moi-même aussi, on aurait pu discuter de tout ça. Donc là, c'était de la pure [...] prise en charge globale pour lui redonner de l'autonomie* » (19).

Une MSP avait mis en place **un protocole de dépistage de la fragilité** « *dont tous les cas ont été évalués par l'infirmière Asalée ou l'infirmier dans le cadre de la fragilité* » et « *sont rediscutés en RCP* » (14).

c) Souffrance psychologique :

Pour une participante, les RCP avaient permis de discuter essentiellement de problématiques psychologiques chez **des patients en souffrance** mais refusant les aides et les adaptations proposées : « *c'étaient plus des patients psychologiques. En fait, les deux c'étaient des patients qui refusaient de l'aide. Une personne âgée qui refuse de l'aide et une jeune qui ne veut pas d'aide alors qu'elle est en grande souffrance certainement psychologique et elle est en train de se détruire* », « *il y a souvent des problèmes plutôt psycho en fait. Parce qu'il y a des problèmes de patients qui ne veulent pas être placés, de patients qui ne veulent pas d'aide à domicile, de patients qui ne veulent pas prendre leur médicament* » (110).

d) Les aidants familiaux :

Une autre problématique présentée était les aidants familiaux « *qui eux-même sont désœuvrés* » (16). Une participante soulevait le problème de **la déresponsabilisation des familles** : « *Souvent, les familles se déchargent complètement dans tous les domaines ! Ils nous balancent, entre guillemets, le problème des parents* » (12).

2. Bénéfices des RCP sur des cas patients :

a) Formaliser les discussions de couloir :

Plusieurs participants ont fait remarquer que les RCP avaient permis de **formaliser** les discussions « de couloir » et de leur donner **un cadre et une rigueur** : « *ça permettait d'officialiser tout ce que l'on faisait de manière informelle. On croisait les médecins dans les couloirs. On prenait cinq minutes comme ça pour parler des patients qui nous posaient soucis mais c'était pas vraiment... c'était pas bien, c'était pas constructif et puis on ne pouvait pas se poser vraiment pour parler* » (17), « *les RCP avec les comptes-rendus qui étaient quasiment obligatoires, on a été obligé de formaliser quelque chose* » (13).

b) Prendre du recul :

Pour quelques participants, la discussion autour de certains patients, leur avait permis de **prendre du recul sur leur implication** et de **dédramatiser** : « *L'autre jour, je me rends compte qu'en étant chez le patient et que l'on est un petit peu trop impliqué des fois dans leurs maladies, dans leur vie car on les voit tous les jours. Et du coup, pour pouvoir prendre du recul dans ces réunions* », « *Des choses qui nous paraissent finalement simples après. On se dit : Zut ! C'est des problèmes qui n'en sont pas forcément des fois* » (12).

La prise de recul pouvait également concerner le patient et permettre de **clarifier sa situation** : « *D'un point de vue professionnel, ça permet de te décortiquer et ça permet de clarifier les difficultés on va dire* » (13).

c) Un regard extérieur :

Certains participants ont souligné l'importance de **l'échange** entre les professionnels concernés ou non par le patient : « *Non et puis ce qui est bien, c'est que parfois elles n'ont pas la même vision que nous et nous c'est pareil. C'est riche* » (11), « *C'est que quelqu'un qui ne connaît pas trop le patient, qui n'a pas trop le nez dedans, il peut nous donner d'autres pistes que nous, on n'avait pas du tout vues* » (17).

L'intervention des psychologues a été mise en avant par 2 participants. Pour l'un des participants médecin généraliste, les psychologues apportaient **une réflexion sur la relation médecin-patient** : « *il peut y avoir un psychologue qui vient même s'il n'a pas de patients et à ce moment-là certaines problématiques qui peuvent relever de... de problèmes plus intrinsèques et personnels au soignant. Ça peut aussi avoir un regard extérieur type Balint* » (14). La psychologue interrogée rapportait une aide à **la compréhension de la réaction** de certains patients ou aidants familiaux face à la maladie et à la perte d'autonomie : « *c'est pas mal qu'il y ait un... qu'il puisse y avoir un psy, justement pour tout ce qui est [la] partie sur les liens familiaux, sur la personne en elle-même qui est face à sa maladie, face à sa perte d'autonomie, - euh – dans l'acceptation, dans l'acceptation d'un changement* » (16).

d) Amélioration des prises en charge :

La majorité des participants reconnaît une amélioration des prises en charge des patients présentés en RCP. Elles leur ont permis de **trouver des solutions** lorsqu'un professionnel se trouvait en difficulté : « *C'est-à-dire, que nous infirmières, quand on a un problème qui s'installe chez un patient que l'on n'arrive plus à résoudre seule, entre guillemets, car il y a toujours des médecins qui sont disponibles. On arrive toujours à trouver une solution pendant ces réunions, en fait. On en parle tous ensemble et bizarrement, on arrive toujours à trouver une solution* » (12), « *Et c'est intéressant quand on peut sortir avec un consensus ou une conduite à tenir sur quelque chose que, sur une prise en charge sur laquelle on était bloqué* » (14).

Elles leur permettaient également de s'interroger sur **la nécessité de débiter ou de poursuivre une rééducation** : « *Parce que je me souviens pour des prises en*

charge ortho par exemple, euh voilà, les médecins les mettaient à l'ordre du jour pour savoir, pour décrire le patient et pour nous demander : est-ce que ça serait utile que tu y ailles ou est-ce que ça ne serait pas utile ? », « savoir si on continue ou pas, comme ce sont des personnes âgées qui sont – oh pfff - je vais dire en fin de rééduc ou qui veulent continuer parce que ça maintient le lien social » (110).

e) Partage d'informations et de connaissances :

Un participant rapportait **un enrichissement de ses connaissances** grâce à l'échange entre professionnels : *« Moi je crois que ça apporte vraiment un plus parce que moi en tant que médecin généraliste et puis la petite expérience que j'ai depuis que je suis installé, on n'a pas forcément l'idée de tous les moyens techniques ou sociaux, – euh – thérapeutiques pour les patients » (19).*

De nombreux professionnels ont remarqué que ces échanges leur apportaient **une meilleure compréhension des pathologies, de la situation réelle au domicile et des difficultés rencontrées par les autres professionnels** : *« on a commencé à parler au départ des patients qui posaient problème aux infirmières. C'était surtout aux infirmières. Et nous médecins, on a découvert un monde à part » (14), « Et puis aussi, peut-être que l'on voit les patients tous les jours, on a certaines infos qu'eux, ils n'ont pas forcément et puis on n'a pas... Le patient [ne] va pas forcément parler de certaines choses avec le médecin et puis il va peut-être plus nous dire certaines choses et vice versa » (17).*

3. Autres fonctions :

Le rôle des RCP n'était pas le même selon les MSP. Dans la majorité des cas, elles avaient pour but essentiel de discuter de cas patients. Dans certaines MSP, elles étaient utilisées pour réaliser des protocoles pluriprofessionnels et parfois même pour discuter, de façon plus générale, sur la gestion de la MSP.

a) Les protocoles pluriprofessionnels :

Sur les 12 professionnels, seulement 6 ont participé à des RCP sur la réalisation **d'un protocole en vue d'une amélioration des pratiques pluriprofessionnelles**. Les protocoles mis en place étaient variés : le diabète, les plaies chroniques, le dépistage de fragilité, la création d'ordonnances infirmiers pré-remplies. Un protocole était envisagé mais pas encore mis en place sur la gestion des AVK (Antivitamines K).

Pour une participante, l'utilisation d'un protocole permettait **un gain de temps** : *« Lorsqu'il y a... hé bien, par exemple, une plaie chronique chez un patient, - bah - on reprend tout ce qui était prévu sur le protocole et en fait ça va plus vite » (12).*

Un professionnel qui avait participé à la mise en place du protocole « dépistage de la fragilité », exprimait ne pas avoir encore eu l'occasion de réaliser des RCP dans ce but-là. Il rencontrait des difficultés à obtenir une implication suffisante de tous les professionnels aux RCP sur des cas patients et faisait donc passer l'élaboration de protocole **en second plan**. Puis, après réflexion, il avait reconnu avoir réalisé des protocoles mais **en dehors du cadre des RCP** : *« c'est une bonne idée, mais il faut d'abord*

que nos RCP fonctionnent bien, pour qu'on puisse se dire qu'on va aller faire des protocoles en plus », « Ceci dit, on met des protocoles en place quand même, parce que ça fait partie des nouveaux modes de rémunération et il y a une carotte à mettre en place des protocoles, donc – euh - on essaie de s'y astreindre. Ça nous permet de recevoir les fonds qui correspondent, mais à ce moment-là, c'est d'autres réunions pour mise en place du protocole » (I4).

D'autres professionnels avaient entendu parler des protocoles dans le cadre des RCP mais n'étaient pas concernés. Une professionnelle orthophoniste ajoutait qu'ils n'avaient **pas d'intérêt dans sa profession** : « Non, nous, je [ne] vois pas ce que l'on peut améliorer en pratique professionnelle et établir un protocole » (I10).

b) Opportunité de transmission d'informations :

Certains professionnels profitaient de ce moment de rassemblement pour échanger **des informations plus générales**.

Au sein de 2 MSP, les RCP permettaient également des discussions sur **la gestion de la société interprofessionnelle des soins ambulatoires (SISA)** telles que la répartition d'argent, le devenir de la MSP ou les projets en cours ou futurs : « Après, des problèmes plus administratifs – euh – la SISA, gestion de la SISA, comment on va répartir – euh - l'argent qu'on a au sein de la SISA » (I12), « Ça peut être un point sur notre fonctionnement. Bah la dernière fois, c'était une demande d'une psychologue qui était installée dans un autre petit village et qui était intéressée pour rejoindre le pôle de santé » (I1), « Et puis après, on va parler de... j'sais pas... de... de tout ce qui se passe au niveau de la maison de la santé, de problèmes que l'on peut avoir ou de tout ce que l'on veut mettre en place. Si on veut mettre en place des ateliers d'ETP » (I11).

Un participant a indiqué un échange sur **les professionnels de santé aux alentours** : « Alors si, il y a quand même de temps en temps, mais ça c'est plus médico - médical, des moments où on parle de la filière de soins pour les spécialistes. Je pense aux angiologues par exemple, je pense aux cardiologues. Donc, ça c'est plus un moment médico-médical » (I3).

Deux participantes d'une même MSP rapportaient **une sélection des patients pouvant bénéficier de l'intervention de la diététicienne et de la psychologue** rattachées à la MSP : « on parle aussi des patients parce que nous on a une diét' et une psychothérapeute et donc des patients que l'on peut proposer » (I11).

La présentation de certains médicaments par des **visiteurs pharmaceutiques** avait également lieu dans une MSP : « on peut avoir des intervenants qui vont venir. Des laboratoires pour nous présenter un nouveau stylo à insuline ou du nouveau matériel » (I11).

c) Projection vers les RCP à thème :

Plusieurs professionnels, appartenant à la même MSP, ont évoqué l'idée de réaliser des RCP sur un thème. Ceci leur permettrait d'avoir un échange entre professionnels paramédicaux et médicaux **sur le type de rééducation**, en fonction de la pathologie, ou d'**expliquer certaines pathologies** prises en charge et souvent

incomprises : « *Et il est prévu de faire des RCP à thème aussi – euh - où là l'idée, ce serait d'avoir un thème style : la suite de chute d'une personne de plus de 60 ans avec chaque professionnel va expliquer ce que lui il peut apporter - en fait - au patient. Donc, ça peut permettre aussi à chacun de voir ce que peut faire les autres* » (I8), « *Si, il faudrait que l'on fasse une RCP justement de formation sur ce que c'est l'orthophonie et les prises en charge des adultes et même des enfants et ce que c'est que les pathologies diverses qu'ils ne connaissent même pas... les dysphasies* » (I10). Hors enregistrement, I10 complétait son idée en proposant de **présenter des cas simples dans le cadre du thème**, afin d'illustrer une pathologie et de partager leurs connaissances.

4. Relations interprofessionnelles :

a) Renforce les liens :

Pour certains, il s'agissait de moments très **conviviaux** qui **facilitaient les échanges pendant la réunion mais aussi en dehors** par la suite : « *Alors, c'est très convivial. Ça nous permet – voilà - de nous retrouver, de discuter un petit peu, - voilà - de garder du lien* » (I5), « *C'est un bon endroit pour discuter des patients. Ça permet d'avoir une discussion qui est ouverte et publique plutôt qu'une discussion unilatérale dans le cadre d'un appel téléphonique ou d'un SMS. Et... et ça permet à chacun de... de... de... de s'exprimer. Ça montre à chacun qu'il peut s'exprimer. Donc ça ouvre la parole à... Et ça permet, ça facilite les échanges* » (I4), « *Avant on était tout seul dans notre coin. Alors, on apprend à se connaître, donc c'est plus facile d'aller voir le médecin, comme pour elles c'est plus facile de nous aborder, c'est plus facile pour le pharmacien aussi* » (I11).

Un participant a fait remarquer que cela avait aidé à **l'intégration d'un professionnel**, qui justement faisait remarquer dans sa lettre de motivation lors de la réalisation de la MSP, une « *rupture du lien interprofessionnel* » : « *le kiné s'est senti valorisé dans son boulot* » (I3).

b) Lutte contre l'isolement :

Quelques participants ont rapporté que ces réunions participaient à **la lutte contre l'isolement** des professionnels de santé : « *Et puis ça permet aussi de voir qu'on n'est pas tout seul avec le patient* » (I8), « *C'est bien que les professionnels veillent - euh - se rassembler surtout dans les milieux ruraux, puissent se rassembler pour – euh - parler des patients. Effectivement, je pense que ça rompt l'isolement aussi. Parce qu'on se retrouve... bien souvent des professionnels... enfin ceux qui sont là très souvent auprès des patients : infirmiers, médecins, kinés, ils voient très régulièrement les patients, ils se retrouvent parfois un peu démunis. On le voit bien, les médecins de campagne, il y a un taux de suicide conséquent. Donc - euh - ouais, **des professionnels démunis et surchargés. Un mal être*** » (I11).

c) Création d'une relation de confiance :

Lors des RCP, un professionnel avait pu prouver aux autres professionnels et notamment aux médecins, qu'il avait un savoir-faire. Ainsi, **une relation de confiance a pu se créer** : « *Et je pense que certains médecins nous font un peu plus confiance maintenant. Ils savent comment on travaille, ils savent qu'on connaît des choses, donc, ils nous font confiance sur certaines choses* », « *Par exemple les pansements, on a prouvé que l'on avait un savoir-faire* » (17).

d) Une ouverture aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :

Un professionnel considérait que **cette création du lien interprofessionnel** au sein de la MSP pouvait **faciliter par la suite la participation au CPTS** : « *je me pose la question si ça correspond bien à l'esprit des CPTS là. On va peut-être voir effectivement, qui vont se mettre en place là, d'après les nouvelles politiques de santé... enfin, comme ça, une plateforme territoriale en santé. Enfin, on imagine des professionnels qui travaillent ensemble. Puis, alors du coup, si on travaille déjà ensemble, on sera peut-être plus capable d'aller travailler avec les gens des hôpitaux aussi. Parce que du coup, ouais on a cette capacité là et puis voilà, on est des professionnels sur tout un secteur qui font corps quoi* » (19).

B. Limites :

1. Les freins :

a) Des difficultés d'organisation :

Les freins à l'organisation des RCP étaient variés selon les MSP.

Une participante a cité **l'absence d'ordre du jour transmis au préalable**, ainsi que **l'absence de compte-rendu** : « *on n'a pas forcément d'ordre du jour, on ne sait pas... on ne sait pas trop en fait ce qu'on va se dire. On y va et puis la réunion se fait mais de manière vraiment informelle* », « *on n'a pas de compte rendu derrière. Moi ça me manque* » (15).

Plusieurs participants ont soulevé le problème d'**une contrainte horaire** de ces RCP, réalisables uniquement en dehors de leur temps de travail, contrairement aux hôpitaux : « *Donc, on a, en fait, peu de créneaux horaires communs* » (11), « *c'est tout simplement le soir lorsque tout le monde veut rentrer à la maison* » (12), « *Par rapport aux hôpitaux où ils font ça sur leur temps de travail. Donc, nous, il est impensable que l'on fasse ça une après-midi ou sur 2 heures de temps l'après-midi, c'est impensable pour tout le monde* » (13). **Le temps accordé à ces réunions pouvait sembler insuffisant**, conduisant à une présentation des cas patients parfois trop rapide et limitant la prise de parole des participants : « *on se force à limiter un temps déterminé et des fois ça doit absolument dépasser ce temps. [...] ça nous est arrivé des fois d'être 10 professionnels à*

discuter, de se retrouver à... comment dire... à ne pas pouvoir tous donner son avis, sinon on va dépasser le temps de la réunion » (18).

Une MSP multisite présentait des difficultés sur **le choix du lieu de réunion** : *« Nous, comme on est multisite, c'est aussi un inconvénient. C'est-à-dire, qu'il ne suffit pas de sortir de son bureau pour aller à la réunion, donc - euh - on essaye de trouver un lieu à peu près central » (14).* Ce participant soulignait avoir des difficultés à remplir les objectifs de RCP fixés en fonction de la taille de cette MSP multisite : *« On devrait faire, pour remplir les objectifs de... des SISA et des nouveaux modes de rémunération, - euh - au minimum 60 patients par an, traités en réunion de concertation » (14).*

D'autres professionnels d'une MSP ont rapporté **des difficultés à communiquer** les horaires, dates et ordres du jour malgré les différentes plateformes de communication sécurisées : *« On est obligé de naviguer sur plusieurs plateformes de communication, par rapport à la législation, au secret professionnel », « quand on inscrit un des patients, il faut que l'on contacte les autres professionnels de santé. Le problème c'est que l'on ne sait pas toujours qui s'occupe de qui. Le fait d'avoir un... de trouver un juste milieu entre ne pas prévenir tout le monde parce que l'on est plus de 30 dans la MSP » (18).*

b) Un investissement insuffisant :

Un participant a évoqué **des difficultés à obtenir une participation** de tous les professionnels de santé dans **le cadre d'une MSP multisite**. L'absence des médecins généralistes était responsable d'**un désinvestissement des paramédicaux** et d'**un non-renouvellement des patients présentés** durant ces réunions : *« c'est un peu le problème du multisite, c'est le problème de l'implication de chacun », « si le médecin se dispense de venir, le paramédical va pas... Lui, il veut discuter d'un patient qui lui pose problème mais essentiellement avec son médecin pas avec... - euh - pas discuter avec un autre médecin, au risque de passer par-dessus le médecin concerné », « le fait que certains ne viennent jamais. Donc, - euh - les cas proposés, c'est toujours - euh - le même secteur » (14).* Il soulignait également **le manque d'implication de certains professionnels au cours des réunions** : *« ils viennent de temps en temps mais ils n'ont pas... ils n'arrivent pas à proposer de cas » (14).*

Les professionnels d'une autre MSP ont constaté **une difficulté à garder une dynamique constante** devant une diminution du nombre de RCP et du nombre de patients présentés : *« Ceci dit depuis quelque temps, les RCP sont très très réduites. On n'a plus 5 patients mais plutôt 2 » (110), « Je vois là sur ces derniers mois, je trouve que l'on a fait un petit moins de RCP » (17).* Un des participants de cette RCP faisait remarquer qu'en **l'absence d'investissement d'un maximum de professionnels** dans ces structures, des actions comme les RCP ne pouvaient se maintenir dans le temps : *« Ce qui est compliqué, c'est que sur ce type de structure-là, il faut absolument que tout le monde y mette du sien. Euh. A partir du moment où il n'y a que quelques acteurs qui impulsent la machine, ça ne suffit pas. Ça va au début mais après, il faut que les autres, ils suivent aussi. Et je pense, que si on n'est pas avec des gens qui croient vraiment au projet et qui s'investissent dedans, je pense que ça peut être très vite fatigant pour ceux*

qui sont vraiment dedans, qui impulsent les choses. S'ils n'ont pas l'impression d'être suivis, je pense qu'à long terme, ça ne peut pas tenir » (17).

Dans le cas d'une MSP, les participantes ont rapporté des RCP très rares. Pour l'une d'elle, **la contrainte et le manque d'intérêt** en était la raison. L'autre participante s'interrogeait sur **le nombre insuffisant de sujets à aborder** lors de ces réunions, ainsi que **des problèmes organisationnels** liés à l'absence de local pour les accueillir dans cette MSP multisite : *« Parce qu'on n'en a pas beaucoup, mais voilà, il n'y a peut-être pas forcément beaucoup de choses à dire » (15).*

Au contraire, un participant s'inquiétait d'une dérive, comme par exemple la présence de certains professionnels **uniquement à but lucratif**, sans participation active lors de ces RCP : *« j'ai pas aussi... personnellement, c'est mon côté gestionnaire de SISA, qui ait qu'y ait des gens qui viennent là, parce qu'ils ont du temps, ils n'ont pas de patients et venir se faire payer » (18).*

c) Les fonctions des RCP non définies :

Pour une participante, le cadre des RCP n'était **pas suffisamment défini** : *« Après, on n'a toujours pas très bien défini quand même ce que l'on mettait dans nos RCP », « Moi avec d'autres, je m'occupe du harcèlement scolaire, je m'occupe de la maltraitance et quand on fait une réunion, on ne sait jamais si on les rentre dans les RCP ou pas » (110).*

2. Les points de vue négatifs :

a) La contrainte :

Une participante avait initialement perçu les RCP comme une contrainte : *« J'ai vu ça comme une contrainte au début. Je me suis dit : Ah non ! On [ne] va pas se taper des réunions » (12).*

Une autre participante gardait cette sensation de contrainte. Elle travaillait au sein d'une MSP qui avait choisi de ne pas recevoir d'aide financière afin de **ne pas avoir à rendre de comptes en échange de financement** : *« on n'a pas obtenu de financement public, ce qui veut dire que ça nous exonère aussi de rendre des comptes » (11).* Elle élargissait ce mode de fonctionnement à celui de **CPTS**. Selon elle, ce **modèle hospitalier** était trop **administratif, chronophage, inadapté à sa génération et au mode de travail libéral** : *« on est en train de vouloir mettre un modèle hospitalier dans la... à la médecine de ville. Euh. Les habitudes de fonctionnement ne sont pas les mêmes », « je pense que, une partie des soignants, s'ils veulent se libérer des temps, - euh - c'est pour leur – euh - loisirs, leur famille, etc. C'est pas pour participer à des réunions qui vont leur paraître trop administratives », « c'est notre génération, c'est pas notre mode de fonctionnement d'aller quémander pour aller rendre compte et faire des statistiques » (11).*

b) Le manque d'intérêt :

Une participante a exprimé un manque d'intérêt pour les RCP. Selon elle, le fonctionnement actuel de sa MSP se suffisait. Les professionnels pouvaient **échanger facilement** et avaient **suffisamment d'ancienneté** pour gérer de nombreuses situations : « *On est capable de se parler, qu'un médecin passe. C'est plus facile peut-être pour nous par rapport à notre mode d'exercice, et de cet aspect village* », « *Nous, c'est pas indispensable à notre mode d'exercice* », « *Les plus jeunes infirmières ont une quarantaine d'années et nous, on rejoint les 60. J'ai un médecin qui a 55, l'autre qui en a 62. Enfin voilà. Et les infirmières, il y en a une qui a 57 ou 8 ans. Enfin voilà. On est... on est... on a un peu de bouteille donc - euh - on va à l'essentiel.* » (I1).

Deux professionnels s'inquiétaient d'une possible dérive vers des réunions **obligatoires mais inutiles** : « *C'est toujours bien de se parler mais faut pas que ça devienne une perte de temps. C'est ce que je vous disais. Si c'est la réunion pour la réunion* » (I1), « *il [ne] faut pas tomber dans le piège par contre de faire des RCP pour faire des RCP* » (I8).

c) Une vision péjorative générale :

Une participante employait le terme de « **réunionite aiguë** », telle une maladie : « *c'est pour ça, qu'on n'est pas des fous de la réunionite. On n'est pas atteint de cette maladie-là* ».

Elle considérait **malsain** de chercher à obtenir des aides financières en échange de preuves de la réalisation de certaines missions : « *On n'est pas des chasseurs de prime* », « *On n'a pas constitué, vous l'avez compris, un pôle de santé, aujourd'hui une maison de santé, pour aller chercher de l'argent ni auprès de l'état, ni auprès de la sécurité sociale* » (I1).

C. Les leviers :

1. Une bonne organisation préalable :

Plusieurs participants ont rapporté **une transmission en avance des dates** de RCP afin que les professionnels puissent s'organiser sur le plan personnel et professionnel : « *ma collègue qui précise les dates, le fait justement très en avance pour qu'on puisse tous essayer de se libérer* » (I5).

Le choix des horaires était différent selon les MSP. Chez tous les participants, la contrainte à respecter était de réaliser les réunions **en dehors des horaires de travail et de ne pas déborder**. Pour certains, les réunions étaient réalisées en fin de journée, pour d'autres, entre midi et quatorze heures : « *on la fait le soir et ça [ne] peut pas être... Alors que ça fait partie du plein travail mais c'est... On [ne] peut pas... on [ne] peut pas imaginer que tous on se réunisse et que le cabinet soit fermé pendant 1 à 2 heures de temps* » (I3), « *Vu que ça se passe souvent entre midi et 2 heures c'est le bon moment hein. Si c'était en pleine après-midi ou en pleine matinée, là ça ne serait pas gérable* » (I9), « *on essaye aussi de formaliser la réunion de façon très... assez stricte concernant* »

l'horaire de début et de fin. Justement, chacun ayant un planning chargé et occupé, qu'on sache à quoi s'en tenir » (14).

Un participant a expliqué qu'ils avaient choisi **des dates flexibles** afin de ne pénaliser aucun professionnel : *« On ne fait pas toujours le même jour. Même si ça aurait pu être tentant de se dire : « Bah voilà. Tous les premiers mardis du mois, on fait notre réunion », pour que chacun sache à quoi s'en tenir. Mais, comme il y en a qui, le mardi, ne pourront jamais, d'autres ça va être tel jour ils ne pourront jamais, donc bah on fait... on tourne sur 3 jours » (14).*

La majorité des participants ont indiqué **une fréquence de 8 à 10 réunions par an**.

La question du choix du lieu se posait pour les MSP multisites. Certains ont choisi de tous se retrouver sur **« un lieu central »** (14) et d'autres de **se diviser en 2 sites**. Un participant expliquait que dans le cadre de sa MSP multisite installée sur 2 secteurs et composée de nombreux professionnels, ils avaient décidé de faire une RCP par secteur : *« le fait que ça se passe sur place aussi - euh - parce que vu que la MSP est sur deux secteurs, - euh - on a dû trouver une solution pour le choix du lieu des réunions et finalement, il a été décidé de les faire sur les deux sites, ce qui est plus pratique » (19).*

Une MSP qui n'avait pas de local capable de les accueillir, organisait les RCP **chez un de ses membres** et avait bénéficié une fois d'**une salle prêtée par la commune** : *« c'était chez madame X pour les réunions. Ça a été une fois à la mairie. La mairie qui nous a accueillis et c'est tout » (15).*

Quelques participants ont souligné l'importance de **transmettre et d'enrichir l'ordre du jour avant la réunion** : *« Bah en termes d'organisation, c'est plutôt bien fait parce qu'il y a des rappels deux trois semaines avant par mail au moment de la prochaine réunion, avec un ordre du jour. Enfin, chacun va alimenter cet ordre du jour » (16).*

Une MSP avait mis en place **plusieurs dispositifs de partage d'informations sécurisés** afin d'échanger les informations avant la réunion et partager les comptes rendus de réunion sur un logiciel informatique commun : *« PAACO pour prévenir qu'il y a une réunion, - euh - que chacun marque les noms des professionnels et puis l'organisateur de la RCP va noter sur MLM » (19).*

2. Un bon déroulement de la réunion :

Pour assurer un bon déroulement de la RCP, les participants ont proposé que le **« moment soit très conviviale »** (11), de réaliser **des « protocoles par rapport au compte-rendu des réunions, pour qu'on ait quelque chose d'assez commun »** (18), *« pour que tout le monde, même ceux qui ne sont pas venus, puissent voir qu'il y a des choses qui ont été faites » (14).*

Un participant a souligné qu'il était important que **la décision finale de la conduite à tenir revienne au médecin traitant** : *« du moment que toi tu, je veux dire en tant que médecin c'est un peu toi, qui comment dire, centralises les décisions en tant que médecin traitant et qui - euh et bah - s'il y a des choses qui sont évoquées, des décisions, c'est toi qui mets en place » (19).*

3. Une bonne dynamique de groupe :

Plusieurs participants ont mentionné différentes interactions au sein du groupe permettant le maintien d'un dynamisme dans la réalisation des RCP.

Certains reconnaissent **un rôle moteur initial du coordinateur** de la MSP : « *Ça a été le moteur initial on va dire* » (I2), « *j'ai plutôt le rôle de meneur* » (I4), « *ça m'a permis de... euh. De me rendre... De hiérarchiser. D'amener notre MSP à faire des progrès tout doucement* » (I3). Un participant, coordinateur de la MSP, soulignait néanmoins que la formation « coordinateur » lui avait permis « *de faire la différence entre leader et coordinateur* » (I3).

Pour d'autres, **l'implication de tous les professionnels** était nécessaire afin que les RCP perdurent dans le temps : « *Je pense que le plus compliqué c'est ça, c'est de réussir à maintenir tout le monde dans une dynamique et dans une émulation où, entre guillemets, c'est du « win win »* » (I7). Un participant a expliqué que **la présence des médecins** des différents pôles était nécessaire pour **motiver les paramédicaux** : « *Je pense que l'intérêt des réunions montera avec la présence des membres des pôles* » (I4).

Un participant a souligné que **la bonne entente** au sein du groupe était essentielle : « *Je pense que le fait que, mine de rien, on arrive quand même tous plus ou moins bien à s'entendre, - euh - ça favorise aussi les réunions* » (I7).

Plusieurs participants ont évoqué l'importance d'avoir **un secrétaire** désigné au sein du groupe qui pouvait être fixe ou changeant, avec parfois **une récompense financière** à visée motivationnelle : « *Le pharmacien qui a un rôle de secrétariat, enfin de secrétaire dans l'association, - euh - aide en notament faisant les convocations, les rappels, les relances* » (I4), « *Au niveau secrétariat ça fonctionne, puisque c'est chacun notre tour. Pareil. J'ai mis une carotte financière à ce que la secrétaire ait un petit peu plus d'indemnités que les autres. Comme ça ils se proposent un peu* » (I3).

Plusieurs participants ont souligné l'importance d'**un coordinateur de RCP**, encadrant la réunion : « *l'importance de l'infirmière, disons de notre coordinatrice qui elle doit bien gérer la réunion de concertation pour rythmer la réunion* » (I12), « *Avoir un bon... un bon et comment ça s'appelle... médiateur ou - euh - coordinateur de la réunion. Pour eux... pour pas... pas... pour se tenir à un temps donné pour la présentation des dossiers et sur la réflexion, pour pouvoir traiter suffisamment de dossier dans le temps, - euh - ne pas déborder, - euh - être efficace, avoir des retours publics* » (I4).

4. Stimuler la motivation personnelle :

Quelques participants ont reconnu que **l'expérience** pouvait déclencher la motivation : « *Je suppose que en y allant, ça permettrait qu'ils se rendent compte que c'est intéressant* » (I4), « *Puis là, maintenant que j'ai participé aux réunions, là, on a vu l'intérêt* » (I2).

Pour plusieurs participants, **l'incitation financière** fut un des meilleurs moteurs afin d'obtenir une participation maximale aux RCP : « *l'incitation financière a été très importante pour beaucoup d'entre nous* » (I4).

5. Matrices de maturité :

Dans cette étude, l'outil matrice de maturité en soins primaires était connu par un seul professionnel qui était coordinateur de sa MSP. Il lui semblait **utile** pour identifier le degré de maturité de fonctionnement de la MSP et envisager une évolution. Cependant, il considérait que cet outil devait servir **uniquement au coordinateur** afin de soulager les autres professionnels d'une charge supplémentaire : « *Par contre, moi, ça me sert pour me dire : Tiens, bah là on a bien progressé. Alors, de temps en temps, je vais peut-être leur faire voir mais pas la totalité parce que j'ai passé des soirées à essayer de bien comprendre ce que c'était, puis il y a eu un séminaire de formation là-dessus qui a été un peu léger je trouve. Mais finalement, il s'avère que c'est très, très utile. Oui, tout à fait. Complètement d'accord. J'ai découvert ce truc-là. Je m'en sers de temps en temps pour savoir où j'en suis en tant que coordinateur* », « *Alors, oui, excellent outil, mais alors réservé au coordinateur, surtout à pas faire voir aux associés parce que là ils ne vont rien y comprendre* » (13).

IV. Discussion :

A. Résultats principaux :

Les bénéfices des RCP sur des cas patients étaient aussi bien centrés sur le patient que sur le professionnel ou le groupe pluriprofessionnel. Pour le patient, elles permettaient essentiellement de clarifier et ainsi de débloquer certaines situations. Elles avaient également l'avantage de conduire à une décision au niveau bio-psycho-social coordonnée. Pour le professionnel parfois épuisé et en difficulté face à des situations complexes, elles permettaient de lutter contre l'isolement et de dédramatiser. Pour le groupe pluriprofessionnel, elles renforçaient les liens et la confiance interprofessionnels et apportaient un enrichissement de leurs connaissances grâce aux échanges de pratique. La réalisation de protocoles pluriprofessionnels semblait avoir une place secondaire par rapport aux discussions sur des cas patients et ne concernait que certains professionnels de santé. Pour ceux qui les avaient mis en place, ils permettaient un gain de temps lors des soins.

Les limites évoquées ont été le mode de fonctionnement général des MSP qui pour certains, représentaient une perte de temps et une contrainte inadaptée aux libéraux et aux anciennes générations. Les freins au bon fonctionnement de ces RCP concernaient l'organisation parfois insuffisante et la participation aléatoire. Ils variaient d'une MSP à l'autre. Le manque de clarté de la définition des RCP pouvait expliquer une utilisation variable de ces réunions. Cela représentait également un frein à d'éventuelles évolutions, notamment en travail de groupe autour d'une thématique.

L'amélioration de l'organisation de ces RCP s'est faite naturellement, pour la plupart, après expérimentation et était ainsi différente d'une MSP à l'autre. Une participation suffisante à ces RCP dépendait à la fois de la motivation personnelle qui pouvait être stimulée par la récompense financière, l'expérience d'une première réunion et une bonne dynamique de groupe garantie par un coordinateur moteur et l'implication de chacun. L'outil matrice de maturité en soins primaires connu par un seul professionnel dans cette étude, lui semblait utile mais à réserver au coordinateur.

B. Forces et faiblesses de l'étude :

Quatre entretiens se sont déroulés dans une MSP où l'investigatrice a été régulièrement remplaçante ce qui pouvait conduire à un biais d'information et de désirabilité. Cependant, l'investigatrice s'est efforcée de garder une neutralité en s'appuyant sur son guide d'entretien préalablement établi.

Les participants inclus étaient ceux qui avaient répondu à la sollicitation de l'investigatrice par mail ou par appel téléphonique. Ces professionnels étaient, en général, motivés et convaincus par les RCP, à l'exception de deux d'entre eux. Ceux-ci appartenaient à une MSP qui ne respectait pas le cahier des charges nécessaire à l'obtention d'une aide financière, mais néanmoins reconnue par l'ARS. Ceci a permis d'explorer les aspects négatifs des RCP. Malgré l'absence de réponse de plusieurs MSP, l'échantillon avait obtenu une variation maximale. Tous les milieux ont été représentés.

Il aurait pu être intéressant d'avoir la seule MSP du département installée dans une agglomération de taille importante mais ils n'ont pas accepté de répondre à l'étude.

La suffisance des données a été obtenue au 11^{ème} entretien.

La double analyse des entretiens a permis de renforcer la validité des résultats.

C. Une utilisation variée du fait d'une définition insuffisante :

Il apparaissait une hétérogénéité dans le fonctionnement des RCP dans cette étude. Cela pouvait s'expliquer par la variation des structures concernant le nombre et le type de professionnels, la forme mono ou multisite et la date de création. Cet aspect hétérogène du fonctionnement des MSP avait été constaté dans 2 recherches (30) (24). De plus, un manque d'informations concernant le contenu des RCP était reproché par un des participants. La discussion de cas patients était retrouvée dans tous les entretiens, associée à une autre utilisation variant d'une MSP à l'autre. Un désir d'intégrer dans ces RCP des réunions autour d'une thématique était également retrouvé.

L'annexe II du cahier des charges semble différencier les RCP de l'élaboration de protocoles pluri-professionnels : « La MSP a mis en place des moyens pour organiser la prise en charge globale et coordonnée des patients : organisation de réunions pluri-professionnelles régulières, élaboration de protocoles de prise en charge » (13). En revanche, la HAS propose avec son travail sur les matrices de maturité en soins primaires que les RCP puissent concerner autant la discussion de cas patients que l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels (25). Il semblerait intéressant d'élargir et de définir précisément le cadre des RCP étant donné qu'elles font partie du socle minimal permettant le financement des MSP. La difficulté restant d'obtenir un équilibre entre un cadre suffisamment défini et la garantie d'une liberté d'exercice recherchée par les praticiens libéraux.

D. Des évaluations insuffisantes :

Contrairement aux RCP d'oncologie et d'autres spécialités médicales, les RCP au sein des MSP ont été très peu évalués.

En oncologie, des études ont montré que les RCP permettaient une amélioration du taux de survie (21), une réduction du délai de prise en charge dans le cadre de cancer des voies aéro-digestives supérieures (22). Une autre étude concluait à un intérêt majeur des RCP en urologie lors de la discussion de dossiers complexes. Cet intérêt paraissait moins net pour les patients relevant de conduites à tenir simples et bien établies par les référentiels édités par les sociétés savantes (23). La HAS en association avec l'Institut national du cancer a mis en place un indicateur de qualité et de sécurité des soins pour les établissements de santé titulaires de l'autorisation pour l'activité de cancérologie (16).

Une étude récente concernant les RCP au sein des MSP montrait que la forme des RCP était très variable, allant de la simple transmission d'informations à l'échange plus complexe (31). Notre étude a montré également une diversité d'utilisation des RCP

et une variabilité des bénéfices ressentis par les professionnels de santé concernant la prise en charge des patients.

Il est nécessaire de définir des indicateurs et de mettre en place des études à une plus grande échelle afin d'évaluer les RCP de soins primaires et de mesurer leur efficacité en termes de prise en charge des patients.

E. Une réponse à la demande de collégialité entourant les fins de vie :

Avec l'encadrement des soins palliatifs, est apparue la notion de procédure collégiale (32) (33). Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT) nécessite une concertation entre les membres de l'équipe de soins et l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant (34). La loi « Claeys-Leonetti » élargit son utilisation en cas de décision de refus de l'application des directives anticipées et en préalable à la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) (33).

Les prises en charge des fins de vie concernent également le secteur primaire. En effet, en 2016, 40 % des décès sont survenus au domicile, dont 14 % en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (35) et 81 % des français souhaitent finir les derniers instants de leur vie à domicile (36).

Plusieurs études ont montré les difficultés présentées par les médecins généralistes à respecter les lois entourant la fin de vie. En effet, la procédure collégiale était considérée comme difficilement applicable par certains médecins généralistes lors des LAT (37). Par contre, dans le cadre de la SCPMD où l'Hospitalisation à domicile (HAD) intervenait, elle était respectée, sans forcément être identifiée comme telle, par les médecins généralistes (38) (39).

Les RCP au sein des MSP réunissent les professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans la prise en charge d'un même patient mais également d'autres professionnels n'ayant aucun lien avec le patient. A condition qu'il y ait plusieurs médecins qui assistent à la RCP, la présence d'un médecin consultant serait alors respectée. Les RCP pourraient donc remplir les critères de la procédure collégiale et permettre la prise de décision de LAT ou de SCPMD. De plus, lors des RCP, il est possible d'inviter des professionnels extérieurs à la structure tels que ceux de l'HAD ou de l'Equipe mobile de soin palliatif (EMSP). Comme il a été montré dans cette étude, la rencontre physique des différents professionnels permettait de renforcer le lien, de créer une relation de confiance et de partager leurs expériences et connaissances. L'invitation des équipes de l'HAD ou de l'EMSP pourrait renforcer le lien et faciliter les échanges entre les professionnels de la MSP et ceux de ces deux équipes spécialisées.

Dans cette étude, la discussion autour des fins de vie permettait aux professionnels d'échanger sur ces situations responsables d'un épuisement du soignant, d'identifier l'évolution vers une fin de vie et de chercher des solutions permettant le maintien au domicile. Il serait intéressant d'explorer de manière plus approfondie, les bénéfices apportés par les RCP dans les discussions sur une fin de vie et notamment sur la prise de décision de LAT et/ou la mise en place d'une SPCMD.

F. Une réponse à l'isolement et l'épuisement des soignants :

Dans les années 2000, de nombreuses études ont montré une prévalence importante du syndrome d'épuisement professionnel (SEP) chez les médecins libéraux en France (40) (41). Une étude récente, réalisée en 2017 auprès des médecins généralistes en Loire, retrouvait un score de SEP élevé dans les 3 dimensions chez 5 % des répondants et seulement 18,8 % des répondants qui n'avaient aucune composante de SEP. Ces chiffres étaient similaires à ceux de 2003 malgré une diminution du temps de travail, une tendance au regroupement et une installation majoritairement en milieu urbain (42). Pour lutter contre ce phénomène, des plateformes téléphoniques ont été créées en France depuis 2012 pour prévenir et aider les médecins dans cette situation.

Dans cette étude, des professionnels ont rapporté une prise de recul lors des discussions autour de situations difficiles, permettant de dédramatiser et de s'interroger sur sa position au sein de la relation médecin-patient. Il a été démontré que la relation avec le patient était une cause importante de SEP (43) et que la participation à des groupes de réflexion, tels que les groupes Balint, permettait d'aider les médecins généralistes à prévenir l'épuisement (44). Les participants rapportaient également que le regroupement au sein d'une même structure et la possibilité d'échanger sur ses patients participaient à lutter contre l'isolement, notamment dans les milieux ruraux. En effet, l'isolement est un facteur connu d'épuisement professionnel (45). De plus, selon l'étude de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) en région Champagne-Ardenne, les médecins généralistes exerçant en milieu rural étaient davantage atteints par le SEP (41). Ainsi, il est possible que la participation à des RCP régulières soit un facteur protecteur de SEP.

Il serait intéressant de réaliser une étude de bon niveau de preuve sur l'impact de la mise en place de RCP dans les MSP sur le niveau de SEP des soignants.

G. Une projection vers les CPTS :

L'un des enjeux majeurs de l'évolution de notre système de santé est la coordination des soins (46). Plusieurs dispositifs ont été mis en place dont les MSP pour renforcer la coordination entre les acteurs de l'offre de soins avec notamment les RCP (13) (25). Cette recherche de coordination apparaît également dans la loi de modernisation du système de santé promulguée en Janvier 2016. Dans cette loi, deux dispositifs de coordination sont créés : les Equipes de soins primaires (ESP) et les CPTS. Les ESP sont un mode d'organisation coordonnée dont le projet s'organise autour de leur patientèle tel que les MSP, tandis que les CPTS sont des équipes de professionnels médicaux mais aussi des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont le projet s'articule autour de la population présente sur leur territoire d'action (47). Dans cette étude, un rapprochement était fait entre les RCP et les CPTS. Le travail en groupe coordonné au sein des MSP faciliterait son extension au territoire, voire même à la création d'un lien ville hôpital.

L'utilisation du logiciel PAACO/globule a été mentionnée dans cette étude pour l'organisation des RCP au préalable et pour le suivi des patients présentés. Ce logiciel a été choisi par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour équiper les futures Plateformes

territoriales d'appui (PTA) et les équipes de soins de proximité. Il est intégré actuellement dans les SISA comme il pourra l'être pour les CPTS.

V. Conclusion :

Cette étude a recueilli l'expérience de professionnels de santé ayant participé à des RCP essentiellement sur des cas patients au sein de leur MSP. Les RCP permettaient aux professionnels de santé et au groupe pluriprofessionnel de lutter contre l'isolement, de renforcer les liens interprofessionnels, de dédramatiser certaines situations et d'enrichir leurs connaissances. Les bénéfices obtenus pour le patient étaient de clarifier et débloquer sa situation et de décider d'une conduite à tenir globale coordonnée. L'élaboration de protocoles pluriprofessionnels, mis en place dans certaines MSP au cours des RCP, permettait un gain de temps mais semblait ne concerner que certains professionnels.

Malgré les bénéfices obtenus, certains professionnels les considéraient comme une contrainte et une perte de temps. Les freins retrouvés étaient l'organisation parfois insuffisante et la participation aléatoire. L'expérimentation avait permis à chaque MSP de trouver ses leviers aux freins organisationnels. La participation était motivée par la récompense financière et l'expérience d'une première réunion. La dynamique de groupe, initiée par le coordinateur, persévérerait par la suite grâce à l'implication de chacun.

Il apparaissait une grande diversité d'utilisation des RCP pouvant s'expliquer par un manque de clarté dans sa définition. Il serait intéressant d'identifier les caractéristiques des RCP sur plusieurs MSP et ainsi leur proposer un cadre plus précis et plus adapté.

Un lien était fait entre RCP et CPTS. En effet, les professionnels de ces MSP par leur travail de coordination pourraient être moteurs dans la création de CPTS.

Des études supplémentaires sur ce sujet sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des RCP en termes de modification de la prise en charge des patients, notamment lors des fins de vie à domicile, et leur impact sur l'épuisement des professionnels de santé.

VI. Bibliographie :

1. Bernier M. Rapport d'information : En conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Paris : L'Assemblée générale. 30 Sept 2008. Déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Rapport n°1132, Disponible : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp> [consulté le 20 mai 2019].
2. Bloch J. Les maladies chroniques, état des lieux. Importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies. Adsp. Sept 2010;(78):14-8. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=112> [consulté le 18 mai 2019].
3. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2018. Insee Première. Jan 2019. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693> [consulté le 18 mai 2019].
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France: Situation au 1er janvier 2015. Paris : CNOM, 2015.
5. Inter Syndical Nationale Autonome Représentative des internes de Médecine Générale. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale : Du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011. Lyon : ISNAR-IMG, 2011.
6. Fédération française des maisons et des pôles de santé. Présentation. Disponible sur : <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/presentation-msp/> [consulté le 22 avril 2019].
7. Direction générale de l'offre de soins. Les chiffres clés de l'offre des soins. Jan 2018. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf [consulté le 6 mai 2019].
8. Commissariat général à l'égalité des territoires. Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins : Synthèse. Nov 2015. Disponible : https://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/synthese_etude_jeunes_medecins_generalistes_cget_0.pdf [consulté le 28 décembre 2019].
9. République française. Article L6323-3. Code de la santé publique.

10. Fédération française des maisons et des pôles de santé. Lois et législations. Disponible sur : <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/lois-et-legislations/> [consulté le 29 avril 2019].
11. République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
12. Agence régionale de santé nouvelle-Aquitaine. Structures d'exercice coordonné (Maisons ou centres de santé). Bordeaux : ARS, 11 Sept 2018. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/structures-dexercice-coordonne-maisons-ou-centres-de-sante> [consulté le 3 juin 2019].
13. Direction générale de l'offre de soins. Cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier. DGOS, 2010.
14. République Française. Plan Cancer 2003-2007. Mission interministérielle pour la Lutte contre le cancer. Paris, 2003. Disponible sur : [file:///C:/Users/clair/Downloads/Plan_cancer_2003-2007_MILC%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/clair/Downloads/Plan_cancer_2003-2007_MILC%20(1).pdf) [consulté le 30 décembre 2019].
15. République française. Article D6124-131. Code de la santé publique.
16. Haute Autorité de santé. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Saint-Denis : HAS, 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-12/rapport_rcp_2018.pdf [consulté le 30 décembre 2019].
17. National cancer Action Team. The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team. NHS, Fev 2010.
18. Solé G. Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) : Objectifs et principe de fonctionnement. médecine/sciences. 1 nov 2018;34:23-5.
19. Haute Autorité de santé. Développement professionnel continu : Réunion de concertation pluridisciplinaire. Saint-Denis : HAS, 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf [consulté le 8 mai 2019].

20. Chirgwin J, Craike M, Gray C, Watty K, Mileskin L, Livingston PM. Does Multidisciplinary Care Enhance the Management of Advanced Breast Cancer?: Evaluation of Advanced Breast Cancer Multidisciplinary Team Meetings. *J Oncol Pract.* Nov 2010;6(6):294-300.
21. Friedland PL, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. *Br J Cancer.* 12 Avr 2011;104(8):1246-8.
22. Bergamini C, Locati L, Bossi P, Granata R, Alfieri S, Resteghini C, et al. Does a multidisciplinary team approach in a tertiary referral centre impact on the initial management of head and neck cancer? *Oral Oncol.* Mars 2016;54:54-7.
23. Descotes J-L, Guillem P, Bondil P, Colombel M, Chabloz C. Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie dans la région Rhône-Alpes : une enquête de terrain. *EM* 16 Oct 2010;20(9) :651-6. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/268818> [consulté le 13 janvier 2020].
24. Haute Autorité de santé. Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Saint-Denis : HAS, 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/rapport_art70_2014_05_22_collegefinal_sdc.pdf [consulté le 24 juin 2019].
25. Haute Autorité de santé. Matrice de maturité en soins primaires : Note de synthèse. Saint-Denis : HAS, Dec 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires [consulté le 30 mai 2019].
26. Elwyn G, Bekkers M-J, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T, et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care.* Déc 2010;19(6):e48.
27. Frappé P. Initiation à la recherche. Saint-Cloud : Global Média Santé, 2011.
28. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff : Armand Colin, 2016.

29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer juin 2008;19(84):142-5.
30. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. Sante Publique 5 nov 2015;Vol. 27(4):539-46.
31. Fenot M. Analyse descriptive des réunions de concertation pluriprofessionnelles du Pôle Santé du Sud-Ouest Mayennais. Thèse de médecine : Université d'Angers, 2019.
32. République française. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/4/22/SANX0407815L/jo/texte> [consulté le 25 décembre 2019].
33. République française. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/2/2/AFSX1507642L/jo/texte> [consulté le 25 décembre 2019].
34. République française. Article R4127-37-2. Code de la santé publique.
35. Bellamy V. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile. Montrouge : Insee Focus, Octobre 2017;(95). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763> [consulté le 25 décembre 2019].
36. Institut d'études opinion et marketing en France et à l'international. Les Français et la mort en 2010. Paris : IFOP, Octobre 2010. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-mort-en-2010/> [consulté le 25 décembre 2019].
37. Littré C. Loi Léonetti et collégialité : aide ou carcan pour la pratique du médecin généraliste ? Thèse de médecine générale : Université d'Angers, 2015.
38. Ferhati M. La collégialité en médecine générale dans les situations de fin de vie à domicile: enjeux, freins et leviers. Une étude qualitative

auprès de 20 médecins généralistes. Thèse de médecine générale : université de Rouen, 2018.

39. Bec M, Guineberteau C, Le Gall-Grimaux C, Angoulvan C, Le Pape E. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à domicile: Expérience de médecins généralistes. *Exercer* 2019;158:436-42.
40. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse médicale Déc* 2004;33(22):1569-74.
41. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne: Rapport de recherche. Reims : URLM Champagne-Ardenne, 2002. Disponible sur : http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf [consulté le 1 janvier 2019].
42. Tabone A, Chauvet M. Evolution à quinze ans de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de la Loire. *Exercer* Nov 2019;157:404-8.
43. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Revue Psychologique*. 2009;167(6):pp.422.
44. Kjeldmand D, Holmström I. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners. *Ann Fam Med* Mars 2008;6(2):138-45.
45. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. Mai 2016;388(10057):2272-81.
46. Sebai J. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Sante Publique*. 8 juin 2016;Vol. 28(2):223-34.
47. Direction générale de l'offre de soins. Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). *Bulletin Officiel Santé - Protection sociale – Solidarité*. Paris : DGOS, 2017. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-01/ste_20170001_0000_0076.pdf [consulté le 14 décembre 2019].

VII. Annexes :

Annexe 1 : Guide d'entretien.

Parcours / Motivation :

Pour quelle raison vous êtes-vous installés en MSP ou avez-vous décidé avec vos associés de créer une MSP ?

Thèmes :

Quels sont les sujets discutés durant les RCP ?

Si uniquement cas patient :

Vous m'avez essentiellement parlé des RCP de cas patients.

Que pensez-vous de leur utilisation pour la réalisation de protocoles en vue d'une amélioration des pratiques pluriprofessionnelles ?

Bénéfices et limites :

Que pensez-vous personnellement des RCP ? / Quel est votre point de vue positif et/ou négatif ?

A- Si je comprends bien vous êtes plutôt favorable.

Pourriez-vous me préciser les points positifs à retenir ?

De votre point de vue, y a-t-il néanmoins des points négatifs ?

B- Si je comprends bien vous êtes plutôt défavorable.

Pourriez-vous me préciser les points négatifs à retenir ?

De votre point de vue, y a-t-il néanmoins des points positifs ?

Freins :

Quels sont les difficultés ou obstacles à l'organisation et à la participation aux RCP que vous avez rencontrés et rencontrez peut-être encore actuellement ?

Propositions d'amélioration :

Quels moyens avez-vous dû mettre en place pour améliorer les RCP ?

Quelles seraient vos suggestions pour surmonter les freins restants ou améliorer les RCP ?

Si vous en avez eu connaissance, que pensez-vous des Matrices de maturité ?

Fin :

Voyez-vous autre chose à ajouter à ce sujet ?

Annexe 2 : Trame d'introduction.

Bonjour,

Tout d'abord merci de vous être rendu disponible.

Je suis Claire DELFORGE, médecin généraliste, je travaille actuellement sur les réunions de concertation pluriprofessionnelles au sein des MSP, qui est mon travail de thèse d'exercice de médecin générale.

La thèse est dirigée par le Dr Yann BRABANT, médecin généraliste de la MSP de Pont l'Abbé d'Arnoult.

Après avoir recueilli votre consentement écrit et vous avoir fait remplir un questionnaire écrit très court, je vous poserai plusieurs questions, concernant ce sujet, durant environ quinze minutes.

L'entretien sera enregistré sur mon ordinateur afin de l'utiliser ultérieurement pour le travail de ma thèse, et il restera strictement anonyme.

Annexe 3 : Questionnaire quantitatif.

1) Quel est votre âge ?

|_| |_| ans

2) Quel est votre sexe ?

Femme

Homme

3) Quelle est votre profession ?

Médecin généraliste

Infirmier

Kinésithérapeute

Pharmacien

Orthophoniste

Psychologue

Ergothérapeute

Diététicienne

Sage-femme

Travailleur social

Autres :.....

4) Depuis combien d'années exercez-vous ?

|_| |_| ans

5) En quelle année fut créée la MSP ?

|_|_|_|_|

6) En quelle année vous êtes-vous installé(e) ?

|_|_|_|_|

7) Dans quel milieu exercez-vous ?

Rural

Urbain

Semi-urbain

8) Depuis combien d'années participez-vous aux RCP ?

|_| |_| ans

9) A quelle fréquence ont lieu les RCP ?

- Moins de 2 par an
- Entre 2 et 4 par an
- Entre 5 et 7 par an
- Entre 8 et 10 par an
- Plus de 10 par an

10) Quelles sont les autres professionnels au sein de la MSP ? (noter leur nombre)

Médecin généraliste : |_| |_|

Infirmier : |_| |_|

Kinésithérapeute : |_| |_|

Pharmacien : |_| |_|

Orthophoniste : |_| |_|

Psychologue : |_| |_|

Ergothérapeute : |_| |_|

Diététicienne : |_| |_|

Sage-femme : |_| |_|

Autres :

11) Avez-vous des professionnels extérieurs à la structure invités au RCP ?

Oui

Non

Si oui,

lesquels :

Annexe 4 : Feuille de consentement écrit.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Déclaration de consentement pour enregistrement audio

Je, soussigné(e) déclare accepter de faire l'objet d'un enregistrement audio, et consent à ce que cet enregistrement soit utilisé dans le cadre de la thèse d'exercice de médecine générale de DELFORGE Claire, dirigée par le Dr BRABANT Yann sur les réunions de concertation pluriprofessionnelles au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles en Charente-Maritime.

Fait à, le ... /.../2019 en deux exemplaires.

Signature :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe 5 : Tableaux de recueil des données quantitatives.

N° entretien	Age	Sexe	Profession	Années d'exercice	Années d'installation
1	60	F	Pharmacienne	36	23
2	40	F	Infirmière	16	6
3	65	M	Médecin généraliste	31	31
4	46	M	Médecin généraliste	15	7
5	52	F	Infirmière	8	5
6	43	F	Psychologue	13	4
7	43	M	Infirmier	15	11
8	36	M	Kinésithérapeute	10	5
9	33	M	Médecin généraliste	3	1
10	61	F	Orthophoniste	37	15
11	55	F	Infirmière	31	6
12	44	F	Médecin généraliste	10	10

Tableau 1 : Caractéristiques du participant

N° entretien	Milieu	Année création MSP	Offre de soins du territoire	Mono ou multisite	Nombre de professionnel	Nombre de professions différentes	Fréquence des RCP
1	Rural	2013	ZAC	Multisite	11	5	Entre 2 et 4 par an
2	Semi-urbain	2017	ZAC	Monosite	8	4	Entre 8 et 10 par an
3	Semi-urbain	2017	ZAC	Monosite	8	4	Entre 8 et 10 par an
4	Semi-urbain	2016	ZAC	Multisite	28	9	Entre 8 et 10 par an
5	Rural	2013	ZAC	Multisite	13	5	Moins de 2 par an
6	Rural	2016	ZAC	Multisite	28	9	Entre 8 et 10
7	Rural	2015	Ni ZIP, ni ZAC	Multisite	35	7	Plus de 10 par an
8	Rural	2015	Ni ZIP, ni ZAC	Multisite	35	7	Plus de 10 par an
9	Rural	2015	Ni ZIP, ni ZAC	Multisite	35	7	Entre 8 et 10 par an
10	Rural	2015	Ni ZIP, ni ZAC	Multisite	35	7	Entre 8 et 10 par an
11	Rural	2016	ZIP	Monosite	7	4	Entre 8 et 10 par an
12	Rural	2016	ZIP	Monosite	7	4	Entre 8 et 10 par an

Tableau 2 : Caractéristiques de la MSP.

ZAC : Zone d'accompagnement complémentaire. ZIP : Zone d'intervention prioritaire.

N° entretien	Lieu	Durée
1	Cabinet médical	34 minutes 41 secondes
2	Cabinet médical	11 minutes 22 secondes
3	Cabinet médical	16 minutes
4	Cabinet médical	18 minutes
5	Cabinet médical	14 minutes 28 secondes
6	Cabinet médical	13 minutes 18 secondes
7	Cabinet médical	11 minutes 56 secondes
8	Cabinet médical	11 minutes 34 secondes
9	Domicile investigateur	12 minutes 49 secondes
10	Cabinet médical	23 minutes 25 secondes
11	Cabinet médical	9 minutes 39 secondes
12	Cabinet médical	6 minutes 14 secondes

Tableau 3 : Caractéristiques de l'entretien.

VIII. Résumé :

Introduction

Depuis 2007, la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) constitue une nouvelle forme d'offre de soins. L'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) est un des outils de coordination des soins de ces structures. Contrairement aux RCP d'oncologie, les RCP au sein des MSP ont été très peu évaluées.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les bénéfices et les limites des RCP au sein des MSP perçues par les professionnels de santé.

L'objectif secondaire était d'identifier les leviers et de recueillir des propositions d'amélioration.

Méthodes

Il a été réalisé une étude qualitative auprès de professionnels de santé de Charente-Maritime, par entretiens semi-dirigés, entre août et novembre 2019.

Résultats

Les RCP au sujet de cas patients permettaient de clarifier certaines situations complexes, de décider d'une conduite à tenir globale et coordonnée, de lutter contre l'isolement des professionnels, de renforcer les liens interprofessionnels, de dédramatiser certaines situations et d'enrichir leurs connaissances mutuelles.

Les RCP étaient considérées par certains professionnels comme une contrainte et une perte de temps. L'organisation était parfois insuffisante et la participation aléatoire. Un manque de clarté au niveau de la définition des RCP était reproché.

L'expérimentation permettait de trouver des leviers aux freins organisationnels. La récompense financière, l'expérience d'une première réunion et une bonne dynamique de groupe garantissaient une participation suffisante. Les matrices de maturité en soins primaires, peu connues, pouvaient être utiles au coordinateur de la MSP.

Conclusion

Ces réunions apportaient de nombreux bénéfices mais également certaines contraintes aux équipes de soins primaires.

Il est nécessaire de mieux définir le cadre et le contenu des RCP, puis de réaliser des études afin de mesurer leur efficacité.

Mots clés : réunions de concertation pluriprofessionnelles, maisons de santé pluriprofessionnelles, soins de santé primaires.

IX. Abstract :

Introduction

Since 2007, the interprofessional primary care (IPPC) creation has been a new form of care provision. The organisation of interprofessional team (IPT) meetings is one of the tools used to coordinate the care provided by these structures. Unlike the oncology multidisciplinary team meetings, the IPT meetings within the IPPCs have been very little evaluated.

The main objective of this study was to identify the benefits and limitations of the IPT meetings within the IPPCs, perceived by the health professionals.

The secondary objective was to identify levers and collect proposals for improvement.

Method

A qualitative study was carried out amongst health professionals in Charente-Maritime, by semi-directed interviews, between August and November 2019.

Results

The IPT meetings about patient cases made it possible to clarify certain complex situations, to decide on a coordinated overall course of action, to reduce the isolation of professionals, to strengthen inter-professional links, to play down certain situations and to enrich their mutual knowledge.

The IPT meetings were considered by some professionals as a constraint and a waste of time. Organisation was sometimes inadequate and participation was sometimes random. A lack of clarity in the definition of the IPT meetings was criticised.

Experimentation was used to find levers to organisational barriers. The financial reward, the experience of a first meeting and a good group dynamic guaranteed sufficient participation. Matrixes of maturity in primary care, which were little known, could be useful to the IPPC coordinator.

Conclusion

These meetings brought many benefits but also some constraints to the primary care teams. There is a need to better define the framework and content of the IPT meetings and to conduct studies to measure their effectiveness.

Key words : interprofessional team meetings, interprofessional primary care, primary health care



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

