

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Forces et faiblesses, opportunités et menaces : le maintien en
activité des maisons de santé pluriprofessionnelles : point de vue
des coordinateurs de santé.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 février 2022 à 16 heures
Au Pôle Formation
par **Martin LEBECQUE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ACI :	A ccord C onventionnel I nterprofessionnel
ASALEE :	A ctions d e S Anté L ibérale E n É quipe
ARS :	A gence R égionale de S anté
CDS :	C oordinateur D e S anté
CPAM :	C aisse P rimaire d' A ssurance M aladie
ENMR :	E xpérimentation des N ouveaux M odes de R émunération
ETP :	É ducation T hérapeutique P atient
IPA :	I nfirmier(ère) en P ratique A vancée
LP :	L ogiciel P luriprofessionnel
MSP :	M aison de S anté P luriprofessionnelle
NMR :	N ouveaux M odes de R émunération
OMS :	O rganisation M ondiale de la S anté
PDS :	P rofessionnel D e S anté
RA :	R èglement A rbitral
RCP :	R éunions de C oncertation P luriprofessionnelle
SISA :	S ociété I nterprofessionnelle de S oins A mbulatoires
SWOT :	S trengths (Forces), W eaknesses (Faiblesses), O pportunities (Opportunités), T hreats (Menaces)

Table des matières

I.	INTRODUCTION	14
1.	Les soins primaires en France.....	14
2.	Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : nouveau levier de l'offre des soins primaires	15
3.	Augmentation exponentielle des MSP à l'échelle nationale et à l'échelle régionale : exemple de la région des Hauts-de-France	16
4.	Les transformations « culturelles » liées au mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné	16
5.	Émergences de nouvelles problématiques liées au mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné : la problématique « managériale ».....	17
6.	Émergence de nouvelles problématiques liées au mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné : la problématique « financière ».....	19
7.	L'espoir suscité par la profession nouvelle de « Coordinateur de Santé » pour répondre à la problématique managériale.....	20
8.	Menace sur la pérennité des MSP si ces problématiques ne sont pas prises en compte.....	21
II.	METHODE	23
1.	Étude Qualitative	23
2.	Population	23
a)	Critères d'inclusion	23
b)	Critères de non-inclusion.....	23
c)	Recrutement.....	24
d)	Nombre de participants nécessaires	24
3.	Recueil des données	24
a)	Entretiens semi-dirigés	24
b)	Guide d'entretien	25
c)	Retranscription et stockage des données.....	27
4.	Analyse des données	27
a)	Analyse thématique selon l'outil managérial SWOT	27
b)	Validité des résultats	28
5.	Éthique	28

a)	Information et consentement	28
b)	Confidentialité	28
c)	Comité compétent.....	28
III.	Résultats	30
1.	Population étudiée	30
2.	Forces	33
a)	Le leader demeure une personne centrale au sein de l'équipe pluriprofessionnelle : donner la direction aux professionnels de santé vis-à-vis du projet de santé et maintenir ce cap dans la durée.....	33
b)	Une équipe pluriprofessionnelle, en parfaite cohésion et avec une bonne coopération entre chaque membre, qui avance dans le même sens	35
c)	Un projet de santé mature qui répond aux volontés des professionnels de santé et aux besoins des patients.....	37
d)	Le coordinateur de santé : garant de la cohésion de l'équipe pluriprofessionnelle et du lien entre le leader et l'équipe pluriprofessionnelle	38
e)	Une organisation efficiente de l'activité de coordination pour ne pas laisser le professionnel de santé	40
f)	Gagner en qualité d'exercice au quotidien et en qualité de vie personnelle grâce à la coordination et à la continuité des soins	42
g)	Améliorer la prise en charge et la santé globale du patient par l'approche pluriprofessionnelle et coordonnée et des services de santé novateurs.....	43
h)	Améliorer la communication et la transmission d'informations au sujet du patient grâce au Logiciel Pluriprofessionnel	44
i)	Profiter de locaux modernes et de matériel technique récent grâce à la mutualisation des moyens.....	45
3.	Faiblesses	46
a)	Le leader de l'équipe pluriprofessionnelle : un rôle qui implique des responsabilités et une charge de travail supplémentaire chronophage pouvant mener à un risque d'épuisement....	46
b)	Lacunes du leader dans le management au quotidien de l'équipe pluriprofessionnelle	48
c)	Difficultés à initier une cohésion entre les membres de l'équipe pluriprofessionnelle et à maintenir cette cohésion dans la durée.....	49
d)	Difficultés à mettre en place un projet de santé qui implique l'ensemble des professionnels de santé et flexible avec le temps.....	50
e)	Maintenir dans la durée l'implication et la motivation des professionnels de santé vis-à-vis du projet de santé.....	51
f)	Un travail lié à la coordination qui demeure conséquent et chronophage malgré l'arrivée du CDS au sein de l'équipe pluriprofessionnelle	52
g)	Manque d'efficacité dans l'organisation et la tenue des réunions de coordination (RCP).....	53

h)	Manquements dans l'usage du LP pour l'activité de coordination notamment de la part des professions paramédicales.....	54
i)	Un investissement financier qui demeure plus important comparé à une installation au sein d'un cabinet libéral isolé	56
4.	Opportunités	57
a)	Mettre toutes les chances de son côté pour recruter « qualitativement » un nouveau médecin généraliste et assurer le quota minimum de médecins généralistes au sein de la MSP	57
b)	Des raisons à vouloir exercer au sein d'une MSP axées sur une amélioration de sa qualité d'exercice et de sa qualité de vie personnelle plutôt qu'une optimisation financière	59
c)	Élargir son effectif en accueillant de nouvelles professions paramédicales pour mener spécifiquement les NFE chronophages et décharger les professionnels de santé de la MSP...	60
d)	La place centrale du coordinateur de santé au sein de l'équipe pluriprofessionnelle : bien plus qu'un accompagnement et qu'une aide administrative à propos du travail de coordination .	61
e)	S'appuyer sur le soutien et l'accompagnement des instances régulatrices pour poursuivre le développement de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle	63
f)	S'ouvrir sur l'extérieur en développant et en renforçant une activité de coordination avec les différents partenaires du territoire.....	64
g)	Bénéfice de l'ACI et des financements perçus dans ce cadre pour développer et maintenir des pratiques innovantes pour le patient et améliorer le quotidien de la MSP.....	65
h)	Saisir les envies des nouveaux professionnels de santé et les demandes des patients en matière de soins pour remettre en question et renouveler le projet de santé	67
i)	Renforcer la cohésion et la convivialité de l'équipe pluriprofessionnelle par le biais d'événements externes à la MSP.....	68
5.	Menaces	69
a)	Dépendance des financements perçus dans le cadre de l'ACI pour maintenir en activité la MSP et assurer au quotidien la mise en place du projet de santé	69
b)	Un ACI perçu comme contraignant plutôt qu'avantageux pour certains professionnels de santé au point de vouloir s'en séparer	71
c)	Adapter un mode d'exercice de plus en plus protocolaire et reposant sur une informatisation de sa pratique (via le LP) qui ne présente pas que des avantages.....	72
d)	L'impact des départs à la retraite des médecins généralistes sur l'équilibre et le maintien de la MSP	73
e)	L'absence de véritable solution pour faire face à la difficulté du recrutement de médecins généralistes au sein des territoires ruraux.....	74
f)	Ne pas perturber la cohésion et l'équilibre au sein de l'équipe pluriprofessionnelle lors du recrutement de nouveaux professionnels de santé	76
g)	Une relation et une coopération, avec les professionnels de santé et les partenaires médico-sociaux situés autour de la MSP, qui gagnerait à se développer et à se renforcer.....	77

h)	Impact d'une crise sanitaire persistante et de grande ampleur sur la dynamique et le déroulement du projet de santé.....	78
IV.	Discussion.....	79
1.	Forces et limites de l'étude	79
a)	Forces de l'étude	79
b)	Limites de l'étude	80
2.	Résumé des résultats	80
a)	Fonctionnement coordonné et management au quotidien de l'équipe pluriprofessionnelle ...	80
b)	Avantages et inconvénients liés à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.....	82
c)	Enjeux autour du recrutement de nouveaux PDS et difficultés de recrutement de médecins généralistes au sein des déserts médicaux	84
d)	Des relations avec les partenaires médicaux et médico-sociaux à renforcer.....	86
3.	Discussion.....	87
a)	Introduction.....	87
b)	Les socles à maintenir pour assurer une organisation pérenne de l'équipe pluriprofessionnelle88	
1.	Une équipe pluriprofessionnelle « soudée » et en parfaite « cohésion »	88
2.	Un projet de santé « mature » et « efficient » qui évolue avec le temps.....	89
3.	La présence « pertinente » d'un coordinateur de santé au sein de l'équipe pluriprofessionnelle	92
4.	Une utilisation optimale du Logiciel Pluriprofessionnel axée sur le travail de coordination.....	94
c)	Quelles perspectives pour l'avenir des MSP ?	95
1.	Le virage des CPTS.....	95
2.	Gagner en temps médical via des nouvelles professions (Dispositif ASALEE et Infirmier(e) en Pratique Avancée).....	98
3.	Questionnements autour de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel	99
V.	Conclusion	102
VI.	Bibliographie	103
VII.	Annexes.....	106
1.	Lettre d'information	106
2.	Guide d'entretien, première version	107
3.	Guide d'entretien, dernière version	110
4.	Entretiens retranscrits	113
a)	Entretien A.....	113
b)	Entretien B.....	123

c) Entretien C.....	134
d) Entretien D.....	144
e) Entretien E.....	155
f) Entretien F.....	165
g) Entretien G.....	176
h) Entretien H.....	183
i) Entretien.....	193

5. Trésaurus de solutions managériales pour un exercice pluriprofessionnel et coordonné pérenne du point de vue de son organisation 200

I. INTRODUCTION

1. Les soins primaires en France

Depuis le début des années 2000, on assiste en France à un recentrage de l'offre générale de soins autour des « soins primaires ». Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les soins primaires sont définis comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays » (1).

Les soins primaires représentent un pilier essentiel d'un système de soins moderne. Investir dans les soins primaires c'est augmenter l'efficacité du système global de soins, c'est réduire le nombre d'admissions à l'hôpital et c'est apporter une amélioration de l'état de santé des personnes par la prévention et le suivi au long cours du patient assuré (2) par le médecin généraliste.

Les pouvoirs publics français présentent ainsi un intérêt croissant quant aux soins primaires. Ces derniers se doivent d'évoluer et de répondre à la double injonction de favoriser l'accès et la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses (3). En France les dépenses de santé pour les soins primaires représentent 11% des dépenses totales de santé pour l'année 2017 (2).

Cet intérêt autour des soins primaires s'accompagne ainsi d'une « évolution » et d'une véritable « transformation » de ceux-ci. La première transformation intervient en 2004 avec la reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité à part entière (4). La seconde transformation prône une modification « culturelle » de la médecine dite libérale avec la promotion par les pouvoirs publics français d'un nouveau mode d'exercice professionnel dit « collectif » basé sur une « coopération pluriprofessionnelle » et « coordonnée » (5). Il s'agit d'un véritable tournant dans la pratique de la médecine libérale habituellement axée sur un mode d'exercice autonome et indépendant. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) constituent le levier de ce nouveau mode d'exercice « pluriprofessionnel et coordonné » en soins primaires.

2. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : nouveau levier de l'offre des soins primaires

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont introduites dans le Code de Santé Publique (article L.6323-3) en 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007.

Les MSP sont des structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (6). Les Professionnels De Santé (PDS) exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné (6). Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) un contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence (6).

Depuis le début des années 2000 les pouvoirs publics français renforcent l'organisation des soins primaires autour de ce nouveau mode d'exercice « pluriprofessionnel et coordonné » (7). Ils présentent ainsi différentes mesures pour en faire la promotion et favoriser la création de nouvelles MSP.

Ils créent dans un premier temps un cadre institutionnel favorable à ce mode d'exercice comme précisé au sein de la loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » du 21 juillet 2009.

Ils mettent également en place une diversification de la rémunération des professionnels libéraux (4) avec la création des « Nouveaux Modes de Rémunération » (NMR) dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008. Les NMR constituent un véritable outil de valorisation du mode d'exercice « pluriprofessionnel et coordonné » (7) : ils correspondent à la première rémunération dédiée spécifiquement à l'exercice collectif et coordonné. Il s'agissait à l'époque d'une expérimentation ayant pour objectif de favoriser ce nouveau mode d'exercice. Les NMR ont laissé place par la suite au Règlement Arbitral (RA) de 2015 puis plus récemment à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) du 20 avril 2017 dont les principes restent identiques.

Face à ce cadre légal et financier propice, en première lecture, pour ce mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné nous assistons à une augmentation

exponentielle depuis le début des années 2000 du nombre de MSP à l'échelle nationale. La dynamique est la même à l'échelle de la région des Hauts-de-France.

3. Augmentation exponentielle des MSP à l'échelle nationale et à l'échelle régionale : exemple de la région des Hauts-de-France

En juillet 2020 l'ARS des Hauts-de-France estime accompagner le fonctionnement de 142 MSP et apporte son appui à 39 projets (8).

Selon la Fédération des structures d'exercice coordonné des Hauts-de-France on estimait entre 5 et 10 le nombre de MSP en 1970 au sein des régions du Nord et du Pas-de-Calais. Ce nombre passe à 49 MSP en 2015 pour arriver à 130 MSP au début de l'année 2020.

Le développement de structures d'exercice coordonné constitue une des priorités du Plan Régional de Santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France (9).

Nous constatons un recentrage effectif des soins primaires en France autour de ces structures basées sur un mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné. Cette nouvelle forme d'exercice fait l'objet de nombreuses études notamment sur les transformations « culturelles » (10) imposées aux professionnels libéraux.

4. Les transformations « culturelles » liées au mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné

Ce mode d'exercice nouveau prôné par les pouvoirs publics oriente le professionnel libéral à s'inscrire dans une culture pluriprofessionnelle et collective. Chaque professionnel de santé se doit d'intégrer dans sa pratique le rôle des autres professionnels de santé de la MSP au travers de coopérations et par le biais d'une coordination. Cette notion de coordination constitue le propre des MSP (5) : elle doit être prise en compte par chacun des membres d'une MSP car elle impacte directement sur l'efficacité et sur la réussite du projet de santé de la MSP (5). Le professionnel de santé s'éloigne d'un mode d'exercice plus autonome et indépendant.

En exerçant au sein d'une MSP le professionnel de santé élargit également son champ d'action à une logique sociale (7). Il n'est plus seulement dans un champ d'action médical. Il ne s'occupe plus non plus uniquement d'un patient mais plutôt d'une population sur un territoire.

Il ne s'agit plus d'un mode d'exercice basé sur l'autonomie et l'indépendance du praticien libéral placé sous le regard unique de la sécurité sociale. L'action du professionnel de santé d'une MSP est placée également sous le regard de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en ce qui concerne l'activité pluriprofessionnelle et coordonnée. En effet pour pouvoir bénéficier des financements dans le cadre de l'ACI les professionnels de santé d'une MSP doivent régulièrement justifier de leur activité collective.

Toutefois, cette modification de culture imposée aux professionnels libéraux s'avère complexe et se heurte parfois à la réticence des professionnels de santé, ce qui peut porter en échec le projet de rassemblement et de coordination (7).

Les professionnels de santé valorisent leur autonomie et leur liberté d'entreprendre. La constance avec laquelle ils défendent la liberté d'installation illustre le refus d'une régulation directe de leur pratique par l'état (notamment via l'ACI) (11).

A cet obstacle des réticences liées aux modifications culturelles s'ajoutent des problématiques nouvelles, liées spécifiquement à l'exercice pluriprofessionnel et coordonné, mises en évidence lors de la création de projets de MSP.

5. Émergences de nouvelles problématiques liées au mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné : la problématique « managériale ».

Des précédents travaux ont mis en évidence une problématique liée à la coordination des équipes pluriprofessionnelles et au management de l'équipe exerçant au sein d'une structure d'exercice en mode regroupé (12).

Cette problématique d'ordre « managérial », constatée aussi bien à un niveau national que régional, serait présente dès l'ébauche du projet d'une MSP.

Les professionnels de santé (médecins ou non) sont peu préparés à l'exercice coordonné par nature pluriprofessionnel (11).

Exercer au sein d'une structure d'exercice coordonné incombe de travailler en équipe mais aussi de savoir gérer et diriger une équipe. Un membre de l'équipe pluriprofessionnelle assure alors ce rôle de gestion d'équipe : il endosse le rôle dit de « leader ».

Le rôle du leader est un rôle primordial dans la réussite du projet de la MSP. Le mode de management d'une équipe pluriprofessionnelle choisi par le leader influe directement sur la dynamique du regroupement mais aussi sur l'émergence et le contenu du travail pluriprofessionnel (7). Le mode de management repose sur la qualité du leader à créer du collectif et à savoir mener à bien le projet de santé choisi par l'équipe pluriprofessionnelle (7). Le leader se doit donc d'avoir des connaissances et des compétences dans le domaine du management. Force est de constater dans de précédentes études un manque de formation et de temps pour les professionnels de santé dans l'acquisition préalable de ces compétences managériales.

Outre le management de l'équipe pluriprofessionnelle le leader assure aussi d'autres fonctions au sein d'une MSP comme la représentation du projet de la MSP auprès des instances régulatrices (notamment l'ARS) ou la recherche de financements extérieurs pour le fonctionnement et la pérennité de la MSP.

Dans de précédentes études il en ressort que le leader d'une équipe pluriprofessionnelle assure souvent ce rôle seul (12). Il s'agit d'un rôle chronophage aux dépens de l'activité médicale ou paramédicale propre. Le principal risque est d'en arriver à un épuisement du leader (7) (12) et d'entraîner le projet de santé d'une MSP vers l'échec. L'autre conséquence est d'en arriver à un simple regroupement de professionnels de santé autour d'un projet immobilier et de passer outre la notion de travail pluriprofessionnel et de coordination.

En plus d'une problématique managériale mise en évidence lors de la création de MSP émerge également une problématique d'ordre financier.

6. Émergence de nouvelles problématiques liées au mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné : la problématique « financière ».

Les premières études au sujet des MSP se déroulaient en plein contexte d'expérimentation des « Nouveaux Modes de Rémunération » (NMR). Les NMR ont accompagné l'essor du nombre de MSP dans le système de soins français (13). Ils ont permis de révéler des leviers et des freins (déjà présentés précédemment) des MSP (13).

Les NMR avaient pour objectif de favoriser et de financer une activité pluriprofessionnelle et coordonnée de qualité. Ils s'ajoutent en sus du salaire habituel d'un professionnel de santé exerçant au sein d'une MSP. Les NMR ont évolué de façon successive avec le RA puis avec l'ACI.

Ce mode de rémunération d'une activité collective et coordonnée peut apparaître au prime abord intéressant. Les professionnels de santé émettent cependant des réserves sur ce mode de financement non proportionnel au temps passé à construire et à faire vivre le projet de santé : moment qualifié de chronophage aux dépens du temps personnel et de l'activité médicale ou paramédicale première (12). L'activité de coordination se révèle être une activité chronophage pour les professionnels de santé. Lorsque ceux-ci s'attellent à cette activité, ils ne se consacrent pas à leur activité première de soin auprès du patient. Par conséquent il existe une diminution de l'activité auprès du patient entraînant une diminution du revenu lié à l'activité de soins. Cette perte de revenu ne semble pas compensée par le revenu lié au temps passé à la coordination.

Il existe alors un risque de découragement des professionnels de santé quant à l'activité de coordination qui peut constituer une menace sur la pérennité du projet de santé de la MSP. Les professionnels de santé aspirent ainsi à un mode de rémunération de l'activité collective et coordonnée plus avantageux et plus rentable (12).

Recentrer l'offre des soins primaires autour des MSP s'accompagne donc de transformations culturelles et organisationnelles instables. S'ajoute à ces transformations la nécessité d'obtenir des financements pour assurer la pérennité du fonctionnement de ces MSP (13).

7. L'espoir suscité par la profession nouvelle de « Coordinateur de Santé » pour répondre à la problématique managériale

Pour répondre aux enjeux des transformations culturelles et organisationnelles des soins primaires problématiques émerge un nouveau métier : celui de « Coordinateur De Santé (CDS) » (14). L'arrivée de cette profession « nouvelle » dans le paysage des soins primaires constitue un espoir pour la poursuite du développement de ce mode d'exercice tout en apportant une réponse aux problématiques de coordination et de management (15).

Le coordinateur de santé anime l'équipe de soins primaires : il insuffle une dynamique au sein du groupe. Il fédère l'ensemble des idées, des points de vue et des besoins des différents professionnels de santé de la MSP.

Il joue un rôle « majeur » dans l'avancée du projet de santé élaboré par l'équipe de professionnels de santé en assurant notamment des missions administratives (comme la comptabilité, la gestion de ressources humaines, l'achat de fournitures, la gestion de budgets liés à l'exercice coordonné) ou en assurant des missions de communication interne (organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelle) ou externe (gestion de permanence de médecins spécialistes, de services sociaux ou médico-sociaux) (15). Il assure également les relations avec les institutions régulatrices (ARS ou CPAM) (15).

Le coordinateur de santé dispose de compétences en gestion administrative, de compétences en ressources humaines et en gestion de projets.

Le coordinateur de santé peut être embauché directement par une MSP, par une collectivité territoriale ou être le prestataire d'un service rémunéré par la MSP.

Il incombe à la MSP de décider sur quel champ interviendra ce coordinateur de santé ainsi que sur les modalités organisationnelles de son travail en fonction des besoins et des moyens dont elle dispose.

Ainsi, faire appel à un coordinateur de santé au sein d'une MSP permettrait aux professionnels de santé de se concentrer sur leur exercice propre : il assure une fonction de support aux professionnels de santé. Il peut également assurer un rôle

de soutien auprès du professionnel de santé qui endosse le rôle de « leader » de l'équipe (11).

L'arrivée de cette profession au sein de l'équipe pluriprofessionnelle d'une MSP constitue un espoir pour résoudre les problématiques managériales mais n'a jusqu'à maintenant pas été réellement étudiée.

8. Menace sur la pérennité des MSP si ces problématiques ne sont pas prises en compte

Les problématiques managériales et financières mises en évidence lors de la création des premières MSP ne semblent pas avoir impacté leur installation. L'augmentation exponentielle de leur nombre au sein des régions des Hauts-de-France en atteste.

Il s'agit cependant de problématiques primordiales à prendre en compte dès le début du projet de santé d'une MSP. Si elles ne sont pas prises en considération sur le long terme elles peuvent constituer une menace sur la réussite du projet pluriprofessionnel et coordonné propre à une MSP. La question de la pérennité de ces structures pour répondre aux besoins des soins primaires peut se poser si ces problématiques persistent après plusieurs années d'installation d'une MSP.

L'arrivée de la profession de coordinateur de santé comme présenté auparavant apporterait une réponse à la problématique managériale et permettrait de libérer du temps aux professionnels de santé pour se consacrer à leur activité propre mais aussi sur leur activité collective et coordonnée en délaissant les tâches administratives.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer où se situent actuellement les MSP de la région des Hauts-de-France dans leur fonctionnement managérial et dans la gestion de leur activité coordonnée. Cette évaluation se fera à travers le regard des coordinateurs de santé jouant un rôle clef d'un point de vue managérial dans le fonctionnement coordonné de l'équipe pluriprofessionnelle. Le but est de recueillir auprès de ces derniers les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces actuelles rencontrées au sein des MSP des régions du Nord et du Pas-de-Calais. Il

sera alors évalué si les problématiques managériales et financières déjà mises en évidence sont toujours d'actualité et si de nouvelles problématiques apparaissent ?

L'objectif secondaire de cette étude sera de proposer un thésaurus de solutions managériales pragmatiques permettant aux MSP d'assurer un fonctionnement organisationnel coordonné pérenne.

II. METHODE

1. Étude Qualitative

L'étude est de nature qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés. La méthodologie qualitative est la plus appropriée vis-à-vis de la question de recherche qui recueille des données verbales non mesurables et nécessitant une démarche interprétative. La recherche qualitative permet d'explorer l'expérience vécue par les Professionnels De Santé (PDS) confrontés à des phénomènes nouveaux ou émergents à l'image de l'organisation des soins primaires en France en une activité pluriprofessionnelle et coordonnée.

Le but de cette étude est d'identifier les problématiques actuelles rencontrées par les équipes pluriprofessionnelles au sein des MSP et d'apporter ainsi des solutions pragmatiques à ces problématiques.

2. Population

a) Critères d'inclusion

Les participants de cette étude répondaient aux critères d'inclusion suivants :

- Exercer la profession de coordinateur de santé ou PDS faisant office de coordinateur de santé ;
- Exercer au sein d'une MSP en activité sur la région des Hauts-de-France.

b) Critères de non-inclusion

Les personnes répondant à ces caractéristiques suivantes ne faisaient pas partie de cette étude :

- Coordinateur de santé ou PDS faisant office de coordinateur de santé au sein d'un centre de santé ;
- Coordinateur de santé ou personne faisant office de coordinateur de santé au sein d'une équipe pluri professionnelle en cours de projet de création d'une MSP.

c) Recrutement

Le recrutement des participants s'est fait avec l'appui de la Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France (FEMAS). Les coordonnées de chaque participant ont pu être obtenues lors de la participation de l'investigateur à un des séminaires de la formation « Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe (PACTE) » pour la promotion année 2020.

Chaque participant a ensuite été contacté par voie téléphonique par l'investigateur. Au cours de ce contact téléphonique, le but de l'étude, l'enregistrement de chaque entretien sous format audio-numérique, l'anonymisation et la sauvegarde de façon sécurisée des données enregistrées ont été à nouveau exposés. Après recueil de l'accord par voie orale du participant un rendez-vous était convenu pour la réalisation de l'entretien via une rencontre physique ou via un logiciel de communication informatique. Il était également envoyé une lettre d'information par voie électronique reprenant l'ensemble des informations présentées par voie orale (Annexe 1).

d) Nombre de participants nécessaires

La recherche qualitative n'implique pas le principe du nombre de sujets nécessaires comme dans une recherche de nature quantitative.

Le principe de suffisance des données a été retenu : c'est-à-dire que les entretiens se poursuivaient jusqu'à ce qu'ils ne révèlent pas de nouvel élément à analyser.

3. Recueil des données

a) Entretiens semi-dirigés

Le recueil des données de notre étude s'est effectué au cours d'entretiens semi-dirigés. L'entretien est un instrument privilégié pour l'exploration du point de vue et de l'expérience vécue de l'interviewé.

Ces entretiens semi-dirigés reposaient sur un guide d'entretien (Annexe 2) constitué de questions ouvertes définies à partir des thèmes à explorer par l'investigateur. La réponse attendue de la part du participant, pour chacune de ces questions ouvertes, était avant tout la production d'un discours. L'investigateur portait une écoute active

de l'interviewé avec une attention toute particulière pour laisser parler l'interviewé et pour favoriser l'expression de son discours. Il s'aidait pour cela de stratégies d'intervention avec la technique de la relance et la technique de la déclaration. La technique de la relance (type réitération écho) consiste à répéter par l'investigateur les propos que vient de tenir l'interviewé. Cette technique a pour but d'amener l'interviewé à préciser mais aussi confirmer ses propos. La technique de déclaration (type complémentation) consiste en une reformulation des propos de l'interviewé par l'investigateur afin de s'assurer de la bonne compréhension des idées et des ressentis de l'interviewé par l'investigateur. Les silences de l'interviewé étaient respectés afin de le laisser réfléchir et développer ses propos.

Les entretiens-semi dirigés se sont déroulés avec une certaine souplesse vis-à-vis du guide d'entretien, l'investigateur n'hésitant pas à s'écarter de celui-ci afin d'explorer une nouvelle idée développée par l'interviewé.

Après la présentation de l'étude et de son objectif aux participants et le recueil de leur consentement, l'entretien était enregistré à l'aide de deux appareils audio-numériques. Les caractéristiques suivantes des coordinateurs de santé étaient ensuite recueillies : sexe, âge, profession initiale, formation pour devenir coordinateur de santé, exercice au sein d'une seule ou de plusieurs MSP et le caractère urbain, semi-urbain ou rural de leur lieu d'exercice.

La période de recueil des données s'est effectuée jusqu'à l'atteinte de la significativité des données.

b) Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 2) a été établi selon les données de la littérature à propos des soins primaires et des MSP et selon l'outil managérial SWOT.

L'acronyme SWOT se décompose en Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités) et Threats (Menaces). L'outil managérial SWOT est un outil managérial de stratégie d'entreprise qui permet au dirigeant de l'entreprise d'élaborer une stratégie de développement de l'entreprise (16) avec l'atteinte de nouveaux objectifs. La méthode SWOT permet alors l'identification des facteurs

internes et des facteurs externes favorables et défavorables à l'atteinte de ces nouveaux objectifs.

Les facteurs internes sont les facteurs liés à l'entreprise et qui sont modifiables par l'entreprise même. Ils sont constitués des :

- **Forces** (*strengths*) : caractéristiques de l'entreprise qui lui donnent un avantage sur les autres entreprises ;
- **Faiblesses** (*weaknesses*) : caractéristiques de l'entreprise qui lui donnent un désavantage par rapport aux autres entreprises.

Les facteurs externes sont les facteurs liés à l'environnement de l'entreprise et que cette dernière ne peut pas maîtriser. Ils sont constitués des :

- **Des opportunités** (*opportunities*) : éléments de l'environnement que l'entreprise pourrait exploiter à son avantage ;
- **Des menaces** (*threats*) : éléments de l'environnement qui pourraient causer des problèmes à l'entreprise.

L'objectif de l'outil managérial SWOT est de permettre à l'entreprise de définir un plan d'action qui maximisera l'emploi des forces de l'entreprise, qui réduira l'appel aux ressources identifiées comme des faiblesses, qui saisira au mieux les opportunités et qui saura éviter les menaces (16). Ce plan d'action permettra le développement le plus efficient de l'entreprise.

L'application de l'outil managérial SWOT à l'échelle d'une MSP et de son équipe pluriprofessionnelle est tout à fait pertinente dans le sens où les PDS se retrouvent (pour certains) face à un mode d'exercice nouveau orienté vers un caractère collectif et coordonné avec la mise en commun des moyens et devant répondre à de nouvelles demandes en matière de soins et de services. L'outil managérial SWOT permet ainsi une meilleure identification des problématiques d'ordre « organisationnel, managérial et financier ». Disposer des informations caractéristiques de l'organisation pluri professionnelle en termes de forces, de

faiblesses, de menaces et d'opportunités permet de cadrer et d'orienter au mieux le projet de santé (16) vers la réussite.

Au cours de chaque entretien, ont donc été recueillis auprès des coordinateurs de santé, les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces rencontrées actuellement par les MSP. La réflexion se poursuivant tout au long du recueil des données, le guide d'entretien a été amené à évoluer en fonction des nouvelles idées émanant des premiers entretiens. La première (Annexe 2) et la dernière version (Annexe 3) du guide d'entretien sont proposées en annexe.

c) Retranscription et stockage des données

Chaque entretien a ensuite été retranscrit par l'investigateur sous forme d'un fichier informatique Word. Il s'agissait d'une retranscription mot par mot et en portant également une attention sur les silences ou sur les hésitations dans le discours du participant. La retranscription de l'ensemble des entretiens est disponible en Annexe 4.

Les données ont ensuite été sauvegardées sur un dossier informatique sécurisé par un mot de passe de niveau de sécurité recommandé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sur l'ordinateur personnel de l'investigateur et sur un disque dur externe personnel de l'investigateur.

Les données sont conservées durant l'intégralité de l'étude et de l'analyse des données puis seront détruites à la fin de l'étude.

4. Analyse des données

a) Analyse thématique selon l'outil managérial SWOT

Une analyse thématique a été réalisée parallèlement au recueil et à la retranscription de l'ensemble des données. La reproduction intégrale et fidèle des propos énoncés par le coordinateur de santé lors de la retranscription constitue le verbatim. L'investigateur identifiait dans un premier temps les éléments du verbatim auxquels on pouvait donner un sens dans les quatre dimensions de l'outil managérial SWOT. Ces éléments porteurs de sens constituaient un nœud. Cette première analyse était

ensuite suivie d'une nouvelle phase d'analyse où les nœuds étaient classés et structurés par thème au cours d'un codage axial. Une fois l'ensemble des entretiens analysés, un travail d'interprétation a été réalisé pour aboutir à une version finale des thèmes et pour les regrouper et les classer dans les quatre dimensions de l'outil managérial SWOT. Les résultats sont par la suite présentés sous forme de tableaux reprenant les nœuds regroupés par thème et classés selon les quatre dimensions du SWOT.

b) Validité des résultats

L'analyse prévoyait une triangulation. Chaque entretien était analysé individuellement par l'investigateur principal de l'étude ainsi que par une seconde investigatrice tierce. Un échange entre les deux investigateurs permettait ensuite de comparer et de croiser les thèmes principaux identifiés et d'établir un classement final selon les 4 dimensions de l'outil managérial SWOT. Cette triangulation permettait de minimiser le biais d'interprétation.

5. Éthique

a) Information et consentement

Le consentement sur l'enregistrement et le stockage des données en vue de leur analyse ont été recueillis directement par voie orale auprès des participants à chaque début d'entretien.

b) Confidentialité

L'anonymisation de chaque participant est assurée au cours de l'étude. Chaque participant est identifié au cours de l'étude par une lettre correspondant à l'ordre chronologique de la réalisation de l'entretien.

L'identification de personnes ou de lieux dans le discours du participant sont remplacés par une périphrase afin d'éviter toute identification dans le futur par une tierce personne.

c) Comité compétent

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL, par le biais du délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Lille, afin de s'assurer de la

sécurité de la méthode de recueil des données, de leur anonymisation et de leur sauvegarde. Référence registre DPO du 06/04/2021 : 2021-61.

III. Résultats

1. Population étudiée

Treize personnes ont été initialement contactées. Onze personnes ont répondu à notre demande et ont accepté de participer à l'étude avec la réalisation d'un entretien. Deux personnes n'ont pas donné de suite à leur engagement le jour-même de l'entretien.

Nous avons réalisé neuf entretiens d'avril 2021 à octobre 2021. La majorité des entretiens a été organisée via un logiciel de communication informatique vidéo. Un seul de ces entretiens a été réalisé au cours d'une rencontre physique avec le coordinateur de santé au sein même d'une maison de santé pluriprofessionnelle. La durée moyenne des entretiens était de 1 heure 3 minutes et 2 secondes. L'entretien le plus long était de 1 heure 21 minutes et 39 secondes. La suffisance des données a été obtenue à partir du septième entretien. La retranscription de l'ensemble de ces entretiens est disponible en Annexe 4.

A propos des données socio-démographiques 2 coordinateurs de santé étaient des hommes, le reste des femmes. L'âge des coordinateurs de santé s'étendait de 34 ans à 46 ans. Cinq des coordinateurs de santé étaient des professionnels de santé qui endossaient le rôle du coordinateur de santé au sein de l'équipe pluriprofessionnelle, le reste était des coordinateurs de santé de profession. Parmi les coordinateurs de santé de profession deux étaient des coordinateurs de santé prestataire. Les lieux d'exercice étaient répartis de façon proportionnelle entre des secteurs urbains, semi-ruraux et ruraux.

Entretien	Sexe	Âge	Profession initiale	CDS de profession vs Professionnel de santé endossant le rôle du CDS	CDS prestataire vs CDS salarié	Secteur d'activité
A	Féminin	42	assistante sociale	CDS de profession	CDS salariée	urbain
B	Masculin	36	infirmier	PDS endossant le rôle du CDS	x	urbain
C	Masculin	40	santé publique	CDS de profession	CDS prestataire	semi-rural
D	Féminin	46	ingénierie et management de la santé	CDS de profession	CDS prestataire	semi-rural
E	Féminin	42	santé publique	CDS de profession	CDS salariée	rural et urbain
F	Féminin	41	secrétaire médico-sociale	PDS endossant le rôle du CDS	x	rural
G	Féminin	40	diététicienne	PDS endossant le rôle du CDS	x	rural
H	Féminin	34	infirmière	PDS endossant le rôle du CDS	x	urbain
I	Féminin	38	secrétaire médico-sociale	PDS endossant le rôle du CDS	x	rural

Tableau : Données socio-démographiques de l'étude.

Les résultats de notre étude sont présentés sous forme de tableaux regroupant les thématiques rapportées par les coordinateurs de santé au sujet de l'exercice pluriprofessionnel et coordonné en MSP. Ces thématiques sont classées et répertoriées selon l'outil managérial SWOT en forces, faiblesses, opportunités et menaces.

2. Forces

a) Le leader demeure une personne centrale au sein de l'équipe pluriprofessionnelle : donner la direction aux professionnels de santé vis-à-vis du projet de santé et maintenir ce cap dans la durée

Code	Verbatim
Un leader qui demeure investi et intéressé depuis le début du projet de santé	« Il était là à la construction. C'était son projet aussi. » (E) « J'ai envie de dire lui il ne s'arrête jamais. » (I)
Être un « guide » et une « valeur refuge » pour les professionnels de santé tout en gardant une neutralité dans son avis	« Il y a quand même toujours une confiance qui fait que les gens le suivent. » (D) « Avoir quelqu'un qui peut donner un avis justement parfois extérieur. C'est euh... le fait euh de ne pas avoir d'intérêts dans le projet c'est bien. » (I)
Impulser en permanence une dynamique au sein de l'équipe pluriprofessionnelle : <i>insuffler des idées nouvelles, originales et pertinentes</i>	« Il y a un leader charismatique... qui est toujours dans l'innovation... qui est toujours en veille sur les nouvelles possibilités. » (C) « Le leader moi je pense qu'il est important car il est toujours porteur de nouvelles idées qui sont en général toujours pertinentes il ne faut pas se mentir. » (H)
Donner la direction du projet de santé et les raisons d'être du regroupement pluriprofessionnel	« Sa tâche centrale c'est de donner du sens et de donner le sens... c'est-à-dire où est-ce que va l'équipe, qu'est-ce qu'on fait, comment on veut travailler et surtout pourquoi on le fait. « Pourquoi » les raisons pour lesquelles et « pour quoi » en deux mots pour atteindre quoi ? » (C)
Disposer d'une plus grande « aura » sur le reste de l'équipe pluriprofessionnelle en cas de baisse de motivation	« Elle arrive à relancer en fait les choses en plus de moi ouais. » (G) « C'est lui qui mène la barque on va dire. » (I)
Représenter la MSP et l'équipe pluriprofessionnelle auprès des instances régulatrices	« Parce qu'il va oser représenter les équipes auprès des institutions ou parce qu'il va oser taper du poing sur la table s'il fallait le faire. » (D)
Savoir se décharger de certaines responsabilités afin de se préserver	« Le leader a donc été beaucoup le médecin et il l'est encore mais il y a d'autres je pense qui sont là et qui sont à son côté. » (A)

	<p><i>« Il faut qu'il y ait plusieurs leaders et des leaders qui s'entraînent les uns les autres pour euh... pour que cela marche dans le temps. » (C)</i></p>
--	--

b) Une équipe pluriprofessionnelle, en parfaite cohésion et avec une bonne coopération entre chaque membre, qui avance dans le même sens

Code	Verbatim
<p>Une équipe soudée sur laquelle on peut compter (aussi bien sur le plan personnel que professionnel)</p>	<p>« Ce confort de pouvoir s'appuyer les uns sur les autres. Pour moi c'est le plus gros des avantages. » (D)</p> <p>« Le jour où quelqu'un rencontre un souci, et que cela soit professionnel ou même privé, il y aura toujours une équipe derrière nous. » (I)</p>
<p>Une équipe fédérée autour du projet de santé et qui avance vers la même direction</p>	<p>« On sait où l'on va et euh on sait ce que l'on veut. » (B)</p> <p>« De ne pas travailler tout seul et bah oui de fédérer à un projet de santé et travailler ensemble. » (G)</p>
<p>Savoir avancer progressivement pour maintenir l'adhésion de chaque professionnel de santé</p>	<p>« Il faut y aller par petits pas. » (B)</p> <p>« L'exercice coordonné c'est bien... mais tout ne se fait pas du jour au lendemain. » (C)</p>
<p>S'enrichir des connaissances et des compétences de ses collègues grâce à la facilité d'accès de chaque membre de l'équipe pluriprofessionnelle au sein de la MSP</p>	<p>« On peut facilement poser des questions et avoir des réponses rapides aussi. » (G)</p> <p>« Cela permet vraiment aux PDS de s'enrichir des autres compétences de chacun dans leur domaine particulier. » (G)</p>
<p>Bénéfices d'une meilleure connaissance mutuelle entre chaque membre de l'équipe pluriprofessionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gagner en légitimité lors d'une demande • Avoir confiance pour déléguer des tâches d'un professionnel à un autre 	<p>« Un patient qui n'est pas bien aujourd'hui à domicile j'arrive à avoir le médecin tout de suite et dire directement ce qui ne va pas. » (B)</p> <p>« J'appelle le podologue, voilà il y a les ongles à faire, le rendez-vous est pris direct. » (B)</p> <p>« Les médecins ont confiance en tout cas, fin ma collègue et moi fin notre binôme, ils savent que voilà si on a des demandes cela sera toujours pertinent. » (H)</p>

<p>Respecter la volonté de chacun quant à son degré d'investissement au sein de la MSP afin d'éviter l'émergence de tensions</p>	<p><i>« Chacun est différent, il faut apprendre à gérer les différences, il faut apprendre à accepter les différences. » (B)</i></p> <p><i>« Il ne faut pas forcer car cela ne va pas forcément générer quelque chose de positif pour l'équipe. » (D)</i></p>
--	---

c) Un projet de santé mature qui répond aux volontés des professionnels de santé et aux besoins des patients

Code	Verbatim
Disposer au préalable d'une bonne cohésion des membres de l'équipe pluriprofessionnelle pour avancer dans le projet de santé	« Le plus important c'est d'avoir une bonne ambiance en tout cas dans mon équipe parce que du coup on n'avancera sur rien. » (H)
Avancer progressivement afin d'obtenir l'adhésion de chaque PDS au projet de santé	« Il ne faut pas vouloir tout tout de suite mais il ne faut pas oublier l'objectif et embarquer tout le monde. » (C) « Tous les PDS qui travaillent dans cette maison médicale euh sont hyper convaincus en tout cas des projets de notre maison de santé. » (H)
Savoir dépasser ses craintes et ses réticences initiales	« Il y a même au sein d'une équipe motivée des craintes à passer et des mentalités à faire évoluer. » (C)
Disposer d'un projet de santé mature qui fonctionne naturellement sans impacter l'activité professionnelle première du PDS	« Là on sent que les équipes elles sont plus sur des choses mises en place qui perdurent, des automatismes... voilà on est sur des habitudes après. » (D) « Le projet de santé il est mis en place aussi et il vit en fait de manière naturelle aussi tous les jours. » (D)
Savoir se concentrer sur des projets de santé qui fonctionnent plutôt que d'être dans la course aux nouveaux projets	« On est bien parti et cela tourne bien. Donc euh on n'a pas forcément envie de changer les choses car tout se passe bien. » (E)
Répondre aux besoins des patients par le projet de santé	« Le patient il dit « non non on vient ici, on veut rester ici, on ne changera jamais de secteur, on est bien là ». » (E) « On avait mis en place l'année dernière une enquête de satisfaction euh... et qui est revenue très très positive. » (I)

d) Le coordinateur de santé : garant de la cohésion de l'équipe pluriprofessionnelle et du lien entre le leader et l'équipe pluriprofessionnelle

Code	Verbatim
Un CDS investi et intéressé par le projet de santé	« J'étais très actif dans l'élaboration de la MSP. Je me suis investi dans le projet. » (B)
Disposer d'une profession (<i>quand on est déjà professionnel de santé</i>) qui permet de se consacrer « efficacement » à la fonction de CDS	« C'était là-dessus fin moi je trouve un poste assez intéressant et bien pratique quand on est coordinateur (de combiner le poste de secrétaire et de coordinatrice de santé) » (E)
Être parfaitement intégré au sein de l'équipe pluriprofessionnelle	« Là je sens très bien que je fais partie de l'équipe. » (D) « Il y a une très bonne entente et la communication est facile. » (E)
Proposer un accompagnement envers l'équipe pluriprofessionnelle : <ul style="list-style-type: none"> • Motiver avec tact l'équipe pluriprofessionnelle • Garder une neutralité vis-à-vis de l'équipe pluriprofessionnelles 	« Je ne donne pas d'injonctions, mais de relancer la dynamique en fait. » (A) « Je ne suis pas là pour dire ce qu'il y a à faire ou juger de dire que ce n'est pas bien fait ou bien fait. » (A) « Pas l'intérêt en tant que professionnel de santé suivant un sujet, sur un protocole, une mise en place... voilà un avis neutre. » (E)
Être plus facilement disponible que le leader pour l'écoute de l'équipe pluriprofessionnelle	« C'est de pouvoir être là quand ils sont là ou quand ils ont 5 minutes. » (A) « J'ai une facilité de communication avec les autres donc cela c'est pratique ils viennent te voir pour un problème et je suis assez disponible. » (E)
Une écoute humaine et bienveillante des problématiques rencontrées par les PDS	« J'ai aussi des appels où ils n'osent pas parler d'une chose en réunion. Ils m'appellent au préalable pour m'en parler. » (D) « J'essaye de ne pas être au maximum dans le jugement et j'essaye d'être dans l'écoute active. » (H)

<p>Maintenir la cohésion et la motivation au sein de l'équipe pluriprofessionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticiper les tensions à venir et les apaiser une fois présentes • Fédérer et motiver en continu l'équipe pluriprofessionnelle 	<p><i>« Éviter de laisser trainer des choses, des difficultés ou pas forcément des difficultés mais qui pourraient le devenir. » (A)</i></p> <p><i>« C'est ce que l'on veut garder, et c'est mon rôle de coordinateur, c'est de garder cet esprit d'équipe. » (E)</i></p>
<p>Le CDS : un rôle complémentaire du leader mais surtout un soutien moral et humain</p>	<p><i>« Il me dit que je suis son couteau-suisse (rires) ! » (E)</i></p> <p><i>« On est là à deux (avec le leader) pour essayer de bien conduire cela. » (G)</i></p>

e) Une organisation efficiente de l'activité de coordination pour ne pas laisser le professionnel de santé

Code	Verbatim
Investir chaque PDS dans le projet de santé de la MSP	« Chacun a une tâche et chacun doit participer à la vie de la maison de santé. Cela permet à chacun de s'investir et de ne pas être juste là pour récolter les ACI. » (I)
<p>Avoir une organisation efficiente des RCP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprendre des erreurs des organisations antérieures • Préparer et anticiper les réunions • Disposer d'un ordre du jour et d'un objectif pour chaque réunion • Acter une décision à la fin de la réunion pour avancer • Organiser les réunions de sorte que chaque PDS soit présent au moment le plus opportun pour tous • Tenir informés les PDS des décisions prises au cours de chaque réunion • Ne pas organiser des réunions pour dire de « faire des réunions » 	<p>« On a essayé plusieurs systèmes et on s'est rendu compte qu'il y avait des systèmes qui marchaient bien et des systèmes qui marchaient moins bien. » (C)</p> <p>« S'il y a trop de réunions cela peut devenir pesant quoi. » (A)</p> <p>« Quand on organise la réunion on fait en sorte d'avoir déjà une ligne de conduite, ne pas arriver et dire « bah alors aujourd'hui on va parler de quoi ? ». » (E)</p> <p>« Des réunions qui sont bien organisées pour que cela débouche sur quelque chose et sur des prises de décision. » (C)</p> <p>« On pose la date et l'heure en fonction du planning de chacun pour pas que quelqu'un soit lésé. » (E)</p> <p>« Il y a un compte-rendu de réunion à chaque fois donc les personnes absentes elles ont un compte-rendu de réunion. » (E)</p> <p>« On se réunit quand il y a besoin en fonction des cas patients à discuter. » (I)</p>
Savoir cibler le PDS (<i>pris par leur activité professionnelle</i>) concerné par un projet de santé en particulierité	<p>« Il faut bien doser au bon moment et contacter sur les PDS sur leurs champs de compétence et leurs avis aussi. » (A)</p> <p>« Cibler les gens par rapport au message que l'on délivre c'est important et cela permet d'être plus efficace sur les informations que l'on veut passer. » (B)</p>
Inclure chaque membre de l'équipe pluriprofessionnelle lors d'une prise de décision	« Pour les grosses prises de décision qui concernent tout le monde, là maintenant on voit quand même une

	<i>tendance à s'inverser où euh on prend quand même en compte l'avis de tout le monde. » (H)</i>
Assurer une égalité entre chaque membre de l'équipe pluriprofessionnelle lors d'une prise de décision	<i>« Il n'y a personne qui a plus de voix ou plus d'importance dans sa réponse. C'est vraiment d'égal à égal. » (G)</i>

f) Gagner en qualité d'exercice au quotidien et en qualité de vie personnelle grâce à la coordination et à la continuité des soins

Code	Verbatim
Convivialité de l'exercice au quotidien	<p>« Tout le monde se parle et tout le monde échange convivialement, on mange tout le temps ensemble. » (E)</p> <p>« Le côté un peu convivial d'aller travailler maintenant. » (H)</p>
Bénéfices indirects des pauses conviviales du midi dans la salle de pause : coordination informelle (échanges au sujet de cas patients).	<p>« On a une salle de pause et de réunion pour le déjeuner qui permet des rencontres qui sont soit formelles en temps de réunion ou aussi et même beaucoup informelles. » (A)</p> <p>« Tout le monde aime se retrouver le midi. En fait il y a beaucoup de temps d'échanges informels. En fait c'est tous des mini RCP en permanence mais qui sont toutes aussi importantes. » (H)</p>
Nouvelles Formes d'Exercice (NFE) novatrices : aussi intéressantes pour le patient que pour le PDS	<p>« Travailler ensemble par rapport à l'ETP c'est vrai que c'est intéressant et que c'est sympa. C'est une autre manière de travailler qui est plutôt sympathique. » (G)</p> <p>On s'est formé à l'ETP diabète. On se forme à l'ETP BPCO et à l'obésité de l'enfant. Cela c'est plutôt nouveau dans notre exercice ouais. » (G)</p>
Améliorer la relation « professionnel de santé-patient » grâce aux NFE	<p>« C'est bien cela permet de... bah d'être plus au contact des patients mais d'une autre façon en fait. C'est plus ludique pour eux et ce n'est pas la même relation que lors d'une consultation. » (G)</p>
Se libérer du temps personnel grâce à la continuité et à la permanence des soins	<p>« Il y a effectivement beaucoup de choses qui sont mutualisables. Ce n'est pas forcément que de l'équipement. C'est aussi du temps personnel et puis euh le temps de chacun surtout... c'est vrai que c'est précieux. » (D)</p> <p>« Cela nous permet de libérer du temps et d'avoir nos collègues fin pour la permanence fin la continuité des soins. » (E)</p>

g) Améliorer la prise en charge et la santé globale du patient par l'approche pluriprofessionnelle et coordonnée et des services de santé novateurs

Code	Verbatim
Faciliter l'accueil des patients par un secrétariat	<p>« Ici il y a un accueil à temps plein de 8h à 20h avec une présence. » (A)</p> <p>« C'est un confort pour les patients parce qu'ils auront toujours un interlocuteur. » (A)</p>
Développer de nouveaux services « novateurs » pour la prise en charge du patient en milieu libéral : actions de prévention, éducation thérapeutique, explorations complémentaires type électrocardiogramme...	<p>« On a mis en place des actions de santé publique et de prévention autour de l'arrêt du tabac. » (C)</p> <p>« Je pense au dépistage au sein de maisons de santé, développer de nouveaux actes... de l'électrocardiogramme... fin développer de nouvelles offres de service auprès de patientèle. » (E)</p>
Améliorer la communication et la prise en charge du patient par une approche pluriprofessionnelle et coordonnée	<p>« C'est clairement dans l'intérêt du patient d'avoir une prise en charge globale du patient et du coup pouvoir avoir ensuite pour la suite des retours d'information sur les différents corps de métier qui prennent en charge le patient. » (H)</p>
Améliorer la santé du patient en le rendant plus actif et plus concerné dans sa prise en charge	<p>« On va les inviter à des séries de 5 à 6 ateliers... où on essaye d'améliorer les connaissances psycho-sociales des patients pour les rendre autonome dans la gestion de leur diabète. » (C)</p>
Ressenti « positif » du patient sur sa prise en charge et sur sa santé	<p>« Il y a vraiment un travail d'équipe, il y a vraiment un suivi et les patients le ressentent d'ailleurs. » (E)</p> <p>« Quand on fait des RCP... pour le patient c'est important parce-que voilà ils se sentent soutenus par plusieurs PDS et il sait que l'on fait attention à lui, qu'on va le prendre en charge, on va essayer d'améliorer son état de santé. » (G)</p>
<p>Répondre aux attentes des patients en matière de soins et de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la recherche d'un nouveau médecin ou l'obtention d'un rendez-vous pour une prise en charge complémentaire • Gagner en rapidité dans le parcours de soins 	<p>« Je peux aussi appeler directement, j'ai les numéros personnels. Dans le quart d'heure c'est réglé quoi. » (B)</p> <p>« On voit quand même cette augmentation de la « non patience » des patients : ils veulent tout tout de suite et très vite. Une maison de santé cela répond plus ou moins quand même à cette demande de consommation très très vite. » (H)</p>

h) Améliorer la communication et la transmission d'informations au sujet du patient grâce au Logiciel Pluriprofessionnel

Code	Verbatim
Accepter un temps de formation au Logiciel Pluriprofessionnel (LP) pour une utilisation plus efficiente pour la suite	« Il faut accepter plusieurs temps de formation euh et à plusieurs personnes différentes et de revenir si c'est nécessaire. Cela fait partie de la bonne utilisation pour la suite. » (D)
Comprendre pour le PDS l'enjeu de l'utilisation du LP dès le début	« Il y en a qui ont tout de suite compris l'avantage, le principe et puis le gain de temps que cela pouvait présenter. » (D) « Moi mon rôle c'est aussi de montrer l'intérêt du système d'information partagée. » (E)
Remplir le dossier avec des informations pertinentes (ne pas surcharger d'informations)	« Faire plus de paramétrages et que chaque PDS ne soit pas pollué avec les informations des autres PDS. » (I)
Améliorer la communication entre les PDS sur la prise en charge du patient	« C'est de partager un système d'information pour que tout le monde ait la même information sur le dossier patient. » (D) « On a toujours besoin de voir ce qui s'est écrit ou ce qui s'est dit avec un autre professionnel. » (I)
Faciliter sa pratique quotidienne grâce aux fonctionnalités du LP	« On peut intégrer plein de choses dedans par exemples on peut intégrer des protocoles dedans. Donc si jamais on cherche un protocole pour un patient suite à un INR ou quelque chose on peut retrouver... voir ce qui avait été dit et voir comme agir... » (I) « Le fait que cela soit accessible sur le téléphone portable c'est le côté pratique justement. » (I)
Gagner du temps pour rédiger les rapports d'activité du travail de coordination (grâce au remplissage par les PDS)	« Il y a tout le volet de coordination qui est intégré au dossier patient. Mais là encore ce n'est pas le PDS qui remplit le truc... c'est le CDS. » (C) « Comme là moi pour préparer mes réunions de cas complexes le système d'information partagée il est génial car c'est quand même une mine d'or. » (H)

i) Profiter de locaux modernes et de matériel technique récent grâce à la mutualisation des moyens

Code	Verbatim
Des locaux adaptés aux besoins des PDS	<p>« Cela permet aussi d'avoir un peu plus d'espace aussi pour exercer. » (A)</p> <p>« C'est une maison de santé qui a été construite et pensée par l'équipe... par l'équipe de base donc c'est vraiment des locaux adaptés. » (I)</p>
Des locaux aux normes en matière « d'accessibilité » et en matière de « sécurité »	« Des locaux adaptés accessibles aux normes pour les personnes à mobilité réduite, aux normes incendie et on a un défibrillateur... C'est sécurisant. » (A)
S'offrir des services pour son exercice au quotidien grâce au regroupement et à la mutualisation des moyens	<p>« ... une seule maison de santé et une mutualisation des moyens au niveau du secrétariat, au niveau des salles d'attente, au niveau des espaces, au niveau du ménage, au niveau de toutes les charges que l'on connaît dans un cabinet bah cela permet des économies substantielles... » (C)</p> <p>« Du fait que ce soit des locaux neufs euh au niveau économies d'énergie on est plutôt pas mal. » (I)</p>
Du matériel récent de qualité	« Elle a son matos et son cabinet qui est tout neuf. » (C)

3. Faiblesses

a) Le leader de l'équipe pluriprofessionnelle : un rôle qui implique des responsabilités et une charge de travail supplémentaire chronophage pouvant mener à un risque d'épuisement

Code	Verbatim
Endosser « seul » le rôle du leader depuis l'ouverture de la MSP	« Il n'y a pas eu d'autre leader depuis. Donc depuis 5 ans c'est toujours le même. » (E)
Absence de « soutien » du leader par l'équipe pluriprofessionnelle	« Le leader ultra-motivé s'il est tout seul il avance vite mais avec l'équipe il va plus loin. » (C) « J'ai plutôt une personne référente et les autres professionnels ne prennent pas forcément de missions donc elle est un peu toute seule. » (E)
Accumuler une charge de travail « supplémentaire » en plus de celle liée à sa profession initiale (déjà prenante en elle-même)	« C'est une charge quand même en plus car tout ce qui est ACI et les liens avec les institutions et même la validation pour le moment des protocoles ou autre c'est elle qui prend en charge donc forcément c'est une charge supplémentaire. » (E) « C'est vrai qu'il y a quand même beaucoup à gérer dans le bâtiment et les échanges avec les communautés de commune voilà etc... c'est beaucoup quand même de réunions en plus. » (E) « Comme je vous dis c'est le médecin généraliste donc il est déjà très pris par ses consultations. » (I)
Être « exigeant » avec soi-même dans l'exercice du rôle du leader et s'imposer une pression de « réussite »	« Euh de se dire que si le projet n'aboutit pas ... tout cela peut lui mettre une pression. » (G) « Je pense que en fait il se met une pression de dingue car il veut exceller dans tous les domaines » (H)
Savoir relayer les responsabilités et savoir prendre du recul	« Il faut qu'il sache déléguer certaines choses, il faut qu'il sache passer la main sur certaines choses... il faut qu'il sache se focaliser sur certaines choses et peut-être en mettre de côté d'autres. » (C)

<p>« S'épuiser » à endosser le rôle du leader</p>	<p>« Le leader doit avoir les reins solides (rires). » (A)</p> <p>« Mon intention pour la fin de l'année en tout cas c'est surtout de trouver d'autres relais au leader car je pense qu'il va aussi s'épuiser. » (E)</p> <p>« Parfois vraiment il frôle la limite « Je pense que tu es à cela du burn-out mec. » (H)</p>
---	--

b) Lacunes du leader dans le management au quotidien de l'équipe pluriprofessionnelle

Code	Verbatim
Difficultés à rencontrer et à échanger avec les PDS	<p>« La difficulté du leader c'est de pouvoir attraper le professionnel de santé avec qui il veut travailler. » (E)</p> <p>« Après le plus compliqué peut-être pour lui bah c'est de voir tout le monde car euh... effectivement pour lui c'est plus compliqué de se libérer du temps en même temps que la personne en face. » (I)</p>
Exercer une « hégémonie hiérarchique » au sein de l'équipe pluriprofessionnelle	<p>« Le but c'est de laisser les gens aussi de ne pas prendre toute la place. » (B)</p> <p>« S'ils prennent le rôle du leader encore une fois c'est pour aider l'équipe et c'est pas pour avoir une main mise ou pour justement avoir le pouvoir décisionnel ou d'être au-dessus des autres quoi. » (D)</p>
Ne pas être « attentif » aux remarques des membres de l'équipe pluriprofessionnelle	<p>« Il faut aussi qu'il laisse la place aux autres d'exister quoi. » (D)</p> <p>« Il est perçu comme quelqu'un qui ne veut pas écouter les autres. » (H)</p>
Ne pas prendre en compte « l'avis » de l'équipe pluriprofessionnelle au moment d'une prise de décision censée être collégiale	<p>« Le leader en général il a son idée que cela doit être fait comme cela et il veut entraîner toute son équipe dedans en oubliant peut-être parfois que tout le monde ne peut pas être d'accord avec lui. » (H)</p>
Ne pas laisser un « temps de réflexion » auprès de l'équipe pluriprofessionnelle lors d'une prise de décision censée être collégiale	<p>« Il faut peut-être laisser germer l'idée une semaine dans l'esprit de toute l'équipe plutôt que d'imposer comme ça en une journée sur une réunion. » (H)</p>

c) Difficultés à initier une cohésion entre les membres de l'équipe pluriprofessionnelle et à maintenir cette cohésion dans la durée

Code	Verbatim
Existence de « tensions » entre les PDS au préalable du regroupement au sein de la MSP	« Il y avait des non-dits, un manque de transparence dans ce qui avait été acté. » (E)
Demeurer dans un mode d'exercice libéral « indépendant » (sans coopération avec les autres professionnels de santé)	« Ils ont été habitués à bosser avant seul donc il faut aussi que cela rentre dans les habitudes. » (D) « On a plus l'habitude en fait de travailler tout seul et là il faut bosser un peu plus ensemble. » (G)
Disposer de membres de l'équipe pluriprofessionnelle avec des « ambitions personnelles »	« Il y a plusieurs petits coqs dans les médecins qui veulent tous être « moi je suis là et je veux être ici ». » (H)
Se regrouper pour le projet immobilier sans intention de s'investir dans la coordination	« Ce n'est pas un regroupement immobilier des PDS les uns autour des autres. » (A) « Si vous ne voulez pas bosser en équipe, il ne faut pas venir en MSP où alors vous allez dans un cabinet de groupes pour faire baisser vos charges. » (C)

d) Difficultés à mettre en place un projet de santé qui implique l'ensemble des professionnels de santé et flexible avec le temps

Code	Verbatim
<p>Disposer d'un projet de santé qui fédère « l'ensemble » des professions présentes au sein de la MSP</p>	<p>« C'est aussi une équipe à forte valeur pluri-pro... donc c'est un petit peu moins évident pour ma part d'essayer de trouver ou de monter un projet de santé ou un thématique qui fédère le maximum de personnes. » (E)</p>
<p>Multiplier les projets au risque de s'y perdre</p>	<p>« Les médecins généralistes bah vous êtes beaucoup sollicités quand même sur tous les projets quand même et toutes les inclusions... au bout d'un moment cela fait un peu répertoire et ils s'y perdent un petit peu. » (E)</p> <p>« On est toujours à travailler à autre chose mais c'est cela qui est compliqué donc on se met des heures pour pouvoir aller finir les travaux en cours. » (E)</p>
<p>Savoir actualiser le projet de santé avec le temps avant qu'il ne soit dépassé</p>	<p>« Le projet de santé euh... je pense qu'il est à revoir dans notre maison de santé car il avait été écrit il y a déjà quelques années au départ de la ... du projet de santé. » (I)</p>

e) Maintenir dans la durée l'implication et la motivation des professionnels de santé vis-à-vis du projet de santé

Code	Verbatim
Investissement aléatoire d'un PDS à un autre	<p>« Il peut y en avoir qui sont « tire au flanc » d'autres qui ne sont pas motivés, d'autres qui peuvent être carrément des gens qui freinent. » (C)</p> <p>« Il y a des professionnels de santé qui sont plutôt passifs... vous savez que vous ne pouvez rien attendre d'eux à part faire leur activité. » (D)</p>
Motivation évolutive dans la durée	<p>« Il ne faut pas se leurrer, il faut savoir qu'à certains moments il peut y en avoir des pertes de motivation. » (C)</p> <p>« Ils sont tous motivés et ils l'ont toujours été dans le temps... après parfois en dents de scie en fonction de l'activité. » (E)</p>
Exercer un effort de motivation permanent auprès des PDS pour les RCP	<p>« Il faut aussi savoir être un peu commercial (rires), avoir un petit côté commercial et vendre la réunion. » (F)</p>
Essoufflement de l'investissement des PDS proches de la retraite	<p>« Le kiné qui va bientôt partir en retraite et qui va être un peu moins investi on va dire sur les projets à venir. » (E)</p> <p>« Le médecin qui doit déjà être et qui fait partie du projet on ne l'embête pas trop ... il ne veut pas trop changer sa façon de travailler. » (G)</p>

f) **Un travail lié à la coordination qui demeure conséquent et chronophage malgré l'arrivée du CDS au sein de l'équipe pluriprofessionnelle**

Code	Verbatim
Charge de travail « supplémentaire » et « conséquente » liée à la coordination	<p>« Il y aurait plein de choses à faire dans une maison de santé et il y a déjà beaucoup. C'est vrai que cela prend déjà beaucoup de temps. » (A)</p> <p>« C'est vrai qu'ajouter des réunions à une journée de travail d'un PDS ce n'est pas quelque chose d'agréable pour lui. » (E)</p>
NFE demandant un investissement « intellectuel » et « technique » supplémentaire	<p>« L'ETP c'est chronophage et il faut être beaucoup pour faire pouvoir faire tourner l'atelier... c'est vraiment une activité à part entière. » (B)</p> <p>« Ce qui est chronophage c'est de bloquer les samedis ou les après-midis pour faire l'éducation thérapeutique. » (C)</p>
« Inadéquation » entre la charge de travail relevant de la coordination et le temps consacré à	« Ma frustration c'est d'être toujours sur une journée par semaine et qu'à la vue du nombre de projets à développer on n'arrive pas à avancer. » (E)
Le caractère « rébarbatif » de la partie administrative liée au travail de coordination	« Le truc là en février là où il faut rendre toutes nos pièces et tout... cela c'est vraiment le truc le plus c****. » (H)
<p>Méconnaissance des professionnels de santé sur le poste du CDS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaître son apport et son aide pour organiser le travail de coordination • Demander des services en dehors de la fiche de poste du CDS 	<p>« Des fois ils se disent « Bah c'est trop de travail et je n'ai pas de temps pour cela » donc euh ouais si nous on n'est pas là pour dire « bah moi je peux faire cela donc voilà vous n'avez pas grand-chose à faire de ce fait là. » (G)</p> <p>« Il y avait une interrogation sur « c'est quoi la coordination ? », « qu'est ce qu'il fait le coordinateur de santé ? ». » (C)</p> <p>« Je me suis retrouvé à ce qu'on me demande de faire des choses qui ne sont pas le rôle de coordination. » (C)</p>

g) Manque d'efficience dans l'organisation et la tenue des réunions de coordination (RCP)

Code	Verbatim
Manque de « connaissances » des PDS en matière de coordination	« Ils ne sont pas formés pour cela... eux ils sont là pour soigner, ils sont dans l'action. Quand on leur dit il faudra répondre à un appel à projet ou il faudra justifier auprès de la CPAM tout ce que l'on a fait dans l'année... euh ce n'est absolument pas... » (D)
Difficultés à réunir l'ensemble des professionnels de santé au moment le plus opportun pour tous	« Ils n'ont pas forcément le temps de tous se réunir assez souvent et d'échanger. » (E) « Justement pour les réunions bah trouver le jour et l'heure où tout le monde est là cela c'est un plus compliqué. » (E)
Manque de préparation des réunions de coordination (RCP)	« Chaque fois on essaye de rappeler justement « si vous avez des patients pour une RCP cela serait sympa de le faire n'hésitez pas ». » (G)
Organiser une réunion pour « dire de faire une réunion » : • Manque d'intérêt de la part des PDS • Manque de participation des professionnels de santé au cours de la réunion	« C'est des réunions euh pas assez constructives à mon sens car j'ai l'impression qu'ils ne vont pas être forcément demandeurs de nouvelles choses ou d'implications. » (E) « Les RCP bah cela démarre timidement cela n'inspire pas forcément les gens. » (E)
Favoriser des réunions en « présentiel » plutôt qu'en visioconférence (pour une meilleure implication des professionnels de santé)	« Elles se passaient en visio et non plus en présentiel. Alors on avait l'habitude de faire toutes les semaines les réunions autour d'un repas donc forcément quand il n'y a plus cela c'est un petit peu plus compliqué de motiver tout le monde. » (I)

**h) Manquements dans l'usage du LP pour l'activité de coordination
notamment de la part des professions paramédicales**

Code	Verbatim
Disposer de lacunes informatiques...	« Notre diététicien il n'est pas très branché informatique de base donc effectivement il faut du temps » (J)
Réticence des anciens professionnels de santé à modifier leurs habitudes	« Les deux qui allaient partir en retraite qui étaient... frileux à l'usage de l'informatique. » (C) « Il gardait tout en doublon ses dossiers papiers jusqu'à la fin de l'exercice au cas où. » (C)
Ne pas intégrer l'enjeu de l'usage du LP pour la pratique coordonnée	« Il y en a qui ont tout de suite compris l'avantage, le principe et puis le gain de temps que cela pouvait présenter. D'autres ont l'impression que c'est une contrainte... » (D) « L'orthophoniste qui est équipé, le chir-dent aussi, ils n'en voient pas forcément l'intérêt. » (E)
Sous-remplissage du dossier médical partagé par les professions paramédicales	« C'est plus les médecins qui l'utilisent au quotidien. » (H) « Ils préféreraient (en parlant des médecins) que cela soit plus étoffé au niveau des IDE... que cela soit aussi plus étoffé au niveau des kinés. » (H)
Absence de la « culture de la donnée » pour les professions paramédicales	« On essaye en tout cas d'agrémenter nous le dossier au niveau des transmissions infirmières mais ce n'est pas encore clairement inscrit dans nos habitudes. » (H)
Inadéquation entre l'usage au quotidien du LP et les contraintes de sa profession (notamment pour les infirmières)	« Je pense que certaines professions en ont moins besoin... » (A) « Il faut reconnaître que les infirmières ont des tournées assez importantes donc euh beaucoup de kilomètres, beaucoup de patients en très peu de temps... » (D)

<p>Ne pas utiliser le LP au maximum de son potentiel <i>(notamment pour les nouvelles fonctionnalités intéressantes)</i></p>	<p><i>« Le logiciel est tellement vaste et offre tellement de disponibilités... on va dire que 20% du logiciel est utilisé. » (C)</i></p> <p><i>« C'est intéressant pour des infirmiers quand ils vont au domicile de pouvoir faire des photos, de pouvoir joindre au dossier du patient, de pouvoir aller lire les informations... Mais j'ai envie de dire c'est génial mais si tout le monde joue le jeu. » (D)</i></p>
--	---

i) Un investissement financier qui demeure plus important comparé à une installation au sein d'un cabinet libéral isolé

Code	Verbatim
<p>Frais de fonctionnement plus importants au sein d'une MSP comparé à un exercice antérieur individuel</p>	<p>« Des charges plus importantes que dans un cabinet car forcément il y a plus de surface, il y a plus de services. » (A)</p> <p>« Il y en a ils m'ont dit que cela leur coûtait un peu plus cher d'être en MSP plutôt que d'être au sein d'un cabinet individuel. » (D)</p> <p>« Ils viennent en se disant on va peut-être payer moins de frais ce qui n'est peut-être pas forcément vrai. » (E)</p>
<p>Crispations autour du montant des charges</p>	<p>« Au niveau médical il a fallu augmenter de 150 euros par mois et je sais que cela avait fait quelques petites houles. » (H)</p>
<p>Cercle vicieux entre la non-attractivité du territoire, vacance de locaux au sein des MSP et majoration des charges</p>	<p>« Vous n'êtes pas attractifs, vous êtes dans un territoire pas forcément cool euh les médecins qui sont là sont en recherche et ils se disent que la maison de santé cela va attirer, ils créent un nouveau bâtiment avec des charges élevées car il n'y a pas beaucoup de PDS, et donc le jeune il arrive il voit les charges il se dit « wouah je ne vais pas m'installer là cela va me coûter un bras ! ». » (C)</p>

4. Opportunités

- a) **Mettre toutes les chances de son côté pour recruter « qualitativement » un nouveau médecin généraliste et assurer le quota minimum de médecins généralistes au sein de la MSP**

Code	Verbatim
S'appuyer sur le pouvoir « attractif » de l'exercice au sein d'une MSP	<p>« Les locaux n'ont jamais fin je n'ai jamais eu de cellule vide. » (E)</p> <p>« On a pas mal de demandes, on a régulièrement des candidatures. » (I)</p>
Augmenter ses chances de recrutement d'un nouveau médecin généraliste en étant un terrain de stage pour les internes SASPAS	<p>« Des maitres de stage universitaires dans les maisons de santé cela rapporte plus facilement de jeunes qui découvrent l'exercice et qui finalement s'y plaisent et tombent amoureux de l'exercice en équipe et viennent s'installer. » (C)</p> <p>« Cela permet d'ouvrir la maison de santé à de futurs médecins qui voudraient peut-être plus tard vouloir s'installer. » (E)</p>
Recruter les remplaçants qui connaissent déjà la MSP et l'équipe pluriprofessionnelle (<i>un gage du maintien de la cohésion au sein de l'équipe pluriprofessionnelle</i>)	<p>« Elle était du coup venue travailler chez nous en tant qu'assistante. Elle devait s'installer sur une grande ville X et finalement bah non elle préfère travailler ici car justement il y a ce contexte d'équipe. » (F)</p> <p>« Elle est fort investie au sein de nos réunions et dans la vie de l'équipe en tout cas donc elle je pense qu'elle sera intégrée. » (H)</p>
Contourner l'investissement financier plus important à l'installation par la notion de « investissement/rentabilité » à long terme	<p>« A la base c'est plus cher. Après à l'exercice avec la mutualisation des moyens avec les subventions et les dotations qui sont fournies par l'assurance maladie cela s'inverse et cela devient plus rentable d'exercer en maison de santé. » (C)</p>

<p>S'appuyer sur les aides financières pour favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes</p>	<p><i>« Nous sommes sur une zone d'accompagnement régional avec des aides financières à l'installation pour de nouveaux professionnels de santé fin des nouveaux médecins. » (A)</i></p> <p><i>« On a eu la chance d'avoir des aides de 50 000 euros de la part de l'ARS qui je pense ont aidé beaucoup à l'installation des nouveaux médecins qui sont arrivés. » (B)</i></p>
--	--

b) Des raisons à vouloir exercer au sein d'une MSP axées sur une amélioration de sa qualité d'exercice et de sa qualité de vie personnelle plutôt qu'une optimisation financière

Code	Verbatim
<p>L'attrait « croissant » des professionnels de santé pour un mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné</p>	<p>« Ils ont plus un état d'esprit dans ce sens et ils vont plus être prêts à s'investir autrement que dans leur activité pro et créer des choses quoi. » (B)</p> <p>« Je rencontre d'autres professionnels libéraux. En général ceux que je rencontre c'est... en tout cas c'est tous des professionnels qui en tout cas tendent vers la même optique que nous, des professionnels qui veulent justement se mettre en équipe pluri-disciplinaire. » (H)</p>
<p>Mettre en avant le « gain » en termes de « qualité d'exercice » et de « convivialité »</p>	<p>« Ils ressortent ils disent « bah en fait la qualité elle n'est pas au niveau financier, la qualité elle est au niveau des relations humaines » et cela qui ressort à chaque fois. » (E)</p>
<p>Porter une attention sur « l'intérêt » du professionnel de santé sur le travail en équipe et la coordination au moment du recrutement (signature d'une charte)</p>	<p>« Si on vient en MSP il faut avoir envie de s'investir, il faut avoir envie de partager et il faut avoir envie de créer et d'être force de propositions... il faut avoir « envie de ». » (B)</p> <p>« Ce n'est pas « bah c'est l'occasion pour moi d'avoir un cabinet et de travailler et d'être bien visible ». » Non ce n'est pas que cela. (E)</p>

c) Élargir son effectif en accueillant de nouvelles professions paramédicales pour mener spécifiquement les NFE chronophages et décharger les professionnels de santé de la MSP

Code	Verbatim
<p>Persistance d'une charge de travail personnelle « conséquente » pour chaque PDS rendant complexe la réalisation des tâches liées aux NFE</p>	<p>« Chacun a beaucoup de travail. La charge dans les cabinets et les consultations individuelles. » (A)</p>
<p>Favoriser la formation infirmière « IPA » ou le dispositif « ASALEE » pour alléger la charge de travail du médecin généraliste</p>	<p>« Dans une maison de santé on a une infirmière IPA, dans d'autres on a l'infirmière ASALEE... fin c'est des nouvelles professions qui s'imbriquent en équipe et sur lesquelles certaines PDS fin je pense aux médecins généralistes peuvent se reposer et travailler davantage centrée... » (E)</p> <p>« Signer des papiers ils n'ont pas que cela à faire, leur métier c'est plus important de laisser au corps médical... Voilà ils pourraient nous déléguer plus de choses. » (B)</p>

d) La place centrale du coordinateur de santé au sein de l'équipe pluriprofessionnelle : bien plus qu'un accompagnement et qu'une aide administrative à propos du travail de coordination

Code	Verbatim
<p>Saisir l'expérience du CDS (<i>prestataire</i>) pour se développer</p>	<p>« On a rencontré des gens qui font la même chose que nous, qui ont les mêmes problématiques... on voit ce qui est fait, on voit ce que l'on peut faire. » (B)</p> <p>« Les équipes sont toutes enrichissantes, elles sont toutes différentes... et bah aussi des idées d'une maison de santé peuvent aussi servir pour d'autres. » (D)</p>
<p>Apport de conseils, de méthodologie sur le travail de coordination par le CDS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compréhension termes administratifs complexes • Encadrer l'activité de coordination • Rassurer vis-à-vis des craintes engendrées par l'ACI 	<p>« La création de la SISA, les ACI fin voilà c'étaient des nouveaux mots. » (G)</p> <p>« Il faut avoir quelqu'un pour non pas pour... les difficultés mais au moins les aider dans l'organisation du travail à plusieurs. » (E)</p> <p>« Il faut savoir leurs expliquer comment l'ACI cela fonctionne et leur dire que voilà il n'y a pas de souci. » (E)</p>
<p>Ne pas méconnaître les nouvelles possibilités pour les MSP grâce au CDS</p>	<p>« Moi je suis là aussi pour quand j'entends parler de quelque chose, de leur faire part des nouveautés. » (D)</p> <p>« J'accompagne pour qu'ils aient toutes les informations parce-que on n'est pas à l'abri encore une fois la tête dans le guidon. » (D)</p>
<p>Être « représenté » auprès des instances régulatrices via le CDS</p>	<p>« Je suis là pour faire la jonction entre les instances et avec les équipes donc que ce soit la CPAM, l'ARS etc... » (D)</p> <p>« C'est là mon rôle de retranscrire les difficultés qui peuvent être liées au monde libéral pour les institutionnels. » (E)</p>
<p>Le CDS : un interlocuteur « identifié » au sein de la MSP pour faciliter la mise en place de partenariats avec l'extérieur</p>	<p>« Il y a un coordinateur... si la personne avec qui on peut prendre contact c'est un médecin qui travaille du matin au soir... c'est plus compliqué. » (A)</p>

	<p>« Mon rôle c'est aussi... d'inviter les professionnels extérieurs qui sont concernés aussi et qui interviennent chez ou auprès des patients. » (A)</p>
<p>Se concentrer sur son activité professionnelle en laissant la gestion des tâches administratives liées à la coordination au CDS</p>	<p>« J'essaye de leur rendre l'exercice le plus facile et que eux se recentrent sur l'exercice de leur profession. » (C)</p> <p>« Tout ce que je peux faire au niveau administratif et qui les soulage et qui leur donne du plus dans le fonctionnement de l'équipe pour eux c'est forcément le bienvenu. » (D)</p>
<p>Organiser l'activité de coordination au quotidien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canaliser les envies multiples des PDS • Planifier et organiser les réunions de coordination • Faciliter la communication entre chaque PDS pour une coordination de qualité 	<p>« Les gens vous trouvent et ils viennent vous parler projets, projets, projets... c'est un vrai laboratoire mais après il faut savoir aussi prioriser. » (E)</p> <p>« Le coordinateur il va organiser tout ce qui est réunions donc assemblées générales et réunions de concertation. » (E)</p> <p>« Le coordinateur c'est du lien entre chacun. » (A)</p> <p>« Je suis là pour relayer, pour chapoter et pour faire le lien entre les diverses personnes en interne. » (I)</p>
<p>La présence « incontournable » et « pertinente » aujourd'hui d'un CDS au sein d'une équipe pluriprofessionnelle</p>	<p>« Une MSP ne peut pas tourner sans coordination. C'est compliqué. C'est l'essence même de faire du lien entre chacun. » (A)</p> <p>« Je n'ai pas le temps ni la possibilité d'exercer le rôle du coordinateur sur d'autres maisons de santé même si ce n'est pas la demande qui manque. » (C)</p>

e) S'appuyer sur le soutien et l'accompagnement des instances régulatrices pour poursuivre le développement de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Code	Verbatim
Disposer d'un interlocuteur « identifié » et « à l'écoute attentive » en cas de difficultés	<p>« À force on connaît les personnes c'est toujours les mêmes que l'on a en face. » (J)</p> <p>« Nos interlocuteurs sont quand même à l'écoute. » (E)</p>
Se sentir « accompagné » et « valorisé » par les instances régulatrices	<p>« On se sent en soutien, on ne se sent pas en sanction. » (B)</p> <p>« C'est des partenaires plus que des... pas uniquement des financeurs. » (C)</p>
Savoir entretenir le lien avec les instances régulatrices	<p>« J'essaye de rester en lien et de ne pas attendre que la CPAM ou l'ARS viennent nous questionner ou nous interpeler. » (A)</p> <p>« Eux ils ont intérêt à ce qu'on fonctionne et qu'eux ont intérêt à ce qu'ils nous aident pour fonctionner. » (B)</p>

f) S'ouvrir sur l'extérieur en développant et en renforçant une activité de coordination avec les différents partenaires du territoire

Code	Verbatim
<p>Voir la MSP comme un « partenaire » et non pas comme un concurrent quand on est un PDS externe à la MSP</p>	<p>« J'ai une amie sage-femme qui s'est installée sur la commune et d'ailleurs la première chose qu'elle a faite elle est venue à ma rencontre et je l'ai présentée au groupe. » (E)</p> <p>« Au fur et à mesure ils se sont rendus compte qu'on ne faisait pas de la concurrence donc ils viennent nous voir. » (E)</p>
<p>S'ouvrir aux professionnels de santé externes à la MSP pour développer de nouveaux projets</p>	<p>« Une maison de santé ça donne aussi un poids plus grand pour les professionnels qui viennent soit de l'hôpital ou des acteurs du médico-social ou des associations donc c'est vrai que la maison de santé ici on a beaucoup développé le partenariat. » (A)</p> <p>« Il y a les maisons de quartier en face, il y a aussi des maisons d'activité physique adaptée, les travailleurs sociaux et les services d'addicto... on ne peut pas non plus se passer d'aller vers l'extérieur. » (A)</p>
<p>Saisir la création des CPTS pour renforcer « qualitativement » l'activité de coordination à l'échelle d'un territoire</p>	<p>« La CPTS elle prend forme, elle gonfle, donc si les gens viennent à la CPTS ils ont un petit peu cet esprit de travail en réseau, de couvrir un territoire, de travailler ensemble. » (B)</p> <p>« Cela va permettre de développer des projets non plus à l'échelle de la patientèle mais de la population et travailler aussi plus en lien avec les professionnels du territoire. » (E)</p> <p>« Une organisation type CPTS... cela peut peut-être donner de la légitimité à des projets à l'échelle du territoire. » (E)</p>

g) Bénéfice de l'ACI et des financements perçus dans ce cadre pour développer et maintenir des pratiques innovantes pour le patient et améliorer le quotidien de la MSP

Code	Verbatim
Prendre les critères de l'ACI comme « moteurs » du projet de santé	<p>« Le rapport d'activité est stimulant car il faut faire deux projets de santé publique, il faut faire du protocole. » (B)</p> <p>« Cela donne une ligne par rapport à ce que l'on attend de nous en tant que PDS dans notre travail de coordination. » (G)</p>
Assurer « l'investissement » des PDS dans le projet de santé (financements source de motivation)	<p>« Tout cela c'est valorisé donc on a envie de le faire. » (B)</p> <p>« On leur met une carotte en disant le protocole il est payé autant et du coup cela marche bien. » (H)</p>
Bénéficier de « l'expertise » du CDS en matière de coordination grâce à l'ACI	<p>« D'être accompagné par un coordinateur aussi... sans ACI il n'y a pas forcément la possibilité d'avoir un soutien parallèle. » (D)</p> <p>« Le problème qu'il y a c'est par rapport au problème du salaire que l'on verse au CDS justement. Moi on attend les ACI. » (G)</p>
Améliorer son quotidien au sein de la MSP	<p>« Cela va être pour l'achat de matériel dont on a besoin pour la coordination. » (G)</p> <p>« On veut se faire un petit coin détente dans notre salle de réunion pour les pauses. » (H)</p>
Favoriser le « développement » de « nouveaux services » pour le patient et améliorer sa prise en charge	<p>« On avait ce projet de sage-femme sur la structure, bah de pouvoir lui dire on va pouvoir vous aider pour l'installation et pouvoir vous aider peut-être pour l'achat de matériel. » (E)</p> <p>« On essaye vraiment de faire vivre en tout cas notre MSP au maximum avec des projets qui voilà nous font plaisir et pour une meilleure médecine. » (H)</p>
Valoriser « l'investissement » et le « temps passé » des PDS dans le travail de coordination	<p>« Derrière cela peut valoriser par le mode de financement... ou alors pour développer des projets spécifiques et de valoriser aussi et d'indemniser leur temps de travail en plus. » (E)</p>

	<p><i>« On garde quand même beaucoup pour payer en tout cas les présences aux réunions, pour payer le temps de préparation. » (H)</i></p>
<p>Un « petit plus » financier toujours le bienvenu !</p>	<p><i>« Ils payent un petit peu moins de charges fin le fait de recevoir des ACI cela allège. » (E)</i></p> <p><i>« Sans les ACI les charges de chacun monteraient en flèche. » (I)</i></p>

h) Saisir les envies des nouveaux professionnels de santé et les demandes des patients en matière de soins pour remettre en question et renouveler le projet de santé

Code	Verbatim
<p>S'adapter en fonction de la « demande » et des « besoins » du patient en matière de soins</p>	<p>« C'est aussi en fonction des demandes des professionnels mais aussi des patients. » (A)</p> <p>« Le projet de santé évolue car le territoire va peut-être évoluer aussi, la population va peut-être bouger. » (A)</p> <p>« On se dit « là on est bon mais est-ce qu'il y a autre chose ? » et là on ne le sait pas. » (E)</p>
<p>Redéfinir son projet de santé en fonction des « envies » des « nouveaux PDS » (lors du recrutement au sein de l'équipe pluriprofessionnelle)</p>	<p>« Une maison de santé évolue aussi avec les professionnels de santé qui arrivent dans les murs et qui peuvent avoir envie de travailler sur de nouveaux projets. » (A)</p> <p>« Le projet de santé n'a fait que se développer en fonction de l'imbrication des nouveaux professionnels et des nouvelles pratiques. » (E)</p>
<p>Relancer la motivation des PDS dans le projet de santé en le faisant évoluer</p>	<p>« Il faut, pour remotiver l'équipe, il faut peut-être trouver des nouveaux sujets, des nouveaux territoires à investir. » (C)</p>
<p>Savoir se remettre en question et refaire un point sur « ce qui va » et « ce qui ne va pas » au sein de la MSP</p>	<p>« J'ai fait un feed-back. J'ai demandé aux professionnels quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées en consultation ? » (B)</p> <p>« C'est toujours sympa de revenir, réfléchir sur ce qui a été fait. » (C)</p>

i) Renforcer la cohésion et la convivialité de l'équipe pluriprofessionnelle par le biais d'événements externes à la MSP

Code	Verbatim
<p>Organiser des moments conviviaux (<i>en dehors</i>) de la MSP et dans un contexte autre que professionnel</p>	<p>« On ne parle pas forcément du travail mais justement on décompresse. C'est ces moments-là justement qui créent le lien entre les professionnels de l'équipe. » (E)</p> <p>« Tous les midis on est tous au moins 6 ou 7 à manger ensemble... il y a un lien qui se crée, il y a une cohésion qui se crée et c'est cela qui fait que l'on avance tous ensemble. » (H)</p>
<p>Rester « soudé » face à une situation sanitaire exceptionnelle et ressortir « convaincu » de la « pertinence » de l'exercice pluriprofessionnel face à une situation d'une telle ampleur</p>	<p>« Passer des galères ensemble cela crée du lien, d'affronter des difficultés et de les dépasser. » (A)</p> <p>« La période Covid a montré l'importance de travailler du coup ensemble et que l'on pouvait s'appuyer les uns avec les autres. » (E)</p>
<p>Plus grande « adaptabilité » et « rapidité » de réaction face à des événements sanitaires de grande ampleur</p>	<p>« Toutes nos secondes doses sont faites par les infirmières là avec euh respect du protocole et nécessite qu'il y ait une médecin dans la maison de santé voilà en cas de réaction allergique grave etc... voilà on fait cela tous ensemble. » (C)</p>

5. Menaces

a) Dépendance des financements perçus dans le cadre de l'ACI pour maintenir en activité la MSP et assurer au quotidien la mise en place du projet de santé

Code	Verbatim
Le caractère « vital » des fonds perçus dans le cadre de l'ACI pour assurer le maintien en activité de la MSP	<p>« C'est vrai que cela serait catastrophique pour la maison de santé si on ne devait plus avoir les aides financières. » (E)</p> <p>« Si on n'a plus les aides c'est comme je vous disais tout à l'heure-là la structure elle coule. » (E)</p>
Se reposer sur les financements perçus dans le cadre de l'ACI pour assurer son maintien au sein de la MSP (notamment pour financer les charges)	<p>« Ils ont bien vu en effet que s'ils n'avaient pas les aides de l'ARS ou de la caisse d'assurance maladie ils ne seraient pas restés car finalement c'était plus cher pour eux. » (E)</p> <p>« Si on avait dû perdre les aides là je ne garantis pas qu'on aurait pas perdu de professionnel de santé. » (E)</p>
<p>Impossibilité de profiter des atouts de l'exercice pluriprofessionnel et coordonné sans l'ACI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confort de l'exercice au quotidien (organisation continuité des soins) • Bénéficier de matériel de pointe • Mettre en place des actions de santé innovantes pour le patient 	<p>« Ils sont tous convaincus aujourd'hui que sans ACI ils ne pourraient pas bénéficier du confort qu'ils ont aujourd'hui. » (D)</p> <p>« Comme là l'appareil d'échographe nous seuls cela serait compliqué d'investir. » (E)</p> <p>« Ces aides de l'ARS et de la CPAM cela permet d'avoir des supers projets. » (E)</p> <p>« Cela serait une maison médicale. Il y aurait toute cette subtilité-là qui ferait toute la différence parce que du coup on ne serait plus du tout dans la même dynamique de soin. » (H)</p>
Absence d'alternative financière extérieure autre que l'ACI	<p>« Cela reste sur des événements ponctuels et on n'a pas d'autres sources de financements que cela. » (C)</p> <p>« C'est juste... fin juste euh c'est l'ACI et la caisse d'assurance maladie qui nous aident. » (E)</p>
Essoufflement des aides financières externes après la création de la MSP	« C'est davantage lors de l'installation. Il n'y a pas eu d'autres financements. » (A)

<p>Absence de visibilité sur le devenir de l'ACI dans le futur proche</p>	<p><i>« On espère que cela sera renouvelé pour 5 ans encore et ainsi de suite. » (A)</i></p> <p><i>« Concernant la pérennité des maisons de santé je me pose souvent la question... On est quand même sur des contrats de 5 ans, comment vont évoluer ces contrats je ne sais pas ? » (E)</i></p>
---	---

b) Un ACI perçu comme contraignant plutôt qu'avantageux pour certains professionnels de santé au point de vouloir s'en séparer

Code	Verbatim
Investissement qu'impose l'ACI ressenti comme conséquent et rébarbatif	<p>« La démarche qualité c'est chronophage et clairement cela me fait c****. » (B)</p> <p>« Il y a à faire pour remplir les objectifs et obtenir ces ACI. » (I)</p>
Demande d'atteinte d'objectifs parfois « inadaptés » au territoire d'implantation de la MSP	<p>« Les institutionnels parfois ils peuvent faire des demandes qui ne sont pas du tout légitimes pour le monde libéral ou clairement qui ne sont pas en phase. » (E)</p> <p>« Cela doit suivre certains axes de santé par rapport au projet régional de santé et forcément du coup bah des fois ce n'est pas adapté à notre MSP. » (G)</p>
Perdre une certaine « liberté » dans son exercice libéral et avoir le sentiment de devoir « rendre des comptes »	<p>« Au départ ils ont l'impression qu'on va leur demander plus de travail donc cela peut être une crainte. » (D)</p> <p>« Ils sont peut-être encore un peu méfiants de ce que les institutionnels peuvent nous demander, s'ils vont contrôler ? » (E)</p>
Faible plus-value des fonds perçus dans le cadre de l'ACI dans le revenu du PDS	<p>« Par rapport au temps investi c'est... cela ne fait pas gagner leur vie comme cela. » (C)</p> <p>« On ne gagne pas notre vie à l'ACI. » (E)</p>
La crainte de ne pas répondre aux objectifs imposés par le cahier des charges de l'ACI	<p>« La maison de santé elle est là pour donner un service pour donner un service. Si on ne le rend plus évidemment eux ils ne nous suivront plus c'est sûr. » (E)</p> <p>« Si vraiment cela commence à être trop compliqué pour atteindre ces critères euh... je pense que ouais cela pourrait mettre en péril la maison de santé. » (G)</p>
Ratio investissement personnel et financement perçu dans le cadre de l'ACI perçu comme défavorable	<p>« Le projet de santé c'est plutôt une contrainte et que l'aspect financier il n'est pas (soupir) euh énorme et que du coup je pense qu'ils se diront un moment je me passe euh du financement. » (E)</p>

c) Adapter un mode d'exercice de plus en plus protocolaire et reposant sur une informatisation de sa pratique (via le LP) qui ne présente pas que des avantages

Code	Verbatim
L'obligation d'utiliser un LP (<i>dans le cadre de l'activité de coordination</i>) qui ne répond pas forcément aux attentes de l'ensemble des PDS	<p>« Les logiciels ils sont plus axés sur les médecins que les paramédicaux. » (G)</p> <p>« N'ayant pas forcément trouvé de logiciel qui correspondait à tout le monde celui-ci paraissait le plus adapté. » (E)</p>
Dépendance vis à vis de la qualité du réseau et de la connectivité pour accéder au dossier médical informatique du patient	<p>« Une couverture assez problématique bah il y avait des déconnexions et cela ne fonctionnait pas bien. » (C)</p> <p>« Le logiciel on a deux sites et il est sur serveur donc c'est ultra compliqué. » (E)</p>
Manque d'intuitivité de l'interface du LP	<p>« Il n'y a pas forcément une formation initiale au logiciel qui est optimum. » (C)</p> <p>« Quand on ouvre pour la première fois le logiciel X il y a beaucoup d'informations, il y a beaucoup de choses fin visuellement il y a plein de choses. » (I)</p>
Un LP axé sur l'activité de coordination et ne permettant pas la gestion de sa comptabilité ou de la transmission des actes	<p>« Les kinés qui travaillent beaucoup avec les mutuelles ils ne peuvent pas les entrer dans le logiciel là. » (E)</p> <p>« J'ai gardé mon logiciel de comptabilité que j'avais depuis le début de mon installation car j'avais tout rentré dedans. » (B)</p>
Manque de pédagogie de la part des éditeurs du LP au sujet de l'utilisation et des mises à jour du LP	<p>« S'il y a des nouveautés dans le logiciel bah c'est en tenir informé les équipes et ça euh je ne sais pas si tous les éditeurs le font. » (D)</p> <p>« On a eu régulièrement des ajustements et des transformations donc on doit aller chercher dans le logiciel pour savoir comment cela fonctionnait à nouveau après une mise à jour. » (F)</p>
Défaillance du service après-vente du LP	<p>« Le service après-vente quelques fois il n'est pas toujours là non plus. » (D)</p>

d) L'impact des départs à la retraite des médecins généralistes sur l'équilibre et le maintien de la MSP

Code	Verbatim
<p>La présence de deux médecins généralistes au sein de la MSP : condition sinéquanone pour disposer du statut de MSP et bénéficier indirectement de l'ACI</p>	<p><i>« Les médecins contribuent quand même à l'ACI, beaucoup même car dans l'ACI il y a la patientèle de médecins traitants qui entre en compte, donc déjà cela ferait... cela ferait baisser des financements ACI. » (A)</i></p> <p><i>« Ils nous ont dit « Si vous n'avez pas le deuxième on ne pourra plus vous aider et cela sera terminé ». » (E)</i></p>
<p>Savoir anticiper le départ à la retraite d'un médecin généraliste et de ses conséquences négatives sur l'équilibre de la MSP</p>	<p><i>« S'il n'y a plus de prescripteurs il n'y a plus d'activités pour eux non plus, et donc du renoncement aux soins pour les patients. On arrive dans un cercle vicieux. » (A)</i></p> <p><i>« On ne remplissait pas nos cellules, on ne remplissait pas l'équilibre, donc comment faire pour équilibrer le budget alors qu'il y avait un prêt ? » (B)</i></p>

e) L'absence de véritable solution pour faire face à la difficulté du recrutement de médecins généralistes au sein des territoires ruraux

Code	Verbatim
<p>Influence de l'accessibilité et de la zone d'implantation de la MSP</p>	<p>« C'est vrai que la région de la ville X n'est pas aimée. » (A)</p> <p>« L'avantage d'être sur l'autoroute X voilà on est à 30 minutes de la ville A, le remplaçant il vient il est tranquille quoi... » (C)</p>
<p>Des nouveaux diplômés avec une appétence pour l'exercice dans un milieu citadin et les avantages qui vont avec (<i>commodités de la ville</i>)</p>	<p>« Ils sont habitués à avoir tout à portée de mains et cela ne donne pas envie de venir s'installer en campagne. » (E)</p> <p>« Souvent c'est des jeunes qui ne sont pas du secteur géographique donc pour attirer les jeunes médecins dans un endroit reculé. » (I)</p>
<p>Le poids du/de la conjoint(e) (<i>et de sa situation professionnelle</i>) dans l'installation d'un médecin généraliste au sein d'une zone rurale</p>	<p>« On est éloigné des grandes agglomérations euh ce n'est pas facile de trouver du travail pour le conjoint. » (D)</p> <p>« Sa compagne n'aurait pas retrouvé le poste qu'elle avait et cela a été réhibitoire. » (D)</p>
<p>Faible poids des aides financières et des incitations à l'installation au sein des milieux ruraux</p>	<p>« Vous pouvez avoir toutes les aides possibles et imaginables, si cela ne représente pas une condition du médecin en question, il décidera de ne pas s'installer. » (D)</p> <p>« Même en mettant le local à disponibilité, les aides et en plus un logement ils n'arrivent pas à recruter. » (E)</p>
<p>Manquement de la part des instances régulatrices pour faire face à la problématique des zones dites « déserts médicaux »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retard à la reconnaissance de la zone en « désert médical » • Absence d'aide pour le recrutement d'un médecin généraliste 	<p>« Les patients viennent de zones prioritaires mais l'adresse de la maison de santé n'est pas en zone prioritaire donc cela a fermé la porte à beaucoup de choses à priori. » (A)</p> <p>« On a été pénalisé car on n'était pas référencé dans une zone sinistrée ce qui est assez improbable. » (E)</p> <p>« On nous a dit « il faut en trouver un » mais par contre ils ne nous ont pas dit « on va vous aider à en chercher un ». » (E)</p>

Une demande de soins en perpétuelle croissance qui ne trouve pas de réponse en raison d'une pénurie médicale

« Un nouveau patient qui arrive aujourd'hui cela va être compliqué d'avoir un rendez-vous avec tous les professionnels car les agendas sont déjà overbookés. » (A)

f) Ne pas perturber la cohésion et l'équilibre au sein de l'équipe pluriprofessionnelle lors du recrutement de nouveaux professionnels de santé

Code	Verbatim
Engendrer de la concurrence au sein de l'équipe pluriprofessionnelle lors du recrutement d'un nouveau PDS	« Tout nouveau recrutement doit être concerté avec ceux qui sont déjà en place pour qu'il n'y ait pas cette notion de concurrence ou de venir empiéter sur l'activité d'un autre. » (D)
Impacter la cohésion de l'équipe pluriprofessionnelle	« Je préfère qu'ils soient trois (médecins) et que cela se passe bien plutôt que d'aller chercher encore un quatrième et c'est là que cela peut créer la m****. » (B) « L'arrivée d'un nouveau professionnel dans l'équipe on doit tous être d'accord pour continuer à avoir cet effet de connexion. » (F)
Vouloir exercer au sein d'une MSP sans intérêt pour l'exercice pluriprofessionnel et coordonné	« Clairement il y avait certains professionnels qui sont rentrés dans le projet uniquement pour l'aspect financier. » (E)

g) Une relation et une coopération, avec les professionnels de santé et les partenaires médico-sociaux situés autour de la MSP, qui gagnerait à se développer et à se renforcer

Code	Verbatim
<p>Difficultés à organiser des consultations spécialisées au sein de la MSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistance de tensions culturelles entre le milieu libéral et le milieu hospitalier • Manque d'ouverture réciproque des PDS du milieu libéral et du milieu hospitalier • Faible impact des MSP pour faire face à la difficulté d'accès à un médecin spécialisé 	<p>« Donc de faire venir au sein de la MSP des spécialistes. Pour le moment cela patauge un peu. » (B)</p> <p>« De toute façon c'est le lien ville-hôpital qui reste compliqué. » (I)</p> <p>« Il y a toujours de craintes d'un côté comme de l'autre et cela fait des années qu'elles y sont. » (H)</p> <p>« On n'est pas forcément mieux entendu parce que l'on vient de la maison de santé. » (I)</p>
<p>Relations peu « qualitatives » et absence de « coopération » avec les partenaires extérieurs à la MSP</p>	<p>« Vous savez parfois les partenaires... cela n'aboutit pas à des choses très institutionnelles et pas très parlantes pour la pratique. » (E)</p> <p>« Ils ont donc toujours continué à travailler côte à côte. » (D)</p>
<p>Veiller à ne pas engendrer une concurrence déloyale envers les PDS extérieurs ne faisant pas partie de la MSP</p>	<p>« Cela peut être conflictuel avec les autres euh... un détournement de patientèle ... il faut toujours se méfier de cela en fait. » (E)</p> <p>« On se méfie toujours de la communication que l'on peut faire à l'extérieur quand on met en place une action avec par exemple le dispositif de réussite éducative s'il y a une orthophoniste qui intervient on ne peut pas mettre son nom car cela va faire euh... conflit sur le territoire. » (E)</p>

h) Impact d'une crise sanitaire persistante et de grande ampleur sur la dynamique et le déroulement du projet de santé

Code	Verbatim
<p>Impossibilité de développer et de mettre en place de « nouveaux » projets</p>	<p>« Depuis un an et demi on n'a pas pu faire des choses originales car le contexte ne le permettait pas. » (D)</p> <p>« Toutes nos actions que l'on voulait mettre en place bah elles ont été retardées. » (H)</p>
<p>Ne plus pouvoir proposer les services de soins innovants pour le patient (alors qu'ils sont l'essence même d'une MSP)</p>	<p>« L'éducation thérapeutique fin faire des groupes de patients... cela n'a pas été forcément le bon moment non plus. » (I)</p>
<p>Répercussion d'un « contexte incertain » sur le moral et la motivation des PDS</p>	<p>« C'est parce qu'il y a eu le Covid donc il a fallu relancer tout le monde. » (G)</p> <p>« Il y a eu une baisse de motivation et les inquiétudes de chacun... » (I)</p>

IV. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

a) Forces de l'étude

L'originalité de cette étude repose sur la nature des personnes interrogées à savoir des Coordinateurs De Santé (CDS). Il s'agit d'une profession nouvelle au sein des équipes pluriprofessionnelles en soins primaires parfois méconnue de la part des professionnels de santé libéraux désirant s'installer au sein d'une MSP.

Il est retrouvé une diversité dans les caractéristiques des CDS interrogés au cours de cette étude. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) dans lesquelles les CDS exercent ont des caractéristiques différentes en termes de lieu d'implantation : 4 MSP urbaines, 2 MSP semi-rurales et 4 MSP rurales. Une diversité en termes d'années d'installation de ces MSP se retrouve également, avec des MSP récentes (2 années d'installation au minimum) versus des MSP plus expérimentées (15 années d'installation au maximum). L'échantillon est constitué de 5 CDS prestataires et de 4 Professionnels De Santé (PDS) endossant le rôle de CDS.

Une diversité de problématiques liées à l'exercice pluriprofessionnel et coordonné a pu être exposée : les problématiques étant différentes d'une MSP à une autre et d'un territoire d'implantation d'une MSP à un autre.

Une attention particulière sur la tenue et le déroulement des entretiens a été portée. Chaque entretien a été organisé en fonction des disponibilités du CDS afin d'obtenir les meilleures conditions possibles pour un échange de qualité. Nous avons privilégié l'expression du discours du CDS afin d'obtenir le maximum d'informations au sujet du management et de l'organisation de l'activité de coordination de l'équipe pluriprofessionnelle.

La validité interne des résultats est obtenue par la triangulation des données obtenues au cours des entretiens. La suffisance des données a été atteinte.

b) Limites de l'étude

Le classement des données obtenues au cours des entretiens selon la méthode managériale SWOT induit une part de subjectivité de la part de l'investigateur. Il existe parfois des difficultés pour classer certaines données entre les forces ou les opportunités de même qu'entre les faiblesses ou les menaces. Ce caractère subjectif est pris en compte en triangulant les données avec un second chercheur.

Les problématiques exposées au cours des entretiens reposent sur le point de vue des CDS. Ces problématiques exposées ne sont peut-être pas les mêmes que celles ressenties par les PDS même des MSP étudiées. Une thèse complémentaire est en cours afin d'explorer le point de vue des PDS, avec notamment la réalisation de focus-groupes au sein des MSP étudiées.

Il est également parfois difficile de distinguer le ressenti en tant que PDS ou en tant que CDS lorsqu'il s'agit d'un PDS endossant le rôle du CDS.

Certaines MSP ne disposaient pas du recul nécessaire quant à la question du management des équipes, en raison d'une installation récente et donc d'une mise en œuvre récente du projet de santé. Durant ces entretiens, les problématiques étaient davantage orientées sur le projet de création de la MSP et l'élaboration du projet de santé. Ces thématiques ont déjà été abordées lors de précédentes études (12).

Neuf entretiens ont été réalisés auprès de CDS intervenant sur un panel de 23 MSP. Cet effectif constitue une minorité face aux 195 MSP en activité dans la région des Hauts-de-France (au mois de janvier 2022) (8).

2. Résumé des résultats

a) Fonctionnement coordonné et management au quotidien de l'équipe pluriprofessionnelle

Par rapport à un précédent travail de thèse (12), s'inscrivant dans un contexte de création de MSP et de constitution d'une équipe pluriprofessionnelle sur la région du Nord Pas-de-Calais, il ressort de cette étude un sentiment d'amélioration dans le management de l'équipe pluriprofessionnelle et de l'organisation au quotidien de l'activité de coordination.

Le projet de santé gagne en maturité et en efficacité avec les années. Les équipes ont su tirer les enseignements des erreurs passées en termes de management et de coordination.

Le leader de l'équipe pluriprofessionnelle demeure un pilier « central » au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de la MSP. Il exerce le rôle de guide envers les autres PDS en leur donnant la direction à suivre vis-à-vis du projet de santé. Il exerce également un rôle de référent en cas de problématique rencontrée par les PDS. Il insuffle une dynamique au sein de l'équipe pluriprofessionnelle en proposant des idées nouvelles à la fois originales et pertinentes.

L'exercice de ce rôle demeure cependant « complexe ». Il apporte une charge de travail supplémentaire et chronophage au PDS qui endosse ce rôle. Cette complexité peut être accrue s'il ne dispose pas du soutien de l'équipe pluriprofessionnelle ou si cette dernière ne fait pas preuve de motivation. Cette complexité peut alors parfois mener à une fatigue voire à un épuisement du leader. Il est alors nécessaire pour éviter ce risque d'épuisement de savoir prendre du recul par rapport à ce rôle de leader en relayant notamment certaines responsabilités à d'autres PDS (comme la nomination d'un PDS responsable pour chaque projet) ou en alternant le PDS qui endosse le rôle du leader (lorsqu'il s'agit du même PDS qui exerce le rôle du leader depuis le début de la MSP).

Le projet de santé de la MSP doit fédérer l'ensemble des PDS. Il doit contenir des actions de santé qui impliquent au maximum chaque profession représentée au sein de la MSP. La cohésion et la convivialité au sein de l'équipe pluriprofessionnelle sont des prérequis indispensables pour avancer au quotidien dans le projet de santé. Il faut également saisir l'opportunité d'événements externes à la MSP et en dehors de tout contexte professionnel pour renforcer cette cohésion et cette convivialité au sein de l'équipe pluriprofessionnelle. La crise sanitaire actuelle a eu un impact positif sur le renforcement de la cohésion des équipes pluriprofessionnelles des MSP. Il faut savoir contourner la baisse de motivation dans le temps des PDS vis-à-vis du projet de santé en avançant de façon progressive dans le déroulement et l'application de celui-ci au quotidien. Une fois ces notions fondamentales prises en compte, il en découle au fil du temps (après plusieurs années de l'installation de la MSP) une application naturelle au quotidien du projet de santé avec un impact de moins en moins important sur l'activité professionnelle première du PDS.

Le leader rencontre encore des difficultés dans le management au quotidien de l'équipe pluriprofessionnelle. Il manque parfois de temps pour rencontrer personnellement chaque PDS au moment le plus opportun. Il doit aussi composer avec des PDS à l'investissement et à la motivation aléatoires au sein de la MSP. A l'opposé il ne doit pas penser pouvoir exercer une hégémonie hiérarchique au sein de l'équipe pluriprofessionnelle notamment lors de la prise de décisions et doit savoir garder une certaine neutralité et prendre en compte l'avis de chacun des PDS.

Le leader peut désormais compter sur le soutien et l'aide bénéfique du CDS au point de former un binôme indispensable dans le fonctionnement de la MSP. Le CDS aide dans l'organisation efficiente de l'activité de coordination au quotidien. Il dispose de plus de facilités et de plus de disponibilité (comparé au leader) pour rencontrer chaque PDS au moment le plus opportun. Le CDS porte une écoute attentive et bienveillante envers les difficultés rencontrées par les PDS et constitue le garant du maintien de la cohésion au sein de l'équipe pluriprofessionnelle en facilitant les échanges entre chaque PDS et en veillant à l'équité de chaque PDS au sein de l'équipe pluriprofessionnelle (notamment lors de la prise de décisions). Il décharge les PDS des tâches administratives liées à la coordination et permet ainsi aux PDS de se concentrer sur leur activité professionnelle première. Il apporte une méthodologie vis-à-vis de l'organisation de l'activité de coordination (grâce à son expérience) et optimise l'organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelle (réunions avec un ordre du jour et un objectif précis à atteindre au décours) pour aboutir à une organisation efficiente de l'activité de coordination et permettant ainsi un bon développement du projet de santé. Le CDS constitue l'interlocuteur principal et repéré de la MSP que ce soit avec les partenaires médicaux et médico-sociaux mais aussi avec les instances régulatrices. La présence d'un CDS au sein de la MSP semble aujourd'hui incontournable.

b) Avantages et inconvénients liés à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel

L'Éducation Thérapeutique Patient (ETP) demeure une activité toujours autant attractive pour les PDS. Elle est également bénéfique pour le patient en le rendant autonome dans la prise en charge de sa maladie chronique.

Cependant l'ETP demeure une activité toujours autant chronophage pour le PDS avec parfois une complexité à l'organiser au quotidien au sein de la MSP. Sa mise en œuvre au sein de la MSP dépend souvent d'un point de vue financier des fonds perçus dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

Ces fonds perçus dans le cadre de l'ACI demeurent également nécessaires pour pouvoir bénéficier du confort d'exercice au sein de la MSP que cela soit pour l'organisation de l'activité de coordination (bénéficiaire d'un poste de CDS), l'organisation de la continuité et de la permanence des soins (disposer d'un poste de secrétariat) ou sur la possibilité de bénéficier de matériel technique récent.

Ces mêmes fonds peuvent aussi, pour certaines MSP, permettre de baisser la valeur des charges et assurer indirectement le maintien des PDS au sein de la MSP.

Sans ces fonds perçus il serait difficile pour une majorité des MSP étudiées d'assurer un fonctionnement optimal au quotidien de la MSP. Pour certaines d'entre elles, pourrait même se poser la question du maintien en activité si ces fonds n'étaient plus perçus, d'autant plus qu'il n'existe pas d'autre alternative externe de financements autres que ceux perçus via l'ARS et la CPAM.

Les PDS doivent mettre en place un projet de santé pour pouvoir bénéficier de ces fonds. Ils se doivent de répondre à des objectifs en termes de services pour la population du territoire d'implantation de la MSP.

Les objectifs demandés par les instances régulatrices ne sont cependant pas toujours applicables au territoire d'implantation de la MSP. De même, la mise en place d'actions ou de services demandés ne correspondent pas forcément aux attentes premières des PDS. Certaines équipes pluriprofessionnelles peuvent rencontrer des difficultés pour accomplir ces objectifs et expriment la crainte de ne plus pouvoir bénéficier des fonds perçus dans le cadre de l'ACI si ces objectifs ne sont pas atteints.

L'ACI implique l'utilisation d'un Logiciel Pluriprofessionnel (LP) par les différents membres de l'équipe pluriprofessionnelle. Ce LP, parfois installé par contrainte dans le cadre de l'ACI, n'est pas toujours adapté à l'ensemble des professions (adapté avant tout pour les médecins). L'usage de ce LP peut être perçu comme une contrainte pour certains PDS. Certains PDS mettent en avant l'absence de

compatibilité de l'usage du LP au quotidien dans l'exercice de leur fonction notamment pour les professions paramédicales. Il en ressort aussi, d'une façon plus générale, un manque de la culture de la donnée dans un exercice libéral (à l'opposé du milieu hospitalier) avec le sentiment d'adopter un exercice de plus en plus protocolaire. Un sous remplissage du LP notamment de la part des professions paramédicales est constaté, ainsi qu'une sous-utilisation par l'ensemble des PDS, des fonctionnalités intéressantes du LP. L'usage du LP demeure donc chronophage au quotidien et davantage adapté à l'activité unique de coordination.

L'ACI apporte donc des bénéfices financiers mais aussi des contraintes quant à l'accomplissement des différents critères et des différents objectifs. Les PDS peuvent parfois avoir le sentiment de perdre une certaine liberté et une certaine autonomie dans leur exercice libéral. L'ACI impose de plus une charge de travail (réunions de concertation, rédaction de protocoles, ateliers d'éducation thérapeutique patients) et donc de temps supplémentaires aux PDS. Le ratio temps passé/salaire perçu peut paraître non avantageux pour certains PDS. Les inconvénients liés à l'ACI peuvent amener certains PDS, non convaincus par un mode d'exercice coordonné et pluriprofessionnel, à se poser la question du maintien de l'ACI quitte à s'en passer et au final se regrouper uniquement dans une optique d'occupation en commun des locaux avec une optimisation des charges.

La question de son devenir se pose aussi dans l'esprit de certains PDS ? Va-t-il persister dans la durée ? Quelle autre alternative financière si cet accord venait à disparaître ?

c) Enjeux autour du recrutement de nouveaux PDS et difficultés de recrutement de médecins généralistes au sein des déserts médicaux

L'exercice au sein d'une MSP est perçu comme plus onéreux pour les PDS. Les charges sont perçues comme plus importantes en comparaison à un exercice libéral isolé. Cette majoration des charges peut être expliquée par la qualité « plus grande » et « plus récente » des locaux et également par les nouveaux services proposés.

La présence de locaux vacants au sein d'une MSP a des répercussions sur le montant des charges, puisque ces dernières sont réparties entre les membres de l'équipe pluriprofessionnelle même si tous les locaux ne sont pas occupés. L'enjeu est alors de ne pas laisser ces locaux vacants et de recruter de nouveaux PDS pour diminuer le montant des charges.

La présence de deux médecins généralistes est une condition obligatoire pour bénéficier des fonds de l'ACI. La question du recrutement de nouveaux médecins généraliste demeure complexe au sein des MSP et en particulier au sein des zones rurales ou des zones considérées comme déserts médicaux. Les médecins généralistes récemment diplômés sont davantage intéressés par un exercice dans un territoire urbain avec le confort lié à la ville. Le territoire d'implantation prime sur l'attractivité première d'un exercice au sein d'une MSP. Malgré des locaux récents, fonctionnels et équipés de matériel technique récent, la situation de la MSP au sein d'un territoire rural ou désert médical primera sur les nombreux points positifs. Les incitations et les aides financières à l'installation ne semblent pas pallier ces difficultés. Un manquement de la part des instances régulatrices pour pallier ces difficultés de recrutement est également constaté. La question de savoir comment résoudre cette problématique demeure et elle semble rester pour le moment sans réponse.

L'exercice au sein d'une MSP demeure attractif pour tout PDS. Ces derniers recherchent avant tout une amélioration de leur qualité d'exercice et de leur qualité de vie personnelle en pouvant par exemple se consacrer du temps libre plus aisément grâce à la continuité et la permanence des soins. Les PDS ne semblent pas être dans une optique première d'optimisation financière de leur exercice en rejoignant une MSP. Il est au contraire mis en avant de jeunes diplômés motivés et investis portant un réel intérêt pour l'exercice coordonné et pluriprofessionnel.

Il est primordial de veiller au maintien de la cohésion de l'équipe pluriprofessionnelle lors du recrutement d'un nouveau PDS. Il est important de concerter l'ensemble de l'équipe afin de ne pas engendrer de concurrence au sein même de la MSP. Il faut aussi s'assurer des intentions premières du PDS à vouloir exercer au sein de la MSP et veiller à son implication future dans le projet de santé en proposant par exemple

une charte. Il faut écarter le seul intérêt du futur PDS à vouloir optimiser financièrement son activité professionnelle (en augmentant sa visibilité en étant au sein d'une MSP) au risque d'avoir un nouveau PDS dans une optique « centre de santé ». Le recrutement de choix d'un nouveau médecin généraliste peut être facilité en recrutant un médecin effectuant régulièrement des remplacements au sein de la MSP. Sa connaissance du fonctionnement de la MSP et de l'équipe pluriprofessionnelle facilitera son intégration. L'accueil d'étudiants en troisième cycle des études médicales (interne N1/SASPAS) constitue aussi une clef pour recruter de futurs médecins généralistes. La formation des médecins pour devenir maîtres de stage doit être encouragée.

La conséquence du non-recrutement de nouveaux médecins généralistes a également une incidence sur l'accès aux soins pour les patients et peut retarder leur prise en charge.

d) Des relations avec les partenaires médicaux et médico-sociaux à renforcer

Développer et nouer des partenariats avec des PDS externes à la MSP demeure complexe après la création de la MSP. Les partenariats peuvent concerner des PDS libéraux externes à la MSP, des associations du domaine médical ou médico-social ou en encore les centres hospitaliers proches de la MSP.

Les PDS libéraux externes à la MSP peuvent parfois ressentir un sentiment de concurrence déloyale vis-à-vis des PDS de la MSP : la MSP pouvant donner une plus grande visibilité des PDS sur le territoire. Cependant, on constate que la prise en charge commune d'un patient contribue à améliorer les relations entre les différents PDS. Cette coopération reste à renforcer.

Il faut aussi savoir faire preuve de pédagogie dans ces relations en se présentant mutuellement et en veillant à ne pas engendrer de concurrence déloyale lors de la communication sur des actions de santé réalisées au sein de la MSP.

On constate encore une certaine méfiance culturelle entre le milieu libéral et le milieu hospitalier. L'organisation de consultations spécialisées au sein des MSP reste difficile à mettre en place.

Prendre en compte l'ensemble des acteurs de santé et des acteurs sociaux constitue un levier pour développer et affiner le projet de santé pour développer des services de plus en plus cohérents et de plus en plus adaptés à la prise en charge du patient dans son environnement quotidien.

De nombreux PDS attendent du développement des Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé (CPTS) d'améliorer les relations et la communication entre les différents acteurs de santé du territoire dans une optique d'harmoniser les pratiques à l'échelle du territoire et d'aboutir à une coordination de qualité autour de la prise en charge du patient.

3. Discussion

a) Introduction

Les perspectives d'étude et de questionnement autour des MSP sont multiples comme en atteste la diversité des informations présentes au niveau des résultats. C'est pourquoi nous nous focaliserons sur les résultats que nous estimons les plus pertinents.

Après avoir résumé les résultats de notre étude nous effectuerons une comparaison de ceux-ci avec les données de la littérature. Nous organiserons cette comparaison en nous focalisant sur les « quatre socles » sur lesquels une MSP doit s'appuyer pour « maintenir son activité » dans la « durée » et assurer sa « pérennité » d'un point de vue organisationnel et managérial :

- Une **équipe pluriprofessionnelle « soudée » et en parfaite « cohésion »** ;
- Un **projet de santé « mature » et « efficient » qui s'adapte avec le temps** ;
- La **présence « pertinente » d'un coordinateur de santé au sein de l'équipe pluriprofessionnelle** ;

- Une **utilisation optimale du Logiciel Pluriprofessionnel axée sur le travail de coordination.**

Nous étudierons ensuite les perspectives d'évolution des MSP. Il est proposé à l'issue de cette étude un thésaurus de solutions managériales pour un exercice pluriprofessionnel et coordonné pérenne du point de vue de son organisation (Annexe 5).

b) Les socles à maintenir pour assurer une organisation pérenne de l'équipe pluriprofessionnelle

1. Une équipe pluriprofessionnelle « soudée » et en parfaite « cohésion »

Lors d'un précédent travail de thèse de médecine (12) s'intéressant aux challenges managériaux imposés par le mode d'exercice pluriprofessionnel et coordonné : il était mis en évidence, lors de la création du projet de santé, la nécessité « d'avancer progressivement, de ne pas brusquer pour ne pas démotiver » (12) ainsi que l'importance de « bénéficier d'une convivialité et d'une cohésion » (12) au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

Ces notions essentielles restent d'actualité une fois la MSP et le projet de santé mis en place depuis plusieurs années.

On ressent à travers notre étude l'obtention d'une certaine harmonie et d'un certain équilibre au sein des équipes pluriprofessionnelles étudiées. Ces notions permettent d'avancer plus sereinement au quotidien comparé aux incertitudes initiales engendrées par le projet de regroupement. L'obtention de cet équilibre nécessite cependant plusieurs années. Il faut au préalable réussir un processus de structuration de l'équipe pluriprofessionnelle avec la constitution d'un collectif pluriprofessionnel (se familiariser avec les codes de l'exercice collectif) (17) et l'intégration d'impératifs gestionnaires au sein de ce collectif (monter la SISA, répondre aux termes du contrat ACI, rendre des comptes sur l'activité aux différents financeurs) (17).

Cet équilibre atteint au sein de l'équipe pluriprofessionnelle peut être illustré par les « cinq étapes » obligatoires de développement d'une équipe pluriprofessionnelle selon Bruce Tuckman (18) :

- **Forming** (Constitution) : il s'agit de la première étape où les membres de l'équipe pluriprofessionnelle apprennent à se connaître et à se positionner au sein de l'équipe.
- **Storming** (Tension) : il s'agit de la seconde étape où chaque membre peut être tenté d'entrer en compétition avec les autres membres pour imposer ses propres idées.
- **Norming** (Normalisation) : il s'agit de la troisième étape où la confiance s'installe au sein de l'équipe avec des membres qui travaillent ensemble de manière coordonnée.
- **Performing** (Production) : cette quatrième étape correspond à un nouvel objectif à atteindre par l'équipe pluriprofessionnelle. Les membres travaillent alors ensemble de façon coordonnée pour atteindre cet objectif.
- **Adjourning** (Dissolution) : cette dernière étape marque la fin du projet et la dissolution de l'équipe pluriprofessionnelle. Cette dernière étape est à éviter.

Chacune de ces étapes a pu être exposée au cours des entretiens avec les différents CDS. D'une manière globale, nous placerons la situation actuelle des équipes pluriprofessionnelles au sein de la troisième étape « Norming » (Normalisation) avec l'ambition d'atteindre l'étape suivante marquée par l'évolution du projet de santé avec l'atteinte de nouveaux objectifs.

2. Un projet de santé « mature » et « efficient » qui évolue avec le temps

La « maturité » du projet de santé constitue le second socle pour le fonctionnement pérenne de la MSP d'un point de vue organisationnel et managérial.

Le projet de santé demeure, à travers notre étude, un élément central de la cohésion et de la coordination entre les Professionnels De Santé (PDS) de l'équipe pluriprofessionnelle. Il faut encore une fois savoir faire preuve de patience avant d'aboutir à un projet de santé « mature » qui se déroule « naturellement » au quotidien dans la MSP.

Une fois l'équipe pluriprofessionnelle fédérée et en cohésion autour du projet de santé, celle-ci doit savoir remettre en question la pertinence, avec le temps, du projet de santé. Les PDS ne doivent jamais oublier les « raisons d'être » du regroupement pluriprofessionnel qui sont de répondre aux besoins de santé de la population locale et d'améliorer la coordination (entre chaque PDS) intervenant dans la prise en charge de patients polypathologiques chroniques (19).

Pour éviter cette menace d'avoir un projet de santé dépassé et inadapté vis-à-vis des besoins en matière de santé de la population locale, les PDS peuvent s'aider d'un outil spécifiquement dédié à l'évaluation du service rendu à la population (20) : la « **matrice de maturité en soins primaires** ».

La matrice de maturité en soins primaires constitue un référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels en soins primaires (19). Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation qui permet à chaque équipe pluriprofessionnelle d'évaluer et d'améliorer son organisation afin de maintenir un impact positif sur la prise en charge du patient (19).

Elle s'articule autour de 4 axes principaux à savoir :

- **Le travail pluriprofessionnel ;**
- **Le système d'information ;**
- **Le projet de santé et l'accès aux soins ;**
- **L'implication des patients.**

Chacun de ces axes est constitué de différentes caractéristiques sur lesquelles les membres de l'équipe pluriprofessionnelle s'autoévaluent qualitativement et définissent alors les pistes d'amélioration et de progression quant à l'organisation pluriprofessionnelle au quotidien et quant à la pertinence du projet de santé.

Certaines de ces caractéristiques correspondent aux éléments exposés au cours des entretiens avec les coordinateurs de santé. Ces caractéristiques représentent une gageure de la maturité de la MSP du point de vue de son organisation et de son management permettant ainsi son maintien en activité dans la durée d'un point de vue organisationnel et managérial.

L'importance de la tenue régulière de réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) est illustrée dans l'axe « travail pluriprofessionnel ». Ces dernières se doivent d'avoir une organisation efficiente avec un ordre du jour communiqué à l'avance et la rédaction d'un compte-rendu diffusé à chacun des membres à l'issue de chaque RCP (19). Dans ce même axe est également soulignée l'importance du maintien d'une dynamique au sein de l'équipe avec une analyse régulière des besoins et des attentes des PDS (19).

La nécessité d'analyser et d'actualiser les besoins de santé et les attentes de la population locale (19) est également illustrée dans l'axe « projet de santé et accès aux soins ». L'importance de disposer d'un responsable de la coordination, qui s'enquiert du suivi et de la mise en œuvre des projets (19), est également mis en avant. La présence d'un coordinateur de santé identifié au sein de l'équipe pluriprofessionnelle est également préconisée.



Matrice de maturité soins primaires – Haute Autorité de Santé (19)

A l'issue de cette étude nous ne pouvons qu'encourager et inciter les équipes pluriprofessionnelles à remettre en question, avec le temps, la pertinence et la compatibilité de leur projet de santé avec les besoins et les attentes de la patientèle locale en matière de santé. L'objectif étant de proposer dans la durée une prise en charge globale et qualitative de la population locale.

3. La présence « pertinente » d'un coordinateur de santé au sein de l'équipe pluriprofessionnelle

Cette étude souligne l'importance et la pertinence à disposer aujourd'hui d'un Coordinateur De Santé (CDS) au sein de l'équipe pluriprofessionnelle d'une MSP.

Lors d'un précédent travail de thèse de médecine (21), évaluant l'intérêt d'un coordinateur de santé au sein des MSP et des pôles de santé du département de la Meuse, il ressortait comme résultat principal un véritable « intérêt » et même un « engouement » de la part de la part des PDS à disposer de cette profession au sein de leur équipe (21).

Lors de cette étude les PDS émettaient les hypothèses suivantes sur les bénéfices à disposer d'un CDS :

- Assurer **un rôle de soutien auprès de l'équipe pluriprofessionnelle** (que ce soit pour le management de l'équipe pluriprofessionnelle ou l'optimisation de l'investissement de chaque PDS) ;
- Assurer **la gestion administrative** (lourde et chronophage) **de l'activité de coordination** ;
- **Organiser les réunions de coordination** (réunions de concertation pluriprofessionnelle) ;
- **Accélérer l'emploi du système d'information partagée.**

Notre étude confirme l'ensemble de ces hypothèses et conforte l'idée qu'il est « important » et « pertinent » pour une équipe de soins primaires de bénéficier aujourd'hui d'un poste de CDS. Disposer de cette profession au sein d'une équipe pluriprofessionnelle est une preuve de la maturité de son organisation et de son management.

Malheureusement il ressort de notre étude que la fonction de CDS ainsi que ses missions précises ne semblent pas toujours connues de la part des PDS et notamment les médecins généralistes récemment diplômés et désirant s'installer au sein d'une structure type MSP. Il est alors nécessaire de renforcer la communication autour du poste de CDS et de ses atouts au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Les médecins généralistes récemment diplômés et désirant s'installer au sein d'une structure type MSP peuvent être rebutés par la charge de travail liée à la coordination. Omettre de préciser qu'une majeure partie de ce travail est effectuée par le CDS peut entraîner une perte de chance quant au recrutement d'un nouveau médecin généraliste et d'une façon plus large d'un nouveau PDS.

Il est donc nécessaire d'augmenter la visibilité de la profession de CDS au sein des équipes pluriprofessionnelles de soins primaires. Il faut encourager les CDS (déjà

dans l'exercice de leur fonction) à participer à des formations visant à assurer une reconnaissance de leur métier et leur permettant de fonder une corporation. Nous pouvons par exemple citer la formation PACTE qui a pour objectif de renforcer les compétences des CDS d'équipes pluriprofessionnelles à travers des apports théoriques, des outils pratiques et des échanges d'expériences (22). Cette formation permet l'obtention d'un diplôme de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) (22) renforçant alors la reconnaissance de la profession de CDS.

Mieux reconnaître et mieux valoriser la profession de CDS au sein des soins primaires sera primordial pour les prochaines années. Le poste de CDS constituera, comme nous l'illustrerons ensuite, un levier pour mieux intégrer les équipes pluriprofessionnelles au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et assurer la réussite de la restructuration de l'offre de soins primaires sur les territoires (21).

4. Une utilisation optimale du Logiciel Pluriprofessionnel axée sur le travail de coordination

Les problématiques autour de l'usage du Logiciel Pluriprofessionnel (LP) mises en évidence dans notre étude convergent avec le constat du rapport de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) (7) : le LP semble davantage entraver que favoriser le travail en équipe avec de nombreuses difficultés rencontrées dans son usage.

Le premier constat qui converge avec notre étude est le fait que le LP ne répond pas aux attentes initiales et aux besoins initiaux des PDS. L'utilisation du LP ressort plus d'une obligation d'usage dans le cadre de l'ACI : « On nous oblige à utiliser quelque chose qui n'est pas au point, on l'a accepté pour l'ACI » (23). Ces LP sont de plus conçus et mis au point par des informaticiens alors qu'ils sont utilisés au quotidien par les PDS (23). Peut-être serait-il judicieux d'organiser des colloques entre informaticiens et PDS afin de remonter les difficultés de l'usage du LP pour favoriser la mise au point d'un LP didactique, intuitif et conforme aux attentes des PDS.

Le second constat est que l'usage du LP par les médecins ne coïncide pas toujours avec l'usage des professionnels paramédicaux (23). Ces derniers l'utilisent

d'avantage pour organiser leur tournée (notamment pour les infirmières) ou pour la facturation de leurs actes (avec un logiciel spécifique personnel dans la plupart des cas). Peut-être serait-il plus judicieux d'axer l'usage du LP, par l'ensemble des PDS, sur le versant unique du travail de coordination. Cela est déjà le cas dans certaines MSP étudiées au cours de notre étude. Cette solution permet de retrouver une convergence dans l'usage au quotidien du LP par l'ensemble des PDS.

Axer l'usage du LP uniquement sur le travail de coordination est une solution pour renforcer son utilisation. Encore faut-il que l'ensemble des PDS joue le jeu du remplissage qualifié parfois de chronophage. Pour pallier ce manquement nous pouvons compter sur le CDS qui assure parfois le remplissage du volet coordination au sein du LP et qui incite aussi au remplissage du LP par les PDS.

L'usage efficient du LP par les équipes de soins primaires constituera encore dans les années à venir un élément clef pour la réussite de la transformation des soins primaires.

c) Quelles perspectives pour l'avenir des MSP ?

1. Le virage des CPTS

Notre étude met en évidence la volonté pour les PDS d'améliorer et de renforcer leurs relations et leur coopération avec les partenaires médicaux et médico-sociaux du territoire d'implantation de la MSP. Plusieurs CDS attendent de la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) une amélioration de ces partenariats. La parfaite intégration des équipes pluriprofessionnelles de MSP au sein de ces CPTS constitue un levier pour le développement futur des MSP.

Les CPTS sont créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (articles 65) (24) (25). Elles constituent également un pivot du plan « Ma santé 2022 » (26). Elles sont constituées d'une association de professionnels de santé du premier et du second recours ainsi que des acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire (27).

Elles proposent de nouveaux modes d'organisation interprofessionnel de l'ensemble des acteurs du domaine de la santé des soins primaires cités précédemment. Elles ont pour objectif d'améliorer la prise en charge de la population d'un territoire donné en favorisant l'accès aux soins, en améliorant la coordination du parcours de santé d'un patient polypathologique chronique et en développant des actions de prévention et d'éducation à la santé sur un territoire donné (25).

A la différence des MSP, qui ont une approche patientèle, les CPTS ont une approche plus large de nature « populationnelle » qui repose sur un territoire plus grand (28).

Tout l'enjeu des CPTS est d'aider les acteurs du domaine de la santé à mieux structurer le parcours de santé des patients et d'assurer une meilleure coordination de leurs différentes actions sur le territoire (28).

Il est retenu un objectif de création de 1 000 CPTS pour l'année 2022 (27).



Principaux enjeux autour d'une CPTS – URPS Hauts de France (28)

Selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2018 (27), cette véritable « transformation » des soins primaires est justifiée par la nécessité d'adapter la prise en charge médicale au développement du caractère chronique de nombreuses pathologies dans un système de santé conçu pour traiter des épisodes

de soins aigus et spécialisés. Il est donc nécessaire d'adapter la médecine de ville pour qu'elle puisse répondre à cette transformation et qu'elle puisse ainsi prendre en charge de manière collaborative et coordonnée non pas une patientèle mais une population. On peut retrouver à travers ce rapport les prémices du contexte de création des MSP et se poser la question de l'intérêt des CPTS ? Ce rapport réfute cette idée en mettant en avant que les MSP ne concernent qu'un nombre réduit de PDS et que leur rythme de développement est insuffisant pour répondre à l'urgence de la transformation des soins primaires.

Il faut de notre point de vue s'appuyer sur les premiers résultats positifs des MSP (en ce qui concerne l'organisation des soins et l'amélioration de la prise en charge à l'échelle d'une patientèle) tout en les intégrant au sein des CPTS avec la meilleure visibilité possible. Il est important de garder une cohérence entre un niveau de service patientèle et un niveau de service populationnel (10). D'autant plus qu'une MSP en général constitue un acteur bien placé pour identifier les besoins en santé du territoire (29).

On comprend ainsi l'intérêt des PDS vis-à-vis de la création de ces CPTS : elles seraient l'occasion de favoriser la rencontre entre les différents partenaires médicaux et médico-sociaux d'un territoire (29). Les CPTS permettraient également une meilleure connaissance entre acteurs médicaux et médico-sociaux d'un même territoire (30).

L'enjeu est alors de donner la visibilité nécessaire des équipes de soins primaires d'une MSP au sein de ces CPTS. Les équipes pluriprofessionnelles doivent pour cela se saisir de l'atout du poste de coordinateur de santé. Ce dernier est souvent présenté (à travers nos entretiens) comme l'interlocuteur principal de l'équipe pluriprofessionnelle d'une MSP : que ce soit avec les instances régulatrices comme l'ARS ou la CPAM ou que ce soit avec d'autres PDS comme pour la mise en place de consultations spécialisées au sein de la MSP. Le CDS occupe alors une place stratégique pour garantir la visibilité nécessaire d'une MSP au sein d'une CPTS car il assure le lien entre l'équipe pluriprofessionnelle et les partenaires locaux. Le CDS sera alors un acteur incontournable pour la construction d'un réseau de soins de santé primaire sur un territoire donné.

Nous pouvons illustrer cette idée du CDS acteur stratégique pour le déploiement des CPTS par l'exemple de la région du Centre Val de Loire (30). Il s'agit d'une région de grande étendue faiblement peuplée et touchée par la désertification médicale. La région s'est appuyée sur le rôle de différents CDS pour apporter une coordination à l'échelle régionale et réunir les différents PDS. Au total 14 CPTS sont comptabilisées (sur l'année 2020) au sein de cette région dans un optique de potentialisation de l'installation de nouveaux médecins généralistes et de nouveaux PDS.

Les CPTS constituent donc un espoir pour développer et améliorer les relations avec les différents partenaires médicaux et médico-sociaux autour de la MSP. L'engagement des équipes pluriprofessionnelles au sein de ces CPTS est à encourager et marquera une étape supplémentaire dans le développement des MSP.

2. Gagner en temps médical via des nouvelles professions (Dispositif ASALEE et Infirmièr(e) en Pratique Avancée)

Les nouvelles formes d'exercice (Éducation Thérapeutique Patient (ETP)) réalisées au sein des MSP demeurent toujours autant attractives pour les PDS (11). Elles demeurent cependant complexes à mettre en place en raison d'un caractère chronophage. Il n'est donc pas toujours possible pour un médecin généraliste de s'y atteler qualitativement comme il le souhaiterait.

Un moyen de répondre à cette problématique serait de déléguer certaines tâches du médecin généraliste vers d'autres professionnels de santé comme les infirmièr(e)s. Nous pouvons illustrer ces propos avec les exemples de l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) (31) et du dispositif d'Action de Santé Libérale En Équipe (ASALEE) (32). Il s'agit de deux entités qui se rejoignent dans leur principe : à savoir d'améliorer la qualité de la prise en charge (en soins primaires) de patients atteints de pathologies chroniques, par le biais d'action de prévention ou d'action d'ETP, tout en sauvegardant du temps médical par le biais d'une délégation d'actes du médecin vers un(e) infirmièr(e). Il s'agit alors d'instaurer une véritable coopération interprofessionnelle.

Ces dispositifs type ASALEE ont déjà été évalués par une étude de niveau national (33). Le but était d'évaluer les effets de ce dispositif sur différentes dimensions

relatives à l'activité du médecin généraliste et à l'activité de l'infirmier(e). Il ressort de cette enquête, et pour des professionnels utilisant ce dispositif depuis au moins une dizaine d'années, des bénéfices pour le médecin avec notamment une amélioration de leurs conditions de travail avec un gain de temps médical et également une amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Concernant les infirmier(e)s il ressort un enrichissement de leur pratique quotidienne (avec une diversification de leur exercice) et une certaine facilité à mettre en place ce dispositif.

Ces dispositifs constituent donc un levier intéressant pour favoriser l'accès aux soins dans certains territoires impactés par la démographie médicale (34). Pour autant il est nécessaire de porter un point de vigilance sur les frontières de chaque profession (35) : la division du travail auprès des patients ne doit en aucun cas menacer la profession même de médecin généraliste. Ce dernier demeure le responsable du parcours de soins du patient et l'infirmier(e) demeure toujours sous la responsabilité hiérarchique du médecin généraliste.

3. Questionnements autour de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel

Notre étude n'a malheureusement pas permis l'obtention de données chiffrées précises quant au coût de revenu de l'exercice au sein d'une MSP pour un PDS. Il ne s'agissait pas là de l'objectif principal de cette étude. Une enquête même auprès de PDS d'équipes pluriprofessionnelles permettrait d'obtenir de telles données.

Il ressort cependant de notre étude que les MSP étudiées reposent en partie sur les fonds perçus dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) pour assurer leur activité : que ce soit principalement pour financer l'activité de coordination ou que ce soit (pour certaines MSP) pour abaisser la valeur des charges.

Cette dépendance vis-à-vis des fonds perçus dans le cadre de l'ACI amène à quelques questionnements. Elle peut dans un premier temps remettre en question l'autonomie même des PDS dans un exercice libéral. Ces derniers se doivent de répondre à des critères et à des objectifs précis en matière de services pour pouvoir bénéficier de ces fonds qui demeurent indispensable pour le fonctionnement de la MSP. Il a pu être mis en évidence, au cours de certains entretiens, des difficultés

pour atteindre ces objectifs demandés avec la crainte de ne plus percevoir ces financements. Il était aussi mis en évidence dans certaines MSP une demande de respect d'objectifs pas forcément adaptés au territoire d'implantation de la MSP. Ces situations demeurent paradoxales dans le sens où il est prôné initialement par les pouvoirs publics une certaine liberté vis-à-vis du choix du projet de santé et des actions à mettre en place par les PDS. Les PDS sont d'autant plus légitimes qu'ils sont directement au contact des patients au quotidien et de leurs problématiques de santé. Il serait intéressant d'étudier dans le futur si ces ressentis ont déjà été constatés au sein d'autres MSP et de savoir comment améliorer ce point négatif lié à l'ACI.

Les financements perçus dans le cadre de l'ACI ne semblent pas toujours répondre aux attentes des PDS. Ils n'augmentent pas de façon significative leur salaire même si ce n'est pas leur vocation première. Ils constitueraient un poids estimé entre 3 et 5% dans le revenu total des professionnels de santé (7). Ils apparaissent ainsi moins intéressants et moins rentables que le mode de paiement à l'acte défendu avec grand intérêt par les professionnels de santé libéraux. La majeure partie selon les dires des CDS participait au financement de l'activité de coordination. Une partie servait avant tout au financement même du poste de CDS. Certains CDS (notamment pour les PDS endossant le rôle de CDS) expriment le regret de ne pas pouvoir bénéficier davantage de temps dans la semaine pour effectuer l'ensemble des tâches qui incombe au travail de coordination. Il était alors demandé s'il s'agissait d'une question de financement et notamment si les fonds perçus via l'ACI permettaient de financer le quota d'heures nécessaires à la réalisation à bon escient de ce travail lié à la coordination. Notre étude n'a pas vraiment permis l'obtention de réponses face à cette question. L'enjeu est de savoir si les fonds perçus dans le cadre de l'ACI sont suffisants pour assurer un exercice coordonné de qualité au sein d'une MSP et indirectement une prise en charge qualitative du patient. Cette question est d'autant plus légitime qu'il n'existe pas d'autres alternatives de financements perçus. Certaines équipes pluriprofessionnelles peuvent percevoir l'ACI comme intrusif vis-à-vis de leur autonomie et seraient même prêtes à s'en passer (35) s'il n'existe pas de réel bénéfice financier après à sa signature. Le risque est alors de perdre l'ensemble des bénéfices liés à une prise en charge coordonnée du patient : l'essence même des MSP.

L'ACI apporte certes le bénéfice de cadrer et de guider l'exercice coordonné et d'apporter des financements indispensables mais impose certaines contreparties non négligeables. Il serait peut-être intéressant pour le futur d'étudier l'avis des PDS vis-à-vis de cet ACI (notamment sur les avantages et les inconvénients) et de savoir quelles améliorations ils souhaiteraient lui apporter.

V. Conclusion

L'exercice pluriprofessionnel et coordonné fait partie intégrante des soins primaires et contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'organisation et le fonctionnement coordonné d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires du point de vue des coordinateurs de santé au sein de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en activité dans la région des Hauts-de-France.

Nous constatons que ce mode d'organisation s'est perfectionné au fil des années d'un point de vue managérial et organisationnel. Un leader dynamique avec une équipe pluriprofessionnelles soudée en parfaite cohésion autour d'un projet de santé fédérateur sont les éléments socles pour atteindre cette efficience. L'apport du coordinateur de santé a été bénéfique pour l'organisation et la gestion de l'activité de coordination et a grandement contribué au gain en efficience de l'exercice pluriprofessionnel et coordonné.

Ces éléments socles cités précédemment ainsi que l'apport du coordinateur de santé sont indispensables pour assurer un fonctionnement pérenne des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles d'un point de vue organisationnel et managérial même si des interrogations demeurent quant au financement de l'activité de coordination et de la dépendance vis-à-vis des fonds perçus dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel. Cette dépendance apporte notamment des questionnements sur les notions d'autonomie et de créativité propres à la médecine libérale.

La pérennité des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles pour répondre aux problématiques des soins primaires que ce soit l'accès aux soins ou la prise en charge qualitative d'une population polypathologique chronique est importante. Des prochains défis les attendent avec le développement et le renforcement de leurs relations avec les partenaires médicaux et médico-sociaux du territoire et leur intégration au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

Les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires pourront compter sur les compétences et le réseau du coordinateur de santé qui constituera un des leviers pour la réussite de ces nouveaux défis.

VI. Bibliographie

1. Soins de santé primaires [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
2. Lafortune G, Mueller M. Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ? Rev Française Aff Soc. 24 juin 2020;(1):303-12.
3. Chappoz Y, Pupion P-C. La nouvelle gestion des organisations de santé. Gest Manag Public. 20 oct 2014;Volume 2/n°4(2):1-2.
4. Bataillon R. Chapitre 2. Les soins primaires [Internet]. Le management en santé. Presses de l'EHESP; 2018 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/le-management-en-sante--9782810906697-page-39.htm>
5. Vezinat N. 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Les mutations du travail. La Découverte; 2019 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-mutations-du-travail--9782348037498-page-117.htm>
6. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
7. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. :8.
8. Les maisons de santé Hauts-de-France, état des lieux [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/msp-hauts-de-france/>
9. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
10. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? | Sciences Po LIEPP [Internet]. 2020 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: quel-avenir-pour-lorganisation-des-soins-primaires-en-france-1.html
11. Schweyer F-X. Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation. J Gest Econ Sante. 12 avr 2019;N° 1(1):33-53.
12. Vandromme David. Maisons de Santé Pluri-professionnelles dans le Nord-Pas-de-Calais :

- Recherche et Développement s'appuyant sur une analyse Managériale de Type SWOT. Université de Lille; 2015.
13. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé: recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Paris: IRDES; 2014.
 14. Angot M. Le coordinateur administratif en maison de santé pluri professionnelle: un nouveau métier dans la médecine générale. :93.
 15. Le coordinateur de santé : quelles sont ses missions ? [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/coordonateur-de-sante/>
 16. Maes J, Debois F. Outil 3. Le SWOT. BaO Boite Outils. 2019;2:16-7.
 17. Bourgeois I, Fournier C. Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles. Rev Francaise Aff Soc. 24 juin 2020;(1):167-93.
 18. The Five Stages of Team Development and the Role of the Project Manager [Internet]. Gina Abudi. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ginaabudi.com/five-stages-team-development-role-project-manager/>
 19. Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 déc 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel
 20. Le référentiel d'analyse et de progression : s'autoévaluer en maison de santé [Internet]. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.femasif.fr/2014/11/13/outil-dautoevaluation-rap/>
 21. Bouab F. L'intérêt d'un coordinateur dans les maisons et les pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse: enquête auprès des professionnels de santé exerçant dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse. :135.
 22. Coordinateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires | EHESP [Internet]. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/coordonateur-de-regroupements-pluri-professionnels-de-soins-primaires/>
 23. Naiditch M. Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? Rev Francaise Aff Soc. 24 juin 2020;(1):237-62.
 24. Article 65 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) -

- Légifrance [Internet]. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031916510/
25. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
 26. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
 27. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article705>
 28. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. [cité 30 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante/>
 29. Cousin S. CPTS : qu'en attendent les jeunes médecins ? [Internet]. Remede.org. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/cpts-qu-en-attendent-les-jeunes-medecins.html>
 30. Rist S, Rogez R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. Trib Sante. 8 mai 2020;63(1):51-5.
 31. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
 32. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>
 33. Afrite A. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. :8.
 34. Ramsay K. Pratique avancée : quelle articulation en équipe ? Trib Sante. 8 mai 2020;63(1):57-64.
 35. Bourgeois I, Fournier C. Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles. Rev Fr Aff Soc. 2020;1(1):167.

VII. Annexes

1. Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Martin Lebecque, je suis étudiant en Médecine. Dans le cadre de mon travail de thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur le thème des « soins primaires » et sur les « maisons de santé pluriprofessionnelles ».

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les problématiques actuelles (coordination, management, financement) rencontrées par les équipes pluriprofessionnelles exerçant au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez exercer la profession de coordinateur de santé au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-61 au registre des traitements de l'Université de Lille en date du 6 avril 2021.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Dans l'attente de votre réponse je vous prie d'agréer, Madame ou Monsieur, mes salutations respectueuses.

Martin Lebecque

2. Guide d'entretien, première version

Bonjour, je m'appelle Martin Lebecque. Je suis actuellement médecin généraliste remplaçant.

J'effectue une thèse sur le thème des soins primaires et plus précisément sur l'exercice coordonné et pluriprofessionnel au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Lors de la création des premières MSP il était mis en évidence des problématiques nouvelles liées au mode d'exercice coordonné et pluriprofessionnel avec notamment des problématiques culturelles, managériales et financières. Je me pose ainsi les questions de savoir si ces problématiques sont toujours d'actualité une fois les MSP installées et en activité et de savoir, si jamais ces problématiques persistent, si elles pourraient remettre en question la pérennité des MSP ?

Je m'intéresse au cours de ce travail du point de vue des coordinateurs de santé : nouvelle profession au sein des équipes pluriprofessionnelles ayant pour objectif d'aider les équipes pluriprofessionnelles à propos du travail de coordination.

M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien afin de m'aider pour l'analyse de vos propos ? Les données enregistrées seront retranscrites, anonymisées puis sauvegardées de façon sécurisée. Elles seront secondairement détruites.

L'entretien va débuter par un recueil de caractéristiques sociodémographiques puis va se poursuivre avec des questions ouvertes s'intéressant au travail coordonné et les problématiques rencontrées au sein des MSP.

Début de l'enregistrement

1 : Recueil des données socio-démographiques Coordinateur de Santé

- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre formation initiale ? Quel est votre formation pour devenir coordinateur de santé ?
- Êtes-vous coordinateur de santé de profession ou un professionnel de santé endossant le rôle de coordinateur de santé en complément de votre profession ?
- Si vous êtes coordinateur de santé de profession, êtes-vous coordinateur de santé « prestataire » ou un coordinateur de santé « salarié » de la MSP » ?
- Depuis combien d'années exercez-vous en tant que coordinateur de santé ?
- Exercez-vous sur une seule MSP ou sur plusieurs MSP ?
- Exercez-vous au sein d'une MSP en secteur urbain, rural ou semi-rural ?

2 : Forces

- Quels sont les avantages pour un professionnel de santé à exercer au sein d'une MSP ?
- Quel est le projet de santé de la MSP dans laquelle vous officiez ? Quelles « Nouvelles Formes D'exercice (NFE) » sont mises en place ?
- Qui exerce le rôle de « leader » de l'équipe pluriprofessionnelle de la MSP dans laquelle vous officiez ?
- Quel est l'apport du rôle de « leader » au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de la MSP ?

3 : Faiblesses

- Quelles sont les difficultés rencontrées par le professionnel de santé endossant le rôle de « leader » de l'équipe pluriprofessionnelle ?
- Qu'en est-il de la motivation des professionnels de santé et de leur adhésion sur le long terme au projet de santé de la MSP ?

4 : Opportunités

- En quoi consiste votre rôle de coordinateur de santé ? Appréciez-vous votre rôle au sein de l'équipe pluriprofessionnelle et de la MSP ?
- Pouvez-vous me parler de vos relations avec les professionnels de santé de la MSP ?
- Comment est perçu votre rôle par l'équipe pluriprofessionnelle ?
- Comment se déroule l'organisation de l'activité de coordination au sein de la MSP (*modalités, nombre d'heures par semaine...*) ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels de santé quant à l'activité de coordination au sein de la MSP ?
- Que pouvez-vous me dire à propos de l'utilisation par les professionnels de santé du « Logiciel Pluriprofessionnel (LP) » ?
- Que pouvez-vous me dire au sujet du coût financier d'une MSP ? Comment est perçu ce coût financier par les professionnels de santé ?
- Que pouvez-vous me dire au sujet de la coordination entre la MSP et les autres professionnels de santé et du secteur médico-social autour de la MSP ? Avec les autres structures coordonnées du territoire ? Avec les instances régulatrices ?

5 : Menaces

- La MSP dans laquelle vous officiez bénéficie-t-elle de financements dans la cadre de « l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) » ?
- Quels sont les avantages apportés par la signature de cet ACI ?
- Quels sont les inconvénients liés à la signature de cet ACI ?
- La MSP dans laquelle vous officiez bénéficie-t-elle de financements externes autres que l'ACI ?

- Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de nouveaux professionnels de santé (*notamment de nouveaux médecins généralistes*) au sein d'une MSP ?

Fin de l'enregistrement

3. Guide d'entretien, dernière version

Bonjour, je m'appelle Martin Lebecque. Je suis actuellement médecin généraliste remplaçant.

J'effectue une thèse sur le thème des soins primaires et plus précisément sur l'exercice coordonné et pluri-professionnel au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP). Lors de la création des premières MSP il était mis en évidence des problématiques nouvelles liées au mode d'exercice coordonné et pluri-professionnel avec notamment des problématiques culturelles, managériales et financières. Je me pose ainsi les questions de savoir si ces problématiques sont toujours d'actualité une fois les MSP installées et en activité et de savoir, si jamais ces problématiques persistent, si elles pourraient remettre en question la pérennité des MSP ?

Je m'intéresse au cours de ce travail du point de vue des coordinateurs de santé : nouvelle profession au sein des équipes pluri-professionnelles ayant pour objectif d'aider les équipes pluri-professionnelles à propos du travail de coordination.

M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien afin de m'aider pour l'analyse de vos propos ? Les données enregistrées seront retranscrites, anonymisées puis sauvegardées de façon sécurisée. Elles seront secondairement détruites.

L'entretien va débuter par un recueil de caractéristiques sociodémographiques puis va se poursuivre avec des questions ouvertes s'intéressant au travail coordonné et les problématiques rencontrées au sein des MSP.

Début de l'enregistrement

1 : Recueil des données socio-démographiques Coordinateur de Santé

- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre formation initiale ? Quel est votre formation pour devenir coordinateur de santé ?
- Êtes-vous coordinateur de santé de profession ou un professionnel de santé endossant le rôle de coordinateur de santé en complément de votre profession ?
- Si vous êtes coordinateur de santé de profession, êtes-vous coordinateur de santé « prestataire » ou un coordinateur de santé « salarié » de la MSP » ?
- Depuis combien d'années exercez-vous en tant que coordinateur de santé ?
- Exercez-vous sur une seule MSP ou sur plusieurs MSP ?
- Exercez-vous au sein d'une MSP en secteur urbain, rural ou semi-rural ?

2 : Forces

- Quels sont les avantages pour un professionnel de santé à exercer au sein d'une MSP ?
- Quelles « Nouvelles Formes D'exercice (NFE) » sont mises en place au sein de la MSP ?
Quels sont vos projets de santé actuellement ?
- Qui exerce le rôle de « leader » de l'équipe pluriprofessionnelle de la MSP dans laquelle vous officiez ?
- Quel est l'apport du rôle de « leader » au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de la MSP ?

3 : Opportunités

- En quoi consiste votre rôle de coordinateur de santé ? Appréciez-vous votre rôle au sein de l'équipe pluriprofessionnelle et de la MSP ?
- Pouvez-vous me parler de vos relations avec le leader ?
- Pouvez-vous me parler de vos relations avec les professionnels de santé de la MSP ?
- Comment est perçu votre rôle par l'équipe pluriprofessionnelle ?

4 : Faiblesses

- Quelles sont les difficultés rencontrées par le professionnel de santé endossant le rôle de « leader » de l'équipe pluriprofessionnelle ?
- Qu'en est-il de la motivation des professionnels de santé et de leur adhésion sur le long terme au projet de santé de la MSP ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez actuellement en tant que coordinateur de santé ?
- Comment se déroule l'organisation de l'activité de coordination au sein de la MSP (*modalités, nombre d'heures par semaine...*) ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels de santé quant à l'activité de coordination au sein de la MSP ?
- Que pouvez-vous me dire à propos de l'utilisation par les professionnels de santé du « Logiciel Pluriprofessionnel (LP) » ?
- Que pouvez-vous me dire au sujet du coût financier d'une MSP ? Comment est perçu ce coût financier par les professionnels de santé ?
- Que pouvez-vous me dire au sujet de la coordination entre la MSP et les autres professionnels de santé et du secteur médico-social autour de la MSP ? Avec les autres structures coordonnées du territoire ? Avec les instances régulatrices ?

5 : Menaces

- La MSP dans laquelle vous officiez bénéficie-t-elle de financements dans la cadre de « l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) » ?
- Quels sont les avantages apportés par la signature de cet ACI ?
- Quels sont les inconvénients liés à la signature de cet ACI ?

- La MSP dans laquelle vous officiez bénéficie-t-elle de financements externes autres que l'ACI ?
- Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de nouveaux professionnels de santé (*notamment de nouveaux médecins généralistes*) au sein d'une MSP ?
- Pensez-vous que l'organisation des soins primaires sur un mode d'exercice coordonné et pluriprofessionnel est une organisation pérenne ?
- Selon vous qu'est ce qui pourrait menacer la pérennité d'une MSP ?

Fin de l'enregistrement

4. Entretiens retranscrits

a) Entretien A

Le 20/04/21 à 15 heures

Durée de l'entretien : 1 heure 16 minutes et 45 secondes.

Début de l'enregistrement :

Recueil des données socio-démographiques du Coordinateur de Santé

ML : Pourriez-vous m'indiquer votre âge s'il vous plaît ?

A : 42 ans

ML : Quelle est votre formation initiale ?

A : Je suis assistante sociale. J'ai été diplômée en 1999. En parallèle j'ai fait une licence en Sciences de l'Éducation et j'ai exercé ensuite pendant 18 ans à l'Assurance Maladie. Avant cela j'ai réalisé une expérience en Afrique dans une ONG. Donc c'est ma formation initiale. Après mes compétences et mon expérience je les ai développées avec mes 18 années au sein de l'Assurance Maladie et complétées avec des formations en interne sur des thématiques diverses : méthodologie de projet... sur des thématiques de santé aussi. Actuellement là je fais la formation PACTE.

ML : La formation PACTE, si j'ai bien compris, c'est pour être coordinateur de santé mais vous l'êtes déjà ?

A : Voilà c'est une formation en parallèle d'une prise de fonction, on va dire, par l'école en Santé Publique de Rennes et financée par l'ARS. C'est des apports théoriques mais avant tout un partage d'expériences et des échanges et une dynamique de groupe des coordinateurs pour pouvoir être aiguillée par des pairs aussi.

ML : C'est dans l'optique de former une fédération de groupes, pour des pairs, pour échanger par la suite ?

A : Voilà c'est pour échanger et partager des expériences. C'est aussi pour interpeller après des formateurs en fonction des besoins et des problématiques.

ML : Comment en êtes-vous arrivée à être coordinatrice de santé ici ? Comment cela s'est passé ?

A : D'être assistante sociale à l'Assurance Maladie déjà j'étais plongée dans le milieu de la santé. Je travaillais régulièrement avec des médecins sur des

accompagnements de personnes en difficulté avec des problèmes de santé ou une perte d'autonomie ou un handicap. Et pour moi le monde du social et du médical c'était naturel qu'ils se rejoignent. Cela faisait longtemps que je voulais me rapprocher d'une maison de santé. J'ai eu donc connaissance du projet de la naissance d'une maison de santé ici sur *ville n°1*. J'ai rejoint l'équipe qui était en train de construire ce projet et donc pour adhérer à l'association qui a porté la création de la MSP en tant que bénévole et en tant qu'assistante sociale dans l'idée qu'un jour il y ait du social dans une maison de santé. Ce n'est pas du tout d'actualité aujourd'hui mais petit à petit finalement s'est ouvert à moi un poste de coordination. J'ai pris le poste au fur et à mesure de l'avancée du projet et de la construction de la maison de santé et de l'intégration dans les locaux des professionnels puis de la mise en œuvre du projet de santé. Cela se construit au fur et à mesure des mois qui passent dans la maison de santé.

ML : Cela fait depuis combien d'années que vous exercez en tant que coordinatrice de santé ?

A : La maison de santé a ouvert en *mois de l'année X*. C'est assez récent. C'est un travail euh un poste qui se construit au fur et à mesure en fonction des besoins et des sollicitations mais aussi du projet de santé qu'ont déposé les professionnels de santé auprès de l'ARS... et bah aussi de la demande des patients finalement et des choses qui émergent. Par exemple maintenant nous avons deux sages-femmes qui sont présentes dans la maison de santé il y a donc des demandes pour des actions de prévention pour la santé de la femme. Il faut donc voir alors comment on peut travailler autour de la santé de la femme. C'est aussi en fonction des demandes des professionnelles mais aussi des patients et des problématiques et des problèmes de santé dominants.

ML : Vous êtes coordinatrice de santé à plein temps ? Vous n'exercez plus votre profession d'assistante sociale ?

A : Non. Cela a été un pari. Après ce n'est pas pour parler de moi. J'ai d'abord été ici détachée sur un congé sabbatique et j'ai démissionné de mon ancien poste après un an de congé sabbatique pour tenter l'aventure ici avec l'équipe. Après c'est vrai que c'est axé sur un temps partiel car il n'y a pas les financements en plus. Après il y aurait plein de choses à faire dans une maison de santé et il y a déjà beaucoup. C'est vrai que cela prend déjà beaucoup de temps.

ML : Vous êtes à temps partiel ici ?

A : Oui c'est cela. Deux jours par semaine.

ML : Êtes-vous salariée de la MSP ?

A : Non mais salariée de la SISA. La SISA c'est ce qui porte au niveau juridique la maison de santé et le projet de santé et c'est ce qui nous permet d'obtenir l'ACI.

ML : Vous exercez sur une seule maison de santé ou sur plusieurs maisons de santé ?

A : Non qu'une seule maison de santé. J'ai été interpellée pour d'autres. Cela va déjà mieux maintenant mais tout était à construire au début, il y avait déjà beaucoup à faire et pour moi c'était compliqué d'aller me disperser sur d'autres structures et je souhaitais me concentrer sur cette structure qui était en démarrage. Maintenant on n'est plus en démarrage mais les premiers temps il faut faire en sorte que les professionnels puissent exercer leur métier déjà dans un nouveau bâtiment. Au début il manquait des choses. On ne va pas dire qu'il manquait des portes mais c'était tout comme. Il fallait finir les travaux et suivre tout cela. Il fallait avoir un interlocuteur pour la mise en place de la téléphonie, le réseau informatique... Cela a pris un peu de temps. Mon choix pour le moment c'était de me concentrer sur la maison de santé de *ville n°1*.

ML : La MSP dans laquelle vous exercez ressort plutôt d'une activité urbaine, rurale, ou semi rurale ?

A : Urbaine... complètement urbaine. La majorité des patients viennent de *ville n°1* et quelques-uns viennent des communes environnantes mais c'est vraiment et cela reste une activité urbaine.

Forces

ML : Quels sont les avantages pour un professionnel de santé à exercer au sein d'une MSP (de votre point de vue de coordinateur de santé) ?

A : L'avantage, de mon point de vue, c'est vraiment de ne pas être isolé, de pouvoir voir une équipe autour de soi et puis de pouvoir partager autour de situations de patients, de ses prises en charge. On a une salle de pause et de réunion pour le déjeuner qui permet des rencontres qui sont soit formelles en temps de réunion ou aussi et même beaucoup informelles où les professionnels, moi je suis juste à côté, ils échangent beaucoup sur la situation des patients donc euh... cela permet d'avoir des échanges et de croiser les regards sur la situation des patients.

Euh... d'avoir des collègues quoi cela donne aussi un peu de joie et de gaieté de ne pas être seul dans son coin.

Cela permet aussi d'avoir un peu plus d'espace aussi pour exercer.

Être en maison de santé cela permet aussi de mutualiser des moyens au niveau notamment des secrétaires. Peut-être que quand on est seul en cabinet c'est plus dur d'avoir une secrétaire à temps plein alors qu'ici il y a un accueil à temps plein de 8h à 20h avec une présence. Donc c'est un confort pour les professionnels de santé mais aussi pour les patients parce qu'ils auront toujours un interlocuteur. Du lundi au samedi matin il y a quelqu'un qui pourra les recevoir. Donc à mon sens cela c'est un atout.

Et bah de pouvoir travailler aussi différemment car dans une maison de santé on peut être acteur et proposer en

fonction du projet de santé des actions, des nouveaux modes d'exercice. Cela peut être donc motivant quand on veut sortir d'un exercice, peut être traditionnel de consultation, si on veut faire des ateliers, de l'éducation thérapeutique et de la prévention avec des partenaires extérieurs car une maison de santé ça donne aussi un poids plus grand pour les professionnels qui viennent soit de l'hôpital ou des acteurs du médico-social ou des associations donc c'est vrai que la maison de santé ici on a beaucoup développé le partenariat. Cela peut être un atout pour les professionnels de santé d'avoir des interlocuteurs sur des situations compliquées par exemple un patient âgé au domicile en perte d'autonomie où il y a besoin de mettre en place plein de choses pour faciliter le maintien bah d'avoir des contacts privilégiés avec des structures cela permet d'avancer plus vite.

ML : Quand vous dites que vous avez un « poids plus important » cela veut dire que vous avez un pouvoir attractif plus important pour nouer un partenariat avec des acteurs médicaux ou médico sociaux autour de la structure ?

A : Voilà et aussi parce qu'il y a un coordinateur. Il y a un interlocuteur. Parce que c'est sûr que s'il n'y avait pas d'interlocuteur, les professionnels extérieurs auraient peut-être envie de prendre contact mais s'il n'y a personne avec qui prendre contact ou si la personne avec qui on peut prendre contact c'est un médecin qui travaille du matin au soir et qui n'a pas le temps de recevoir entre deux... c'est plus compliqué.

Cela offre aussi ça finalement la MSP d'avoir une personne qui coordonne, qui est là sur des sujets divers et variés autant sur les actions de santé publique, de prévention que de répondre à des appels à projet. Là ce matin par exemple il y avait des ... euh un opérateur téléphonique ... comme on a deux cabinets médicaux en plus et deux nouvelles sages-femmes et un cabinet partagé entre différents médecins il fallait un téléphone dans les cabinets il fallait accueillir le technicien et lui expliquer nos besoins, faire les devis ... il faut donc quelqu'un. Si je ne suis pas là on va trouver quelqu'un mais cela peut être prendre sur une activité médicale.

ML : Quels sont les avantages pour un patient à consulter au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle ?

A : Alors déjà pour un patient cela permet d'avoir sur un même plateau, un même lieu, bah différents professionnels qui sont à proximité. Donc s'il y a besoin de séances de kiné et de séances d'orthophonie et de diététique ... bah voilà c'est tout au même endroit.

Ces professionnels peuvent aussi se parler. Donc c'est vrai que cela permet une prise en charge globale. Cela permet aussi un échange de regard sur l'accompagnement du patient et sa prise en soins et donc pour le patient cela peut être bénéfique. On peut penser que cela peut améliorer sa prise en charge et sa santé à terme.

Il peut aussi bénéficier de services supplémentaires comme de l'éducation thérapeutique. Tout à l'heure j'ai appelé des patients pour essayer de mettre en route un cycle d'éducation thérapeutique patient diabète *au mois de l'année X* et donc c'est un service supplémentaire que l'on peut offrir au patient.

Ensuite on est une structure récente, chaque professionnel qui a intégré la maison de santé avait déjà son cabinet individuel.

C'est vrai que les kinés par exemple ils ont déjà beaucoup de patients, les orthophonistes ont déjà beaucoup de patients et puis les médecins aussi. Donc un nouveau patient qui arrive aujourd'hui cela va peut-être être compliqué d'avoir un rendez-vous avec tous les professionnels car les agendas sont déjà « overbookés ». Tous ne prennent pas de nouveau patient ou pas tout de suite. Après c'est un choix de toute façon c'est au patient de choisir son professionnel. C'est le choix du patient qui est libre de choisir son médecin ici dans la maison de santé et son kiné dans une autre commune.

C'est un service et des locaux adaptés accessibles aux normes pour les personnes à mobilité réduite, aux normes incendies et on a un défibrillateur donc c'est vrai que c'est des bâtiments plus agréables. En tout cas on a une certaine norme à respecter. C'est sécurisant.

ML : Quel est le projet de santé de la MSP ?

A : Le projet de santé a plusieurs axes. C'est un projet de santé qui date de *année X*. Avant tout c'était un projet de santé qui se voulait de créer une maison de santé pluri-professionnelle pour attirer justement de nouveaux professionnels de santé sur le territoire-secteur car le constat est un peu partout sur la *ville n°1* ... les médecins il y a très peu d'installation et surtout il y a des médecins vieillissant avec des départs à la retraite annoncés assez prochainement et pour demain pour certains par exemple pour l'ouest de la ville ... il manque cruellement de médecins généralistes donc euh c'était pour attirer de nouveaux professionnels de santé et mettre aussi en place des projets, des actions de santé sur l'accompagnement de patients diabétiques, la prévention et sur la prise en charge de la BPCO avec de l'éducation thérapeutique patient BPCO et du dépistage de BPCO. Il y a aussi un axe sur les maladies neuro-dégénératives et sur les aidants. Voilà c'est les axes principaux et derrière il y avait une volonté de permettre l'accès et la facilité aux soins... euh avec la présence du social... il y a donc des permanences d'assistantes sociales qui ont été mises en place une fois par semaine ici à la maison de santé.

Autour de ce projet de santé se greffe... de toute façon le projet de santé est amené à évoluer, donc on ne l'a pas fait complètement refait mais il y a des nouveaux projets qui viennent se greffer sur la santé de la femme notamment avec l'arrivée de nouveaux professionnels car chacun prend part, ce qui est normal et riche ... une maison de santé évolue aussi avec les professionnels de santé qui arrivent dans les murs et qui peuvent aussi avoir envie de travailler sur de nouveaux projets.

ML : Le projet de santé n'est donc pas « ancré » une fois la signature de l'ACI avec l'ARS réalisée, il est évolutif ?

A : Le projet de santé répond à une problématique de territoire. Il y a eu à l'époque un diagnostic de territoire qui a été posé qui a mis en avant quand même le fait qu'il y avait beaucoup de personnes diabétiques, aussi au niveau des troubles dégénératifs et de patients BPCO d'où les axes pris pour proposer des actions de santé publique en ce sens-là et après voilà le projet de santé

évolue car le territoire va peut-être évoluer aussi, la population va peut-être bouger et on va peut-être aboutir sur une population plus vieillissante et le projet de santé est amené à évoluer. Après c'est un travail en équipe et il faut le ré-écrire. Notre projet de santé a déjà été revisité sur de petits éléments.

Il y a aussi dans notre projet de santé un axe avec une meilleure connaissance des professions... euh des différentes professions au sein de la MSP et c'est vrai que parfois ils bossent les uns à côté des autres et parfois ils connaissent les grandes lignes mais par exemple une orthophoniste intervient dans des champs divers et variés et par exemple prendre du temps à se connaître et connaître les orientations par rapport aux prises en charge.

ML : Quelles « Nouvelles Formes d'Exercice » sont mises en place ?

A : On a donc l'éducation thérapeutique comme je l'ai précisé avant. Bah par exemple là c'est différent on a les interventions du *réseau de santé X*, cela peut aussi couvrir tout le territoire car cela ne concerne pas que les patients de la MSP, mais de pouvoir partager sur des situations compliquées sur des patients avec une addiction ou des addictions et de pouvoir partager les regards des médecins généralistes, des pharmaciens, tout professionnel de santé mais aussi les ressources du territoire comme les structures médico-sociales, les CSAPA, pour échanger autour de situations complexes et proposer en quelque sorte un plan de soins pour le patient, et bien sûr le patient est mis au courant, l'adhésion est requise et reste importante.

Cela peut aussi permettre de se réunir sur des situations complexes de patient et cela à mon sens c'est assez nouveau de se réunir à plusieurs professionnels autour d'un patient que l'on a en commun pour faire le point et savoir comment il évolue, ce qui va et ce qui ne va pas, ce qu'on peut proposer d'autre. Ce n'est pas la même chose si le médecin est seul dans son cabinet c'est plus compliqué. Mon rôle c'est aussi d'animer ou d'organiser cette rencontre et d'inviter les professionnels extérieurs qui sont concernés aussi et qui interviennent chez ou auprès du patient.

ML : Qui exerce le rôle de « leader » au sein de l'équipe pluri-professionnelle dans laquelle vous officiez ?

A : C'est un médecin. C'est lui qui est à l'initiative du projet donc c'est vrai que c'est lui qui a lancé les orientations, les directions... et bah qui guide encore l'équipe.

ML : Est-ce toujours la même personne qui endosse le rôle de « leader » ?

A : Il n'est pas le seul car on a la SISA. Il est co-gérant et on a une autre co-gérance par une sage-femme donc elle aussi est force de proposition et guide aussi. Elle amène de la matière pour l'équipe. On a aussi une autre structure, c'est la SCM (Société Civile de Moyens), qui gère le bâtiment et les charges communes où il y a deux médecins et une orthophoniste et eux aussi ils sont très impliqués dans la maison de santé. Le leader a donc été beaucoup le médecin et il l'est encore mais il y a d'autres je pense qui sont là et qui sont à son côté. Ce médecin

est davantage orienté sur le projet de santé de la maison de santé.

ML : Quel est l'apport du rôle de « leader » au sein de l'équipe pluri-professionnelle de la MSP ? Qu'insufflé-t-il au sein de l'équipe ?

A : C'est le ... *silence* ... c'est le sens ou l'essence même de la création d'une maison de santé car le leader va peut-être rappeler et permettre de rappeler à tous que ce n'est pas un regroupement immobilier de professionnels de santé les uns autour des autres. Il sera là pour porter l'équipe vers de nouveaux projets, les encourager et les mobiliser voilà ... à mon sens sur l'essence même de la structure, c'est le « cap » et c'est la personne qui donne un « cap » et qui rappelle quand une action est faite... bah oui le projet de santé il avait précisé que c'était une action prioritaire pour le territoire et voilà « donner le cap ».

ML : Il donne donc le « cap » vis-à-vis du projet de santé avec l'ensemble des professionnels ?

A : *Acquiescement.* Il donne le cap aux autres professionnels de santé. Il donne le cap de la mobilisation de chacun même si c'est vrai qu'en ce moment c'est plus complexe avec les rencontres qui sont moins fréquentes. On a moins l'occasion. On se dit souvent c'est le « why » « pourquoi les professionnels sont ensemble, pourquoi ils se sont réunis ». Quand il y a des coups de mou, des moments plus difficiles que ce soit au niveau financier (on en viendra peut-être après, cela n'a pas été simple au début car il n'y avait rien) ... Et c'est compliqué car quand même des charges plus importantes que dans un cabinet car forcément il y a plus de surface, il y a plus de services etcetera... Et c'est ça aussi de se souvenir toujours d'où l'on vient et d'où on le veut aller.

ML : Donc c'est rappeler le sens du rassemblement, savoir pourquoi nous sommes réunis et la question « why » ?

A : Voilà c'est pourquoi nous sommes là et aussi pour « qui ». Parce que le « patient » est aussi et quand même au cœur du projet.

Faiblesses

ML : La personne qui endosse le rôle du « leader » vous fait-elle part de ses difficultés ?

A : Il y a une réunion restreinte toutes les semaines. C'est les professionnels que j'ai cités tout à l'heure avec les gérants et les co-gérants. S'il y a des difficultés notamment. Je suis toujours présente à ces réunions, c'est une heure d'échanges tous les *jours de la semaine X* le matin. Donc oui les difficultés sont parlées mais pas forcément à 20 mais en équipe de gestion avec les co-gérants sachant que tous les professionnels de santé sont invités à ces réunions-là, ils savent quand elles se tiennent et ils peuvent venir quand ils veulent. Donc c'est parlé. C'est exceptionnel il (le leader) ne sera pas là le *jour de la semaine X* à la réunion mais tous les *jours de la semaine X* il y a cette rencontre avec les co-gérants et cela permet de ne pas laisser pourrir des situations (fin

on l'espère après c'est le début) qui ne vont pas et de parler des choses qui sont bien ou positives et des difficultés éventuelles.

ML : Le « leader » vous remonte-t-il des difficultés par rapport à ce rôle de leader ? Par exemple sur la notion du temps demandé à exercer ce rôle ou la difficulté de la tâche ?

A : Ah oui il m'a dit qu'il était bien content que j'arrive au moment de l'ouverture de la MSP car cela a été très lourd à porter avant l'ouverture de la maison de santé pour lui car c'est vrai qu'il a porté à bout de bras toute une équipe et tout un projet donc dans la construction et la mise en place de la MSP cela a été énormément de boulot. A mon sens cela n'a pas dû être simple car entre l'idée, l'envie de mettre en œuvre et d'avoir une maison de santé et la phase concrète il y a quand même des années et des années qui s'écoulent donc le leader de l'équipe doit avoir les reins solides (rires). Le leader fait part à de nombreuses sollicitations car il y a beaucoup de travail en amont, de la rédaction du projet et de rencontres avec l'ARS ou la CPAM ou les collectivités locales et de trouver un projet immobilier car finalement le regroupement cela fait beaucoup de cabinets médicaux et donc cela fait de la surface à trouver et donc savoir s'entourer d'une bonne équipe et de trouver les bonnes personnes et les bons relais aussi.

ML : Qu'en est-il de la « motivation » des professionnels de santé sur le long court et de l'adhésion par rapport au projet de santé ?

A : Sur le long court c'est difficile parcequ' on est une petite structure toute jeune (rires) mais bah... on verra. Là on a eu une assemblée générale il y a un mois où on a re-signé la charte parce que les professionnels de santé signent une charte de la maison de santé. Donc ils l'ont re-signée. Ils se sont engagés à nouveau.

ML : Elle est valable un an cette charte ?

A : Euh non. C'est quand on pense... quand on se dit que c'est l'occasion, avec le Covid le fait qu'on ne se soit pas vu beaucoup... bah de relancer et de rappeler pourquoi nous sommes là. On dit « on » mais moi je ne suis pas soignante mais je fais partie de l'équipe.

ML : Et du coup vous ne ressentez pas d'essoufflement car c'est une structure « jeune » ?

A : Oui c'est une structure jeune pour le moment. Bon après chacun a beaucoup de travail. La charge dans les cabinets et les consultations individuelles ... Le projet de santé et la mise en œuvre des projets et des actions de santé publique c'est toujours du plus, il faut bien doser au bon moment et contacter les professionnels sur leurs champs de compétence et leurs avis aussi. Par exemple la sage-femme on ne vas pas l'interpeler sur la grande dépendance. Il faut donc que ce soit en rapport avec son champ de compétences et ses motivations aussi.

ML : La question suivante c'est comment s'organise l'activité de coordination ? Vous avez déjà expliqué qu'une fois par semaine vous faisiez une réunion avec les gérants et les co-gérants. Y-a-t-il encore

d'autres modalités pour l'organisation de cette coordination ?

A : Donc c'est une fois par semaine. Après euh... entre deux bah moi je gère ce qu'il y a à gérer : les différents projets, les contacts avec les différents partenaires. C'est vraiment divers et varié les tâches. Mais après ensuite bon là c'est pareil c'est une situation particulière mais on a habituellement une réunion d'équipe une fois par mois en soirée. Elle permet de parler des projets, de l'implication de chacun dans les projets, de situations complexes de patients aussi et aussi d'aborder des points divers pratico-pratique dans les bâtiments (l'alarme qui se met en route alors qu'elle n'a pas besoin de se mettre en route, les répartitions des rôles de chacun dans, par exemple, la gestion des équipements bah sur la maintenance des portes automatiques). Chacun s'est positionné sur des thématiques, on a travaillé sur cela en amont, et chacune se positionne sur la thématique comme peut être le petit équipement dans la MSP, la thématique prévention... donc c'est le défibrillateur. Après c'est une répartition des tâches comme ça ce n'est pas « tout » le gérant qui... fin que les gérants ou que la coordinatrice ... comme cela chacun a sa mission et c'est un travail d'équipe. C'est défini comme cela, pareil après c'est une jeune équipe, une jeune maison de santé donc on verra bien après si cela tient sur le long terme. Mon rôle aussi en tant que coordinatrice c'est de veiller à ce que les gens qui se sont positionnés sur une tâche, peut-être de leur rappeler, après je ne donne pas d'injonctions, mais de relancer la dynamique en fait, de ne pas perdre de vue et de voir que cela avance, d'être là aussi entre deux pour me/se substituer quand ce n'est pas fait ou que cela n'a pas pu être fait quoi.

ML : Il y a donc si j'ai bien compris une fois par semaine une réunion avec les gérants-co-gérants et une fois par mois avec l'ensemble de l'équipe ?

A : C'est cela. Idéalement c'est comme cela. Mais là actuellement c'est différent. Le contexte perturbe tout. Après il peut aussi y avoir des temps d'équipe le midi sur deux-trois professionnels sur des thématiques précises. Par exemple on a un projet qui s'appelle « *nom de projet X* » pour l'accompagnement, fin la prise en charge des enfants dans la prévention de l'obésité donc là il y a la psychologue, la diététicienne et le kiné qui ont des séances avec les enfants donc de temps en temps elles se réunissent pour faire le point. Il n'y a pas besoin d'être en équipe ou de convier tout le monde cela ne va pas concerner tout le monde. Donc parfois il y a des petits temps d'échange qui sont entre des professionnels sur des sujets spécifiques.

ML : Il y a donc des temps « formels » et donc des temps plutôt qualifiés « d'informels » ?

A : Après voilà en fonction des sollicitations qui viennent de l'extérieur j'interpelle comme là on a eu la semaine dernière un représentant fin quelqu'un pour le vaccin *nom de vaccin X* qui voulait présenter à l'équipe ce vaccin. Donc j'ai interpellé les personnes qui étaient éligibles qui pouvaient potentiellement vacciner médecins, infirmiers, sages-femmes. Voilà c'est vraiment cibler les professionnels concernés par un sujet.

ML : Du coup quand il y a une réunion hebdomadaire cela dure combien de temps ? C'est juste pour avoir un champ d'idée ?

A : La réunion hebdomadaire une heure. Et la réunion mensuelle (soupir) cela dépend, on essaye de faire une heure et demie voire deux heures maximum parce que c'est le soir et c'est plus fatigant...

ML : Ces réunions devez-vous rendre des comptes auprès de l'ARS ?

A : Alors les réunions on a des obligations. On a 6 rencontres par an. Euh... c'est des RCP qu'ils appellent sur des situations complexes de patients mais bon pour moi les RCP on l'entend aussi sur des échanges des pratiques communes, cela peut aussi être sur des protocoles, comment on imagine travailler sur euh... ensemble dans la même direction et de la même manière sur par exemple (*hésitation*)... la diététique et grossesse ou les plaies chroniques. Donc ces temps d'échange permettent aussi le partage d'expériences et puis de définir un petit peu comment on travaille tous dans le même sens.

Donc on rend des comptes, oui, il faut indiquer le nombre de réunions, qui était présent mais le contenu non. Moi j'essaie, fin je fais à chaque fois un compte-rendu car tout le monde n'est pas toujours présent. Cela permet à celui qui a été absent de savoir ce qui a été dit pour l'équipe.

ML : Quelles sont les limites exprimées par les professionnels de santé par rapport à cette activité de coordination ? Expriment-ils des plaintes, des contraintes, des inconvénients ?

A : (*silence*) ...

ML : Par exemple peuvent-ils exprimer que cela leur prend du temps par rapport à leur activité propre ? Par exemple est ce qu'ils estiment que cela ne leur apporte rien par rapport à leur activité et que cela les freine ?

A : Bah euh ... je n'ai pas eu encore de remontées mais je pense que oui parfois s'il y a trop de réunions cela peut être... cela peut devenir pesant quoi. C'est pour cela qu'on essaye de faire des temps courts. Après les co-gérants, bah eux c'est aussi une volonté de se réunir une fois par semaine pour faire le point un petit peu des activités et aussi de la vie dans le bâtiment. Pour les réunions en soirée c'est ... parfois oui ... cela peut être une contrainte mais après chacun vient s'il en a envie. Après je n'ai pas eu de remontées.

Après c'est le temps. Quand il faut se réunir sur un projet parce qu'il y a ... bah cela prend du temps en fait, il faut l'écrire et le construire et cela c'est compliqué. C'est sûr que c'est du temps à prendre sur une consultation sur ... ou pour une infirmière prendre du temps sur un petit temps de repos le midi et puis qu'elle reparte en tournée derrière.

ML : Et aussi prendre du temps sur du temps personnel ?

A : Ouais ouais ...

ML : Est-ce que le taux de participation, par exemple lors de la réunion mensuelle, est ce que toute l'équipe est présente ? Y-a-t-il un taux de participation à 100% ?

A : Ce n'est pas 100% mais alors là ces derniers temps ... la dernière fois tout le monde était présent ou représenté. Habituellement il y a plus de 50% ... je ne sais pas ... plus de 70% de présence. Après c'est aussi à tour de rôle. Les infirmières elles sont plusieurs donc il y en a une qui représente ses collègues car la tournée n'est pas finie. Cela peut aussi être pareil pour les kinés. Parfois aussi pour les professions ils se relayent pour après euh... bah partager entre eux les éléments.

ML : Je suppose que vous utilisez un « logiciel informatique commun » : « un logiciel informatique pluri-professionnel », qu'en est-il de l'utilisation de ce logiciel ? Est-il utilisé par tout le monde, est-il bien utilisé ? Ou au contraire est ce qu'il y a des personnes qui l'utilisent moins ?

A : Alors le logiciel est utilisé par tous les médecins, par toutes les orthophonistes, très ponctuellement par infirmières, par les deux sages-femmes et après « pas du tout » par les podologues ni par les kinés. La diététicienne l'utilise, la psychologue aussi, la nutritionniste qui intervient ponctuellement l'utilise aussi. Donc ouais il y a quand même une grande partie qui l'utilise. Donc après c'est une montée en charge progressive parce que ça a été compliqué aussi la mise en place (*avec un ton insistant*). Il y a eu un petit temps. Chaque professionnel, en tout cas les médecins et les orthophonistes sont arrivés avec leur logiciel et il leur a fallu faire les extractions pour euh... tout réunir dans un seul et unique logiciel avec forcément bah des pertes de données, un logiciel qui est moins spécifique aux professions et qui est finalement très général. C'est aussi un logiciel qui n'est pas toujours simple et il faut se familiariser avec.

Donc voilà on a une montée en charge progressive de l'utilisation. Ce sont aussi des choses qui sont rappelées régulièrement en réunion d'équipe et par le leader. On essaye de faire des groupes d'échanges de pratique aussi sur le logiciel... même avec les secrétaires. Le dernier c'était il y a un mois ou deux, il y avait tous les agents administratifs dont moi avec l'éditeur du logiciel pour apprendre de nouvelles techniques, astuces par rapport au logiciel et à son utilisation. Donc c'est en perpétuelle évolution finalement l'utilisation du logiciel.

Pareil pour les médecins qui ne complètent pas tous de la même façon donc ça c'est aussi petit à petit car ça prend du temps, les habitudes sont toutes différentes et cela nécessite des temps d'échanges spécifiques. Là on en a programmé plusieurs sur l'année sur des thématiques, des points précis voilà sur les historiques, les prescriptions, les prescriptions de biologique ... fin sur des thématiques, des points précis que cela aille vite et après ils partagent un petit peu entre eux.

ML : Quand vous dites qu'il y a des rappels, par exemple par vous ou par la leader, est ce qu'il y a un manque de culture de la donnée où le professionnel ne pense pas à remplir le dossier ?

A : Oui il y a de cela mais il y a aussi du temps car cela prend du temps. Donc le logiciel qu'on a permet parfois de faire des choses simplifiées mais il n'est pas intuitif. C'est vrai qu'il faut s'y mettre quoi (*avec un ton insistant*) et pour s'y mettre il faut un peu de temps (*avec un ton insistant*). Les professionnels n'ont pas forcément ce temps-là. C'est petit à petit mais c'est vrai que cela fait partie d'un grand ... (*silence*) ... d'un grand objectif d'une maison de santé c'est d'utiliser le logiciel partagé à bon escient.

ML : Y-a-t-il eu des réticences au début par rapport à l'utilisation du logiciel ? Des professionnels qui n'avaient pas l'habitude d'utiliser un logiciel dans leur pratique ?

A : Ah oui il y en a ! Après euh il y a des réticences et il y en a encore à l'utilisation en fonction des professions ! Je pense que certaines professions en ont moins besoin mais c'est voilà encore une fois on est une jeune MSP et c'est une démarche progressive et c'est des points de vigilance toujours dans l'idée, c'est ce qui est rappelé quand on est ensemble, ce qui est noté par l'un peut être lu par un autre professionnel et va permettre aussi d'améliorer les échanges autour de la santé du patient. Le bénéfice reste toujours pour le patient.

ML : Et vous constatez, même si vous êtes une jeune maison de santé qu'il y a un mieux dans l'utilisation de ce logiciel ?

A : Ah oui si si, il y a du mieux ! Il y a du beaucoup mieux. Cela a été vraiment la catastrophe (*rires*) ... on est parti de ohlala ... c'est derrière nous, ce n'est pas encore simple mais cela a été la catastrophe : le changement de logiciel, les habitudes, chacun s'accroche à son logiciel antérieur...

ML : Il y a eu des concessions pour certains professionnels de santé ?

A : Oui, au début ils ne voyaient que les choses qui n'allaient pas. Là cela commence à aller mieux. En plus on a une solution d'hébergement à distance donc on a des ... un logiciel fin un bureau partagé donc ce qui est très intéressant mais c'est à distance donc il faut aussi se familiariser avec cette technique du bureau à distance. Donc c'est progressif mais c'est sur la bonne voie !

ML : Pouvez-vous me dire l'investissement financier (si vous avez des notions) pour un professionnel de santé et notamment un médecin généraliste lorsqu'il arrive au sein d'une maison de santé ?

A : (*Désolation*) (*Réflexion et silence*) ... je ne peux pas vous dire ... L'investissement financier (*soupir*)... après c'est un peu pour des anciens médecins qui avaient déjà un cabinet c'est peut-être un peu comme une nouvelle installation car il y a quand même des locaux à équiper donc soit ils arrivent avec leur équipement. Après le coût supplémentaire ... je crois que c'est très variable car ici les équipements il a fallu remettre des prises, des portes phoniques, ils ont eu des surcoûts de par leur activité médicale qu'un assureur n'aurait pas forcément eue. Cette question est compliquée je ne sais pas.

ML : Avez-vous déjà eu des remarques ou des remontées comme quoi ce n'était pas avantageux de s'installer au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle ? Y-a-t-il des professionnels de santé qui ne s'y retrouvent pas au niveau de leurs comptes ?

A : Ah bah ouais il y en a qui financièrement ne s'y retrouvent pas car il y a davantage de charges ici quand même. Les charges sont plus importantes avec les locaux. Les médecins disent que pour eux (*soupir*) ... cela dépend aussi de quel médecin, de combien de cabinets ils ont mais ce n'est pas forcément plus, mais parce qu'ils avaient déjà une habitude de travailler avec des secrétaires etcetera mais pour des professionnels des paramédicaux c'est des charges plus élevées car il y a des communs à partager. Donc on espère que la SISA avec l'ACI car on a eu finalement qu'une seule fois l'ACI depuis la création, on a ouvert en cours d'année donc on n'a pas eu une ACI pleine, donc il a fallu attendre un an et demi presque pour avoir des financements et donc il a fallu faire un prêt, il y a un prêt qui est en train d'être remboursé encore. Donc on espère qu'avec l'ACI qui va rentrer que cela va permettre de couvrir plus de charges des parties communes, une proportion plus importante du secrétariat pour revenir équilibrer un petit peu.

ML : L'ACI c'est pour une durée d'un an ou c'est un forfait de cinq ans ?

A : L'ACI c'est un contrat qui est signé pour 5 ans et puis qui est re-signé éventuellement. Là l'ACI ils sont en train au niveau national de redéfinir des nouveaux indicateurs avec une nouvelle signature de l'ACI. Donc s'ils sont en train de négocier des nouveaux indicateurs c'est que cela ne va pas disparaître mais cela aura peut-être une autre forme ou les attendus seront différents. Donc on espère que cela sera renouvelé pour 5 ans encore et ainsi de suite.

ML : Quand vous recevez les financements c'est pour 5 ans ou c'est une année à la fois ?

A : C'est par année. On a une avance et un solde là bientôt à la fin du *mois X*. Donc là à la fin du *mois X* on a le solde de l'année qui vient de s'écouler, donc là on aura le solde de l'année *X* et une avance pour l'année *X+1*. C'est en fonction des indicateurs. Moi je dois rendre un rapport d'activité annuel sur le nombre de professionnels de santé, le nombre de réunions, le nombre de dossiers patients vus en équipe, les protocoles, les évaluations de ces protocoles et comment ils vivent finalement, il y a aussi des indicateurs sur des consultations avancées et sur le profil des patients, le nombre de patients-médecin traitant et les caractéristiques au niveau précarité. Tout cela ça donne des points qui sont transformés en euros. Le logiciel informatique en fait aussi partie et le poste de coordinateur aussi.

Opportunités

ML : Quelles sont vos fonctions et vos missions en tant que coordinateur de santé au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

A : Alors mes missions c'est d'animer l'équipe finalement et de faire vivre le projet de santé à travers l'équipe. D'être aussi l'interface entre la maison de santé et les professionnels extérieurs que ce soit des professionnels de santé extérieurs mais aussi les structures médico-sociales, les associations. D'être en lien avec les instances de tutelle (la CPAM ou l'ARS), les structures hospitalières aussi.

De pouvoir faire les rapports d'activité, les comptes rendus des réunions, le suivi des projets, c'est un peu ça. De m'assurer quelque part que les conditions sont toujours réunies pour que chacun puisse exercer de la meilleure des façons dans des locaux voilà qui fonctionnent bien.

Il y a les gérants et les co-gérants de la SCM mais quand on se voit *le jour X de la semaine* je suis à leur côté voilà pour leur faire remonter des difficultés que moi j'ai pu observer ou que les professionnels ont pu me faire part. Donc voilà c'est principalement ça et puis d'être en lien quand on a des prestataires qui interviennent comme les assistantes sociales, les chirurgiens, la diététicienne, la psychologue, l'activité physique adaptée : d'être l'interlocuteur aussi de ces prestataires pour faire en sorte pareil qu'ils puissent exercer leur activité et rédiger des conventions s'il y a des conventions qui doivent être faites ou des contrats de prestations s'ils doivent signer un contrat de prestations.

Et gérer plus ou moins le budget de la SISA et l'ACI.

ML : Comment vous qualifiez vos relations avec les professionnels de santé de l'équipe pluri-professionnelle au sein de la maison de santé pluri-professionnelle ?

A : Euh ... les relations bah elles sont ... euh ... bah ça se passe bien (rires). Moi j'essaye d'être disponible, de pouvoir être présente ici parce que c'est de pouvoir être là quand ils sont là où quand ils ont 5 minutes : s'ils doivent me voir sur une situation ou sur une question ou s'ils ont un projet de pouvoir être à l'écoute et disponible. D'être neutre aussi : moi je ne suis pas là pour dire ce qu'il y a à faire ou juger de dire que ce n'est pas bien fait ou bien fait. De pouvoir bah guider aussi et d'accompagner.

Les relations elles se passent bien. Je pense qu'on a des bonnes relations.

ML : Vous avez été bien accueillie ?

A : J'ai été bien accueillie. Finalement moi je suis arrivée un peu avant aussi la création de la maison de santé. J'ai fait partie de l'association qui portait, alors sur la fin je n'étais pas là vers le début, mais donc j'ai été intégrée petit à petit progressivement dans cette équipe.

ML : Quels sont les avantages exprimés par les professionnels de santé par rapport à votre rôle et ce que vous apportez dans l'équipe ?

A : Bah de ... sur certaines démarches bah de les soulager en fait de tout le côté administratif et le lien avec l'extérieur, de participation à des réunions, des comités de pilotage, de la mise en œuvre d'actions ponctuelles même de santé publique. Voilà ils n'auraient pas le temps pas les moyens de le faire donc c'est vrai que cela les allège de certaines tâches. Et puis après c'est aussi ma casquette d'assistante sociale d'une bonne

connaissance du réseau, des réseaux de santé, des partenaires médico-sociaux, des professionnels extérieurs. Sur des situations complexes bah j'interpelle facilement les bons interlocuteurs pour essayer d'avoir des leviers supplémentaires quand des difficultés sont repérées. Donc ça c'est aussi mais là c'est le côté social.

ML : Du coup ils expriment vraiment un gain de temps par rapport à des tâches administratives ?

A : Ah oui tout à fait. Ils peuvent alors se consacrer à leur activité première qui est le soin.

ML : Pourraient-ils aujourd'hui se passer de vous ?

A : Bah si je pense que personne n'est jamais indispensable mais je pense que cela serait différent. Et il faudrait se réorganiser. Après je pense que toute structure est capable de rebondir sur des changements donc mais en effet ce n'est pas rare qu'on dise que je sois la « colonne vertébrale » ou la « cheville ouvrière » de la structure mais après à mon sens une MSP ne peut pas tourner sans coordination. C'est compliqué. C'est l'essence même de faire du lien entre chacun. Moi je les croise du coup et je peux faire passer des messages car eux ils ne vont pas forcément se voir entre eux mais moi je peux transmettre les messages entre deux.

ML : Vous avez un rôle « d'interface » entre chaque professionnel ?

A : C'est ça. C'est facilitant aussi et euh cela permet de se poser quand parfois il y en a qui viennent ici (*au sein de son bureau*) pour échanger sur quelque chose qui a peut-être été compliqué ou qui n'a pas fonctionné donc c'est oui c'est un peu un lien : le coordinateur c'est du lien entre chacun, entre les professionnels de santé et les administratifs aussi car il y a du lien avec les secrétaires ou les agents d'entretien.

C'est aussi un lien avec l'extérieur, avec les instances, c'est aussi de parfois ce que la CPAM ou l'ARS donne comme information de le retranscrire parce c'est parfois un autre langage le langage administratif et de le retranscrire par rapport à nous au niveau pratique comment cela se passe sur le terrain.

C'est aussi de pouvoir aller chercher les informations quand il y a des nouveautés, quand il y a des appels à projet, les professionnels n'ont pas forcément le temps d'aller chercher tous les appels à projet, ce qu'il se passe sur le territoire et d'y répondre donc c'est vrai qu'une maison de santé, qu'on attend cela d'une maison de santé mais sans coordinateur c'est compliqué. J'exerce donc un rôle d'interface.

L'intérêt c'est aussi d'avoir un interlocuteur car la CPAM ils ont besoin d'un interlocuteur identifié et qui sera réactif pareil pour les associations ou les structures.

ML : Comment qualifieriez-vous vos relations avec le « leader » de l'équipe pluri-professionnelle ?

A : Très bien, très bonnes, fin moi on se dit les choses facilement. Il y a encore une fois l'équipe actuelle, la majorité de l'équipe actuelle est présente dès le début et depuis la naissance de la maison de santé tout le monde se connaît bien et euh... les relations sont simples voire amicales aussi parce qu'il y a eu une aventure parcourue ensemble sur la création du bâtiment et de la structure.

Passer des galères ensemble cela crée du lien, d'affronter des difficultés et de les dépasser. Donc ouais il y a des bonnes relations.

On essaye quand même comme je le disais tout à l'heure de dire les choses rapidement et de trouver un temps. C'est pourquoi il y a une fois par semaine un temps qui est dédié à cela pour éviter de laisser traîner des choses, des difficultés ou pas forcément des difficultés mais qui pourraient le devenir si elles ne sont pas traitées tout de suite.

ML : Donc « communication, transparence et anticipation » ?

A : Exactement voilà ! De pouvoir être attentif, veiller dès que quelque chose ne fonctionne pas bien ou qui n'est pas bien... de pouvoir anticiper pour éviter que cela ne soit la catastrophe.

ML : Vous ne ressentez pas par moment un « épuisement » du leader par rapport au fait de devoir porter l'équipe et le projet ?

A : Au moment de la création ouais ... après au quotidien ouais voilà c'est ... oui je pense oui il peut y avoir de l'épuisement pour ça mais c'est peut-être un tout aussi après moi je ne connais pas ... il y a le multitâches (rires). C'est la sollicitation intense dans tous les domaines des professionnels de santé donc c'est la gestion d'une MSP, un projet d'équipe cela vient en plus.

ML : Comment qualifieriez-vous vos relations, comment se passe la coordination entre la maison de santé pluri-professionnelle et les autres acteurs du système de santé, du système social et les instances régulatrices ?

A : Bah cela se passe bien. Enfin pour la petite expérience qu'on en a cela se passe bien mais c'est vrai que moi j'essaye de rester en lien et de ne pas attendre que la CPAM ou l'ARS viennent nous questionner ou nous interpeler mais de rester dans une démarche « proactive », de les informer de ce qui se passe, de ce que l'on met en place comme projet donc c'est vrai que les relations se passent assez bien.

Avec les partenaires extérieurs, avec les structures médico-sociales c'est pareil.

Il a fallu du temps. Car à *ville n°1* on est la seule maison de santé. Les gens ne comprenaient pas trop ce que c'était. Bah oui des maisons médicales il y en a plein. Il a fallu du temps aussi pour expliquer, pour qu'ils comprennent qu'elle était aussi ma place qui évolue à chaque fois, expliquer pourquoi il y a une coordinatrice, elle fait quoi, elle s'occupe de qui, est-ce qu'elle est auprès des patients ?

Donc de prendre du temps et d'expliquer cela et de trouver avec chacun des points communs et trouver comment on peut travailler ensemble, comment on peut s'articuler sur un maillage territorial. C'est vrai que les MSP, on travaille, l'intérêt d'une MSP c'est de travailler avec une patientèle mais quelque part les patients ils sont bien sur un territoire donc on ne peut pas non plus aller vers ... il y a les maisons de quartier en face, il y a aussi les maisons d'activité physique adaptée, les travailleurs sociaux et les services d'addicto car on a beaucoup de patients avec des problèmes de toxicomanie et d'addiction. On ne peut pas non plus se

passer d'aller vers l'extérieur. Il y aussi des foyers, des foyers de vie et des maisons relais où des patients vivent dans ces structures-là, donc forcément on a des éducateurs qui passent dans nos locaux.

ML : Bénéficiez-vous de financements externes ? Vous bénéficiez de l'ACI mais par exemple bénéficiez-vous de financements de la part de la commune, de la ville ?

A : Non il n'y a aucun financement de la part de la commune. Sauf sur des appels à projet spécifiques voilà quand on met par exemple, on a fait des actions de santé publique par rapport à santé-sexualité chez les jeunes, donc on a eu un financement pour cela, sur le tabac donc on a eu un financement pour cela, cela revient aux professionnels qui ont pu intervenir dans ce cadre-là, dans ce champs-là, on a des financements en cours sur le repérage de la fragilité chez la personne âgée et la mise en place de consultations gériatriques : donc là c'est vraiment pour une mission spécifique mais ce n'est pas un financement pour la maison de santé. Voilà donc c'est l'ACI mais aussi l'ARS qui a pu donner des FIR sur des équipements. Quand les professionnels de santé sont rentrés sur des lieux, sur le bureau de coordination, sur la salle de réunion et l'atelier et le secrétariat partagé ils ont financé une petite partie et sur l'équipement informatique et de sécurité. C'est davantage lors de l'installation. Il n'y a pas eu d'autres financements. La collectivité et la communauté urbaine de *la ville n°1* a fait le choix de ne pas aider financièrement (*sur le ton du regret*).

ML : Ce manque d'aide financière cela a été reproché sans être indiscret ?

A : Bah oui parce-que c'est mais bon après c'est le choix de la communauté urbaine de *la ville n°1* mais ailleurs cela a pu se faire parfois. Même de la région on n'a rien eu du conseil régional. C'est que ce n'était pas le bon moment.

ML : C'est paradoxal car quand on lit des articles sur le sujet on voit que c'est encensé par les pouvoirs publics ces structures alors qu'en réalité non ?

A : Bah la communauté urbaine de *la ville n°1* nous a dit ici qu'ils avaient été facilitateurs pour le promoteur immobilier pour qu'il puisse construire et que les professionnels de santé aient des locaux. C'était des friches industrielles donc ils ont permis d'accélérer les choses pour que cela soit habitable. On pensait même de la région (*sur un ton du regret*) mais il n'y a rien eu.

ML : Vous disiez que cela avait été possible pour d'autres structures ?

A : D'autres ont eu ailleurs. Après on n'a rien eu car la maison de santé n'est pas en quartier prioritaire de la ville, on n'est pas du bon côté du trottoir. Pourtant les patients viennent de zones prioritaires mais l'adresse de la maison de santé n'est pas en zone prioritaire donc cela a fermé la porte à beaucoup de choses à priori. C'est l'adresse qui est retenue et cela c'est dommage parce que les patients ne vivent pas dans la maison de santé. Il y a eu beaucoup d'énergie au début du projet et même quand on est entré dans les lieux pour essayer de trouver

des financements mais voilà cela en est resté là. Donc c'est tout l'ACI il faut aller la chercher maintenant, il faut mettre en place des actions et faire ce qu'il faut (*sur le ton du devoir nécessaire*).

Menaces

ML : Quels sont les inconvénients exprimés par les professionnels de santé au sujet de l'ACI ? Est-elle trop contraignante dans leur pratique au quotidien ?

A : *Silence...*

ML : Par exemple dans le cadre de l'ACI il faut respecter des horaires d'ouverture précis en rapport avec la continuité des soins ?

A : Cela n'a jamais été remis en question parce-que cela donne une souplesse aussi finalement pour les professionnels de santé d'exercer jusqu'à une certaine heure et même le samedi matin s'ils le souhaitent. Pour le moment cela ne pose pas de problème ce critère-là. Après les autres indicateurs moi je les ai en tête. Mais comme c'est moi qui fais le rapport d'ACI ce n'est pas eux qui le rédigent, moi je vais chercher les informations sur l'activité qui fonde de toute façon, les protocoles ils les écrivent, ils les font vivre, ils rédigent des protocoles pour les évaluer. On a des réunions d'équipe parce-que c'est nécessaire : donc avec ou sans ACI les réunions existeraient.

Donc la contrainte bah voilà moi je la connais et j'essaye d'aller rechercher là où l'activité est faite pour que cela rentre dans les cases de l'ACI.

Après l'ACI les attentes elles sont cohérentes finalement avec l'exercice en structure et en maison de santé coordonnée.

ML : Quand vous dites la contrainte de l'ACI qu'est-ce cela veut dire ?

A : C'est des indicateurs, c'est les réunions d'équipe, les situations de patients complexes, les RCP, les protocoles, les projets de santé publique, les actions de santé publique, les horaires d'ouverture, l'informatique, voilà ces différentes rubriques il faut cocher des cases, tous ces critères-là finalement si on est en maison de santé on les remplit « facilement » de toute façon.

ML : Les professionnels de santé ne font pas trop de remontées négatives de respecter ces critères ? Peuvent-ils reprocher d'arriver à un exercice trop cadré ou trop surveillé avec une instance au-dessus d'eux et de perdre une activité plus libre par rapport à un exercice libéral isolé ?

A : Je n'ai jamais entendu cela non. Après parce-qu'ils exercent quand même leur travail à leur façon mais bon encore une fois c'est une jeune structure et je n'ai jamais entendu cela encore au niveau de cette perception professionnelle.

ML : Qu'en est-il du recrutement de nouveaux professionnels de santé ?

A : L'objectif n'est pas atteint (*rires*). Nous sommes encore une fois à deux ans de l'ouverture mais c'est vrai

que les professionnels attendent des médecins comme tout le secteur de *la ville n°1*. Pour le moment il n'y a pas d'installations. Les cabinets sont pleins au niveau des paramédicaux mais au niveau des médecins il y a de la place avec *le médecin X* qui partira en retraite dans deux ans. Il y a des possibilités pour les professionnels car maintenant nous sommes sur une zone d'accompagnement régional avec des aides financières à l'installation pour de nouveaux professionnels de santé fin des nouveaux médecins et pour le moment on n'a pas de pistes sérieuses et concrètes (avec un soupir). A voir ...

ML : Actuellement il y a 3 médecins au sein de cette MSP ?

A : C'est cela. Après on est en contact avec la CPTS, avec la communauté urbaine de *la ville n°1* pour travailler sur l'attractivité du territoire. Voilà quand tout le monde se met ensemble cela amènera peut-être des nouveaux professionnels. C'est vrai que la région de *la ville n°1* n'est pas aimée (*rires*) !

ML : C'est davantage un manque d'attrait par la région que le projet même de la MSP ?

A : Oui oui c'est plus par rapport à la région.

ML : Concernant les paramédicaux, vous dites que c'est plein, concernant leur recrutement ce n'est pas compliqué ?

A : Pour le moment il y a moins le besoin. S'il y avait des départs la question se poserait peut-être ?

ML : Quand vous avez recruté de nouveaux professionnels paramédicaux, c'était des personnes qui arrivaient car elles étaient intéressées par le projet de santé et par rapport au mode d'exercice ?

A : Oui il y a un attrait pour le mode d'exercice et pour le travail en équipe. Cela constitue réellement un aspect attractif cet aspect du travail en équipe mais aussi les équipements et le fait d'avoir un peu d'espace et une salle de réunion pour le repas et les pauses. L'activité sur des projets comme l'éducation thérapeutique du patient donc ça c'est un attrait.

ML : Dernière question est-ce que le manque de recrutement de nouveaux médecins généralistes, est ce que cela peut avoir un risque quant à l'avenir de la maison de santé ?

A : Bah oui cela pourrait. Parce-que les médecins contribuent quand même à l'ACI, beaucoup même car dans l'ACI il y a la patientèle des médecins traitants qui entre en compte, donc déjà cela ferait baisser des financements ACI, aussi de charges des bâtiments qui y contribuent quand même et le secrétariat aussi donc cela pourrait ouais mettre en péril la MSP. Même pour être en MSP il faut et on est obligé d'avoir un médecin.

Cela pourrait mais nous n'en sommes pas encore là mais il faut veiller et la question se pose. C'est pour cela qu'il y a une volonté d'accueillir des internes pour montrer et donner à voir ce que c'est une activité en maison de santé et aussi précisément ici comment cela se passe si un interne se plait il aura peut-être envie de

rester. C'est vraiment donc de développer l'accueil de nouveaux internes. Les médecins, les deux autres médecins se sont engagés à prendre des internes chez nous. On espère que cela va ... (*ton de l'espérance*). Même pour tout un territoire manquer de médecins c'est problématique pour les patients car là chaque jour il y a des patients qui viennent demander si on peut les prendre car ils n'ont plus de médecin traitant. Les professionnels ou les paramédicaux ont besoin de prescriptions pour travailler, eux s'il n'y a plus de prescripteurs il n'y a plus d'activité pour eux non plus, et donc du renoncement aux soins pour les patients. On arrive dans un cercle vicieux. On espère ... rapidement (*rires*).

Fin de l'enregistrement

b) Entretien B

Le 28/05/21 à 14h30.

Durée de l'entretien : 1 heure 11 minutes 41 secondes.

Début de l'enregistrement

Recueil des données socio-démographiques du Coordinateur de Santé

ML : Pouvez-vous m'indiquer votre âge ?

B : J'ai 36 ans. Je suis marié et j'ai 3 enfants. Je suis infirmier depuis 11 ans et libéral depuis 7 ans. Je suis en MSP depuis 5 ans. J'ai pris la fonction de coordinateur officiellement depuis 1 an.

ML : Votre formation initiale c'est infirmier et vous exercez en plus la fonction de coordinateur de santé ?

B : C'est ça. J'étais infirmier. Pendant mes études j'ai fait un an d'aide-soignant en intérim et après j'ai passé mon diplôme et après je suis parti 5 ans en polyclinique où j'ai fait tous les services etcetera et euh après j'ai décidé de partir en libéral. Après le libéral bah euh d'être tout seul bah ça m'a ... bah voilà je ne suis pas dans un état d'esprit comme ça, j'aime bien l'esprit d'équipe, j'aime bien l'humain, j'aime bien partager, j'aime bien cette notion d'équipe surtout... donc voilà c'est vrai qu'en libéral on tout sauf ça. J'avais mon indépendance que je voulais que je n'avais pas en service et j'avais la solitude que je n'avais pas en service mais que j'ai ... voilà j'ai ... on ne peut pas gagner sur tous les tableaux. C'est pour ça que l'idée de maison de santé bah ça permettait de retrouver cet esprit d'équipe, de partage, de créer un projet ... je suis assez leader au fond de moi et j'aime bien mener des projets, j'aime bien être dynamique dans une équipe, voilà cela c'est fait comme ça. J'ai participé à la naissance de la maison de santé. Je fais partie de l'équipe du départ en fait et au fur et à mesure la maison de santé a beaucoup d'allers, de départs et on a eu un moment très critique il y a deux ans où je pensais que la maison de santé allait fermer ses portes parce que on avait des médecins traitants qui partaient et pas de renouvellement et l'équipe commençait à s'essouffler ... donc à ce moment-là il y a la formation PACTE qui est arrivée ... donc voilà je me suis vraiment investi de façon officielle dans mon rôle de coordinateur. Depuis un an cela fait qu'on a recruté deux médecins, je suis en train de travailler sur des vacances. Voilà ça revit ...

ML : Vous êtes sur quelle ville ?

B : Sur la commune de ville n°1 à côté de la ville n°2.

ML : Pour devenir coordinateur de santé avez-vous fait une autre formation que la formation PACTE ?

B : Cela s'est fait sur le tas ... j'étais très actif dans l'élaboration de la MSP. Je me suis investi dans le projet, d'aller chercher la secrétaire, à recruter à rechercher

voilà le standard, à aller chercher les gens qui font le ménage. Voilà j'étais très investi dans le fonctionnement interne et puis au fur et à mesure ... bah on me demandait toujours à moi, j'étais le référent sur tout ça ... euh voilà le rôle de leader-coordonateur s'est pris en cours par la position que j'avais.

ML : Cela fait depuis un an que vous êtes coordinateur de santé ?

B : Oui voilà ! Depuis le *mois de l'année X* de l'année dernière je me suis dit je vais prendre le rôle de coordinateur en main sachant que j'avais déjà fait les rapports d'activité avant, c'est moi qui les faisais... personne ne les faisait donc c'est moi qui les faisais. A partir du *mois de l'année X* je me suis dit je veux bien le faire contre une rémunération. Donc j'ai demandé une rémunération de 500 euros par mois pour pouvoir prendre le rôle de coordinateur et de retrouver une dynamique dans la MSP.

ML : Comment qualifieriez-vous l'activité de votre MSP ? Urbaine, rurale, semi rurale ?

B : Alors c'est urbain dans un contexte social difficile. On était dans un désert médical lors de l'installation. Euh il y a une population qui est pauvre et il y a une grande demande de soins et d'éducation donc voilà. Situé dans un bassin compliqué au niveau socio-économique.

ML : Votre MSP est ouverte depuis combien d'année ?

B : La MSP est ouverte depuis *mois de l'année X*.
Forces

ML : Quels sont les avantages pour un professionnel de santé (PDS) à exercer au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ?

B : Alors la première chose déjà sur la laquelle je reviens et que j'ai déjà dit c'est la notion d'équipe déjà. Donc dans la notion d'équipe j'entends le fait d'avoir des contacts pluri-professionnels car cela nourrit on n'est pas qu'avec des infirmiers ou des médecins. Moi j'aime bien avoir le côté pluri-professionnel. La deuxième chose c'est aussi dans un sens de pérenniser notre activité en libéral. Il faut savoir que des infirmiers il y en a beaucoup, cela reste quand même un business, il faut avoir son activité et faire tourner son activité. Voilà le fait de s'installer en MSP cela permet d'augmenter mon attractivité. Il y avait aussi cette notion-là qui était importante pour moi. La dernière chose qui est intéressante c'est la rapidité dans les flux d'informations. Un patient qui n'est pas bien aujourd'hui à domicile j'arrive à avoir le médecin tout de suite et dire directement ce qui ne va pas, j'appelle le podologue voilà il y a des ongles à faire, le rendez-vous est pris direct voilà. Cela va plus vite et c'est fluide. On a le dossier médical partagé donc voilà. C'est un peu comme du service... on est dans du service hospitalier à la maison.

ML : C'est un bénéfice en plus pour le patient le fait d'avoir une équipe autour de sa prise en charge ?

B : Donc voilà des patients dont on s'occupe si on lui dit d'appeler le podologue il va dire ouais ouais mais il n'appellera jamais le podologue. On en reviendra après et cela sera pire et cela se gangrène. Voilà on ne passe pas notre temps à avoir la secrétaire, la secrétaire qui dit qu'elle passe le médecin, le médecin n'est pas là il faudra rappeler... on passe un temps fou. Voilà là c'est le *logiciel X* j'envoie un message et c'est transmis. Je peux aussi appeler directement, j'ai les numéros personnels. Dans le quart d'heure c'est réglé quoi.

ML : Quel est le projet de santé de votre MSP ?

B : Alors justement c'est dans les tuyaux. Il a été fait en *année X*. Il faut le réactualiser car là il n'est plus d'actualité aujourd'hui. Il y a eu pas mal de mouvements au niveau des professionnels de santé et il faut réactualiser les protocoles. Euh voilà là je m'y attèle. Il y avait un gros travail de management d'équipe à faire. Il fallait recruter et il fallait fidéliser et il fallait recréer une dynamique d'équipe. Voilà je suis dans cette période-là. Et dans un deuxième temps, par exemple *jour de la semaine X*, j'organise un atelier protocole où tout le monde va venir, comment faire des protocoles, c'est quoi des protocoles etc... pour relancer une dynamique de santé dans la MSP. Et dans un troisième temps on reverra le projet de santé par rapport à ce qu'on a vu comme protocole et comment on peut l'intégrer dans un projet plus global.

Donc le projet de santé aujourd'hui c'est de répondre aux besoins de la population car il y avait un désert médical et de la proximité surtout... et voilà de fluidifier le parcours de santé dans un endroit qui était sinistré. Voilà l'idée initiale est là.

ML : Vous voulez toujours rester sur cette idée initiale ou c'est amené à évoluer ?

B : Je pense que l'idée de base est là, on l'a gardée parce que c'est l'essence même d'une maison de santé la fluidité. L'attractivité des professionnels de santé pour répondre aux besoins des patients. Là on a reçu des sages-femmes ce midi qui ont un cabinet un peu plus loin dans la ville pour créer de la consultation avancée sage-femme parce qu'aujourd'hui c'est trois médecins traitants hommes donc le suivi gynécologique et le frottis etc ce n'est pas toujours évident par rapport à la patientèle. Donc voilà il y a une demande, un besoin donc on essaye d'amener les sages-femmes dans le quartier de la MSP pour répondre aux besoins de la patientèle.

ML : Vous vous adaptez aussi en fonction des besoins de la patientèle ?

B : On essaye on essaye. Du mieux que l'on peut. J'ai été aussi en contact avec la chargée médicale de *groupe général de santé X* pour faire venir des consultations avancées de spécialistes. Donc de faire venir au sein de la MSP des spécialistes. Pour le moment cela patauge un peu. L'idée est là, c'est de créer un flux, de faire venir du monde pour dynamiser l'équipe et offrir au maximum des prestations dans la MSP.

ML : Donc votre projet de santé est en cours d'actualisation mais y a-t-il des « Nouvelles Formes d'Exercice (NFE) » qui sont mises en place ?

B : J'ai fait la formation ETP au tout début. Là bon il faut savoir que l'ETP c'est chronophage et il faut être beaucoup pour faire pouvoir faire tourner l'atelier parce qu'il faut créer les ateliers, il faut les préparer, il faut les animer, il faut les synthétiser, il faut aller voir les patients, voilà c'est vraiment une activité à part entière. Donc aujourd'hui je fais mon libéral, j'ai 3 enfants, j'ai la coordination voilà je peux pas non plus me dissiper sur tout cela mais j'ai le projet *nom de projet X* qui va démarrer au *mois de l'année X*. Ce *nom de projet X* c'est une association nationale qui permet de salarier des infirmières soit libérales ou soit salarier des infirmières par association qui va s'occuper exclusivement de l'ETP. Un médecin généraliste doit voir un patient diabétique, il va pouvoir proposer une consultation *nom de projet X* avec l'association *du projet X* où une infirmière va reprendre c'est quoi le diabète, c'est quoi les chiffres, les traitements, c'est quoi la diététique, surveiller les pieds. L'ETP on va plus passer par cette forme-là qui sera plus fluide et plus facile à mettre en place que les gros projets ETP en tant que tels au sein de la MSP.

ML : Qui exerce le rôle de « leader » auprès de l'équipe pluri-professionnelle ?

B : C'est moi mais mon but c'est de laisser la main. Il y a deux nouveaux médecins qui viennent d'arriver. Il y en a ils ont envie de ... mais ils viennent de s'installer donc ils prennent leur marque. Mon but c'est de voilà... je ne veux pas être au four et au moulin... le but c'est de laisser les gens aussi de ne pas prendre toute la place... quand on y est on a tendance à prendre toute la place et ne pas laisser les autres faire ce qu'ils ont envie de faire et proposer ce qu'ils ont envie de faire. Donc mon but c'est de laisser le leadership à d'autres personnes et puis d'être là pour apporter mon soutien, pour proposer des choses mais pas forcément pour les mener, mais être plus là dans mon rôle de coordinateur au final. Et de laisser les gens faire et d'être là en soutien pour animer et pour structurer.

ML : Vous exercez le rôle de leader depuis le début du projet de MSP ?

B : Oui c'est cela.

ML : N'est-ce pas compliqué de gérer la casquette de leader et de coordinateur en plus de votre profession d'infirmier ?

B : J'aime bien cela... c'est ça le problème. Pour moi ce n'est même pas du travail. J'aime bien mon métier d'infirmier mais pour moi c'est de l'ennui, c'est de la routine ce que je fais, c'est redondant. C'est un métier pour moi, fin j'aime bien ce que je fais, mais cela devient rudimentaire au final, je prends plus mon pied à être coordinateur, à être leader et à mener des projets et aller voir les gens et aller chercher des choses... cela j'aime bien. J'aime bien aussi infirmier mais bon cela va faire 11 ans que je le fais j'ai besoin de voir autre chose, parce que je n'évolue pas, je n'apprends plus rien, je ne m'y

retrouve plus dans mon projet professionnel en tant qu'infirmier libéral aujourd'hui.

ML : A terme vous seriez prêt à n'endosser que le rôle de coordinateur de santé ?

B : Je ne sais pas. Pas aujourd'hui. Peut-être après quand j'aurai 40-45 ans et que je serai fatigué. J'en ai pas parlé après mais il y a la CPTS qui est fortement active. Mon but c'est d'entrer dans le bureau, il y aura les élections cette année, j'aimerais bien aussi entrer dans la CPTS pour avoir aussi plus d'impact et avoir plus de réseau car je fonctionne par réseau, plus on voit des gens plus on connaît des gens donc c'est plus facile à mettre en place. Mon but c'est de rentrer dans la CPTS et de travailler aussi dans la CPTS.

ML : Quel est l'apport du rôle de leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

B : Bah s'il n'y a pas de leader il n'y a pas de projet, pas d'action, on reste dans ce que l'on connaît et dans ce qu'on a déjà fait et on n'évolue pas et après on s'ennuie il n'y a plus de dynamique et cela s'éteint. Il faut donc que quelqu'un soit là.

La FEMAS c'est aussi important pour nous car ils ont la veille juridique, ils ont... on a groupe de partage, on voit qui fait quoi, cela donne des idées, ce permet de voir ce qui s'est fait là-bas, donc pourquoi pas le faire chez nous, ils ont fait nous on a fait cela, voilà cela permet de... C'est pour cela que la formation PACTE, en elle-même je ne vais pas dire que je n'y ai rien appris, j'ai appris des choses mais voilà, on a rencontré des gens qui font la même chose que nous, qui ont les mêmes problématiques, on partage nos problèmes, on voit ce qui est fait, on voit ce que l'on peut faire, cela ouvre des perspectives et cela rassure aussi sur les problématiques que l'on rencontre ailleurs. Je pense que c'est important d'avoir ce soutien-là qui nous rassure parce que parfois on se dit je vais dans le mur, je m'épuise à rien, j'en ai marre et puis j'arrête et bah non c'est partout pareil. Bah de voir que c'est pareil partout on se dit ce n'est pas grave on va y aller quand même.

ML : Et du coup le rôle de leader c'est de donner un cap par rapport à l'équipe pluri-professionnelle ?

B : Un cap je ne sais pas si c'est un cap mais de donner un dynamisme. On a une idée... bah voilà pourquoi on ne ferait pas cela. Pour moi l'idée c'est cela. Vous en pensez quoi ? ah bah ouais c'est bien après si ce n'est pas bien bah c'est tout on passe... voilà c'est d'interloquer les gens... voilà on est là on se fait chier qu'est-ce qu'on fait, donc pour quoi pas ça, toi tu ne connais pas un truc ? Donc on crée quelque chose et après il faut structurer. Mon rôle après j'aimerais ne faire que cela : la structuration des idées que les gens peuvent apporter.

Opportunités

ML : En quoi consiste votre rôle en tant que coordinateur de santé (CDS) ?

B : Grande question. Euh... Structurer je pense. Euh... là aujourd'hui j'ai aussi mon rôle de leader donc amener

des idées de développement. Donc je pense que le rôle de coordinateur c'est d'être l'intermédiaire avec les autorités de santé telles que la CPAM et l'ARS car c'est moi qui échange beaucoup avec eux. Là par exemple on a rencontré les sages-femmes on pourrait développer du... de la consultation avancée mais on s'aperçoit que l'ordre va peut être développer des problèmes derrière parce que ils ne veulent pas que les sages-femmes qui ont déjà une plaque et un cabinet principal prennent des vacances car ce n'est pas dans leur philosophie etc... donc voilà moi mon rôle aujourd'hui j'ai la CPAM à 14 heures et j'ai appelé l'ARS bah voilà vous nous demandez de créer de la consultation avancée, on a les gens, on les horaires et on a l'ordre qui emmerde le monde... quelle est la logique là-dedans ? Comment vous vous positionnez vous en tant qu'autorité de santé ? Nous on nous demande de développer des choses, on fait et derrière il y a le conseil de l'ordre qui nous embête donc voilà.

Je pense que le coordinateur doit être là-dedans, dans la gestion de ces choses-là, là au niveau des autorités pour pouvoir créer des choses.

ML : Vous exercez le rôle d'interlocuteur entre la MSP et les instances régulatrices ?

B : Voilà ça et après les structures pareil... si on veut créer du réseau avec les hôpitaux, les cliniques, il y a d'autres entités à côté, je pense que ce sera à moi d'aller les voir. Voilà nous on a ça aujourd'hui, vous qu'est ce vous avez, comment on peut travailler ensemble, comment on peut faire etc ? Moi mon rôle dans un avenir je le vois plus comme ça. Mon rôle de coordinateur je le vois plus dans le développement (*de partenariats* ?).

ML : Et donc le rôle de leader c'est plus d'amener des idées, des projets ?

B : Ouais c'est ça. Je pense qu'au final tout le monde est leader. Car pour moi le leader, dans ma profession j'ai une difficulté à un moment, j'ai un patient, voilà je suis bloqué je ne sais pas trop quoi faire, bah pourquoi je n'y arrive ? Je n'y arrive pas car il y a ça et ça et ça... voilà je deviens leader parce que j'ai été bloqué là et pourquoi on ne ferait pas ça ? A partir du moment où on dit pourquoi je ne ferais pas ça, on crée une idée et là on peut créer des choses après. Mais il faut que tout le monde joue le jeu quoi... c'est ça.

ML : Tout le monde peut être leader à partir d'une difficulté rencontrée et voir comme il peut y répondre par exemple par la mise en place d'un nouveau projet ?

B : Voilà c'est ça. C'est ce que j'ai essayé de mettre en place l'année dernière. J'ai fait un feed-back. J'ai demandé aux professionnels quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées en consultation ? A partir de là forcément il y avait des conneries mais forcément il y a des choses qui sont ressorties euh bah par exemple la prise en charge d'un diabétique, un nouveau médecin, voilà il ne savait pas trop comment orienter, comment faire la diététique, etc... d'où le *nom de projet X* qui a émergé. Donc de la difficulté moi j'ai cherché ce qui pouvait se faire, je savais que le *nom de projet X* existait, j'ai pris contact avec, on a rencontré la responsable, on a eu trois candidatures, et pour le *mois de l'année X* cela

pouvait démarrer. De la difficulté on devient leader et on crée des projets.

ML : Pouvez-vous me parler de vos relations avec les professionnels de santé de la MSP ? Comment cela se passe ?

B : Tout se passe bien. Ce que je peux aussi vous dire par rapport aux difficultés du début, c'est que je suis infirmier, il reste toujours une autorité, une hiérarchie, voilà je suis toujours sous l'autorité médicale, c'est comme cela, cela fait partie du métier, il y a une place pas évidente à prendre au départ sachant que voilà dans ma tête je ne voulais pas imposer des choses au médecin parce que j'étais infirmier. C'était aussi peut-être par rapport à ma formation où voilà ... au fur et à mesure on prend de la maturité, on apprend à avoir différentes casquettes et les gens apprennent aussi à nous voir avec différentes casquettes. Ils savent maintenant très bien quand je leur demande quelque chose en tant qu'infirmier ou quand je suis dans le cadre de la coordination. Ce sont des postures qui ne sont pas évidentes à prendre au départ dans ma situation d'infirmier. Voilà c'est pour ça qu'un coordinateur médecin c'est peut-être plus facile dans la manière où il y a déjà une autorité professionnelle qui est en place. Les idées qui vont être amenées et les propositions je pense qui vont être faites contre être plus faciles à faire passer à l'équipe que peut être moi en tant qu'infirmier par rapport à l'équipe. Voilà je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire ?

ML : Oui je vois. Vous ressentez toujours cela actuellement ?

B : Non moins mais par contre il y a toujours l'idée... fin tu vois il y a cela à faire... ouais mais bon au niveau de la maison médicale il y a ça et ça, du coup bah c'est tout je remballer mon truc et je passe à autre chose. Il y a toujours quand même la validation médicale quoi qu'il arrive. Des fois ce n'est pas réalisable ce que je demande aussi mais dans la pratique médicale on s'aperçoit parfois que l'idée que j'avais eue soit est déjà faite soit elle n'est pas réalisable dans la manière de fonctionnement.

ML : Pour vous il faut toujours un aval médical pour les projets ?

B : Bah les médecins restent toujours la tête de pool de tout. Tout se fait sous ordre médical. Si on n'a pas de médecin forcément rien ne fonctionne. C'est un petit peu frustrant aujourd'hui dans ma fonction d'infirmier car je trouve qu'aujourd'hui on pourrait ouvrir autrement sans pour autant passer par un médecin. Parce déjà c'est lourd pour eux de signer des papiers, ils n'ont pas que cela à faire, leur métier c'est plus important à laisser au corps médical... Voilà ils pourraient nous déléguer plus de choses. Voilà la façon de faire quelque fois c'est chronophage et puis on perd du temps à rien. C'est dommage.

ML : Même le fait d'être leader cela ne vous aide pas face à cette difficulté ?

B : Si après j'ai une personnalité qui voilà ... je sais être convaincant et cela se passe très bien. Les médecins je

n'ai aucun souci de relation avec eux bien au contraire. Mais après voilà il y a toujours cette autorité ... après ce n'est pas eux mais c'est plus moi ma façon de faire, je fais toujours attention dans la manière où je propose des choses et la manière dont je fais de l'exposer.

ML : C'est mieux que cela n'a été par rapport au début ?

B : Oui après je prends aussi en bouteille et en maturité. Je le ressens dans ma position dans l'équipe. Après cela se passe bien mais après cela a été une difficulté pour moi au départ. C'est pour cela que je n'ai pas pris le rôle de leader et de coordinateur dès le départ car voilà il fallait que je passe au-dessus de tout cela et que j'apprenne à me connaître. Pour que cela soit plus fluide.

ML : Est-ce aussi plus lié à votre comportement et à votre savoir être ?

B : Peut-être. Je pense que cela peut poser des ... comme les coordinateurs qui ne sont pas du corps médical, qui n'ont pas eu de formation de santé, je pense que cela peut être compliqué pour eux aussi de créer des choses au niveau de la légitimité des propositions. Parce que on a beau faire cela se ressent quand même des gens qui sont dans le secteur de la santé et des gens qui ne le sont pas, il ne va pas y avoir la même approche, je ne dis pas que c'est mieux d'un côté ou de l'autre, mais comme si moi j'avais proposé des choses à un avocat, je serai moins convaincant qu'un mec qui est avocat. Je pense qu'avoir une formation dans le domaine de la santé cela reste ma façon de voir les choses, important de la manière d'amener des idées, fin je parle du leader, et dans la manière dont l'on va coordonner les choses car on connaît les actions de chacun, même la façon de fonctionner dans un hôpital, fin voilà il y a des codes. C'est important d'avoir ces codes là pour être cohérent et être persuasif.

ML : Selon vous connaître le domaine de la santé et être médecin cela aiderait plus à exercer la fonction de coordinateur de santé ?

B : Ah oui je pense. Je pense qu'un médecin coordinateur ça a plus d'impact. A priori. Peut-être qu'après il y a des médecins coordinateurs qui sont pourris. J'en sais rien. Voilà mais pour moi cela aide beaucoup.

ML : Comment est perçu votre rôle de CDS par l'équipe pluri-professionnelle ?

B : Au tout début j'avais un peu la fonction « canard ». Voilà il y avait un truc à faire bah B voilà... donc je le faisais. Maintenant je le fais mais le fait d'avoir un salaire de 500 euros par mois, pour moi cela me donne aussi une légitimité sur le temps, car cela prend du temps l'air de rien. Pendant la tournée chez un patient je passe un coup de fil, chez un autre patient j'envoie un mail, voilà ce n'est pas du temps dédié mais c'est chronophage, cela prend la tête car il faut aussi réfléchir à plein de choses aussi. Mais comment je suis perçu ? Je pense qu'aujourd'hui personne n'est indispensable mais je pense que je suis important dans la structuration et dans l'équilibre de la MSP.

ML : L'équipe pourrait se passer de vous mais cela serait plus difficile si vous n'étiez pas là ?

B : Je pense. Après je ne suis pas indispensable mais si ce n'est pas moi cela sera un autre. Mais voilà j'ai passé beaucoup de temps, j'ai monté beaucoup de choses, aujourd'hui c'est moi qui suis référent sur beaucoup de monde, sur la CPAM, sur l'ARS, sur les structures annexes, sur les réseaux etc ... Je pense que j'ai les réseaux, que j'ai les contacts, j'ai fait la formation aussi. Ouais on peut me remplacer mais il faudra attendre un peu un temps d'adaptation pour la personne qui me remplacera pour pouvoir reprendre un petit peu le flambeau.

ML : Les PDS s'occupent moins de la coordination ? C'est davantage votre rôle ?

B : De toute façon personne ne s'en est vraiment occupé (rires). Mais quand j'ai repris au *mois de l'année X* je les ai responsabilisés en fait. Ce qui se passait c'est qu'on avait une SCI, aujourd'hui la MSP c'est une SCI, on a des parts donc on a les associés de cette SCI, dans cette SCI on a créé une SCM pour pouvoir embaucher une secrétaire et gérer le fonctionnement de la maison de santé avec la femme de ménage, la secrétaire, faire les achats des consommables, tout ce qui peut... tous les frais annexes dans une vie de groupe dans un établissement. Ensuite il y a la SISA maintenant pour créer un rapport d'activité, un protocole, des projets de santé publique tout ça fin voilà ça vous connaissez. Ce qui se passait au début, nos réunions était exclusivement réservées à la SCI car on ne remplissait pas nos cellules, on ne remplissait pas l'équilibre, donc comment faire pour équilibrer le budget alors qu'il y avait un prêt ? On a passé les trois premières années de notre vie de MSP à ça. Donc à partir du moment où j'ai voulu reprendre la main j'ai décidé de nommer des responsables de chaque structure. Il y en a un qui est responsable de la SCI, il y en a un qui s'occupe de la SCM et moi je m'occupe de la SISA et de la coordination. Chaque réunion sera un thème. Donc si le thème sera la SCI, on parlera de la SCI et on verra les budgets. Si on parle de la SCM on parle des actions etc. Les six réunions obligatoires SISA, on parle de la SISA, on fait du protocole, on fait du développement, de l'équipe etc etc. Depuis que l'on fait cela, cela va beaucoup mieux. Cela rebooste. Il y a besoin d'une structuration interne, d'une charte, voilà il faut engager les gens. Je pense que c'est important de responsabiliser et de créer des moments adaptés à chaque problématique.

ML : Cela a dû prendre du temps de mettre en place ce mode d'organisation ?

B : J'ai créé des questionnaires que j'ai envoyés à tout le monde pour savoir leurs objectifs, savoir pourquoi ils étaient là, ce qu'ils voulaient faire, comment ils se voyaient dans deux ans ou dans cinq ans, comment ils se voient. A partir de tout cela j'ai fait une synthèse et à partir de là j'ai fait une réunion. A partir de là j'ai fait une charte. Depuis ce temps-là cela se tient.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de la coordination entre la MSP et les autres structures médicales et médico-sociales autour de la MSP ?

B : Le libéral reste encore malheureusement le libéral ... enclavé dans son petit coin. Dommage. Cela s'ouvre. J'avoue que la CPTS aide beaucoup, que le Covid a aidé beaucoup, que le point positif quand même du Covid est qu'il y a eu une mobilisation des libéraux du soin primaire, avec la création des centres de vaccination, la CPTS a aidé aussi beaucoup à cela en créant le centre, les plannings, il fallait que les libéraux se positionnent, que l'on rencontre en centre, que l'on discute, on voit, on partage, voilà on avance mais euh... le libéral reste encore malheureusement le libéral, chacun reste dans son petit coin, c'est son business, il ne faut pas trop venir marcher sur mes plates-bandes...

ML : Il y a de la concurrence ?

B : Surtout en infirmiers, on est beaucoup. Moi quand je suis arrivé j'étais le loup dans la bergerie, de la part des médecins je venais manger leur gâteau. J'étais le mec à abattre il y a 5 ans. Mon but aujourd'hui c'est de démystifier tout cela. Je ne suis pas là pour venir bouffer votre part. Si on est venu là aujourd'hui c'est pour amener des médecins car les médecins voulaient travailler en structure MSP. S'il y a des médecins il y a des ordonnances moi mes ordonnances ne viennent pas exclusivement de la MSP, je travaille avec des médecins qui ne sont pas de la MSP, voilà il y a un travail à faire aussi derrière, je suis bien pas bien là, je pose mon truc, je fais mon business. Mon objectif aussi là-dedans c'est d'entrer en contact avec les autres infirmiers et leur expliquer que... voilà on est là on fait le même métier et puis merde voilà... Etre confrères c'est important aussi, on a les mêmes difficultés, on a les mêmes objectifs, on fait le même travail donc on travaille ensemble. On en est encore loin (*rires*).

ML : C'est mieux que cela n'a été comparé au début ?

B : Bah le Covid m'a aidé justement de rencontrer du monde. Je fais pas mal de vacations vaccination aussi finalement donc je rencontre d'autre gens cela commence à ... Maintenant on se voit on se dit bonjour donc avant ... (*rires*).

ML : Pensez-vous que le Covid aura un effet transitoire et qu'après cela reviendra comme avant ou qu'au contraire cela va permettre de se mettre sur une nouvelle dynamique ?

B : J'espère que non. Il faut y aller dans ce sens. Moi tout seul je n'y arriverai pas. La MSP m'a aidé dans ... il y a également *personne X* qui est au sein d'une autre MSP sur *commune X* donc voilà on travaille ensemble, il/elle est aussi président(e) de la CPTS, il/elle est vraiment ouvert(e) à tout cela. Donc la CPTS elle prend forme, elle gonfle, donc si les gens viennent à la CPTS ils ont un petit peu cet esprit de travail en réseau, de couvrir un territoire, de travailler ensemble. Et Je pense que les autorités eux-mêmes veulent aussi créer du maillage, elles veulent créer des équipes de soins primaires, elles veulent créer des MSP, elles veulent créer des CPTS, c'est pour que les gens travaillent ensemble en ligne, on a une force impressionnante en ville, on est les seuls aujourd'hui, en infirmiers par exemple à travailler tous les jours 24 heures sur 24, aujourd'hui à part les hôpitaux, il n'y a personne qui le

fait. C'est dommage pourquoi ne pas travailler ensemble, voilà on peut couvrir le soin tout le temps toute l'année, il y a toujours des infirmières qui travaillent, qui vont soigner des patients, il y a toujours des médecins généralistes avec des gardes, donc voilà pourquoi se tirer une balle dans le pied finalement, c'est important de développer cela c'est important. On a les hommes, on a les moyens en plus, on a quand même un système de santé qui est quand même costaud, on l'a vu avec la pandémie, qui est présent, il y a des fonds, il y a des moyens, donc voilà mon but ultime à tout cela serait bien. Mais je pense que cette politique de business casse un peu tout cela.

ML : En espérant que cela continue comme cela pour le futur comme vous l'espérez ?

B : Je pense que les jeunes médecins évoluent aussi, on n'est plus dans l'ancienne génération des médecins de campagne où j'ai mon cabinet et je fais mon truc et puis basta. Je pense que la jeune génération de médecins généralistes va aider à aussi développer tout cela. Je compte aussi sur eux.

ML : Donc vous fondez votre espoir sur la nouvelle génération de médecins généralistes ?

B : Bah oui. Leur but aussi, et je parle pour vous, pour eux... c'est de ne plus avoir des horaires de 9h à 22h et de ne plus avoir de week-end, voilà c'est de travailler en ville, d'avoir une qualité de vie à côté. Mais pour avoir de la qualité de vie il faut avoir de la coordination derrière. Si je fais 9h-12h il faut quand même qu'il y ait quelqu'un derrière après qui fasse 12h-17h quoi. Donc il y a plein de choses à faire, il y a beaucoup de remplaçants, pourquoi ne pas créer un pool de remplaçants facilement, voilà, je ne suis pas là, tu prends, mais pour cela il faut travailler en groupe, travailler ensemble et sortir de son exercice isolé.

Faiblesses

ML : Quelles difficultés rencontrez-vous en tant que « leader » actuellement ?

B : Je n'ai pas forcément de difficultés en tant que leader... la difficulté peut-être c'est de ne pas avoir d'autre leader en fait (*rires*) ... pour l'instant. Cela manque un petit peu car je n'ai pas envie de prendre toute la place, car quand je fais des choses je m'investis et je peux prendre de la place et je n'ai pas envie de prendre toute la place car ce n'est pas mon établissement... voilà j'ai envie d'avoir des propositions que des gens disent on va faire ça et faire ça, j'ai envie de faire telle action, et puis après l'on travaille là-dessus quoi. Mais je pense que cela va venir. Il faut laisser le temps au temps.

ML : Vous l'expliquez comment qu'il n'y ait personne actuellement qui veuille endosser ce rôle de « leader », notamment pour les professionnels de santé qui sont avec vous depuis le début du projet ?

B : J'ai mon autre collègue infirmier(ère) qui n'est pas du tout investi(e) là-dedans clairement. Là elle vient et elle fait son taff. Elle vient aux réunions quand elle a envie

de venir et quand elle n'a pas autre chose à faire. Le but après c'est de respecter cela aussi. Car bon on est là pour faire vivre une équipe, chacun est différent, il faut apprendre à gérer les différences, il faut apprendre à accepter les différences. Donc c'est tout c'est sa position c'est comme cela on ne va pas la changer. Si c'est pour entrer, être en conflit cela ne sera pas constructif. Après euh le médecin qui est là depuis le début il est là il fait mais il n'est pas force de propositions mais il est là, il n'est pas réfractaire non plus, on propose il ne dit pas non donc c'est important. Et après les deux jeunes bah voilà ils arrivent, il y en a un qui veut être maître de stage et rester dans un schéma universitaire. Là on fait j'ai proposé d'ouvrir aussi pour la vaccination, ils ont proposé un forfait de groupe pour les maisons de santé pour créer de la vaccination, donc on le fait, là il le fait avec moi, il a écrit le protocole donc voilà il s'investit. Je pense qu'après il va vouloir aller plus loin. Il faut laisser le temps. Il faut laisser le temps. Pour être leader il faut aussi avoir une personnalité d'avoir envie de faire les choses quoi... cela fait partie d'une des personnalités aussi !

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'adhésion des PDS au projet de santé et leur implication sur le long terme ? Avez-vous constaté de l'essoufflement ?

B : Clairement les quatre premières années c'était de l'essoufflement. Pour vous faire court, on avait deux médecins généralistes au départ, on était deux infirmiers, une diététicienne, un pharmacien et un dentiste pour l'équipe de départ. Euh on a réussi à recruter une troisième médecin généraliste qui est restée un an car son mari a été muté donc elle est partie. Après quand on a su qu'elle est partie, après la diététicienne a arrêté son activité euh... comme les gens ils n'ont pas de moyen ils ne peuvent pas payer de consultation diét, donc elle a arrêté son activité. Donc il nous restait deux médecins. Ensuite euh... l'un deux... fin quand la médecin est partie, il nous a annoncé qu'il partait dans un an pour faire autre chose. Donc il ne nous restait plus qu'un seul médecin. Le dentiste après lui il s'en va là ... donc voilà cela s'est donc écroulé du jour au lendemain. Après il y a la secrétaire, son emploi était menacé aussi, car il n'y avait plus qu'un seul médecin qui ne pouvait pas assurer seul son salaire, et du coup à partir de là on a essayé de reconstruire autrement, d'aller un peu rechercher des gens, voilà et là on remonte. Là je pense qu'il y a une dynamique qui est en route. Les choses ont bien été mises à plat. C'est important d'avoir une bonne structuration. Le fait de mener des projets un petit peu comme ça d'année en année car mon but c'est de chaque année qu'est-ce que l'ont fait puis voilà on crée des choses, puis voilà vous voulez faire ça, qu'est-ce qu'on a fait, qu'est-ce qu'on n'a pas fait, pourquoi est-ce qu'on ne l'a pas fait, est-ce que l'on reprend sur l'année d'après et qu'est-ce qu'on fait l'année d'après ? Voilà de toujours mettre des objectifs pour pouvoir justement avoir des points d'appels quand on sent que c'est un peu haut, bah voilà on a dit que l'on faisait cela, qui s'en occupe, bah on a dit de partir dessus etc ... je ne sais pas si je réponds à votre question ?

ML : Vous rapportez donc une situation d'essoufflement de certains professionnels en rapport avec une situation de vie personnelle (type

mutation) ou aussi pour certains professionnels pour des raisons financières aussi ?

B : Ouais ouais c'est financier. Et après cela reste une aventure humaine. On est une entreprise... et c'est encore plus compliqué qu'une entreprise car on est chacun à son business, on vit au même endroit, et euh il faut que quelqu'un fasse le ménage. Donc c'est compliqué euh (hésitations)... car chacun ne doit pas recevoir d'ordre de personne, il faut monter un projet ensemble tout en gardant son autonomie, tout en mettant en commun. Fin c'est une équation pas évidente. C'est pour cela que par moment c'est plus compliqué que d'autres. Je pense que cela joue beaucoup sur l'état d'esprit du départ des professionnels. Si on vient en MSP il faut avoir envie de s'investir, il faut avoir envie de partager et il faut avoir envie de créer et d'être force de propositions.

ML : Il ne faut pas que cela devienne comme une maison médicale ou il n'y a pas de projet, pas de coordination, pas de communication ?

B : Ouais ouais je pense qu'au départ certains viennent là-dedans, se disent on va mutualiser et cela reviendra moins cher et puis basta. Mais cela n'est pas ça. Cela ça ne dure qu'un temps. Finalement on finit par se taper dessus car on n'a pas forcément la même façon de travailler et la même façon de voir les choses. Si chacun est dans son coin il n'y a pas d'unité de départ cela ne tiendra pas la route. C'est ce qui se passe dans beaucoup de maisons de santé au final quand on discute autour. C'est le problème de la MSP. C'est pour cela que les jeunes, je pense qu'ils ont plus un état d'esprit dans ce sens et ils vont plus être prêts à s'investir autrement que dans leur activité pro et créer des choses quoi... de bouger un petit peu les lignes.

ML : Donc vous fondez vos espoirs sur les « nouveaux médecins généralistes » qui viennent d'arriver ?

B : Oui ... sur vous (*en me désignant*) qui arrivez (*rires*) !

ML : Comment se déroule l'organisation de l'activité de coordination ?

B : Je bloque de façon obligatoire une réunion par mois. Les thématiques il y en a six. Je les ai réparties sur l'année sauf juillet-août ou j'en n'ai pas mis avec les vacances etc. Au fur et à mesure on s'aperçoit que je cale des rendez-vous par exemple là euh... aujourd'hui je vois les sages-femmes, là lundi je fais un atelier protocole ce n'était pas prévu. Voilà il y a au moins une réunion mensuelle obligatoire où je fais un ordre du jour, les gens rajoutent dedans si ils veulent rajouter des choses, on traite les ordres du jour sur la réunion entre midi et deux, souvent c'est le lundi ou le vendredi car c'est là où tout le monde est là, et euh à la fin j'essaye de faire la synthèse, de dire à tout le monde ce qui a été validé ou pas validé et euh puis voilà comme cela au moins cela me laisse des traces pour rebondir après... mouais mais bon tel jour on avait dit ça ... donc voilà ... Il y a 10 réunions fixes obligatoires souvent je les mets les premiers vendredis de chaque mois et après à côté je rajoute au fur et à mesure en fonction des besoins et des demandes.

ML : Vous ciblez les professionnels en fonction des demandes ?

B : Alors j'ai créé trois groupes Whatsapp. Un groupe avec tout le monde... les locataires, les vacataires donc par exemple le podologue, l'orthophoniste et la psychologue ils sont locataires. Donc il y a un groupe avec eux plus les trois médecins, les deux infirmiers et le pharmacien donc ça c'est le groupe de coordination. J'ai créé avec un groupe avec tout le monde aussi avec les vacataires en plus quand il y a des informations générales sur la réparation de volets, il n'y a pas internet, qui travaille le samedi pour savoir ? Et un groupe vraiment avec les associés SISA pour vraiment parler des choses sur la SISA, par exemple là sur la vaccination etc etc... pour cibler vraiment les personnes concernées. J'évite d'inonder tout le monde de messages qui ne sont pas... car quand on envoie un message sur le groupe de tout le monde donc tout le monde reçoit l'information donc bah forcément cela bippe quinze fois puis au bout d'un monde les gens ils disent tu me soules je ne suis plus ce que tu me racontes. Donc je pense que cibler les gens par rapport au message que l'on délivre c'est important et cela permet d'être plus efficace sur les informations que l'on veut passer.

ML : Plus efficace, une meilleure communication pour que les gens adhèrent plus longtemps ?

B : Qu'ils soient surtout concernés par rapport aux informations passées.

ML : Lors de ces réunions les professionnels vous font-ils part de difficultés par rapport à cette activité de coordination ?

B : Des difficultés par rapport à qui ?

ML : Par exemple peuvent-ils expliquer qu'une réunion une fois par mois c'est trop ? Cela prend du temps ?

B : Jamais. Non non. Je pense qu'ils n'ont pas trop intérêt à le faire non plus car c'est tout cela fait partie du... quand les deux (*les deux nouveaux médecins généralistes*) sont arrivés, voilà j'ai dit vous venez là, il y a ça et ça et ça, si vous n'adhérez pas ce n'est pas la peine de venir là et de se planquer. Donc c'était un deal du départ et tout le monde était au courant qu'il y a, qu'une MSP ce n'est pas un cabinet où je ferme la porte et je viens faire mes consultations, il y a autre chose à faire derrière, ils étaient d'accord et ils le font sans aucun problème.

ML : Cela demande-t-il plus de temps comme en ce moment où vous êtes en train de rédiger votre nouveau projet de santé ?

B : Je ne sais pas si cela prend plus de temps. Je pense que je suis... qu'on est plus efficace aujourd'hui. Parce que on sait où l'on va et euh on sait ce que l'on veut. Donc euh ce que l'on fait est forcément plus efficace. Limite avant on passait du temps en réunion, on discutait mais rien n'était validé puis à la fin de la réunion, bah (*soupir*) il n'y avait pas forcément plus de choses acquises qu'avant la réunion. Là voilà aujourd'hui on fait

la réunion, il y a un thème, oui ou non, non pourquoi, ok, oui ok, bon ok et voilà. Au moins c'est fait et après on passe à autre chose.

ML : Vous avez tiré profit de votre expérience et gagné en efficience ?

B : C'est cela. Maintenant c'est le gros boulot qu'il faut que je travaille encore c'est de créer les outils pour synthétiser tout cela, retranscrire tout cela. Le gros travail est surtout là. Je ne suis pas... initialement je ne suis pas un administratif de fou (*rires*), donc voilà mon plus gros boulot aujourd'hui c'est cela c'est... ce côté administratif.

ML : Que les autres professionnels ne font pas ? C'est vous qui le faites ?

B : Bah moi j'essaye de créer les outils les plus faciles et les plus légers possibles pour pouvoir déléguer au maximum mais voilà il faut toujours que je reste en veille pour voir si cela est fait machin ? On nous demande beaucoup de choses aussi car il faut créer, il faut faire vivre, après il faut faire la démarche qualité, après il faut refaire la synthèse de tout cela pour pouvoir envoyer le rapport d'activité, fin il y a quand même un gros boulot. Et c'est vrai qu'aujourd'hui la démarche qualité c'est chronophage et clairement cela me fait chier. Fin c'est chiant de remplir des questionnaires oui-non, combien de personnes... enfin ce n'est pas intéressant à faire mais il faut la faire... Mon but aujourd'hui c'est de voilà, on va faire la vaccination à la MSP, bah je me dis pourquoi ne pas créer aujourd'hui un questionnaire tout de suite pendant que les gens attendent durant le quart d'heure de surveillance obligatoire pour qu'ils remplissent un questionnaire, comme cela ma démarche qualité est faite et puis je gagne du temps, puis euh on passe à autre chose. Aujourd'hui je suis plus dans cette démarche-là, à essayer de trouver les outils faciles, rapides, pour pouvoir faire les choses comme il faut et que cela ne me demande pas à passer un temps de fou derrière à faire des chiffres, des graphiques, des schémas ...

ML : Gagner en temps et en efficience pour le futur ?

B : C'est ça et après ce qui est fait là c'est reproductible après et les gens peuvent s'en servir. S'il y en a un qui veut faire un protocole sur je ne sais pas quoi, voilà il sait qu'il peut faire un questionnaire comme cela, bah il le fait et puis c'est tout.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'utilisation du Logiciel Pluri-Professionnel (LP) au sein de votre MSP ?

B : Euh donc nous c'est le *logiciel X*. Alors le logiciel le logiciel... alors c'est bien parce que nous on a accès au dossier patient. Il faut jouer le jeu après ma collègue ne le fait pas mais moi je le fais. Ce qui me manque aujourd'hui et c'est pareil après c'est en cours de travail c'est sur l'utilisation au maximum du logiciel comme par exemple sur le recrutement patient, comment créer euh... on veut faire le dépistage du cancer du sein bah comment aller chercher les gens, comment les marquer bah moi j'ai fait ma prévention, j'ai pas fait ma

prévention, voilà il faut qu'on travaille encore la dessus, on y gagnera encore une nouvelle fois en efficience et en efficacité, on verra combien de personnes on a interviewé, combien de personnes ont été entrées dans le protocole, combien de personnes ont été dépistées. J'attends du *logiciel X* ce travail-là mais aujourd'hui on ne l'a pas encore mis en place.

ML : Quand vous dites que votre collègue ne joue pas le jeu cela veut dire quoi ?

B : Bah elle ne s'est jamais connectée au *logiciel X* pour être clair (*rires*). Pareil je ne vais pas toujours être derrière elle tous les jours pour lui dire qu'elle doit faire des photos et qu'elle les mette sur le logiciel. Voilà je fais avec (*rires*).

ML : L'utilisation du LP par les autres professionnels de santé est-elle bonne ?

B : Alors les médecins le font ils complètent le dossier médical. Moi je le fais aussi par exemple quand je vais voir des plaies je les prends en photo, je fais des saignées d'IGPP (?) tel jour je les mets dans le dossier médical. La secrétaire le fait également bah le remplissage des patients, euh après en fait il n'y a que nous qui l'utilisons, c'est médecin-infirmier. Ah si si les sages-femmes viennent elles pourront également avoir accès au dossier médical.

ML : Y-a-t-il des difficultés liées à l'utilisation du logiciel ? Est-il complexe d'usage ou qu'en est-il de son intuitivité ?

B : Ils ne peuvent pas le dire. A partir du moment où ils l'ont choisi ils l'ont choisi. S'ils ont des difficultés c'est qu'ils ont mal choisi (*rires*).

ML : Le choix du LP s'est fait en équipe ?

B : C'est les médecins qui l'ont choisi le logiciel au final. Car moi mon logiciel de télétransmission j'en avais déjà un avant donc je l'ai gardé. Par contre j'ai ma connectivité du *logiciel X* pour tout ce qui est alimentation du dossier médical.

ML : C'est davantage un logiciel en commun pour les patients vus en commun pour partager les informations ?

B : Voilà c'est cela. Après les médecins ont le logiciel de comptabilité avec le *logiciel X*. Moi j'ai gardé mon logiciel de comptabilité que j'avais depuis le début de mon installation car j'avais tout rentré dedans. Par contre j'ai toujours ma connectivité au *logiciel X* pour les interactions médicales et le remplissage du dossier médical patient.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du cout financier d'une MSP ?

B : Bah il faut avoir des sous pour pouvoir créer. Le financeur au départ c'était le pharmacien qui avait des billes bah sinon ... bah il y a quand même un investissement au départ de 300 000 euros pour acheter une bâtisse la rénover et la mettre aux normes MSP. Euh... donc euh voilà il y a surtout un investissement

immobilier dès le départ. Après la SISA elle apporte des fonds. Aujourd'hui elle aide, fin on a fait une répartition mensuelle pour pouvoir alimenter chaque associé tous les mois, je pense que cela incite un petit peu aussi sur l'investissement de chacun dans la MSP et dans les protocoles, quoique ma collègue la touche mais ce n'est pas pour autant qu'elle est plus investie aujourd'hui, mais cela évoluera par la suite à mon avis. Et euh voilà après c'est euh ... ouais cela a déjà un cout immobilier fort la MSP. Après il faut avoir les gens qui la font vivre quoi. Aujourd'hui on voit beaucoup de gens qui achètent, qui se disent je vais acheter un bâtiment, je vais faire 9 cellules, je vais mettre des médecins dedans et puis euh basta. Mais non ce n'est pas comme cela que ça marche. Je pense que mon rôle est important (*rôle de leader ?*) dans une MSP euh s'il n'y a pas quelqu'un qui la fait vivre, quelqu'un qui mette un peu d'huile dans les rouages et qui stimule, cela ne marche pas. Il faut avoir des gens qui ont une mentalité euh de travail d'équipe, de mutualisation, euh et quelqu'un qui fasse un petit peu tourner tout cela.

ML : Y a-t-il des PDS qui disent que l'investissement financier est trop important et que cela n'est pas si avantageux que cela ?

B : Avantageux... je ne sais pas euh si c'est avantageux d'être en MSP euh... niveau financier pour les médecins je ne suis pas sûr que cela soit avantageux parce que là ils ont une secrétaire qui est salariée temps plein mais ils pourraient le faire fonctionner avec *une plateforme de rdv en ligne X* cela leur reviendrait beaucoup moins cher je pense. Euh parce que mensuellement parlant cela reste quand même un coup important, je pense qu'ils sont à 1500 euros par mois de cout de fonctionnement chacun, ils sont à trois, c'est quand même hein en plus du loyer, bon après ils ont des parts dans la MSP donc ils ont des loyers qui pourront être rentabilisés à la fin du remboursement du crédit. Donc avantageux (*pour les médecins*) je ne sais pas. Pour le para-med je pense que c'est intéressant car on a ... cela développe notre attractivité et notre relation directe avec le corps médical... euh voilà après ... je ne sais pas si je réponds à votre question ?

ML : Pensez-vous que cela peut être un frein pour certains médecins ?

B : Ce n'est pas avantageux financièrement peut-être pour les médecins. Après s'il y en a qui veulent du business... je ne suis pas sûr qu'un médecin qui veuille faire euh du chiffre soit une cible des MSP clairement. Parce que le temps qu'il va passer en réunion c'est du temps qu'il ne rattrapera pas en consultation. Voilà il y a des investissements si l'on veut créer des protocoles de soins. Parfois il faut peut-être investir dans du matériel comme un électrocardiogramme (ECG). Donc voilà un mec qui a envie de faire du business il n'aura peut-être pas envie de mettre 400 balles dans un ECG. Donc euh voilà on est ... c'est une question de profil et j'y reviens encore une fois mais tout le monde n'est pas fait pour travailler en MSP.

ML : C'est davantage une culture du travail en MSP avec un professionnel qui arrive avec des projets de santé, une volonté de travailler en équipe ?

B : Voilà je pense que cela reste un profil de professionnel et que cela est aussi personnel car il y a des mecs qui n'aiment pas travailler en équipe et il en faut je ne dis pas par le contraire mais ils n'ont rien à faire en MSP car ils vont plus freiner, ils vont plus être un boulet qu'autre chose. Les MSP qui se créent comme cela on doit prendre deux médecins et un para med, on va prendre toi et te mettre là tac tac, tu te mets là et cela ne dure que 3-4 ans car cela ne tourne pas, il faut avoir « une envie de ».

ML : Je synthétise, un médecin généraliste s'il vient en MSP il vient plus pour exercer au sein d'une MSP avec un esprit comme vous l'avez présenté et peut-être moins pour l'aspect « se faire de l'argent » ?

B : Ouais ouais j'y reviens mais il y a une notion de business qui est là oui. Bah forcément on ne travaille pas non plus pour rien. Mais je pense que cette mentalité-là n'a rien à faire en MSP. Voilà c'est mon avis mais je me trompe peut-être.

ML : C'est plus « l'aspect culturel MSP » qui prime sur le reste ?

B : Ouais ouais on ne vient pas en maison de santé ... de toute façon clairement la SISA maximum grand maximum c'est 70 000 l'année euh d'ACI. Si on crée des projets etc on ne va pas non plus redistribuer euh 50 000 euros chacun. Je pense qu'un mec qui est en médecine générale il amortit les 70 000 euros sur un an plus facilement que quelqu'un qui est en MSP. Ce n'est pas ça qui ... et je pense qu'heureusement aussi car je pense que si on met que quelqu'un comme cela en maison de santé, on ne va pas créer, on ne crée rien, cela ne va faire que de la consultation, il n'y aura pas de maillage, il n'y aura pas de suivi, il n'y aura que des consultations tous les quarts d'heure, tac tac suivant suivant... et euh pour l'avoir au téléphone c'est galère car il est en consulte, pour aller le voir il ne sera pas là machin, il n'aura pas le temps ... c'est pas intéressant. C'est un exercice individuel, cela se fait hein mais je ne critique pas cet exercice-là loin de là mais voilà ce n'est pas en lien avec une MSP.

Menaces

ML : Vous venez de le dire mais vous bénéficiez de l'ACI ? Pouvez-vous me dire les avantages liés à l'ACI ?

B : Là euh... cela stimule dans la façon où on doit faire des protocoles. On a un rapport d'activité à faire annuellement donc euh ... on ne peut pas dire on a rien foutu de l'année donc il faut sortir des choses. Euh moi j'insiste à chaque fois pour avoir des entretiens avec le médecin conseil et l'ARS et notre ... euh c'est notre ROSP (?). Expliquer aussi fin euh l'année dernière on n'a pas pu faire grand-chose parcequ'on a eu des problèmes humains tout simplement, on était en pleine restructuration d'équipe, je ne vais pas commencer à faire chier toute l'équipe avec des protocoles, alors qu'on galère à faire vivre la MSP, il y a déjà l'aspect humain à avoir et ensuite quand l'humain va on peut développer des choses. Après voilà ils le comprennent très bien et c'est important d'échanger plutôt qu'un

rapport d'activité que l'on envoie comme cela... et puis tu as rien foutu de l'année et puis « qu'est-ce que vous faites en MSP ? ». Donc oui c'est stimulant dans le sens où il faut sortir quelque chose en fin d'année. Après euh je vous le dis la SISA c'est bien cela nous donne un peu de fonds, cela permet de me rémunérer car je me rémunère via la SISA car sinon je ne pense pas que les médecins ne me payeraient pas pour ce que je fais aujourd'hui (*en tant que coordinateur*). Pour le moment on a dit à la formation qu'on allait être fléché à 14 000 euros l'année, donc aujourd'hui je demande 500 euros par mois donc je ne suis pas très cher. Par la suite je vais revoir un petit peu tout cela. Mon but aussi c'est de ne pas pomper tous les ACI pour faire ce que je fais, c'est de faire les choses et j'aurai en même temps le fruit de mon travail. Mais voilà euh ... oui le rapport d'activité est stimulant car il faut faire deux projets de santé publique, il faut faire du protocole, il faut aller voir si on ne peut pas aller créer du contact avec d'autres structures etc... tout cela c'est valorisé donc on a envie de le faire.

ML : Cela permet donc de resserrer les équipes, de vous voir et de travailler de façon coordonnée ?

B : Oui aussi. Après voilà avec les sages-femmes là je m'aperçois que l'ordre va peut-être créer des difficultés aussi à ce qu'elles viennent faire de la consultation avancée donc j'avais envoyé un mail à la CPAM, donc vous, il y a un critère qui dit que je dois faire venir des sages-femmes viennent en MSP, tout le monde est ok et l'ordre va venir emmerder le monde. Donc vous quelle est votre position par rapport à cela ? On nous demande de faire des choses, on trouve les solutions, et l'ordre va emmerder le monde. Elle est où la logique dans tout cela ? Donc on va voir comment eux ils réagissent en tant qu'autorité de santé par rapport à cela ? Parce que c'est en train de bouger mais c'est à nous faire bouger en remontant les difficultés qu'on a en mettant en place des actions par rapport à ce qu'eux demandent pour le rapport d'activité.

ML : Comment se passent vos relations entre la MSP et les instances régulatrices (CPAM, ARS) ?

B : Franchement c'est top parce que j'ai le portable de l'ARS, je l'ai encore appelée tout à l'heure en direct, elle décroche tout de suite, j'envoie un mail elle me rappelle tout de suite. Même les médecins conseils j'ai des rapports privilégiés entre guillemets mais c'est important on se sent en soutien on ne se sent pas en sanction, je pense qu'eux ils ont intérêt à ce qu'on fonctionne et qu'eux ont intérêt à ce qu'ils nous aident pour fonctionner. La relation elle est bien heureusement dans ce sens-là et c'est important.

ML : Aussi parce que vous êtes le représentant de la MSP et aussi parce-que vous êtes l'interlocuteur de l'équipe pluri-professionnelle ?

B : C'est cela. Pour eux s'il y a des choses à demander, ils m'appellent, ils m'envoient un mail, ils n'envoient pas cela au médecin etc...

ML : Existe-t-il d'autres inconvénients liés à l'ACI ? Vous parliez des rapports d'activité mais y-en-a-t-il d'autres ?

B : Alors moi ... fin moi ce qui me pose problème c'est la rédaction des protocoles fin c'est relou. Clairement (*rires*). Et les feuilles de RCP qu'ils demandent pareil c'est compliqué à mettre en place. Pareil je leur ai dit, c'est une tare, aujourd'hui je pense que *nom de projet X* elle va être là, elle va voir les gens qui vont entrer dans le protocole, elle va faire les RCP, on va pouvoir réussir à les créer comme cela plus facilement mais via le *nom de projet X*. Aujourd'hui franchement les feuilles de RCP elles ne sont pas faites parce que bah voilà on est à deux, fin on a 4 patients, moi j'ai fait ça ça ça, bah c'est bien, j'ai pas de feuille, j'ai pas de crayon, ah bah fout allumer l'ordinateur, ah bah il faut allumer *le logiciel X*, et après on boit un café et puis basta cela passe à l'as... Il y a des outils à créer, il y a des choses à mettre en place, cela va se faire mais il faut nous laisser le temps de le faire.

ML : L'inconvénient de l'ACI est davantage lié au caractère chronophage ?

B : Plutôt le côté administratif qui est lourd. C'est pour cela qu'il faut créer des outils interactifs qui permettent de lever beaucoup d'heures administratives.

ML : Avez-vous des remontées négatives concernant la continuité des soins ? Le fait par exemple d'avoir un accueil continu les jours de la semaine de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h ?

B : Alors pour le 8h 20h il est bien stipulé qu'il y ait toujours une présence médicale. Moi j'ai mis en place une permanence téléphonique donc j'ai installé un système à la maison de santé qui fait qu'on a un transfert d'appel facile par téléphone donc en fait le médecin est toujours joignable jusque 20h, donc après il ont chacun leur semaine, après ils font leur consulte mais bon après s'ils terminent à 17 heures et qu'il n'y a plus personne ils ne vont pas rester jusque 20h en présentiel par contre ils ont toujours le téléphone qui sonne jusque 20 heures. Donc s'il y a un patient qui ne va pas bien il peut être orienté ou la prise de rdv peut être faite jusque 20h si besoin le lendemain avec le médecin. Pour le samedi matin c'est pareil, les deux médecins qui sont arrivés, je leur ai dit si vous venez ici, il y a une ouverture le samedi matin, donc euh après euh c'est à eux de trouver le rôle défini par le coordinateur (?), je peux dire toi tu viens bosser du samedi matin... voilà cela faisait partie du deal, vous venez êtes à trois bah vous créez un planning à trois et vous mettez un remplaçant comme vous voulez, mais samedi matin c'est ouvert.

ML : Comme c'est mis en avant comme une condition de recrutement cela n'est pas perçu comme une contrainte ?

B : Voilà c'est important de le mettre en place tout de suite, si après ils viennent et que tu dis bah tu viens bosser le samedi matin, ils vont dire après c'est bon tu me prends pour qui quoi ? Cela fait donc partie du deal de départ.

ML : Votre secrétaire est aussi présente le samedi matin pour l'accueil des patients ?

B : Non du lundi au vendredi 8h-12h et 14h-18h. Pareil le samedi matin c'est transfert téléphone sur le médecin qui prend le samedi.

ML : **Votre MSP reçoit-elle des financements externes comme de la part de la commune X ?**

B : Euh non. Après je pense qu'il ne faut pas car après cela va créer des problèmes via le territoire, pourquoi nous on aurait des subventions alors que lui il n'y a pas etc, c'est important politiquement parlant, parce qu'il y a aussi de la politique, de rester neutre politiquement, on se débrouille on a nos ACI et on faire vivre cela tranquillement, si besoin au pire il y a la CPTS qui peut éventuellement nous aider à financer des actions si besoin, mais plus on est autonome la dessus mieux c'est je pense et moins cela créé des problèmes sur le territoire.

ML : **Vous reposez donc essentiellement sur l'ACI ?**

B : Oui. Éventuellement on peut avoir des demandes à la CPAM et il y a aussi des choses particulières à l'ARS. Pour l'instant on n'a pas de nécessité par rapport à ce que l'on met en place, tout est une question de volonté et de provision au final, si on veut une action qui coûte cher, on met de côté et on attend et on fait comme on peut.

ML : **Pour le moment au niveau de votre fonctionnement vous vous y retrouvez ?**

B : Pour le moment cela va on n'a pas fait trop d'investissements en tant que tel donc ça va. Il n'y a pas de problème financier particulier par rapport à cela.

ML : **Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de nouveaux professionnels de santé ? Notamment pour les médecins généralistes ?**

B : Cela avait été compliqué pendant un moment. Le pharmacien avait fait un appel médical, il avait demandé à un chasseur de tête, alors là il a eu tout ou rien, franchement c'était une catastrophe, franchement il a dû faire ça lui-même, il a payé ça sur ses deniers personnels, mais on a eu franchement des profils... franchement c'était du grand n'importe quoi, au final cela s'est fait via des remplacements et on a eu la chance d'avoir des aides de 50 000 euros de la part de l'ARS qui je pense ont aussi ont aidé beaucoup à l'installation des nouveaux médecins qui sont arrivés. Cela s'est bien goupillé comme cela, ils sont venus, il y a eu beaucoup d'échanges, je les ai vus beaucoup pour discuter avec eux, leurs expliquer dans quoi on voulait se lancer, que s'ils venaient chez nous c'était pas pour répéter les erreurs du passé mais pour créer quelque chose et franchement par chance je touche du bois cela s'est vraiment bien passé et cela matche très bien aujourd'hui.

ML : **Donc actuellement il n'y a pas de difficultés de recrutement concernant des médecins généralistes ?**

B : Non et de toute façon je ne pense pas qu'ils voudraient en recruter un quatrième. Ils font à trois leur tambouille, ils sont très bien, ils s'entendent bien, donc vaut mieux consolider tout ça et puis au fur et à mesure on verra comment cela se passe, après ce sera aussi à eux de gérer aussi je ne vais pas mettre mon nez partout, je préfère qu'ils soient à trois et que cela se passe bien plutôt que d'aller chercher encore un quatrième et c'est là que cela peut créer la merde. Voilà, ils sont là, ils sont très bien, cela se passe bien comme cela voilà ...

ML : **Consolider les acquis et construire votre nouveau projet de santé ?**

B : Important de valider tout doucement et de ne pas aller trop vite. Cela reste du management beaucoup quand même. Il faut y aller par petits pas.

ML : **Dernière question, tout à l'heure vous avez dit « on a galéré à faire vivre la maison de santé » qu'avez-vous voulu dire par cela ?**

B : Bah c'était l'histoire que chacun était dans son coin tout simplement et que les idées étaient divergentes il n'y avait pas de ... c'était arc bouté d'un côté, il y en a un qui voulait faire ça, un qui ne voulait pas, si tu fais ça moi je ne fais pas ça, pas de dialogue, pas de ... peut être trop de leaders, je ne sais pas, j'en sais rien, pas assez d'ouverture d'esprit, trop de jeunesse aussi peut être, je ne sais pas, en tout cas cela ne matchait pas, en tout cas ce n'est pas resté... et voilà c'est important de mettre les choses en place. Pareil j'ai fait un livret d'accueil aussi, où tout est noté, les gens qui viennent s'installer dessus, cela va du prix des locaux, le prix du loyer à l'histoire de la MSP, qui fait quoi, qui, comment, combien cela coûte ? Tout est écrit. Voilà les gens qui viennent ils ne peuvent pas dire qu'ils ne sont pas au courant, ils le savaient, voilà les cartes sont sur la table dès le départ, on adhère c'est bien, on n'adhère pas on ne vient pas. C'est comme une charte. Je pense que c'est important. Vaut mieux attendre que de recruter n'importe qui et n'importe comment.

ML : **Etes-vous confiant pour l'avenir avec tout le travail accompli ?**

B : Ah moi ouais. Fin il y a des bonnes bases. Je vise une montée en puissance sur les 3 ans à venir euh ... et pourquoi pas après prendre une deuxième maison de santé en coordination. Là je me fais la main et peut être qu'après j'aurais envie de développer un petit peu ailleurs tout en gardant ce truc-là. J'aime bien ce truc-là.

ML : **Donc exercer coordinateur mais sur plusieurs maisons de santé ?**

B : Pourquoi pas ouais ? Je me laisse... on a un diplôme aujourd'hui donc il faut s'en servir.

Fin de l'enregistrement

c) Entretien C

Le 07/07/21 à 16 heures.

Durée de l'entretien : 1 heure 21 minutes 39 secondes.

Début de l'enregistrement

Recueil des données socio-démographiques du Coordinateur de Santé

ML : Quel âge avez-vous ?

C : J'ai 40 ans.

ML : Quelle est votre formation initiale ?

C : J'ai une formation en santé publique.

ML : Vous êtes CDS de profession ou vous exercez un rôle autre au sein de la maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ?

C : Je suis coordinateur de profession dans la maison de santé deux jours par semaine dans la maison de santé à *la ville X*.

ML : Vous êtes salarié de la MSP ?

C : Je ne suis pas salarié. Je suis prestataire de service. J'ai une auto-entreprise qui facture les prestations à la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) de la maison de santé.

ML : Vous exercez sur d'autres MSP ?

C : Alors non non non... je n'exerce que sur celle de *la ville X*. J'ai aussi la casquette de coordinateur de *la Fédération X* qui m'occupe trois jours par semaine et ... et donc je n'ai pas le temps ni la possibilité d'exercer le rôle de coordinateur sur d'autres maisons de santé même si ce n'est pas la demande qui manque.

ML : Depuis combien d'années vous exercez en tant que CDS sur la MSP de *la ville X* ?

C : Depuis 2009 exactement. Cela fait donc 12 ans.

ML : Avant vous étiez CDS d'autres MSP ?

C : Non non non. Avant j'ai travaillé pour l'assurance maladie pour le département prévention et promotion de la santé de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). C'était l'entité qui existait avant la création des ARS.

ML : L'activité au sein de la MSP de *la ville X* est une activité rurale, semi-rurale ou urbaine ?

C : *La ville X* est semi-rurale. Euh ouais ... c'est semi-rural. C'est un territoire de la Flandre qui est rural dans son ensemble mais sa situation géographique sur le bord de *l'autoroute X* fait qu'on est rapidement dans des zones urbaines... c'est bien desservi quoi, on peut être sur *la ville A* en 25-30 minutes. A côté il y a *la ville Y* qui

doit avoir 15 000 habitants si je ne me trompe pas et après voilà il y a des petites villes aux alentours, des villages autour de *la ville X*, *la ville X* cela doit être 4 000 habitants. A côté il y a des villages entre 100 et 1 000 habitants. Avant il y avait la *communauté de communes X* dont la ville principale était *la ville X* et qui regroupait 9 communes aux alentours et cela faisait un bassin de communes de 9 000 habitants et avec la réforme des EPCI (?) donc des entités de communautés de communes, *la ville X* a été absorbée dans l'EPCI numéro X qui est celle de Flandres Intérieure qui là est un bassin de vie de 200 000 habitants avec *la ville Z* et *la ville B*, *la ville Y* et *la ville C* (les trois plus grosses villes aux alentours).

ML : Vous êtes sur une zone stratégique ?

C : Nous sommes entre *la ville D* et *la ville E*, c'est une zone un peu plus rurale vers la ville et après on arrive à *la ville E* qui est complètement urbaine.

Forces

ML : quels sont les avantages pour un professionnel de santé (PDS) à exercer au sein d'une MSP ?

C : Il y a de nombreux avantages. Le premier est sans doute ce qui est au fondement des maisons de santé initialement avant les réformes de 2009. Les premiers projets dans les années 70, c'était essentiellement basé autour d'un partage de moyens. Donc des professionnels qui se regroupent pour avoir des économies d'échelle au niveau des charges : un seul bâtiment, une seule maison de santé et une mutualisation des moyens au niveau du secrétariat, au niveau des salles d'attente, au niveau des espaces, au niveau du ménage, au niveau de toutes les charges que l'on connaît dans un cabinet bah cela permet des économies substantielles et c'est sans doute pour cela que cela a commencé dans les années 70-80.

Ensuite euh bah les... on ne s'est plus basé sur ces critères là pour se regrouper. Fin les PDS et la première vague de militants vers les années 80-90, elle s'est dit « tiens on va se regrouper en pluri-professionnel sans doute parce qu'on a une mission qui nous est confiée par les services publics qui est celle de la permanence des soins ». Et donc c'est plus facile quand on exerce ensemble déjà de répondre à la demande de soins non programmés et aussi de s'organiser pour gérer les gardes sur un territoire. Voilà une deuxième raison qui a sans doute été moteur dans les années 80-90. Là c'était vraiment la première génération de militants qui voulaient se regrouper qui avait cet objectif-là.

Et ensuite dans les années 2000 on va dire que là on est rentré dans une nouvelle phase, une nouvelle ère de développement des maisons de santé avec des objectifs qui sont basés autour de la rédaction d'un projet de santé donc un document que signe toute l'équipe et qui reprend un diagnostic de territoire au niveau de la patientèle. Pour identifier des objectifs vers lesquels les professionnels, vers lesquels l'équipe va essayer de répondre sur certaines pathologies, souvent des pathologies chroniques. Donc par exemple sur le territoire c'est le diabète, une population vieillissante, un

territoire rural ou semi-rural avec un territoire isolé, une population vieillissante, des problèmes cardiovasculaires, des problématiques d'accès aux soins ou de précarité ou de fragilité etc... toutes ces thématiques-là sont développées dans le projet de santé. Et l'exercice en commun, à travers l'exercice coordonné, de répondre à ce projet de santé, de rendre un service supplémentaire à la population. Donc voilà un petit peu... un des avantages.

Et puis aussi au niveau des années 2000 bah la motivation des PDS bah c'est d'avoir euh de passer à autre chose, de ne plus consacrer uniquement sa vie à son travail mais aussi de permettre par l'exercice en commun bah d'organiser ses heures de travail en fonction des heures de bureau pour conserver une vie de famille et une qualité d'exercice plus grande que par le passé. Voilà les motivations et ce à quoi on voit le plus apparaître dans les années 2010 quoi. Donc une féminisation des professions médicales et donc une volonté de conserver une vie familiale et professionnelle. Et l'exercice en équipe dans une maison de santé permet plus facilement cela que dans un cabinet isolé où la personne doit répondre elle-même au téléphone, le médecin doit en l'occurrence répondre lui-même au téléphone, faire son ménage, voir les patients, remplir les dossiers, aller faire ses tournées et aussi faire les gardes quand il y en a. Et cela faisait des journées qui commençaient à 8 heures et terminaient à 21 heures dans le meilleur des cas. Alors aujourd'hui je ne dis pas que ce n'est plus du tout comme ça en maison de santé mais en tout cas le regroupement professionnel et l'exercice coordonné permet de mieux gérer cela. Donc ici ils ont tous une demi-journée de libérée. Ils arrivent à concilier vie de famille et vie professionnelle. Ils arrivent plus facilement à trouver des remplaçants, ils arrivent à trouver des collaborateurs. Et finalement le gros avantage ici dans cette zone semi-rurale c'est sans doute que comme il y a des maîtres de stage universitaires dans les maisons de santé cela rapporte plus facilement de jeunes qui découvrent l'exercice et qui finalement s'y plaisent et tombent amoureux de l'exercice en équipe et viennent s'installer. C'est plus facile de trouver ici des remplaçants, des successeurs... Depuis 2010, il y a deux médecins qui sont partis à la retraite et les deux médecins ont retrouvé des successeurs, il y en a même un troisième qui s'est installé en création de patientèle, et il y a même une quatrième qui est collaboratrice et qui tourne sur trois médecins titulaires. Donc on est passé en 2009 de 5 médecins dont deux de plus de 65 qui allaient bientôt partir en retraite à aujourd'hui 7 médecins avec une moyenne d'âge qui est tombée aux alentours des 40 ans quoi. Voilà aussi un des avantages des maisons de santé et de l'exercice en commun.

Et puis aussi bah c'est la possibilité de proposer de nouveaux services aux patients, de se former à l'éducation thérapeutique et de faire des ateliers en groupes dans la salle de réunion, c'est aussi la possibilité de faire des délégations de tâches avec les infirmières et de se réunir autour des cas complexes pour avoir une démarche qualité dans la prise en charge des patients. Voilà je vais m'arrêter là. Je pourrais encore argumenter sur cette question mais sinon on va passer une heure là-dessus. Il y a des études qui ont été menées par l'IRDES par exemple qui démontrent que l'exercice coordonné améliore la qualité de soins

des patients et permet dans une certaine mesure de réaliser des économies dans le système de santé.

ML : C'est ce que vous vivez actuellement au sein de votre maison de santé, il y a vraiment une optimisation par rapport aux coûts en commun, une amélioration au niveau de la qualité de vie des professionnels de santé (PDS), une meilleure organisation de la permanence de soins, tout cela vous le constatez au sein de votre MSP où vous officiez ?

C : Oui je constate tout cela voilà. Je le constate... c'est clair.

ML : Quel est le projet de santé de votre MSP ?

C : Notre projet de santé il est assez clair. Je vais le reprendre car je l'ai toujours avec moi. J'ai ici l'ancienne version (*sur son ordinateur portable*).

Le projet de santé bah c'est d'abord un diagnostic du territoire qui présente la structuration de la patientèle autour de *la ville X* avec les caractéristiques d'âge, de pathologies, de démographie etc... Voilà et une fois que ce diagnostic est posé, l'équipe choisit plusieurs objectifs ou thématiques auxquels elle va répondre. Bah ici on a une problématique de diabète, on a des problématiques autour des cancers, on a un certain vieillissement de la population avec des personnes isolées avec des risques de chute, on a aussi de la sédentarité, on a aussi de la population agricole qui est touchée par des difficultés psychologiques. Et donc l'équipe choisit de mettre en place des actions concrètes en qualité des soins ou dans des activités de prévention pour améliorer des indicateurs qui posent problème dans le diagnostic. Donc pour le diabète on va faire des ateliers d'Éducation Thérapeutique Patient (ETP), et donc on va cibler notre patientèle diabétique qui est mal équilibrée et on va les inviter à des séries de 5 à 6 ateliers de 2 heures animées par des binômes de PDS où on essaye d'améliorer les connaissances psycho-sociales des patients pour les rendre autonomes dans la gestion de leur diabète par exemple. Autre exemple sur la problématique des cancers, et notamment des cancers des voies aéro-digestives, on a mis en place des actions de santé publique et de prévention autour de l'arrêt du tabac, là aussi sous la forme d'ateliers de prévention de 1h30 chacun animés par un binôme... Il y a la découverte des produits de substitution, les méfaits du tabac, l'aide au sevrage, l'arrêt du tabac et éviter de reprendre du poids avec une diététicienne, le tabac et l'activité physique avec le masseur kinésithérapeute. Voilà et il y a d'autres problématiques, d'autres programmes « *nom de projet X* » autour de l'obésité infantile etc... Tout cela c'est des objectifs et des priorités qui sont identifiés dans le projet de santé sur lesquels les PDS s'accordent et à une priorité il y a une action à mettre en œuvre et les professionnels signent le projet de santé et s'engagent à ces actions. Voilà et puis plus globalement dans la façon de travailler le projet de santé requiert de faire des réunions de coordination autour des cas patients. Dans le nôtre (*le projet de santé*) il y a aussi un volet accès aux soins et permanence des soins et donc participation à la permanence des soins au sein de l'association d'organisation locale des gardes.

ML : Vous avez déjà parlé de l'ETP et des ateliers de prévention au sein de votre MSP. Existe-t-il d'autres « Nouvelles Formes d'Exercice » (NFE) au sein de votre MSP ?

C : Euh alors... en plus de cela il y a... bah là par exemple on a fait... fin on a plusieurs protocoles de soins et de prises en charge autour de la vaccination par exemple. Euh là on bosse ensemble et on a souscrit au forfait vaccination pour la Covid. Le forfait en équipe et donc les infirmières... euh et donc maintenant il y a tout le monde qui peut vacciner, il y a les pharmaciens qui peuvent vacciner, il y a les sages-femmes, les kinés, il y a même les pompiers qui ont été formés et ils peuvent vacciner contre la Covid, les vétérinaires aussi ont été rappelés dans certaines zones. Quoiqu'il en soit nous on s'est saisi quand la possibilité nous a été offerte de s'engager en équipe dans la vaccination et toutes nos secondes doses sont faites par les infirmières là avec euh respect du protocole et nécessité qu'il y ait un médecin dans la maison de santé voilà en cas de réaction allergique grave etc... Voilà on fait tout cela ensemble. Et au lieu d'être payé à l'acte pour euh une vaccination faite, il y a un forfait qui est versé à la structure et après on le répartit ce forfait en fonction de ce qui a été fait et qui a fait quoi, qui a fait la première dose et qui a fait la seconde dose et voilà on s'organise différemment. Voilà on essaye de sortir du système traditionnel de paiement à l'acte. Voilà encore une nouvelle façon d'exercer, un nouveau service rendu au patient.

ML : Ces NFE constituent-elles un pouvoir attractif vis-à-vis des nouveaux professionnels tous juste arrivés au sein de la MSP ?

C : Euh alors... pour le forfait vaccination pas spécialement. Il y a eu des réticences des infirmières qui ne souhaitent pas spécialement faire la vaccination tout de suite. Il y avait des craintes quand on ne connaissait pas encore bien les vaccins. Elles ne voulaient pas s'engager dans... de faire les premières ou les secondes doses. Il y avait une certaine forme de crainte qui a dû être dépassée par plusieurs réunions où on en a bien discuté. C'est pour un exemple concret, pour dire que ce n'est pas forcément, l'exercice coordonné c'est bien, cela apporte des nouvelles tâches, une nouvelle façon de bosser mais tout ne se fait pas du jour au lendemain. Parfois il y a même au sein d'une équipe motivée des craintes à passer et des mentalités à faire évoluer. Et d'une manière en dehors de l'exercice interne, d'une manière globale, euh l'exercice coordonné en équipe, en tout cas en ce qui concerne l'équipe dans laquelle je bosse, c'est attractif forcément et cela on le voit forcément car les deux (*médecins*) qui sont partis en retraite, ils ont trouvé tout de suite des remplaçants... fin pas des remplaçants mais ils ont trouvé tout de suite des successeurs. Euh ici les médecins ils arrivent à se dégager 6 semaines par an où ils sont toujours remplacés. Et cela ne se fait pas via des remplacements internes « je te remplace machin », c'est un remplaçant qui vient, après on l'avantage d'être sur *l'autoroute X* voilà on est à 30 minutes de *la ville A*, le remplaçant il vient et il est tranquille quoi... Et aussi par la présence d'un maître de stage universitaire, ce qui est une obligation dans la maison de santé reconnue par l'ARS et l'assurance, et

bah cela a permis une nouvelle installation de médecin et aussi une collaboratrice qui était remplaçante au départ et qui là est collaboratrice et qui remplace alternativement trois médecins titulaires. Donc oui c'est attractif ! Et puis ces jeunes-là ils participent aux réunions de concertation des cas-patients, c'est les plus motivés quoi, c'est les plus dynamiques aussi dans la démarche qualité qu'offre l'exercice en équipe.

ML : Qui exerce le rôle de leader de l'équipe pluri-professionnelle ?

C : Le leader c'est *le docteur X* ici.

ML : Est-ce toujours la même personne ?

C : Euh oui là c'est ... Alors il y a plusieurs têtes de... il y a une répartition... il y a le leader historique c'est *le docteur X* qui pousse l'équipe, alors soit la pousse, ou la prenne ou la pousse, cela dépend des sujets, cela dépend de l'alternative... euh le leader historique. Pendant un certain moment il y a eu un leader éducation thérapeutique, c'était une infirmière, *madame X*, il y a eu un binôme de leaders sur les actions de santé publique euh tabac... c'est un(e) kiné et un(e) pharmacien(ne). Il y a eu un binôme de leaders sur les actions et qui est toujours sur les actions d'éducation thérapeutique obésité de l'enfant, c'est un des nouveaux médecins qui a pris la succession là en 2016 *le docteur Y*. Et euh voilà en fait il y a un leader charismatique qui pousse le projet maison de santé depuis 2009 et qui est toujours dans l'innovation et qui présente... qui est toujours en veille sur les nouvelles possibilités qui sont offertes en maisons de santé et qui les propose à l'équipe. Et il y a des leaders secondaires sur des nouvelles thématiques.

ML : Donc un leader principal en rapport avec la MSP et des leaders secondaires par projets de santé spécifiques ?

C : Voilà.

ML : Quel est l'apport du rôle de leader principal au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

C : Alors le leader principalement... sa tâche centrale c'est de donner du sens, donner le sens... alors quand... c'est-à-dire où est-ce que va l'équipe, qu'est-ce qu'on fait, comment on veut travailler, et surtout pourquoi on le fait. « Pourquoi » les raisons pour lesquelles et « pour quoi » en deux mots pour atteindre quoi ? Voilà ce que fait le leader. C'est tout le temps celui qui explicite le sens et aussi euh donne la motivation et quelque part donner du sens c'est donner de la motivation et donner de la motivation avec le « pour quoi » vers quel objectif et vers quoi on tend ? Le sens cela peut être avoir une meilleure qualité de prise en charge des patients et pourquoi pour quelle raison pour pouvoir aussi une meilleure qualité de vie au travail, pour améliorer la santé globale, pour euh travailler en équipe, euh pour conserver une motivation et avoir une sorte d'indice de bonheur partagé au travail qui soit élevé. Voilà le rôle du leader (*principal*).

Faiblesses

ML : Quelles sont les difficultés que peut rencontrer le leader dans le cadre de son rôle de leader ?

C : Il peut y en avoir plusieurs. Comme toute équipe c'est un peu comme une vie de famille. Il y a parfois euh des gens qui traînent les pieds, des gens qui ne sont pas motivés, des gens qui... Alors je dis vie de famille mais cela peut aussi être vie d'entreprise. Il peut y en avoir qui sont « tire au flanc » d'autres qui ne sont pas motivés, d'autres qui peuvent être carrément des gens qui freinent parce qu'ils ne sont pas convaincus, ou parce qu'ils ont d'autres motivations ou d'autres objectifs qui ne se reconnaissent pas dans la façon de travailler comme cela. Euh tout est possible aussi et donc ça, ça peut être les freins.

ML : Cela vous l'avez déjà constaté au sein de votre MSP ?

C : Ah oui je l'ai déjà constaté au sein de la MSP. Il y a cela et il peut y avoir des personnes moins motivées. Il peut aussi y avoir une baisse de motivation du leader. Il faut que leader puisse se... il faut qu'il y ait plusieurs leaders et des leaders qui s'entraînent les uns les autres pour euh... pour que cela marche dans le temps. Le leader ultra-motivé s'il est tout seul il avance vite mais avec l'équipe il va plus loin. C'est un peu la phrase bateau que l'on dit tout le temps. Il y a des risques d'essoufflement du leader.

ML : L'équipe a besoin du leader tout comme le leader a besoin de l'équipe ? Il y a une réciprocité ?

C : Tout à fait il y a une réciprocité indispensable pour se booster là-dedans et avancer dans le même sens.

ML : Comment faire pour que le leader ne s'essouffle pas ou ne s'épuise pas ?

C : Comment faire pour qu'il ne s'épuise pas ? Et bah il faut qu'il sache déléguer certaines choses, il faut qu'il sache passer la main sur certains sujets, il faut qu'il sache mettre de l'eau dans son vin parfois, qu'il sache aussi entraîner les autres, il faut qu'il sache prendre des vacances, il faut qu'il sache se focaliser sur certaines choses et peut-être en mettre de côté d'autres, c'est des qualités et cela s'apprend aussi.

ML : Vous en avez déjà parlé mais parfois la motivation des PDS peut s'altérer, leur adhésion au projet de santé peut s'altérer avec le temps. Comment faire au sein d'une équipe pour éviter cette perte de motivation et cette perte d'adhésion au projet ?

C : Pour ne pas avoir cette perte de motivation euh... il faut déjà... euh il ne faut pas se leurrer, il faut savoir qu'à certains moments il peut y en avoir des pertes de motivation. Il faut s'autoriser à avoir un coup de mou, à avoir un temps de pause. Il faut aussi autoriser l'équipe à cela et avoir une certaine lucidité là-dessus. Une fois que cela est acquis il faut, pour remotiver l'équipe, il faut peut-être trouver des nouveaux sujets, des nouveaux territoires à investir, il faut peut-être qu'il y ait des relais de leadership sur des thématiques, il faut essayer

d'impliquer les jeunes aussi. Il y a plusieurs moyens. Il y a aussi des techniques d'animation qui peuvent rendre euh tout cela plus convivial et puis euh... Il faut aussi passer pas mal de temps en réunions avec des réunions qui sont bien organisées pour que cela débouche sur quelque chose et sur des prises de décision et que l'équipe avance palier par palier en posant des jalons qui en fait dans le temps ne vont pas se retirer. C'est une façon euh... en fait c'est la démarche qualité... c'est la roue de Deming (?)... vous avez un sujet et vous faites des réunions et à la fin de chaque réunion il y a un petit cliquet qui s'enclenche et qui bloque auquel tout le monde a conscience et on ne va pas retourner en arrière par rapport à ce cliquet et on a avancé sur un certain thème. Et puis à la prochaine réunion dans une semaine, dans un mois euh on reposera un jalon nouveau avec euh une nouvelle zone d'explication euh une nouvelle zone de conviction et une nouvelle zone de mise en place technique pour que cela parle à toute le monde et que tout le monde soit embarqué dans la dynamique. Voilà tout cela prend un certain temps et il ne faut pas vouloir tout de suite, mais il ne faut pas oublier l'objectif et embarquer tout le monde.

ML : Donc avancer progressivement, avoir un objectif et avoir une réunion avec un objectif atteint à la fin de chaque réunion ? Ne pas faire une réunion pour dire de faire une réunion ?

C : Absolument !

ML : Cela marche cette approche, je pense que c'est ce que vous réalisez actuellement au sein de votre MSP ?

C : Alors on a de toute façon une certaine obligation de réunions au niveau de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), de réunions autour des cas patients. Au fil des années on a essayé plusieurs systèmes et on s'est rendu compte qu'il y avait des systèmes qui marchaient bien et des systèmes qui marchaient moins bien. A un moment donné il y a une année où on faisait deux réunions par semaine c'était beaucoup trop et donc il y avait démotivation, il n'y avait pas vraiment de vrai sujet, les gens ne venaient plus car cela ne menait à rien et on n'avancait plus. Là depuis 2-3 ans cela marche mieux et cela marche même très bien avec un système institué de une réunion mensuelle avec un sujet, un certain nombre de cas-patients à voir et une programmation toute l'année qui vient, comme cela c'est bloqué dans les agendas, tout le monde le sait et le troisième jour de la semaine x de chaque mois, de x heure à x heure, on voit tous les cas-patients qu'on a à voir, on parle de tous les sujets qui nous intéressent. Alors je ne reviens pas sur l'année 2020 qui a été compliquée mais cela a chamboulé tout le calendrier... on a fait plus de réunions en 2020 parce qu'il y a eu toute la période de mars, avril, mai et juin 2020 où les consignes sanitaires changeaient d'une semaine sur l'autre et donc on était là où on se réunissait... là on est revenu à notre système d'avant... là (en 2020) on avait la nécessité de se réunir toutes les semaines et il y avait un compte-rendu, un objectif, comment on s'organise sur la Covid, comment on fait les PCR, qui fait quoi, où est ce qu'on trouve des masques, où est-ce qu'on trouve des masques, où est-ce qu'on trouve des

blouses, comment on gère le flux patients, quel protocole on met en place pour accueillir les gens qui viennent. Là il y a eu une réunion toutes les semaines de mars à juin 2020. Ce qui n'était pas dans nos habitudes, fin en 2020.

ML : Vous êtes revenus à votre mode d'organisation habituel ?

C : Là on est revenu à notre mode d'organisation d'une réunion par mois.

ML : L'organisation de la coordination se déroule avec cette réunion mensuelle. Existe-t-il d'autres réunions dans le cadre de la SISA, la SCM par exemple ?

C : Il y a une réunion par an supplémentaire, fin l'assemblée générale de la SCM (Société Civile de Moyens) avec les associés de la SCM. Il y a une réunion en plus par an avec les associés de la SISA (Société Inter-professionnelle de Soins Ambulatoires) qui gère les subventions de l'ACI (Accord Conventionnel Inter-professionnel). Et puis en plus des réunions mensuelles il peut y avoir exceptionnellement une seconde réunion mensuelle sur des sujets d'actualité ou sur des sujets particuliers qu'il faut traiter rapidement qui sont des sujets du tout-venant ou d'actualité quoi.

ML : Les professionnels de santé font-ils part de difficultés au sujet de la coordination ?

C : De l'exercice coordonné ?

ML : Oui... de la coordination en général ?

C : Bah la par exemple... en général oui il peut y avoir des difficultés parfois pour... cela peut être parfois compliqué de trouver des cas-patients le jour J euh s'il n'y a rien, si les gens n'y ont pas pensé la semaine d'avant, cela peut être compliqué de trouver des cas-patients. Cela peut aussi être compliqué de bloquer des jours pour faire les ateliers d'éducation thérapeutique. Voilà les difficultés elles sont dans l'agenda en fait, dans le fait que cela peut être chronophage les réunions et la coordination.

ML : Qu'en est-il du taux de participation aux réunions de coordination mensuelles ?

C : Ouais il y a un bon taux de participation car il y a au moins toujours une personne de chaque profession. On a au moins 4 ou 5 personnes sur une équipe de 17 : un représentant de l'équipe d'infirmiers, un représentant ou deux de l'équipe des médecins, souvent un ou deux kinés qui viennent, et quasi systématiquement une ou deux pharmacies. Donc le taux de participation il est bien.

ML : Les PDS ressentent la coordination comme chronophage dans le sens où une réunion mensuelle c'est beaucoup avec aussi le temps de préparation au préalable ?

C : Alors oui cela peut être chronophage dans le sens où euh... c'est plutôt en temps de cerveau disponible car ils doivent penser à quel patient je vais donner, je

vais exposer... à la réunion de concertation. Ce qui est chronophage c'est de bloquer les samedis ou les après-midis pour faire l'éducation thérapeutique. Cela c'est chronophage.

Opportunités

ML : En quoi consiste votre rôle de coordinateur de santé ?

C : Alors bah moi j'essaye de rendre... euh j'essaye de rendre euh le cerveau des soignants disponible pour avoir cette démarche qualité donc euh j'organise les réunions, je fais l'ordre du jour, je fais le compte rendu, je leur fais des rappels quand il faut oublier, je leur fais des rappels sur tous les projets qu'il y a à faire au cours de l'année, donc l'éducation thérapeutique, les programmes *nom de projet X*, le diabète, l'obésité de l'enfant euh... la vaccination. J'essaye de leur rendre l'exercice le plus facile et qu'eux se recentrent sur l'exercice de leur profession. Voilà donc tous les aspects administratifs j'essaye de leurs éviter tout cela. Par exemple pour le forfait euh vaccination euh c'est moi qui collecte les données pour qu'eux ne soient qu'effecteurs de l'injection. Donc euh je collecte le nombre de vaccinations fait par mois que je transmets à l'assurance maladie qui fait la dotation sur le compte de la SISA et après en fonction de ce qui a été fait par chacun. La SISA et là aussi c'est moi qui fais les chèques et réalise la répartition de la rémunération de la SISA... la SISA rémunère tous les effecteurs de la vaccination.

ML : Comment est perçu votre rôle par l'équipe pluri-professionnelle ?

C : Oh bah euh je vais dire bien. Au fil du temps euh voilà il y a eu... maintenant cela fait 10 ans que je suis intégré à l'équipe complètement quoi comme un autre professionnel. On a tous des rapports amicaux très bons. Au départ ce n'était pas forcément évident. Il y avait une interrogation sur « c'est quoi la coordination ? », « qu'est-ce qu'il fait le coordinateur de santé ? » « à quoi il sert ? » « c'est quoi son rôle ? » « c'est quoi ses tâches ? ». Et dans tous les sens du terme, à la fois ils ne savaient pas forcément ce que je faisais et je n'avais pas forcément de fiche de poste au départ donc euh je me suis retrouvé à ce qu'on me demande de faire des choses qui ne sont pas le rôle de coordination.

ML : Comme quoi par exemple ?

C : Ah bah cela a pu être par exemple... comme j'ai participé à la première, à la formation en éducation thérapeutique. J'ai fait sur la toute première série d'éducation thérapeutique des bilans éducatifs partagés avec les patients. Donc c'est l'entretien initial qui dure 45 minutes 1 heure avec le patient pour voir un petit peu où il en est dans la gestion de son diabète euh des aspects biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux, psycho-sociaux de la gestion du diabète du patient. Donc ça c'est tout à fait le rôle d'un soignant de faire mais pas la coordination. Je ne l'ai fait que pour la première session et en plus j'avais trouvé cela assez sympa : une tâche diverse et variée de rencontre et de

contact avec le patient. Alors je dis sympa car rencontrer les gens c'est toujours sympa et à la fois complexe car ouvrir un entretien autour d'une pathologie avec des patients cela peut amener à des moments de vie et d'entretien qui sont délicats parfois.

ML : Maintenant cela se passe bien au niveau de l'équipe, vous êtes bien intégré ?

C : Alors oui je suis très bien intégré au sein de l'équipe et cela se passe très bien au sein de l'équipe. Il y a eu un travail de renouveau de définition des tâches de la coordination et de mon rôle et de mes tâches avec les nouveaux arrivants fin les jeunes qui sont arrivés. Il y a eu aussi toute une vague de jeunes qui sont aussi arrivés chez les kinés. Et donc chez les médecins entre 2015, 2015-2016 et là la dernière collaboratrice est arrivée en 2019 voilà. Il y a aussi deux kinés nouveaux qui sont arrivés entre 2018 et 2020. Et donc avec ces nouveaux bah il faut présenter le projet de santé, dire c'est quoi un coordinateur de santé, qu'est-ce qu'il fait là, à quoi cela sert etc... Cela a même permis pour nous en équipe de refondre le projet de santé. Initialement il datait de 2015 et il a été revu en 2017, il a été revu par nous-mêmes en équipe et on a fait intervenir un cabinet spécialisé financé par l'ARS en 2019 pour que tous les PDS arrivés se réapproprient le projet de santé. C'est l'occasion de mettre à plat les tâches de la coordination aussi.

ML : Et une actualisation du projet de santé avec les nouveaux arrivants et aussi en fonction des patients et du territoire ?

C : Tout à fait ouais !

ML : Cela permet cela aussi de relancer l'équipe pluri-professionnelle, d'apporter des nouveautés et de relancer le projet de santé ?

C : Cela remotive, cela booste, cela donne du sens et euh cela implique les nouveaux aussi et euh de manière très concrète comme on évoque tous les sujets. Cela permet à chacun de s'exprimer. Et aux nouveaux de dire « bah cela ça m'intéresse » « j'ai envie de m'y coller tout ça », cela re-dispatche les fonctions de leader partagé.

ML : Cela permet aussi de les intégrer dans l'équipe ? Se dire « bah je suis écouté, je suis intégré » ?

C : (*Acquiescement*) Ouais ouais. Il y a une première phase d'installation... fin les premières motivations à l'installation en maison de santé c'est euh parce que les moyens sont partagés, l'ambiance est bonne, etc... c'est pour cela que les jeunes sont venus, ils avaient découvert tout ça, ils avaient fait des remplacements assez sympas, l'équipe est cool, on s'entend bien, une fois qu'ils sont installés, ils se sont rendus compte, ils ont re-découvert le projet de santé et ils ont dit « bah c'est encore mieux que ce que je pensais car finalement euh en plus de euh de passer des bons moments avec tout le monde, on a une vision commune vers quelque chose, vers une vision de l'exercice et du service rendu au patient qui nous réunit ».

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'utilisation par les PDS du logiciel pluri-professionnel (LP) ?

C : Oh bah il y a des hauts et des bas c'est-à-dire que... je ne vais pas refaire tout l'historique mais on va dire que de 2010 à 2015 cela a été assez complexe parce que l'entreprise qui nous fournissait le logiciel a mis un certain temps à nous transférer les données donc il y avait pas mal de dossiers vides euh... Comme cela était en full web il y avait des connexions intempestives permanentes et on avait encore des médecins qui étaient de la vieille école... les deux qui allaient partir en retraite qui étaient assez euh réticents, frileux à l'usage de l'informatique. Je me souviens il y en avait un qui utilisait, qui remplissait ses dossiers mais il disait « tous les matins moi j'ai la hantise que l'ordinateur ne démarre pas, que le *logiciel X* ne fonctionne pas etc... » car il se retrouve devant le patient... et il gardait tout en doublon ses dossiers papiers jusqu'à la fin de l'exercice au cas où pour aller chercher un truc se rappeler. Mais il disait « ah quelque fois le logiciel tombe en marche ! » (*rites*). Donc il y a eu toute cette période compliquée où était dépendant du réseau internet et comme on était en bout de ligne tout ça avec une couverture assez problématique bah il y avait des déconnexions et cela ne fonctionnait pas bien. Depuis cela va mieux et le *logiciel X* va mieux et puis en fait le *logiciel X* était un logiciel qui était adapté sur *système informatique X* et pas sur *système informatique Y* et de... en 2010 on venait de tout renouveler le parc d'ordinateurs en *marque ordinateur Y* et donc on a eu une version du logiciel qui n'était pas faite pour tourner sur *marque ordinateur Y* quoi et finalement en 2015, cinq ans plus tard, toute le monde est passé sous *système informatique X* et là cela va beaucoup mieux. Cela va beaucoup mieux, le logiciel tourne mieux, euh... et ce que l'on voit c'est qu'au niveau de l'exercice pluri-professionnel et de l'utilisation du logiciel, le logiciel est tellement vaste et offre tellement de disponibilités, je sais pas on va dire que 20% du logiciel est utilisé, donc euh l'essentiel, le contenu administratif, les pathologies, les traitements en cours, les constantes, les euh ... les résultats d'examens, les résultats de bio... tout est là en fait, tout ce que l'on mettrait dans un dossier papier, les résultats de consultation et tout mais ... et donc aussi les traitements, les ordonnances, la facturation, tout cela c'est utilisé. Mais j'ai été méchant en disant 20% mais tout ça (*éléments présentés auparavant*) cela représente plutôt 60% du logiciel mais il y a 40% sur la prévention, sur les habitudes de vie, sur euh des données spécialisées autour des pathologies, des plans personnalisés de soins qui sont accessibles dans le logiciel, qui peuvent être remplis et qui ne sont pas faits parce que sinon... cela fait euh des consultations... cela peut être fait une fois par an dans le cadre d'un consultation longue mais euh... ou alors cela peut être fait dans le cadre d'un exercice coordonné approfondi où ce n'est pas le médecin qui remplit cela. C'est au détour d'un entretien entre l'infirmière et le patient, un entretien dans le cadre d'un dossier de soins infirmiers qui va prendre 30-45 minutes où tout est passé en revue. Cela peut être fait par un infirmier, cela peut être fait un interne aussi où bah là le dossier du patient est ouvert... mise à jour du dossier, entretien du dossier. Cela a été fait je me souviens dans le cadre d'une thèse par un des internes du *Docteur X* de euh ce principe

d'un entretien de consultation approfondie, de consultation de 30-45 minutes où on ouvre le dossier avec un patient chronique et où il discute de tout et de rien, de comment cela va, comment cela se passe vos traitements et vos trucs, il prend le temps en dehors d'une consultation de renouvellement classique pour asseoir les choses, parler de la vie de famille, parler de l'environnement au domicile, la gestion au quotidien et tout ça quoi. C'est un peu ce que font les infirmières Asalée. Et donc pour dire que cela c'est une possibilité extraordinaire mais qui en fait n'est pas réalisée.

ML : Par un manque de temps ?

C : Par un manque de temps tout à fait.

ML : L'utilisation est bonne mais elle pourrait être plus optimale par un manque de temps ?

C : Ouais ouais. Là on rentrerait vraiment dans un aspect prévention plus dans l'exercice. Et donc bah ouais cela serait un gain de qualité de vie pour les patients... qualité de soins, qualité de vie... un gain de qualité optimum de qualité de vie de qualité de soins. Là les autres, les para-meds ils se contentent de mettre les bilans d'examens, les photos de plaies, la vaccination euh les compte-rendus de ce qu'ils ont fait dans le logiciel partagé.

ML : Tout le monde a accès au logiciel ?

C : Tout le monde a accès au logiciel avec des niveaux d'accès différents selon le statut, selon l'identifiant...

ML : Il y a eu des réticences au début sur l'utilisation du LP mais c'était plus sur une question de réseau internet et de compatibilité des ordinateurs et du LP. Y-a-t-il eu des réticences sur l'utilisation en lui-même du logiciel sur le fait qu'à chaque fois il faut remplir le logiciel ?

C : Ah bah oui il y a eu des réticences au début sur l'aspect chronophage du truc... Si si bah il y en a même encore aujourd'hui on va dire. Pourquoi ce n'est pas utilisé à fond ? Pourquoi ce n'est pas rempli ? Parce que cela prend du temps tout simplement et donc c'est plus facile de faire sa séance ou de faire son injection et de facturer et après de faire le minima de transmissions qu'il y a pour l'exercice coordonné. On va dire dans l'exercice quotidien c'est l'utilisation du logiciel est trop chronophage pour être réalisée quotidiennement. Par contre là où la démarche qualité intervient c'est dans les réunions pluri-pro où la bah il y a tout le volet coordination qui est intégré au dossier patient. Mais là encore ce n'est pas le PDS qui remplit le truc c'est euh... c'est moi... donc euh c'est le coordinateur mais c'est les PDS qui donnent les infos.

ML : Vous avez un rôle de retranscription ?

C : Je retranscris. Et finalement cela va plus vite quoi.

ML : Il y a une bonne communication via le LP entre les PDS ? Par exemple entre l'infirmière et le médecin ou l'infirmière remonte des informations sur le patient au médecin via le LP ?

C : Ah tout à fait ouais ouais. Cela c'est aussi un des avantages aussi. En fait c'est dans l'usage quotidien euh en routine ce n'est pas fait mais pour n'importe qui que ce soit un médecin ou un para-med quand il y a l'idée ou le besoin d'aller voir un truc là c'est fait par contre. Donc tiens un kiné euh un kiné tiens j'ai tel soin à faire, j'ai une ordonnance, je ne sais pas ce qui est noté dessus où je ne sais pas pourquoi... euh je vais voir dans le dossier les résultats de la chirurgie orthopédique du patient. Quand il y a un besoin par rapport à son exercice c'est consulté et tout ça quoi. Pareil pour les infirmières euh. Tiens quand j'ai besoin de faire le renouvellement d'INR euh ou de faire une prise de sang pour évaluer le traitement je vais voir quand la dernière ordonnance est faite et ... Pareil pour la prescription des ordonnances pour les pansements aussi. La dernière c'était quoi on m'a fait une ordonnance... oui un des exemples aussi très marrant c'est que les ordonnances des médecins par rapport aux pansements ou par rapport à des injections elles étaient mal rédigées ou pas rédigées comme les infirmières auraient voulu qu'elles soient rédigées. Et donc elles ont fait intégrer au logiciel des ordonnances types euh avec euh selon les types de plaies ce qu'il fallait prescrire comme pansement. Et donc elles ont fait intégrer cela au logiciel pour que le médecin y voit finalement le type de plaie c'est ça et il prescrit le bon truc quoi. Il n'y a plus qu'à cocher la case sur l'ordonnance quoi.

ML : Gagner en temps et en efficience et ne pas courir après les ordonnances ?

C : Exactement ! En fait quand cela impacte l'exercice quotidien ou euh un domaine très spécifique les para-meds y vont quoi. Ils y vont dessus et ils font même réformer le logiciel et ils transforment l'exercice des médecins.

ML : Ils le voient plus sur l'aspect « comment cela les aide au quotidien » ?

C : Des informations qui peuvent être euh ... c'est pareil. Elles se sont même engagées dans une démarche qualité par un organisme de certification où pour certains patients au domicile euh elles tiennent un cahier de suivi avec des fiches d'événements et d'événements indésirables survenus au domicile. Cela elles l'intègrent dans... et alors cela c'est aussi un exercice intéressant c'est qu'elles n'avaient pas conscience qu'il y avait déjà ces fiches-là intégrées déjà dans le logiciel. Elles sont passées, elles avaient entamé une démarche qualité de certification de leur côté avec un organisme agréé et cet organisme agréé il leur fournit des fiches à remplir au domicile du patient etc... Et donc elles ont fait cela pendant 6 mois à remplir les papiers, les feuilles volantes et après elles ont dit tiens ce serait bien qu'on intègre, qu'on partage cela avec les médecins et elles sont arrivées, elles ont ouvert le logiciel, elles ont vu que les fiches existaient déjà dans les dossiers patients et qu'elles n'avaient qu'à les cocher (*rires*) ! Alors elles étaient parties et finalement elles n'ont pas tout re-rempli mais elles ont scanné leurs fiches et elles les ont intégrées dans le dossier patient comme cela quoi. Et alors là c'est un... comment dire... c'est un truc absurde car il n'y a pas forcément une formation initiale au logiciel qui est optimum. Et c'est

une démarche de prendre du temps, d'aller dans le logiciel de découvrir où c'est, d'aller cliquer sur les trucs qui prend du temps et qui est parfois complexe etc...

ML : Le fait parfois de faire des formations sur le LP avec notamment un prestataire du LP qui vient faire une présentation des fonctionnalités du logiciel disponibles, serait-ce une possibilité d'améliorer l'usage du LP ?

C : Bah ouais mais c'est payant (*sur le ton du regret*) ... Et clairement c'est là-dessus... bon alors les coûts du logiciel il ne faut pas croire, les éditeurs de logiciel ont upgradé leurs coûts en fonction des montées de l'ACI. Les coûts, pour entre 2009 et 2020, les coûts ont triplé sur les logiciels validés ACI quoi. Alors à la fois cela s'explique car ils ont démarche de labélisation par l'agence des Systèmes D'informations Partagées, l'agence nationale, qui leur a imposé un cahier des charges de plus en plus drastique avec des délais euh très complexes à... et un contenu assez volumineux à intégrer dans leur logiciel. Certes avoir un coût plus important pour les PDS why not quoi ? Et ce qui passe moins bien avec euh la généralisation de l'ACI, donc des rémunérations par forfaits d'équipe, les éditeurs de logiciel ont intégré l'augmentation des dotations des équipes au coût de leur logiciel quoi sans apporter de trucs en plus quoi, juste euh vous touchez plus par l'assurance maladie donc euh comme dans les critères ACI il y a un item avoir un logiciel labélisé on vous fait payer plus cher. Je trouve que c'est un peu fort de café au niveau des éditeurs quoi !

ML : C'est une licence à l'année le logiciel ?

C : C'est une licence à l'année. Ouais ouais...

ML : Cela coûte combien une licence à l'année ?

C : Bah pour tout le monde ici en tout, donc c'est 17 PDS qui ont accès au LP, c'est aux alentours de 9000 euros pour l'abonnement annuel quoi. Après vous divisez par euh... fin les médecins c'est plus cher car tous les ans il y a la mise à jour de la base données Vidal plus je ne sais trop quoi, plus un autre truc de mise à jour d'interface d'aide à la prescription, où il y a toujours une fenêtre pop-up qui s'ouvre quand il y a des interactions médicamenteuses qui euh voilà dans les prescriptions. Bon alors c'est euh une demande euh voilà ... Voilà plus ou moins 9000 euros je pense que cela doit être un peu plus autour de 10 000 euros par an.

ML : Que vous divisez entre les 17 PDS, fin cela est plus cher pour les médecins ?

C : Ouais enfin il est divisé à l'utilisation. Euh les médecins payent les $\frac{3}{4}$ je pense. Donc les 7 médecins payent les $\frac{3}{4}$ et le quart qui reste c'est sur les 10 autres PDS.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du coût financier des MSP ?

C : (*Silence*) ... Oh bah il est euh... à la base il est plus conséquent qu'une installation en cabinet isolé forcément car il y a parfois bah il y a un investissement

en équipe dans des locaux avec une surface plus grande que euh... donc c'est sûr que à la base cela est plus cher. Après à l'exercice avec la mutualisation des moyens et avec les subventions et les dotations qui sont fournies par l'assurance maladie cela s'inverse et cela devient plus rentable d'exercer en maison de santé. Il y a sans doute des réticences initiales pour les jeunes PDS de voir « wouah les charges » ou « wouah le bâtiment cela coûte autant » donc cela ça freine. Ici le loyer tout compris c'est... alors c'est sûr quand vous n'avez pas de patients ou de clientèle au départ cela fout les boules quoi de devoir sortir 1500 euros de charges loyer compris. Mais après quand vous avez une patientèle de 5 000 patients, fin une file active de médecins traitants et une patientèle de toute la maison de santé de 6 000 patients, bah voilà vous êtes bien contents d'avoir un secrétariat, d'avoir du ménage, d'avoir des charges mutualisées et d'avoir un certain confort d'exercice. Il faut voir sur le moyen-long terme. Après un projet d'installation c'est un projet professionnel, c'est un projet de vie, c'est un projet euh... Alors euh je comprends qu'il y ait des périodes de remplacement qui s'allongent etc... pour voir un petit peu de tout, ce qui se passe ici, ce qui se passe là-bas, travailler 6 mois de l'année, partir en vacances 6 mois de l'année et tout ça, mais après quand il y a des installations je pense qu'elles se font plus facilement en maison de santé qu'en cabinet isolé. En tout cas quand on a un projet de vie dans une zone semi-rurale. Ou alors un projet militant dans une zone urbaine quoi.

ML : Actuellement un PDS qui exerce au sein de votre MSP il a son loyer avec les charges de 15000 euros mais par exemple le secrétariat cela a un coût supplémentaire ?

C : Non non c'est euh... 1500 euros c'est charges et loyer mensuel. C'est l'apport mensuel que le PDS médecin doit donner par mois. Voilà exactement c'est 1 700 euros pour un médecin. Les kinés ils apportent... euh les kinés ils ont plus de charges de ménage car ils ont une plus grande surface mais ils apportent 800 euros les kinés titulaires et les infirmières cela doit être 500 euros.

ML : Comment est perçu ce coût financier par les différents PDS ?

C : Bah ici il est euh... euh on va dire que ouais il est... euh cela s'encaisse, on va dire que cela ne pose pas de problème dans le sens où comme il y a aussi l'argent de la SISA avec toute la démarche qualité que l'on a, la SISA elle touche aux alentours de 75 000 euros par an donc c'est modulable comme on le souhaite et cela peut aussi permettre de faire baisser les charges quand on en a besoin. Et puis quand vous avez une patientèle... fin je pense par exemple à notre nouvelle installée qui a fait une création de nouvelle patientèle, elle a fait des remplacements durant 3-4 ans puis après elle a fait une création de patientèle, elle euh elle travaille 4 jours par semaine, euh et pourtant elle paye le même loyer, elle paye 1 700 euros, pendant les trois premières années elle a eu le PTMG (?) donc euh elle avait un revenu assuré par l'assurance maladie pour créer sa patientèle. Et bah euh aujourd'hui qu'elle est sortie de ce dispositif-là cela va très bien quoi. Et elle est contente car elle bosse 4 jours par semaine et elle peut

voir ses enfants. Euh elle ne boit pas le bouillon, elle part en vacances quand elle veut, elle a des remplaçants tout le temps, elle a son matos et son cabinet qui est tout neuf car comme on a fait une extension, elle a son cabinet à son image avec tout le matériel qu'elle a choisi... euh bah elle est contente quoi et si c'était la galère et qu'elle avait bu le bouillon elle serait partie quoi.

ML : Vous n'avez jamais eu de départs de PDS car ils estimaient que cela était trop cher et qu'ils ne s'y retrouvaient pas financièrement ?

C : Bah non non on n'a jamais eu de... si cela avait été le cas il y aurait eu une alerte avant d'arriver à la solution du départ quoi. Il y aurait « bah ouais je ne m'en sors pas » « comment on peut s'en sortir » pour euh voilà « on ne peut pas faire baisser les charges en prenant le loyer de la SISA, est-ce que on ne peut pas voilà quoi ».

Menaces

ML : Vous bénéficiez de financements dans le cadre de la SISA et de l'ACI au sein de votre MSP ? Quels sont les avantages liés à la signature de l'ACI ?

C : Cela vient cristalliser le travail en équipe. Oui il y a un avantage financier, quand vous avez un avantage financier, vous faites baisser vos charges, et puis si vous faites baisser vos charges vous pouvez organiser votre emploi du temps. Donc c'est un avantage en qualité de vie professionnelle et donc en qualité de vie familiale.

ML : Quels sont les inconvénients liés à la signature de l'ACI ?

C : Ah bah inconvénient c'est noté dans le cahier des charges. C'est-à-dire qu'il faut un LP labélisé qui a un certain coût mais bon c'est payé par la SISA. Il faut une fonction de coordination identifiée donc soit embaucher un type comme moi ou que cela soit assuré par quelqu'un dans l'équipe qui est PDS ou euh se payer de la prestation ou embaucher ou cela peut être réalisé par le leader, cela dépend des équipes. Les horaires d'ouverture pour avoir le maximum de points ACI de 8h à 20h mais vous pouvez abaisser cela de 2 à 3 heures et alors à ce moment vous touchez moins d'ACI. Et de faire des réunions de concertations pluri-professionnelles donc c'est une contrainte aussi d'aller en réunions même si elles sont rémunérées par la SISA. Établir un ou deux protocoles pluri-pro, signer le projet de santé, donc s'engager à le faire vivre et à l'animer. Donc voilà les contraintes de l'ACI.

ML : Sont-elles vraiment perçues comme contraignantes par l'ensemble des membres de l'équipe pluri-professionnelle ?

C : Oui et non. Ici ce n'est pas perçu comme une contrainte car chacun fait comme il... selon sa motivation. Si vous êtes motivés à faire des trucs, vous les faites et vous êtes indemnisés pour cela. Si vous n'êtes pas motivés à faire ce truc et si vous voulez ne faire que vos consultations ou vos séances de kiné euh bah vous faites cela et puis vous n'avez pas

d'indemnités spécifiques. Mais par contre les baisses de charges fonctionnent pour tout le monde.

ML : C'est un plus pour leur salaire s'ils font des choses en plus par rapport au cahier des charges ?

C : Tout à fait ! Plus vous vous impliquez au plus c'est... Après ce n'est pas ça qui leur fait gagner leur vie. C'est un plus, cela fait baisser les charges, par rapport au temps investi c'est... cela ne fait pas gagner leur vie comme cela. Mais c'est la joie de bosser en équipe, de rendre des services au patient, d'avoir une qualité de soins etc...

ML : Si un PDS vient au sein d'une MSP il vient davantage pour l'esprit d'équipe, améliorer le service rendu au patient, et du coup il sait qu'il y aura des contraintes (le cahier des charges à respecter) mais ce n'est pas cela qui va l'empêcher de s'investir au sein de la MSP ?

C : Il le sait. Et limite... je sais qu'il y a certaines maisons de santé où euh... il y a des PDS qui ont eu une période d'essai, une période de collaboration de plusieurs mois, où de toute façon initialement tout avait été présenté, le projet de santé, la façon de bosser en équipe, l'esprit d'équipe, le sens et tout ça, et au départ les gens étaient ok et puis finalement au bout de 6 mois ils se disent bah cela ne me correspond pas, ou alors ils étaient là uniquement pour les baisses de charges. Et l'équipe en place comme elle a vu que la personne ne s'investissait pas et ne souhaitait pas véritablement bosser en équipe, c'est-à-dire qu'elle ne venait à aucune réunion de concertation, quand c'était ses patients bah n'était pas intéressée, bah voilà l'équipe a choisi de ne pas continuer avec cette personne là quoi. Donc la seule contrainte elle est vraiment de bosser en équipe quoi. Si vous ne voulez pas bosser en équipe, il ne faut pas venir en MSP ou alors vous allez dans un cabinet de groupes pour faire baisser vos charges.

ML : Bénéficiez-vous d'autres financements externes par exemple de la part de la commune, de la communauté urbaine ?

C : Euh non... non non. On a eu des facilités quand on a fait nos travaux en 2014 on a eu un financement de conseil régional pour financer la salle de soins non programmés et euh la commune a refait tous les abords des trottoirs etc au niveau du parking pour mettre en sécurité et euh... réaménager les places de parking en face. Cela reste sur des événements ponctuels et on n'a pas d'autres sources de financements que cela.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet des relations entre l'équipe pluri-professionnelle de la MSP et les autres acteurs de santé autour de la MSP ?

C : Oh bah elles sont bonnes quoi dans le sens où quand il y a des intervenants extérieurs pour des réunions de concertation bah ils sont invités et ils viennent parler de leurs patients. Donc bah encore euh... il y a des infirmiers autour qui viennent parfois quoi. Il y a aussi des kinés qui viennent parfois et il y a même des gens qui cherchent à venir à s'installer ici, s'il y a un cabinet de libre, ils seraient contents d'y venir.

Cela se passe bien avec les autres autour de la MSP parce que on communique en fait quoi. C'est quand il y a absence de communication que cela peut poser des soucis. Mais si on communique avec tout le monde tout va bien quoi !

ML : Quand vous dites communication c'est dans le sens où si il y a un problème avec un patient vous les appelez et vous échangez au sujet du patient ?

C : Bah c'est se présenter et puis une fois qu'on est présenté quand il y a en effet des patients suivis en commun rentrer dans la logique d'exercice coordonné.

ML : Savoir aussi proposer à leurs patients les ateliers d'éducation thérapeutique ou les actions de prévention ?

C : Nous cela nous est arrivé comme on n'a pas de diététicienne ici, bah c'est une diététicienne extérieure qui intervient en fait. Pareil pour les psychologues, on n'a pas de psychologue donc c'est une psychologue extérieure qui intervient.

ML : Qu'en est-il de vos relations avec les instances régulatrices comme l'ARS ou la CPAM ?

C : Bah cela va bien ! Cela va bien... c'est des partenaires plus que des... pas uniquement des financeurs, c'est des partenaires quoi !

ML : C'est vous qui jouez le rôle d'interlocuteur principal de la MSP ?

C : Euh ouais en binôme avec le leader !

ML : Dernière question mais visiblement cela à l'air d'aller ici. Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de nouveaux PDS et en particulier de nouveaux médecins ? Cela semble ne pas être une problématique actuellement ?

C : Alors pour moi non... je vais vous dire que non, pour la maison de santé ce n'est pas un problème. Cela a été chaud pendant un moment-là entre 2009 quand les deux plus anciens allaient partir en retraite c'était chaud. Je dirais quand même que ce n'est pas uniquement la maison de santé. Je dirais aussi que c'est notre situation géographique qui est bénéfique quoi. On est sur *l'autoroute X* dans *la région de la ville X* qui est un endroit sympa où il fait bon vivre et qui est à une demi-heure *d'une grand ville A* donc cette situation euh avec voilà un bassin d'emploi et des projets de vie qui sont possibles pour les conjoints des médecins quoi. Je sais que dans d'autres maisons de santé dans des territoires plus reculés, plus isolés ou dans des territoires compliqués il y a des vraies problématiques qui sont liées au recrutement des médecins. Et quelque part en fait... euh pour nous tout va bien mais je dirais que c'est des spirales en fait. Soit vous êtes dans la spirale vertueuse et puis vous êtes sur un bon territoire cela marche et vous recrutez des médecins et puis les jeunes attirent les jeunes et les anciens partent à la retraite et c'est la bonne spirale comme nous. Et il y a l'autre côté la spirale négative où vous n'êtes pas attractifs, vous êtes dans un territoire pas forcément cool euh les médecins qui sont là sont

en recherche et ils se disent que la maison de santé cela va attirer, ils créent un nouveau bâtiment avec des charges élevées car il n'y a pas beaucoup de PDS, et donc le jeune qui arrive il voit les charges il se dit « wouah je ne vais pas m'installer là cela va me coûter un bras » « c'est trop cher quoi ». Et donc vous êtes dans la spirale où vous n'êtes pas attractifs, vous coûtez cher et vous ne trouvez pas de... Pour partir dans l'une comme dans l'autre il suffit de petites choses, de coups de chance euh... et euh de projets de vie des médecins sur le lieu quoi !

ML : C'est terminé ! Merci à vous !

C : De rien... c'était bien, c'est toujours sympa de revenir, réfléchir sur ce qui a été fait !

Fin de l'enregistrement

d) Entretien D

Le 17/07/21 à 10h30

Durée de l'entretien : 1 heure 02 minutes 44 secondes.

Début de l'enregistrement

Recueil des données socio-démographiques du Coordinateur de Santé

D : Tout d'abord avant de commencer je m'occupe de 14 maisons de santé sur la région des Hauts de France.

ML : C'est le plus grand nombre depuis le début de mes entretiens !

D : (Rires) Donc euh toutes différentes. Il y en a qui sont installées dans des secteurs plus ruraux d'autres dans des secteurs semi-urbains. Donc on a vraiment des équipes et des contextes qui sont différents. Alors celles qui sont en milieu plus rural elles continuent de rencontrer le souci de la démographie médicale malgré tout. Cela a permis de consolider une équipe, de travailler autrement, de partager en fait des méthodes de travail et d'améliorer les pratiques mais cela reste fragile au niveau effectivement si vous commencez avec un médecin qui est proche de la retraite cela donne une fragilité un petit peu à la structure s'ils ne trouvent pas de remplaçant. Euh donc cela reste une problématique réelle. Mais sachant aussi qu'il y a des internes qui passent en stage. Cela a été des terrains d'accueil d'internes. Donc il y en a certains qui viennent en tant qu'assistant et après dans le meilleur des cas certains ont posé leur plaque mais c'est... quand on est dans des milieux ruraux et quand on est éloigné des grandes agglomérations euh ce n'est pas facile de trouver du travail pour le conjoint donc euh c'est vrai que ces des solutions qui restent toujours un peu tangentes surtout quand on démarre uniquement avec deux médecins... fin le socle qui nous est demandé dans une maison de santé et quand en plus on a démarré avec euh des professionnels de santé (PDS) existant et qui en plus tendaient plus vers la retraite et que l'alerte avait été donnée dans ce sens-là au niveau des communes. Il ne faut pas oublier aussi que quand on lance une maison de santé euh souvent c'est parce qu'il reste un médecin ou au mieux deux médecins et qu'on dit voilà on voudrait attirer des jeunes et les anciens sont souvent plus proches de la retraite et que démarrer avec eux c'est bien parce-que c'est une impulsion mais que un jour ou l'autre voilà ils sont amenés à cesser leur activité. Donc on est quand même sur des difficultés de ce genre. Après j'accompagne aussi des maisons de santé où il y a des équipes qui sont beaucoup plus jeunes euh qui fonctionnent aussi avec pas mal de collaborateurs, avec des internes donc c'est vrai que c'est beaucoup plus fluide. La problématique de la démographie médicale et de la pérennité et de la fragilité de la maison de santé elle n'existe pas en fait (*pour eux*). Eux ils vont rencontrer d'autres interrogations, d'autres

problématiques qui vont être justement de trouver sur quels projets travailler, les extensions des maisons de santé parce qu'ils arrivent dans des contextes où ils sont un petit peu euh... exigus... voilà on est sur d'autres problématiques mais la démographie médicale elle reste existante dans les milieux ruraux.

ML : Vous voulez dire que les problématiques (*des maisons de santé pluri-professionnelles*) sont différentes en fonction de la démographie médicale ?

D : Bah oui et aussi en fonction de l'équipe qui est constituée en fait. Parce que c'est vrai que quand vous avez déjà 5 médecins bah vous avez le temps de voir venir les choses. Ce n'est pas la même chose que si vous partez avec une base de deux médecins et qu'en plus ils sont un peu vieillissants quoi.

ML : Vous êtes Coordinatrice de Santé de profession (CDS) ou vous avez une autre formation préalable ?

D : Alors moi j'ai fait *l'école d'ingénierie et de management en santé X* euh donc j'ai été salariée pendant 15 ans où j'ai accompagné la création de maisons de santé. Donc j'ai connu la phase préalable avec les études d'opportunité, les études de faisabilité, les travaux de construction après avec les architectes, définir les projets de santé. Donc j'ai vraiment connu les demandes de financement etc... Et puis j'ai quitté le cabinet conseils en *année X* et je me suis installée en indépendant pour accompagner les maisons de santé sur la coordination. Donc j'ai accompagné deux ou trois (MSP) que j'avais eu la chance d'accompagner pendant la construction et depuis en fait bah j'ai augmenté mon activité sur la région et en parallèle je travaille pour le *logiciel de santé X* donc euh bah je conseille et j'installe le *logiciel de santé X* chez des médecins spécialistes et chez des médecins généralistes.

ML : Vous êtes donc CDS prestataire à votre compte ?

D : Oui tout à fait ! Et après pour répondre à votre question sur la formation. J'ai suivi là en *année X* la formation de l'HESP. C'est la Haute Ecole de Santé Publique de Rennes et donc c'était une formation qui nous était proposée par l'ARS et en lien avec l'école de Rennes. Donc cela a duré deux ans. On a dû faire beaucoup en e-learning parce qu'avec le contexte sanitaire on n'a pas pu forcément se retrouver beaucoup. J'ai passé ma soutenance en *mois de l'année X* et là j'ai reçu mon diplôme... donc j'ai fait cette formation qui vient assoir un peu la profession car c'est vrai que cela est un nouveau métier la coordination. Donc voilà !

ML : D'accord et félicitations pour votre diplôme ! Votre bassin d'activité c'est quelle étendue ? Uniquement focalisé autour de la ville *grande agglomération X* ?

D : Je vais jusque la *région X*. J'ai deux MSP dans la *région X* et après j'ai trois MSP dans le sud de la *région Y* autour de la *ville Y*. C'est un peu éparpillé sur la région.

ML : Vous avez précisé tout à l'heure que vous exercez au sein de zones rurales et d'autres plus urbaines. Exercez-vous aussi auprès de MSP implantées dans des zones défavorisées vis-à-vis de la population ?

D : Qu'entendez-vous par des zones défavorisées ?

ML : Par exemple des personnes qui ont une couverture médicale universelle et pour lesquelles la question de l'accès aux soins peut être problématique.

D : Bah je pense que dans la patientèle de chacune des MSP il y a des patients qui sont concernés par la question de la CMU. Après ce n'est pas la plus grande proportion de la patientèle. Après mais bon euh ... je suis en train de réfléchir ... là comme cela je n'ai pas forcément une population plus touchée par cela sur une maison de santé plutôt que sur une autre. Après j'accompagne la *ville Z*, j'accompagne euh... le sud de la *région Y*. Je ne sais pas s'il y a beaucoup de CMU. Dans les chiffres ce n'est pas vraiment flagrant. Je pense qu'il y en a un peu partout mais je ne pense pas que cela soit la particularité d'une maison de santé en particulier.

ML : Je me permets de poser cette question parce que par le passé j'ai fait un stage quand j'étais interne au sein d'une MSP implantée au sein de la *rue X* dans la *ville X* et c'est vrai qu'une majorité de la population et de la patientèle était sous CMU. Ma question était davantage dans ce sens-là.

D : C'était dans la partie sud de la *ville X* ?

ML : Oui !

D : Le/la coordinateur/coordinatrice était *CDS X* ?

ML : Je ne sais pas. Je n'ai jamais vu le/la coordinateur/coordinatrice. Je n'étais pas encore dans le cadre de mon travail de thèse et je n'avais pas encore fait attention. C'est la *MSP X*.

D : Oui voilà je vois. Alors celle-là (cette *MSP X*) était très particulière en fait ... ouais ouais... Alors je n'accompagne pas autant de maisons de santé qui ont les mêmes spécificités que cette *MSP X*.

ML : Une dernière question par rapport aux caractéristiques, pouvez-vous m'indiquer sans indiscretion votre âge ?

D : 46 ans !

Forces

ML : Quels sont les avantages pour un Professionnel de Santé (PDS) à exercer au sein d'une MSP ?

D : Bah c'est le partage en fait. C'est le... de pouvoir se coordonner et partager un maximum d'informations et de éventuellement des problèmes qu'ils peuvent rencontrer. Le travail en équipe, le partage, la coordination tout cela c'est ... et aussi la mutualisation de beaucoup de choses. C'est aussi de pouvoir compter les uns sur les autres. De pouvoir... ce confort de pouvoir s'appuyer les uns sur les autres. Pour moi c'est le plus gros des avantages.

ML : Vous dites mutualisation dans le sens partage des charges du cabinet mais aussi peut être pour assurer la continuité des soins ou les PDS se répartissent l'organisation de l'accueil ?

D : Moi je pense aussi à la mutualisation dans le sens du contexte actuel avec la vaccination. Dans le sens où voilà on a une salle qui est dédiée à cela. Ils mutualisent leur agenda pour offrir une plage de vaccination tous les jours aux patients euh... on mutualise un secrétariat pour la prise des rendez-vous. Il y a effectivement beaucoup de choses qui sont mutualisables. Ce n'est pas forcément que de l'équipement. C'est aussi du temps personnel et puis euh le temps de chacun surtout... c'est vrai que c'est précieux.

ML : Quand vous expliquez cela ce sont des éléments dont les professionnels de santé vous témoignent ? Ils vous racontent cet avantage de la mutualisation ?

D : Alors (*rires*) c'est un petit peu plus compliqué car eux ils sont tellement dedans qu'ils ne se rendent pas forcément Euh ce n'est pas forcément quelque chose qu'ils vont me verbaliser de dire euh voilà on mutualise nos temps etc... Mais de manière naturelle le fait d'être à plusieurs cela se met en place. C'est ça aussi qui était intéressant car nous avec notre regard de CDS et de euh... on est là aussi pour justifier auprès des instances tout ce qui se passe au niveau des maisons de santé. Pour nous c'est facile de verbaliser ces choses-là et de mettre en avant ces avantages. Mais c'est vrai que le PDS il est tellement la tête dans son activité et tout ce qu'il à faire... il utilise ces avantages là sans forcément les verbaliser. Alors il y en a qui le verbalisent... je ne vais pas le dire que cela ne se fait jamais mais cela se fait naturellement.

ML : Vous exercez sur différents MSP mais en général quels sont les projets de santé des MSP ? Je me doute que cela sera très différent d'une MSP à une autre ?

D : Ils n'ont pas forcément les mêmes patients donc les orientations ne sont pas forcément les mêmes. Euh... donc il y a des problématiques qui sont forcément plus importantes que d'autres d'une maison de santé à une autre. Les projets de santé bah déjà c'est d'accueillir des jeunes en formation. C'est de partager un système d'information pour que tout le

monde ait la même information sur le dossier patient qui facilite la prise en charge. C'est de pouvoir aussi comme je viens de le dire de mutualiser certaines choses euh pour le travail au quotidien. C'est euh de fixer des actions sur lesquelles ils vont bosser au sein de la maison de santé. Cela peut être des actions de santé publique, cela peut aussi être des protocoles, euh de savoir sur quel axe en fait ils souhaitent protocoliser les choses et puis de mieux travailler ensemble. Il y a aussi des réponses à des appels à projets pour dire d'offrir aussi euh des services différents à la population. Je pense à certaines maisons de santé qui se sont lancées dans l'expérimentation de la mission « Retrouve ton cap » pour les enfants qui ont entre 3 et 8 ans et qui ont un risque de surpoids. Et aussi la déclinaison des campagnes nationales de sensibilisation de dépistage de tout ce qui est « Octobre Rose », « Mars Bleu », « Le mois sans tabac » ... Donc voilà il y a l'éducation thérapeutique du patient qui se met en place dans les maisons de santé un peu partout. Tout cela aussi c'est des façons de travailler différemment ensemble et de travailler avec les autres. Certainement que certaines maisons de santé ont besoin de plus de temps que d'autres parce qu'il faut apprendre à faire connaissance, à se faire confiance et après à travailler ensemble quoi...

ML : Il y a un gros travail en amont ?

D : Il y a des degrés de maturité qui sont différents. Et puis après moi je dis aussi qu'on est pluri-professionnel et qu'on est aussi pluri-personnalité et qu'il faut aussi savoir jouer avec les personnalités de chacun et le désir de s'investir ou ne de pas s'investir. Voilà il faut réussir à jauger tout cela quoi !

ML : Avant de mettre en place certaines actions mieux vaut apprendre à se connaître en amont ?

D : (*Acquiescement*) Et les projets de santé reposent là-dessus car vous partez sur une idée de projet de santé et après ils sont évolutifs. Voilà une fois qu'ils ont passé un peu de temps à travailler ensemble les projets de santé sont amenés à être recadrés un peu à être modifiés à être soit à évoluer positivement ou soit à régresser un peu parce qu'il faut se réadapter à l'équipe. Et une équipe après cela vit aussi quoi. Il y en a qui partent d'autres qui arrivent donc c'est fluctuant. Cela vit beaucoup quoi c'est des choses qui sont très évolutives ouais !

ML : Parmi les PDS qui exerce le rôle de leader de l'équipe pluri-professionnelle ? Vous allez me dire que c'est variable d'une maison de santé à une autre ?

D : La plupart du temps c'est quand même toujours un médecin. Mais après euh... il y a des maisons de santé où ils ont donné des responsabilités à différents personnes et du coup il n'y a pas forcément un leader mais des leaders. Il y a une responsabilité qui est donnée à une personne pour les protocoles, une autre pour le système d'information... Donc du coup euh cela donne une équité dans l'équipe et puis certains c'est davantage le médecin car d'autres n'ont pas voulu forcément prendre la place non plus. Ce n'est

pas forcément une prise de pouvoir c'est une entente aussi au sein des équipes. J'ai une maison de santé où c'est un peu plus le pharmacien qui a été initiateur de l'idée, du projet et qui reste la personne qui mobilise un peu les autres quoi ! Mais elle aussi dans la SISA... c'est très variable quoi ! Mais en majorité c'est un médecin.

ML : Vous retrouvez souvent un leader historique puis ensuite un leader plutôt secondaire par rapport à des projets de santé ?

D : Ouais complément !

ML : C'est quoi l'apport du leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

D : Il sert un peu de guide. Il ne faut pas non plus que cela tombe dans... comment je vais dire cela... dans un degré de hiérarchie. Il ne faut pas non plus qu'il utilise un pouvoir sinon cela n'est pas forcément bien vécu non plus par le reste de l'équipe. Mais par contre cela reste un petit peu le guide, le référent dans une décision finale en fait euh plus ou moins les gens se rallient au dernier avis du leader quoi.

ML : Il a le dernier mot ?

D : Pas forcément le dernier mot mais il peut apporter une aura au sein de l'équipe quoi. En général il est écouté quand même car quand c'est lui depuis le début car si c'est lui qui est initiateur de l'idée, du projet, bah tout le monde se dit bah si on est là c'est grâce à lui. Il y a quand même toujours une confiance qui fait que les gens le suivent. Moi aujourd'hui dans celles que j'accompagne j'ai aucune équipe en fait où on a quelqu'un qui utilise son pouvoir et son titre de médecin pour faire passer les choses comme il entend et comme il l'aimerait de force quoi. On reste toujours sur des échanges et des discussions et moi j'essaye aussi de toute façon à toujours veiller que quand cela concerne la SISA que les associés ils aient connaissance de tous les éléments, qu'ils puissent donner leur avis mais de manière naturelle ils font attention quand même.

ML : Il y a une décision collective mais le leader a quand même une influence et un avis qui comptent par rapport à son côté de leader historique ?

D : Tout à fait !

Opportunités

ML : En quoi consiste votre rôle de coordinateur de santé

D : C'est tellement varié que euh... (*rires*). Bah le rôle c'est d'être fin moi je leur dis souvent que ce n'est pas moi qui décide pour eux déjà. Moi je suis là pour les aider à réaliser les projets qu'ils ont envie de réaliser. Je suis là pour faire la jonction entre les instances et avec les équipes : donc que ce soit la CPAM, l'ARS etc... l'URPS. Moi je suis là aussi pour quand j'entends parler de quelque chose, de leur faire part des nouveautés, que ce soit pour le bien de leur maison de santé ou pour la SISA etc... donc je suis là aussi en

rôle de conseils. Euh et puis quand justement si je vois une dérive ou un abus de tel professionnel par rapport à sa place ou par rapport à... bah mon rôle c'est aussi de lui dire qu'on a une équipe, qu'il y a une SISA, qu'il y a des associés, que tout le monde est au même niveau et qu'il faut respecter aussi ces choses qui sont mises en place. La structuration juridique elle est aussi importante à ce niveau-là, de dire aussi voilà il y a des règles et un cadrage et ce n'est pas parce que vous êtes euh bah gérant que les décisions peuvent se prendre seul donc je suis là aussi pour recadrer et faire en sorte que tout le monde trouve sa place, que tout le monde soit écouté et que tout le monde soit informé surtout. Moi je veille aussi à ce qu'il y ait une transparence euh partout dans toutes les équipes que j'accompagne pour qu'ils aient toutes les informations parce que on n'est pas à l'abri non plus encore une fois la tête dans le guidon on oublie d'informer et de dire telle ou telle chose et cela vient perturber l'ambiance de l'équipe et cela serait dommage car le but est de ne pas court-circuiter quelqu'un. Donc c'est un gros travail de toujours devoir gérer tous ces paramètres. Après une fois que les choses sont mises en place cela se fait relativement bien aussi ce n'est pas quelque chose de compliqué aussi. Mais il faut toujours bien y veiller et d'avoir un œil bienveillant que tout cela soit bien respecté et que chacun ait sa place.

ML : Vous faites attention à la présence d'une bonne harmonie au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

D : Une harmonie tout à fait... une harmonie au sein de l'équipe.

ML : Vous appréciez ce que vous faites ?

D : Oui même si ce n'est pas de tout repos (*rires*). J'apprécie (*rires*) mais ce n'est pas de tout repos. J'avoue que euh... et puis 14 maisons de santé c'est quand même euh avec tous les déplacements, les présences sur place, les projets des uns des autres mais les équipes sont toutes enrichissantes, elles sont toutes différentes donc c'est enrichissant aussi et bah aussi des idées d'une maison de santé peuvent aussi servir pour d'autres fin c'est vrai que là-dessus c'est quelque chose d'agréable.

ML : Comment êtes-vous accueillie par les équipes ? Vous êtes bien intégrée au sein des équipes ?

D : Oui alors il y a des équipes que je connais depuis très longtemps donc forcément l'intégration elle est facilitée. Là je sens très bien que je fais partie de l'équipe. Après il y a aussi des équipes plus jeunes avec un degré de maturité qui est vraiment tout nouveau qui est vraiment euh... et qui à la limite a pris une coordinatrice parce qu'entre guillemets c'est une obligation d'avoir une coordinatrice. Donc euh le lien n'est pas le même que dans d'autres maisons de santé car on fait connaissance. Moi j'arrive aussi quelque part avec un cadrage aussi. « Voilà on va travailler de telle manière, on va se voir à telle fréquence, on va travailler sur tel projet » ... donc euh pour certains cela va très bien et c'est ce qu'ils attendent et puis pour

d'autres ils ont l'impression qu'on va leur faire faire du travail supplémentaire. Donc il faut aussi réussir à trouver ses marques là-dessus et puis aussi à ce que fin voilà vous fassiez partie de l'équipe. Mais après il y en a encore où je le vois très bien ils ne m'appellent pas par mon prénom par exemple ils vont m'appeler madame. Donc on sent que le lien n'est pas encore tout à fait mis en place quoi !

ML : Donc dans le sens c'est plus facile au sein d'équipes que vous connaissez déjà et pour lesquelles vous travaillez depuis plusieurs années, donc une relation plus mature, plutôt qu'avec des équipes jeunes, qui n'ont pas encore l'expérience ni la maturité et qui apprennent à comprendre le rôle du coordinateur et ses missions ?

D : Oui puis et bon... il y en a aussi même qui sont arrivés jeunes et qui m'ont demandé de les accompagner où le lien s'est tout de suite créé. Il y en a une ou deux à lesquelles je pense (deux équipes pluri-professionnelles) où on est resté euh... comment je vais le dire... euh très dans le protocole du rôle du CDS etc mais peut-être que cela viendra à la longue ou peut-être que c'est leur façon de fonctionner et là-dessus moi je n'ai rien euh... après tout se passe bien malgré ce lien qui n'est ... comment je vais dire cela... fin où on garde le vouvoiement, on garde le... alors souvent je leur dis « il ne faut pas m'appeler madame car j'ai l'impression d'être vieille »... voilà cela reste très professionnel mais après voilà tout se passe bien après tout. On fait quand même du travail tout à fait correct et satisfaisant. Voilà je suis aussi habituée à des équipes pour lesquelles on m'appelle par mon prénom et où on me tutoie et où on plaisante... donc voilà ce n'est pas du tout la même ambiance. Mais après ce n'est pas du tout gênant en soit dans le rôle du CDS.

ML : Vous préférez la présence d'une proximité et d'une complicité ?

D : Je préfère qu'il y ait un peu plus de souplesse quoi ! Voilà de la légèreté ! On est là pour la même chose, on est là pour faire tourner une équipe, apporter quelque chose au patient donc euh moi... même si je ne fais pas partie de l'équipe, je ne suis pas salariée libérale, je suis là pour les aider.

ML : Comment est perçu votre rôle par l'équipe pluri-professionnelle dans le sens qu'est-ce que cela leur apporte ?

D : Alors euh... comme un soutien comme une aide, une écoute. Bah parfois j'ai aussi des appels où ils n'osent pas parler d'une chose en réunion. Ils m'appellent au préalable pour m'en parler. Ou ils ont eu un problème avec un professionnel et cela a généré un peu de tension donc ils m'en parlent aussi. Donc un peu le confident, l'aide, le soutien et puis surtout leur soutien au niveau administratif car c'est vraiment la partie qui les rebute le plus. Donc tout ce que je peux faire au niveau administratif et qui les soulage et qui leur donne du plus dans le fonctionnement de l'équipe pour eux c'est forcément le bienvenu ouais !

ML : Pourquoi la partie administrative les rebute ?

D : Ils ne sont pas formés pour cela ce n'est pas... eux ils sont là pour soigner, ils sont dans l'action, quand on leur dit il faudra répondre à un appel à projets ou il faudra justifier à la CPAM tout ce que l'on a fait dans l'année. Euh ce n'est absolument pas... Après euh de manière naturelle il y en a qui aiment peut-être car il y a aussi des équipes où c'est un professionnel de l'équipe qui joue le rôle de coordinateur mais à mon sens aujourd'hui il y a peu de maisons de santé aujourd'hui qui fonctionnent de cette manière-là. Et les personnes qui le font ont du temps. Je pense que c'est des activités où c'est euh... où il y a un temps qui leur permet de le faire en fait par exemple par une diététicienne. Mais un médecin s'il se dit en plus je vais faire la partie administrative euh... je ne sais pas s'il en existe beaucoup ou alors le médecin qui le fait euh je pense c'est parce qu'il veut avoir une maîtrise de quelque chose. Il veut garder la maîtrise des échanges... il veut garder la maîtrise de pas mal de choses. C'est quand même chronophage. Tout le monde est capable de le faire au niveau des compétences. Moi là-dessus fin le médecin, l'infirmière ou la secrétaire tout le monde est capable de coordonner et de gérer la partie administrative mais c'est le temps que cela demande en fait. Et puis vous savez aujourd'hui vous vous dites je vais régler un problème de financement, cela ne s'arrête pas au moment où vous avez envoyé le mail, il faut faire les devis, il faut suivre... ce n'est jamais terminé en fait. Après les compétences tout le monde les a. Après là-dessus je n'ai pas à... je n'ai pas de soucis là-dessus mais c'est le temps. De toute façon si vous avez déjà mené plusieurs entretiens je pense que c'est ce que l'on vous a dit la plupart du temps non ?

ML : Effectivement je l'ai déjà entendu. Et c'est du temps aux dépens d'une activité médicale ou paramédicale propre qui ramène davantage d'argent ?

D : Oui carrément il ne faut pas se voiler la face. C'est euh...

ML : Comment se passent vos relations avec le leader de l'équipe pluri-professionnelle ?

D : Cela se passe bien !

ML : Il n'y a pas de notion de concurrence ?

D : Non du tout... c'est vraiment un binôme qui fonctionne bien ! C'est une complémentarité ouais...

Faiblesses

ML : Quelles sont les difficultés rencontrées par les PDS qui endossent le rôle de leader de l'équipe pluri-professionnelle ?

D : Bah euh de... justement de toujours rester à la place de... comment je vais dire cela... que les autres ne pensent pas que c'est le fait d'avoir une hiérarchie, d'avoir un pouvoir sur les autres. Il ne faut pas qu'ils se méprennent en fait. Euh s'ils prennent le rôle de

leader encore une fois c'est pour aider l'équipe et c'est pour avoir une main mise ou pour avoir justement le pouvoir décisionnel ou d'être au-dessus des autres quoi. Donc euh c'est peut-être la difficulté qu'ils peuvent rencontrer de toujours rester au même niveau que les autres tout en étant leader parce qu'il va oser représenter les équipes auprès des institutions ou parce qu'il va oser taper du poing sur la table s'il fallait le faire, fin qu'il va oser... C'est quelqu'un qui ose un peu plus que les autres et qui est plus à l'aise en communauté et qui est plus à l'aise de parler ou de présenter sa maison de santé etc. Mais il faut aussi qu'il laisse la place aux autres d'exister quoi.

ML : Avez-vous déjà eu part d'un épuisement de la part du leader dans le sens où c'est un rôle chronophage qui demande beaucoup d'énergie et que par moment cela peut être plus difficile que d'autres ?

D : Euh non... non... il y en a certains qui aimeraient parfois que le rôle soit endossé par quelqu'un d'autre de temps en temps en fait. Qu'il y a un passage de l'un à l'autre ou un roulement de tambour quoi ! De dire bah voilà c'est moi qui porte pendant une année et l'année prochaine cela sera toi. C'est pour cela que dans certaines maisons de santé ils se sont mis référents de certains points dans la maison de santé comme cela tout le monde participe un peu aux choses et euh c'est bien aussi car ce sentiment d'épuisement ne peut pas arriver quand on repartit les choses mais il faut aussi être nombreux pour pouvoir le faire !

ML : Et indirectement cela implique tout le monde, tout le monde s'y met ?

D : Ouais tout à fait...

ML : Qu'en est-il de la motivation au long cours des PDS vis-à-vis du projet de santé et quant à l'investissement au sein de la maison de santé ?

D : Bah cela dépend... c'est toujours pareil. Là on a traversé deux années un peu... fin depuis début 2020 c'est un peu compliqué mais euh en fait... le projet de santé il est mis en place aussi et il vit en fait de manière naturelle aussi tous les jours et tous les mois quand on a une réunion, on parle des choses qui se sont passées depuis le mois dernier, on parle des cas-patients, on parle de choses comme ça mais on n'est pas toujours avec le projet de santé sous les yeux à se dire bah là il y a telle chose là il y a... il y a des choses qui se font de manière naturelle comme là avec la mise en place des sessions d'ETP ou comme l'utilisation du système d'information. Alors forcément quand par exemple on démarre et qu'il faut choisir le système d'information on est sur un point très précis du projet de santé et cela nous demande de l'implication, cela nous demande un temps de réflexion, cela nous demande des temps de réunion. Mais une fois que cela est choisi, que cela est mis en place on passe à autre chose en fait euh. Donc après les actions de santé publique elles sont mises en place mais euh c'est pareil on sait naturellement que là c'est « Octobre Rose » que là c'est « Le mois sans tabac » donc euh c'est un peu des automatismes qui se mettent en place dans les équipes et par ailleurs et bah là depuis un an

et demi on n'a pas pu faire des choses originales car le contexte ne le permettait pas mais peut être que cela reviendra. Là on sent que les équipes elles sont plus sur des choses mises en place qui perdurent, des automatismes... voilà on est sur des habitudes après.

ML : Quand vous dites ces habitudes, que c'est peut-être toujours la même chose, peut-être pas de nouveaux projets, à cause de cela peut-il y avoir une baisse de la motivation des PDS à mettre en place des nouvelles actions de santé ? Elles sont peut-être moins investies car elles connaissent déjà ces projets ?

D : Non parce que en fait s'il n'y a pas forcément de nouvelles actions de santé mises en place c'est aussi parce que je sentais que les équipes n'étaient pas forcément prêtes à en mettre en place des nouvelles. Donc ce n'est pas forcément une lassitude d'être toujours sur les mêmes actions mais ils ont aussi une activité qui est importante et qu'ils ne peuvent pas non plus donner davantage de temps pour autre chose de nouveau. En fait ils n'en souffrent pas forcément qu'il n'y ait pas de nouveautés car ils n'ont pas le temps d'en créer des nouvelles.

ML : Dans les maisons de santé dans lesquelles vous exercez, trouvez-vous des PDS moins investis avec le temps avec la présence d'un essoufflement et davantage une concentration sur leur activité médicale ou para-médicale ?

D : De toute façon dans les équipes il y a des PDS qui sont plutôt passifs. Ils ne sont pas bloquants, ils ne sont pas mais euh... mais vous savez que vous ne pouvez rien attendre d'eux à part faire leur activité. Ils ne pas contre, ils ne sont pas euh... mais ils ne sont pas forcément euh volontaires pour mettre en place des choses.

ML : Comment faire pour les motiver ? Avez-vous déjà essayé ?

D : Oui on a déjà essayé ouais. Après forcer quelqu'un à faire quelque chose cela n'aboutira pas à quelque chose de bien en fait ! Il faut aussi qu'il soit... on leur propose, on leur propose par exemple de faire l'ETP, on leur propose de faire une action. Mais s'ils vous disent oui ok je fais, c'est bien car cela montre une implication, un côté volontaire mais s'ils vous disent à bah non je n'ai pas le temps, cela ne m'intéresse pas, c'est tout il ne faut pas forcer car cela ne va pas forcément générer quelque chose de positif pour l'équipe !

ML : Mieux vaut se concentrer sur les PDS investis ?

D : On continue de les solliciter... On continue de les solliciter « Voilà est ce que tu serais intéressé, est ce que tu aimerais est ce que tu penses que ? ». Mais si vous avez un non catégorique je pense que c'est tout il ne faut pas... Fin moi en tout cas c'est ma méthode car je me dis que à force de forcer et de forcer bah euh... cela génère des tensions aussi. Une fois que les personnes ne sont pas bloquantes, ne sont pas des personnes qui vont vous mettre des freins, des

personnes qui vont critiquer ce que vous faites... c'est tout il faut vivre. Je pense que dans une équipe d'un côté vous avez les actifs et d'un côté vous avez les passifs euh... euh qui ne sont pas des freins mais qui regardent, qui sont spectateurs voilà. Il faut l'accepter je pense.

ML : Mieux vaut se concentrer sur les PDS investis et qui sont motivés pour aboutir à un travail de plus grande qualité ?

D : C'est cela. Un travail de plus grande qualité et surtout qui dure dans le temps car sinon...

ML : Comment se déroule l'organisation de l'activité de coordination ? Encore une fois je m'imagine que cela sera variable d'une maison de santé à une autre comme il y en a beaucoup mais par exemple c'est une réunion mensuelle ?

D : Alors on essaye d'avoir ce rythme d'une réunion par mois. Après euh... bah selon ce qui est vu et sur ce qui est à faire quelques ils le disent bah on va décaler plutôt à 6 semaines plutôt qu'à 4 semaines. Donc cela c'est très variable. Après on fait attention de respecter le minimum des 6 réunions par an mais la plupart du temps on planifie une réunion par mois ouais puis entre deux si il se passe des choses entre les deux réunions bah... moi j'y passe forcément régulièrement dans les maisons de santé donc euh... et puis si à un moment je n'y vais pas on m'adresse les documents... fin maintenant on a une facilité de travail à distance qui n'est pas négligeable donc non. Je pense que l'organisation est assez souple. On part sur le principe qu'il y a la réunion mensuelle et puis après il y a une souplesse qui s'installe et tout se passe bien.

ML : Quelles sont les difficultés que remontent les PDS au sujet de cette activité de coordination ?

D : Bah en fait quelques fois au départ ils ont l'impression qu'on va leur demander plus de travail. Donc cela peut être une crainte au départ. Et puis après euh... je ne sais pas si on peut parler de difficultés. C'est euh de toute façon la coordination qu'ils font entre eux elle est naturelle hein elle est... euh... c'est vrai que pour certains ils ont été habitués à bosser avant seul donc il faut aussi que cela rentre dans les habitudes de contacter un professionnel, de faire comme on a pu protocoliser peut-être ou une organisation que l'on a mis en place dans le projet de santé et de respecter cette organisation. Mais globalement euh je ne parlerais pas de difficultés. Je parlerais de nouvelles façons de travailler.

ML : Ils s'habituent vite à cette « nouvelle façon de travailler » ?

D : C'est personnel dépendant (*rires*) !

ML : Il n'y a pas de remontées comme quoi cela prend trop de temps ?

D : Non...

ML : Je pense après aussi que les PDS qui rejoignent ce mode d'exercice c'est aussi au départ une volonté personnelle d'adhérer à ce mode d'exercice et cette façon de travailler ?

D : Il y a eu un choix qu'ils ont fait donc euh...

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'utilisation du logiciel pluri-professionnel ?

D : Alors là aussi c'est profession dépendante. Ceux qui l'utilisent le plus ce sont forcément les médecins puisqu'en consultation c'est forcément eux qui vont l'utiliser le plus. Alors selon les logiciels il y en a qui ont des accès en mobilité donc euh... bah c'est intéressant pour des infirmiers quand ils vont au domicile de pouvoir faire des photos, de pouvoir joindre au dossier de patient, de pouvoir aller lire des informations comme des bilans ou des sorties d'hospitalisation etc... Mais j'ai envie de dire cela c'est génial mais si tout le monde joue le jeu ! Il faut que le paramédical pense à utiliser l'outil, qu'il pense à l'enrichir, il faut qu'il pense euh... Il y en a qui ont tout de suite compris l'avantage, le principe et puis le gain de temps que cela pouvait présenter. D'autres ont l'impression que c'est une contrainte qu'on leur demande et qu'on leur impose. Donc on est à des... Et puis tout va dépendre du logiciel. Ça c'est le choix du logiciel qui pour moi va faire que les gens vont y trouver un intérêt, l'utilité et surtout une importance quoi. Si le choix est fait en plus par les médecins bah vous pouvez être sûrs que les paramédicaux ne s'en serviront pas. Si le choix est fait et concerté dans l'équipe euh... et puis si on laisse la possibilité aux paramédicaux de garder leur système de facturation parce que certainement que quelque fois ils ont leur propre logiciel de facturation, ils sont habitués, ils n'ont pas forcément envie de changer cette habitude. Je pense qu'il faut avoir cette souplesse aussi et vraiment l'utiliser que pour la partie coordination, que pour la partie gestion des dossiers patients et puis de montrer l'avantage qu'il peut y avoir que ce n'est pas forcément une contrainte, que ce n'est pas forcément une lourdeur en plus qu'on leur demande d'avoir quand ils sont au domicile. C'est vrai qu'il faut reconnaître que les infirmières ont des tournées assez importantes donc euh beaucoup de kilomètres, beaucoup de patients en très peu de temps... donc leur dire en plus « bah tu iras voir dans le dossier » « tu iras mettre une observation, tu iras mettre une photo » cela peut représenter une contrainte après une fois qu'ils l'utilisent ils se rendent compte c'est un avantage et que cela leur permet de mieux échanger avec les médecins fin cela facilite après les renouvellements d'ordonnance, un suivi dans la prise en charge... Il faut aussi accepter que selon les équipes et selon les logiciels cela prenne un peu plus de temps d'une équipe à une autre.

ML : Parfois il peut y avoir une sous-utilisation du LP par les PDS mais c'est vraiment pour une question de temps ?

D : Tout à fait et il faut surtout leur montrer les avantages en fait !

ML : Mais quand vous dites montrer les avantages c'est aussi le temps d'une formation ? C'est savoir prendre le temps de présenter le logiciel, prendre le temps de présenter ses fonctionnalités ?

D : Là c'est le rôle de l'éditeur et c'est le rôle des personnes qui vendent et qui conseillent le logiciel hein. Moi je sais que l'installe le logiciel X. Il y a un temps de démonstration euh de démo. Quand il y a... quand le client que ce soit le médecin ou la maison de santé, il vous dit « ok je prends ce logiciel », il y a l'installation et après il y a toute la partie formation. Et après la formation d'un médecin ne sera pas du tout la même que celle d'un paramédical en fait. Donc il faut aussi accepter quand on est comme dans ma situation si je prends la casquette du logiciel, il faut accepter de faire plusieurs temps de formation euh et à plusieurs personnes différentes et de revenir si c'est nécessaire. Cela fait partie de la bonne utilisation par la suite. Si on ne passe pas par ce temps-là les gens ne l'utiliseront pas.

ML : Quand vous faites les formations de ce logiciel ceux sont des formations qui sont payantes ?

D : Non c'est inclus dans le forfait d'installation formation. Si vous êtes sur le modèle d'une maison de santé c'est souvent pris en charge par l'ARS dans le financement... donc tout ça pour l'équipe c'est neutre en fait l'équipe ne paye pas. C'est pris en charge. Mais il faut aussi que l'on accepte de passer du temps et de revenir si c'est nécessaire, s'il y a des nouveautés dans le logiciel bah c'est en tenir informé les équipes et ça euh je ne sais pas si tous les éditeurs le font et si ils prennent le temps de le faire. Je ne sais pas. Moi je sais que dans toutes les équipes que j'accompagne elles n'ont pas le logiciel X (*dont D est la représentante*), j'ai des équipes sous d'autres noms de logiciels Y... euh fin voilà c'est très varié en fait l'utilisation du logiciel. Alors j'entends forcément des critiques, j'entends des avantages, j'entends des gens qui sont très satisfaits et des gens qui ne sont pas du tout contents de leur logiciel. Euh mais le service après-vente quelques fois il n'est pas toujours là non plus donc c'est compliqué hein.

ML : Il faut donc un temps de formation et ce temps de formation est nécessaire mais est ce que les PDS ont le temps pour ces différentes formations ?

D : Bah fin le temps finalement (*soupir*)... personne n'en a du temps mais c'est vrai que moi j'essaye de faire des formations entre midi et deux, j'essaye de les faire par exemple bah si le médecin me dit « bah moi je ne travaille pas le jeudi après-midi » bah je lui propose un jour où il n'est pas censé faire des consultations. Après il faut aussi que le PDS joue le jeu et ce n'est pas toutes les semaines où on va demander de donner deux ou quatre heures de son temps pour la formation. Mais s'il ne joue pas le jeu, là cela ne sera pas la faute de l'éditeur mais cela sera aussi la faute du professionnel qui n'aura pas accepté de dégager du temps pour cela. Euh mais... alors on essaye la plupart du temps de faire en fonction que cela arrange le PDS mais il faut que ce soit donnant

donnant aussi. Savoir dire je sacrifie une demi-journée et après je suis à l'aise dans mon logiciel que de dire bah non... Après j'ai aussi des médecins qui sont dans un cabinet seul et qui m'ont dit « non non je ne veux pas de formation, je vais me débrouiller, je suis à l'aise avec l'informatique » et je leur dis « ok bah je ne fais pas de formation, je ne facture pas de formation » mais si après ils m'appellent tous les jours en me disant « je voudrais faire cela mais je n'y arrive pas » là on est sur un temps de formation quand même (*rires*) ! Donc c'est pour ça aussi c'est pour dire d'être à l'aise au début avec un outil et qu'on ne perde pas de temps dans les prochaines consultations aussi.

ML : Le LP c'est une licence à l'année ?

D : Oui le *logiciel X* c'est une licence à l'année.

ML : Pour avoir un ordre d'idée cela revient combien à l'année ?

D : Je reviens sur la licence, c'est même plus que cela, c'est une licence qui est définitive. Vous achetez une licence, cela peut être pour toute votre vie de médecin euh et il n'y en a qu'une qui est renouvelable tous les ans c'est celle qui vous donne l'accès à la banque Claude Bernard (BCB) donc cela c'est renouvelé tous les ans c'est un abonnement annuel. Mais sinon la licence elle-même du *logiciel X* c'est une licence qui est à vie contrairement à d'autres éditeurs où vous avez des abonnements qui sont mensuels.

ML : Quel est le prix pour avoir un ordre d'idée de la licence ?

D : Cela dépend du nombre d'appareils. Si vous êtes à un seul appareil, vous êtes un médecin seul en cabinet sans secrétaire etc, euh je crois que la licence juste pour le *logiciel X*, là je ne parle pas de la facturation etc, que pour le *logiciel X* on est à 1250 euros.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du coût de santé d'une MSP ?

D : Euh alors au niveau construction ou au niveau fonctionnement ?

ML : Davantage sur le mode fonctionnement actuel ?

D : Euh bah en fait... le mode financier c'est... par rapport à l'ACI vous voulez dire ?

ML : Par exemple pour une MSP en ordre de marche depuis plusieurs années, qui n'est pas dans la phase de construction, savoir à combien cela revient pour un PDS chaque mois et savoir également ce qu'il en pense par rapport à ce coût mensuel ?

D : Bah euh il y en a certains qui m'ont dit que cela leur coûtait un peu plus cher d'être en MSP plutôt que d'être au sein d'un cabinet individuel car souvent ils avaient en plus leur cabinet chez eux donc forcément cela était moins coûteux. Après il y en a beaucoup qui me disent que le fait de pouvoir partager un lieu

unique, de pouvoir avoir les avantages d'un secrétariat, de locaux communs, de salles de détente où on croise d'autres professionnels, d'avoir une coordination, d'avoir une salle de soins non programmés, fin d'avoir tous ces avantages autour même si au niveau des frais c'était supérieur à ce qu'ils avaient en cabinet individuel cela n'avait pas de prix quoi quelque part. Parce-qu'ils payaient un confort de travail euh un lieu de travail qu'ils n'auraient pas s'ils étaient seuls. Donc cela c'est le côté en fait qui revient la plupart du temps donc c'est quand même à souligner car c'est important aussi cela peut être un crainte ou un frein pour certains d'y aller ou de ne pas y aller euh et puis au niveau financier après sur le fonctionnement au quotidien, le fait d'avoir une SISA, le fait d'avoir toutes ces choses, cela permet aussi que certaines dépenses passent sur le compte des SISA et leur allège les frais que ceux soient les frais de ménage ou de secrétariat etc... cela leur donne quand même une souplesse et des avantages à ce niveau-là. Je pense que l'un dans l'autre ils s'y retrouvent quoi. Après c'est plus au niveau du loyer qu'ils n'avaient pas forcément au départ et qu'ils n'avaient pas à payer mais encore une fois quand ils font la comparaison avec tous les bénéfices qu'ils ont en regard de ce loyer il n'y a pas photo quoi.

ML : Quitte à payer plus cher mais à avoir une meilleure qualité de de vie qu'elle soit professionnelle ou personnelle au décours ?

D : Tout à fait ouais !

ML : Dans les MSP dans lesquelles vous exercez vous n'avez jamais constaté de départ de PDS car c'était un coût financier trop important pour eux ?

D : Non non... les quelques départs que j'ai connus n'étaient pas liés du tout à l'ambiance ou au coût financier mais c'était plus lié par exemple à un choix de vie ou un choix de profession différent ou alors à une activité qui malheureusement ne démarrait pas et qui du coup partaient en salariat dans une autre structure mais ce n'était pas lié ni à l'équipe ni au coût financier.

Menaces

ML : Peut-il y avoir une influence concernant la démographie médicale, à savoir s'il y a assez de médecins ou au contraire s'il n'y en a pas assez avec des départs à la retraite non renouvelés, peut-être des PDS qui se retrouvent avec des grands locaux pas assez occupés et du coup, là cela devient plus problématique pour la répartition des charges ?

D : Là pour le moment je n'ai pas encore connu cette situation-là. J'ai des médecins qui sont partis en retraite mais ceux restant ont trouvé des assistants ou des collaborateurs donc on n'a pas été contraint fin... il est toujours resté des médecins en fait.

ML : Comment se déroulent les relations entre les MSP et les autres PDS externes à la MSP ?

D : Bah là c'est des sujets qui émergent avec les CPTS... bah là cela émerge un peu partout mais bah les liens restent corrects car encore une fois quand les MSP ont été créées, les PDS qui étaient déjà en exercice sur le même territoire ont été sollicités et savoir si ils étaient intéressés pour rejoindre et à l'époque ils avaient fait le choix de ne pas forcément rejoindre physiquement la structure ;après le travail a toujours existé pour tous donc euh... ils ont donc toujours continué à travailler côte à côte sans souci particulier. Là aujourd'hui il y a les CPTS qui émergent et donc des projets sur lesquels on est amené à travailler un petit peu plus en collaboration en échange notamment avec la vaccination contre le Covid et toute cette pandémie qui s'est mise en place mais cela se passe bien, de manière générale cela se passe correctement.

ML : Il n'y a pas de notion de concurrence ?

D : Non... bah non parce que de toute façon qu'il y ait une maison de santé où qu'il n'y ait pas de maison de santé, une fois que vous vous installez en libéral il y a forcément de la concurrence. Donc non pas plus pas moins de concurrence.

ML : Qu'en est-il des relations entre les MSP et les instances régulatrices ?

D : On fait des temps d'échanges au moins une fois par an entre les institutions et les maisons de santé. Moi je fais aussi beaucoup le relai tout au long de l'année donc ils ont des informations et ils savent ce qu'il se passe de manière très régulière. Euh on a aujourd'hui la chance d'avoir de très bons interlocuteurs parce qu'on n'a pas toujours les mêmes selon l'endroit où l'on se situe mais aujourd'hui on a la chance d'avoir de très bons interlocuteurs que cela soit à l'ARS, la CPAM ou à l'URPS, on est vraiment bien encadré et bien écouté et bien soutenu donc il n'y a aucune difficulté particulière pour le moment.

ML : C'est un rôle d'accompagnement et non un rôle sur le versant négatif de « contrôleur » à vous « mettre des bâtons dans les roues » ?

D : Non non... on a connu une époque où cela était un peu compliqué mais plus au niveau des créations des maisons de santé où les interlocuteurs n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui et parfois pas forcément aidants mais aujourd'hui non non, l'ensemble de nos interlocuteurs est vraiment très très bien !

ML : Le fait d'être pro-active comme vous l'avez indiqué à l'instant et le fait de donner de façon régulière des nouvelles cela aide aussi ?

D : Je pense oui... bah c'est pareil c'est une relation de confiance et de transparence entre les instances. C'est quand même des financeurs, c'est quand même des gens qui ont soutenu la création donc euh non non je pense que cela est apprécié et à mon sens c'est nécessaire de toute façon.

ML : Les MSP dans lesquelles vous exercez bénéficient-elles toutes de l'ACI ?

D : Oui.

ML : Quels sont les avantages liés à la signature de l'ACI ?

D : Bah c'est l'assurance d'avoir une rémunération annuelle qui leur permet de fonctionner et de mettre en place des choses, d'avoir, justement d'être accompagné par un coordinateur aussi... sans ACI il n'y a pas forcément la possibilité d'avoir un soutien parallèle. Et de pouvoir bénéficier de temps de secrétariat, de pouvoir mettre en place des actions, tout ce qui est système d'information, de pouvoir aussi s'offrir ce système partagé, euh dans l'accueil des internes, de pouvoir aussi faciliter les choses avec le biais de ça, de pouvoir mettre en place de nouvelles choses pour les patients. Donc euh pour moi je pense qu'ils en ont tous conscience et je pense qu'ils sont tous convaincus aujourd'hui que sans l'ACI ils ne pourraient pas bénéficier du confort qu'ils ont aujourd'hui.

ML : C'est un « poumon vital » pour une maison de santé ?

D : Bah oui c'est cela. Cela leur permet quand même et de pouvoir développer des choses et de pouvoir s'alléger de certaines charges aussi quoi. Donc là-dessus ils en sont convaincus oui.

ML : Quels sont les inconvénients liés à l'ACI ?

D : Alors bah là c'est plus moi qui vais gérer le rapport d'activité donc euh mais quelque fois je bah je suis obligée de leur demander de me justifier certaines choses, de me donner des éléments pour que je puisse télétransmettre et il y en a certains qui quelquefois le prennent un peu comme une surcharge de choses qu'on leur demande de faire, comme une vérification de ce qu'ils font mais c'est rare. Maintenant ils jouent bien le jeu. Et maintenant on a aussi des outils où avec le système d'information tout cela on arrive à retrouver des éléments sans pour autant à un moment donné leur dire « il faudra que tu me donnes des chiffres » ou « il faudra que tu me justifies telle ou telle chose ». Nous c'est notre rôle aussi de coordinateur de se créer des outils, de se créer des méthodes de travail qui nous permettent de pouvoir justifier les choses auprès des institutions sans forcément venir rajouter des choses aux PDS.

ML : Créer de nouveaux outils pour gagner en temps et gagner en efficience aussi ?

D : Oui voilà.

ML : Cela vous l'avez acquis par votre expérience ? Cela n'était pas comme cela au début ?

D : Oui et parfois il faut aussi d'adapter aux équipes, donc vous avez des méthodes de travail qui se mettent en place aussi selon les équipes parce-que certaines elles sont plus longues à vous donner les éléments donc vous vous dites « il faut que je fonctionne différemment l'année prochaine » fin c'est... cela vous l'apprenez au fil du temps et selon les gens.

ML : Avez-vous des MSP qui bénéficient de financements autres comme par exemple de la part des communes ou des communautés de communes ?

D : Non. Il y en a certaines qui sont portées par les communautés de communes, ce sont elles qui sont propriétaires donc il y a des relations qui existent par les baux (?) professionnels etc... mais des financements en plus non. De temps en temps on répond à des appels à projets mais sur des actions à mettre en place mais par exemple on n'a pas de dons ou de subventions donnés juste pour le fonctionnement. Après non ils deviennent autonomes.

ML : Cela reste des financements ponctuels par rapport à des projets de santé ?

D : Oui.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de nouveaux PDS notamment des médecins ? Est-ce que cela devient problématique pour certaines MSP ?

D : Après bah il y a des maisons de santé quand il y a un certain nombre de locaux, il faut déjà avoir des locaux vacants pour recruter de nouveaux professionnels. Après on est aussi parti sur le principe que... tout nouveau recrutement doit être concerté avec ceux qui sont déjà en place pour qu'il n'y ait pas cette notion de concurrence ou de venir empiéter sur l'activité d'un autre mais euh je dirais que c'est plus au niveau médical que les recrutements sont toujours... mais on ne s'en occupe que quand il y a une difficulté ou une problématique médicale, et tout en s'en occupant parfois ce n'est pas simple non plus car une fois que vous n'avez pas de candidat si vous n'avez pas la personne qui est prête à déposer les valises vous pouvez avoir toutes les aides possibles et imaginables, si ce n'est pas le moment, si cela ne représente pas une condition du médecin en question, il décidera de ne pas s'installer et on ne peut pas forcer quelqu'un aujourd'hui à s'installer.

ML : Quand vous dites des difficultés est-ce que c'est lié à des zones qui ne sont pas attractives ?

D : Bah au niveau... là je pense au territoire du sud de la région Y, c'est un très beau territoire, le cadre est super mais en fait il faut pouvoir trouver le travail pour un conjoint quand il y a un conjoint euh... on est quand même assez éloigné, moi quand j'y vais je mets presque deux heures pour y aller depuis une grande métropole. Donc il faut accepter aussi qu'on n'est pas à proximité. Alors au niveau immobilier c'est super intéressant car c'est forcément moins cher qu'à Lille mais il faut aimer vivre à la campagne, il faut aimer devoir faire quelques kilomètres pour aller en agglomération faire des achats, fin voilà c'est... il faut que cela plaise quoi. Et on a beau avoir... pour autant alors on a des piscines, on a des pistes cyclables, il y a des commerces, il y a des écoles, il y a tout ce qu'il faut en fait mais il faut que cela plaise et qu'il y ait le travail pour le conjoint.

ML : Il y a la notion d'attractivité du territoire qui est très importante. La MSP a pour autant beau être très attractive en elle-même, il y a beau avoir une incitation financière à l'installation, parfois cela ne suffit pas ?

D : C'est cela. Malheureusement on a déjà été confronté à cela et la personne me disait que tout est nickel l'équipe, le bâtiment sauf que sa compagne n'aurait pas retrouvé le poste qu'elle avait et cela a été rédhibitoire.

ML : Cette problématique peut-elle constituer une menace par rapport à la maison de santé s'il n'y a pas de médecins ?

D : Oui.

ML : L'avez-vous déjà constaté cela au sein des MSP ?

D : Non pas encore mais cela pourrait le devenir.

ML : Vous en parlez en début d'entretien, le fait d'accueillir des internes, est-ce que c'est une opportunité pour accueillir de nouveaux médecins généralistes ?

D : Alors ils sont très bien accueillis, ils sont même hébergés et nourris, ils ont tout ce qu'il faut, là aussi ils apprécient beaucoup les stages quand ils viennent sur le territoire mais voilà c'est... malheureusement cela ne suffit pas non plus. Là aussi on est confronté aussi à la faculté où il y a plus de lieux de stages que d'internes ce qui fait que les lieux les plus éloignés ne sont pas forcément choisis en priorité et pour autant c'est ceux qui sont le plus en difficultés de démographie médicale. Là aussi il y a un paradoxe aussi. Nous on les accueille à bras ouverts et je vous dis ils sont hébergés, ils sont nourris, on ne peut pas faire mieux que l'accueil qui est prévu, l'hébergement est offert par la communauté de communes, on ne peut pas faire mieux, c'est un gîte qui est super, ils ont tout ce qu'il faut mais voilà après il faut que l'interne arrive déjà jusque nous et ça déjà c'est un problème que l'on échange avec la fac.

ML : Y-a-t-il de la communication de la part de la faculté vis-à-vis de cela ?

D : Elle... elle propose des lieux de stage et puis elle propose 110 lieux de stage et qu'il n'y a que 80 stagiaires, bah forcément ils vont prendre les lieux qui sont les plus proches de leur domicile, même si on accueille bien, même si les maîtres de stages restent bien notés, la distance reste un frein pour beaucoup. Il faudrait qu'il y ait autant de lieux de stage que d'internes en fait pour que tout soit pourvu.

ML : Je me permettrais après de demander et c'était en tant qu'ancien interne mais c'est vrai que parfois on a la liste qui est présentée mais on ne sait pas que derrière par exemple il y a un gîte pour l'accueil parfois ce n'est pas communiqué.

D : Cela c'est communiqué auprès de la fac... c'est communiqué.

ML : Je vous conseille de bien insister auprès de la faculté car la communication n'est pas toujours optimale. C'est pour vous aider !

D : Je vais ré insister alors !

Fin de l'enregistrement

e) Entretien E

Le 26/08/21 à 15 heures.

Durée de l'entretien : 1 heure 11 minutes 28 secondes.

Début de l'enregistrement

Recueil des données socio-démographiques du Coordinateur de Santé

ML : Pourriez-vous m'indiquer votre âge s'il vous plaît ?

E : J'ai 42 ans.

ML : Quelle est votre formation initiale ?

E : J'ai euh un DESS... donc un master éducation et santé en fait. Euh et j'ai un DU de santé publique.

ML : Vous exercez la profession de Coordinatrice de Santé (CDS) à plein temps ? Avez-vous une autre profession à côté ?

E : Euh alors là je suis en vrai temps partagé en maison de santé. En fait je suis coordinatrice une journée par semaine dans une maison et coordinatrice dans une autre maison de santé une journée par semaine. Je suis après chargée de projet à la FEMAS Hauts-de-France qui est la fédération des maisons et des pôles de santé deux jours par semaine et je coordonne une CPTS naissante sur la ville X. Donc oui maintenant je suis à temps plein mais en cumulant toutes ces casquettes. Après j'ai toujours été coordinatrice de santé. Dès que j'ai terminé mes études en fait j'étais sur un poste de coordination au niveau de réseaux de périnatalité pendant 8 ans avant de me tourner vers l'exercice coordonné et les maisons de santé qui démarraient finalement leur fonctionnement.

ML : Au sein des Maisons de Santé Pluri-Professionnelles (MSP) dans lesquelles vous intervenez, vous êtes salariée ou prestataire en tant que CDS ?

E : Alors euh j'ai démarré après euh la coordination de réseau j'ai démarré la coordination de maisons de santé chez euh dans une société qui s'appelait *Facilimed* donc plutôt en intervenant dans le cadre d'une prestation. Donc j'ai là réalisé des actions de coordination auprès de 6 maisons de santé... pareil toujours en temps partagé j'intervenais une journée voire deux journées par semaine dans les maisons de santé qui faisaient appel à cet organisme fin à cette coopérative de prestation et euh depuis 2018 ou 2019 je ne sais plus exactement je suis passée en statut salarié. En fait parce que j'ai eu un déménagement et je suis partie de la métropole euh... j'étais sur la ville Y. Je suis partie sur le littoral et j'ai changé en même temps mon statut. Voilà donc j'ai sélectionné des maisons de santé qui étaient plus sur mon secteur pour être en salariat chez elles directement.

ML : Depuis combien d'années vous êtes coordinatrice de santé ?

E : Alors sur la coordination en maisons de santé... cela doit faire depuis 2015 donc cela fait 6 ans. Et en réseau de périnatalité donc sur le poste de coordination donc 8 ans avant donc cela fait à peu près tout cela (*14 ans en tout*).

ML : Les MSP dans lesquelles vous intervenez sont sur quelles villes ?

E : Donc là actuellement j'interviens sur la ville Z donc à côté de la ville W et sur la ville V. Et j'ai coordonné des maisons de santé dans la ville de Orchies, dans l'Aisne et dans le Nord essentiellement.

ML : Ce sont des maisons de santé que vous qualifiez d'urbaines, rurales ou semi rurales ?

E : Alors j'en ai une qui est plutôt rurale du côté de la ville Z puisque qu'elle est complètement dans les champs... fin dans une toute petite ville où il y a très peu d'habitants mais à proximité immédiate de la ville W (une grande ville de la région) et de tout ce qui est établissements hospitaliers mais c'est plutôt rural. Alors pour la ville V c'est plutôt urbain.

Forces

ML : Pouvez-vous m'indiquer les avantages pour un Professionnel de Santé à exercer au sein d'une MSP ?

E : Alors pour euh je pense que euh au moment de l'installation c'est de se libérer du temps, de travailler de façon plus partagée, de pas... euh d'avoir aussi le recours aux autres PDS pour échanger, pour travailler sur des projets aussi, pour mettre en place une dynamique, pour avoir aussi une autre posture aussi je pense notamment à l'Éducation Thérapeutique Patient (ETP), fin vraiment être en équipe. Fin voilà les principaux avantages. Fin je ne pense pas qu'il soit financier (*rires*) avec le recul je ne pense pas tant que ce soit finalement... fin les PDS qui sont actuellement sous ma casquette fédération que je rencontre ils me racontent qu'ils ne rentrent pas en équipe pour l'aspect financier ACI etc... C'est le petit bonus finalement (*l'ACI*). Fin c'est vraiment pour exercer non plus de façon isolée, pour avoir le recours aux remplacements et euh la permanence et la continuité des soins avec les collègues, de ne pas se sentir isolé en effet quand on a une situation compliquée, avoir le recours à d'autres PDS pluri-pro et d'échanger les points de vue autour du patient par exemple sur les situations complexes et puis aussi pour certains PDS fin sur la majorité de développer aussi d'autres postures et être aussi d'être plus sur la prévention et du coup souvent l'aspect financier il joue pour indemniser ce qui n'est pas financé dans leurs actes... toute cette partie et tout ce temps dédié à la prévention et puis euh à l'ETP. Après l'aspect

financier il vient dans un second temps parfois pour l'attractivité parfois de l'allègement de certaines charges mais ce n'est pas l'aspect primaire qui prône en tout cas.

ML : Donc selon vous ce pourquoi un PDS souhaite exercer au sein d'une MSP c'est parce qu'il y a un travail d'équipe, un travail coordonné et également des Nouvelles Formes d'Exercice ? Ils viennent rechercher davantage cela plutôt qu'un avantage sur le versant financier qui n'existe peut-être pas ?

E : Oui... en tout cas c'est le retour des équipes que je coordonne et que je rencontre actuellement. Après euh c'est aussi développer de nouvelles pratiques... je parlais là de l'ETP mais on peut aussi parler de tout ce qui est aussi euh... tout ce qui est protocole de coopération, travailler le lien avec les autres, développer de nouvelles pratiques par exemple dans une maison de santé on a une infirmière IPA (Infirmière en Pratique Avancée), dans d'autres on a l'infirmière ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe)... fin c'est des nouvelles professions qui s'imbriquent en équipe et sur lesquelles certains PDS fin je pense aux médecins généralistes peuvent se reposer et travailler davantage plus centrée fin je ne dirai pas leur champs de compétences mais au lieu de faire beaucoup de renouvellement d'ordonnance c'est vrai qu'ils peuvent alléger certaines missions à d'autres PDS en qui ils ont confiance puisqu'ils travaillent en équipe et puis se centrer sur d'autres choses... ou même mettre en place de nouvelles choses. Fin je pense au dépistage au sein de maisons de santé, développer de nouveaux actes... fin je ne sais pas moi... de l'électrocardiogramme... fin de développer de nouvelles offres de services auprès de la patientèle.

ML : Quand vous dites que cela est moins avantageux financièrement c'est par exemple si on fait la comparaison avec un médecin généraliste qui décide de s'installer seul dans un cabinet où il aura peut-être un chiffre d'affaires plus important que s'il exerçait au sein d'une MSP ?

E : Alors ce chiffre d'affaires je ne sais pas... je ne suis pas médecin généraliste... je pense que le chiffre d'affaires des médecins généralistes a bien augmenté aussi en maisons de santé car il y a une augmentation de l'attractivité et une augmentation de la patientèle parce justement on est en maison de santé. Là je pense que quand on voit la file active des patients et des médecins traitants au sein des maisons de santé, elle ne fait qu'évoluer, et à chaque fois cela attire de nouveaux PDS médecins généralistes donc cela veut dire qu'on a le pool de patients à soigner et on le sait très bien qu'on a sur notre territoire une bonne partie de la population qui est encore sans médecin traitant donc je pense qu'il y a encore à faire. Sur l'aspect financier euh d'un médecin isolé ou en maison de santé... euh c'était quoi la question initiale au final ?

ML : Je rebondissais juste sur vos propos sur « un PDS ne rejoint pas une MSP pour l'aspect financier ».

E : Si on fait le cumul des charges, du temps dédié, je pense que euh... après euh c'est comme partout pareil

c'est question d'organisation, une question de voie qui est partie prenante dans l'équipe sur le projet de santé pour euh être moins disponible... fin être trop sollicité par rapport à cela. Fin après l'aspect financier euh... je pense qu'ils payent un petit peu moins de charges fin le fait de recevoir des ACI cela allège... alors ils peuvent prendre en charge par exemple un poste de secrétariat avec leur ACI et donc un allègement de leurs charges mais je ne suis pas certaine que cela soit très probant en fait. Je pense plutôt que c'est dans la balance de l'exercice coordonné, de travailler en équipe, l'attractivité car forcément cela augmente aussi le nombre et cela augmente la visibilité de leur exercice aussi fin sur le territoire. Je ne suis pas certaine fin cela je n'ai pas vraiment de retour mais je ne pense pas que l'aspect financier soit très conséquent.

Après il faut aussi comparer ce qui est comparable. Si on est en exercice isolé et que l'on travaille 5 jours et qu'on a un chiffre d'affaires conséquent en maison de santé on peut peut-être avoir le même chiffre d'affaires mais en travaillant que 4 jours car du coup cela nous permet de libérer du temps et d'avoir nos collègues fin pour la permanence fin la continuité des soins. En effet pour moi c'est l'exercice coordonné fin développer de nouvelles pratiques, de ne pas travailler de façon isolée comme le médecin de famille qui travaillait de 7h du matin jusqu'à 20h du soir et qui ne prenait pas de vacances etc.

Et puis aussi fin l'installation des jeunes femmes médecins, avec les différentes grossesses, les différents arrêts, je vois quand même que cela est beaucoup plus pratique d'être dans une structure d'exercice coordonné que d'être dans un cabinet isolé finalement.

ML : Quels sont les projets de santé des deux MSP où vous exercez ?

E : Bah le projet de santé on a toujours le socle sur la permanence des soins, la continuité des soins, les soins non programmés. Après le second axe sur le travail pluri-professionnel avec le développement de protocoles et la mise en place de réunions de concertation pluri-professionnelles. Alors après toutes ces formes d'organisation différent d'une organisation à une autre. D'un côté je dirais que j'ai des RCP qui s'organisent tous les mardis matins essentiellement entre médecins généralistes et les internes car il y a beaucoup d'internes dans cette maison de santé et une fois par mois avec vraiment euh en pluri-pro (avec les autres PDS) et dans l'autre maison de santé c'est une tous les mois. Donc vraiment après sur les organisations c'est dépendant vraiment bah de euh des équipes, de leurs disponibilités, de leurs envies et de leurs souhaits. Ensuite euh bah l'éducation thérapeutique... euh après je suis sur deux maisons de santé totalement différentes dans la composition de leur équipe mais aussi dans leur degré de maturité donc le projet de santé il tend à évoluer. Par exemple sur la maison de santé dans la ville V c'est une maison de santé qui existe euh qui est passée dans les anciens Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) donc c'est une maison de santé assez ancienne sur la dynamique fin précurseur en tout cas sur son territoire donc le projet de santé n'a fait que se développer en fonction de l'imbrication de nouveaux professionnels et de nouvelles pratiques euh... on a 3 programmes d'ETP,

on a beaucoup d'actions de prévention, on a beaucoup de relais sur le mois sans tabac, sur le dépistage des cancers, sur l'obésité infantile avec le nom de projet X, on va aussi rejoindre un projet sur l'obésité pédiatrique. Après vraiment cette équipe elle est très pluri-professionnelle j'ai 3 orthophonistes, j'ai 3 kinés, j'ai 3 infirmières, on a une dynamique aussi qui CPTS sur le territoire donc là cela émerge et cela fuse.

Alors que sur l'autre équipe (*ville Z*) c'est une équipe qui vient de rentrer par exemple dans l'ACI et qui essaye de suivre le cahier des charges depuis l'année dernière donc on est au tout début de l'exercice coordonné, on est dans des locaux récents, c'est une équipe jeune encore, on a eu beaucoup de primo-installation, donc j'ai l'impression qu'ils sont en mode « je suis en train de repérer les champs des compétences des uns et des autres » ou « comment je peux travailler avec les autres ». C'est aussi une équipe à forte valeur pluri-pro car j'ai une ergothérapeute, j'ai une psychomotricienne, j'ai une ostéopathe, une kiné, cinq médecins généralistes forcément, infirmières et infirmiers, dentiste... donc c'est un petit peu moins évident pour ma part d'essayer de trouver ou de monter un projet de santé ou une thématique qui fédère le maximum de personnes et aussi de pouvoir impliquer bah voilà l'ergothérapeute, la psychomotricienne dans des nouveaux projets alors que je n'ai pas forcément l'habitude. Fin voilà on essaye déjà de palier fin comment dire, de suivre notre cahier des charges par rapport aux critères de l'ACI et de se mettre en route progressivement sur le système d'information partagée, sur le travail pluri-professionnel. Je pense que pour le moment voilà ils sont tous en primo-installation essentiellement y compris pour les médecins généralistes du coup c'est ça... clairement là mon rôle c'est d'identifier un petit peu leurs souhaits et leurs attentes et savoir ne pas les mobiliser sur autre chose. Je pense que ce dont ils ont besoin c'est d'être bien identifié, d'augmenter leur patientèle forcément, de stabiliser leurs activités, de trouver chacun comment ils peuvent après s'impliquer dans le projet santé sans toutefois être fortement mobilisé sur ces tâches-là : il faut trouver le rythme de croisière en fait. Donc ce n'est pas la même chose.

ML : Qui exerce le rôle de leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

E : Sur la *ville V* c'est trois médecins généralistes. La gouvernance est bien identifiée donc euh j'ai vraiment des référents par projet etc... ce qui permet d'avancer beaucoup plus vite. Le leader à la maison de santé de la *ville Z* c'est un médecin généraliste. Toutefois la gérance est assez assise sur l'ensemble des associés et je pense que euh voilà ils sont encore tous en train de se chercher au niveau place. Je pense que mon intention pour la fin de l'année en tout cas c'est surtout de trouver d'autres relais au leader car je pense qu'il va aussi s'épuiser sur l'ensemble des tâches quoi.

ML Quel est l'apport du leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

E : Bah son apport alors... pour moi c'est un appui important car je pense que la coordination elle est forcément en tandem. Moi je suis plutôt administrative donc j'ai besoin d'un tandem médico-administratif pour

de la coordination. Et puis comme je n'interviens qu'une fois par semaine j'ai aussi besoin de quelqu'un qui fasse le maillage finalement sur l'équipe tout au long de la semaine. Son apport bah forcément c'est celui qui est le plus informé sur les instances etc et sur les acronymes et du coup il peut aussi euh verbaliser et comprendre aussi les difficultés de ses associés et les retranscrire, et retranscrire aussi ce que les institutions vont attendre des maisons de santé en format pratique pour les professionnels. Son apport c'est aussi impulser et recentrer... fin c'est pour cela que je parle forcément de tandem car moi quand je suis en coordination les gens vous trouvent et ils viennent vous parler de projets, projets, projets donc euh c'est intéressant il y en a plein, c'est un vrai laboratoire mais après il faut savoir aussi prioriser et être aussi réaliste sur ce que l'on veut mettre en œuvre et aussi de contenter aussi toutes les pratiques finalement et pas seulement des projets orientés médecins généralistes ou je ne sais pas sur telle ou telle thématique que l'on a abordé X fois quoi.

ML : Prendre en compte le plus de professions possibles ?

E : Oui !

Opportunités

ML : En quoi consiste votre rôle de CDS ?

E : Fédérer, centraliser, prioriser et être là aussi dans l'apport méthodologique donc voir fin pour moi je pense que c'est en effet je suis fort à l'écoute du pouls de l'équipe et c'est pour cela aussi que le rôle du leader est important puisque moi je ne suis pas là toute la semaine donc j'ai besoin de savoir les difficultés que je n'ai pas eu forcément écho et cela me permet de dire que je vais prioriser donc essayer à chaque fois de manager un peu plus l'avancée du projet de santé. L'aspect méthodologique, la recherche de financements, et puis tous les à-côtés de décharge de tâches, tout ce qui est le côté administratif donc les bilans, les rapports d'activité, la recherche de financements et de l'écriture de projet, le lien avec les institutionnels et le lien aussi avec tous les partenaires, les réunions chez les partenaires par exemple elles se font souvent le vendredi à 9h ou le lundi à 9 heures donc pour un médecin généraliste ce n'est pas possible donc souvent c'est moi qui m'y colle.

ML : Appréciez-vous ce que vous faites ?

E : Bah si j'y suis depuis autant de temps je pense que oui. Parfois je suis un peu épuisée car je ne sais pas si euh... sur la pérennité... concernant la pérennité des maisons de santé je me pose souvent la question. Alors comme j'ai une expérience en maison fin en réseau de santé ou cela s'est arrêté faute de financements (*rires*), je me pose souvent la question est ce que ces nouvelles modalités d'organisation, alors pour moi c'était un challenge de partir sur ces organisations et je travaillais en réseau de périnatalité en proximité donc essentiellement avec des libéraux donc cela ne m'a pas fait changer d'univers, par contre sur l'aspect pérennité je me pose la question puisque bah voilà le réseau s'est arrêté faute de financements, là je sais qu'on est en ACI

donc je sais que c'est un peu plus pérenne, on est quand même sur des contrats de 5 ans, comment vont évoluer ces contrats, je ne sais pas ? Là fin voilà je suis un peu en attente par rapport à cela. Il y a d'autres modalités d'organisations qui se mettent en œuvre comme les CPTS donc je les rejoins volontiers, voilà après comment tout cela va s'imbriquer financièrement voilà c'est plutôt ma question !

Voilà après ce que j'apprécie beaucoup c'est ma casquette de coordination au niveau des MSP, d'être en lien avec les équipes et vraiment de travailler sur tous ces projets fin c'est un métier... fin sur une journée par semaine on n'a pas le temps d'aborder tout cela, il y a tellement de tâches à réaliser... après dans certaines équipes notamment quand elles sont au tout début cela dépend vraiment de la dynamique d'équipe, là où je suis sur la deuxième équipe essentiellement (*ville Z*) je cherche encore aussi ma place. J'ai l'impression que là comme vraiment ils sont centrés sur leur activité j'ai pas l'impression que je leur sers vraiment beaucoup et quelque part si moi pas que je commence à m'ennuyer mais si j'impulse des choses et que ce n'est pas forcément suivi c'est un peu plus compliqué voilà de se dire voilà si on est forcément utile ou pas ! Donc voilà si j'apprécie bah bof...

ML : C'est le thème de ma prochaine question, à savoir comment se passent les relations entre vous et les équipes pluri-professionnelles ? J'entends qu'avec les équipes plus jeunes et avec moins d'expérience cela est moins évident ?

E : Alors l'accueil s'est toujours bien passé mais c'est davantage sur leur implication quand on leur demande quelque chose j'ai du mal à les impliquer et alors tout faire moi-même ce n'est pas forcément ma façon de travailler. Alors si les gens ne sont pas impliqués fin moi je peux pondre des choses mais je sais très bien moi que cela ne va pas suivre donc ce n'est pas utile. Et faire uniquement pour checker un cahier des charges je ne trouve pas cela... je trouve cela dommage donc j'ai un peu de mal de montrer l'utilité de ce mode d'exercice, ils l'ont choisi. Ils se sont tous mis d'ailleurs dans le même bâtiment pour travailler ensemble, les relations sont encore très complexes et il y a eu des conflits donc ce n'est pas forcément très sain et très serein pour le moment. Il faut donc une phase où on va aplanir pendant quelques années ces petits soucis. Sinon en général dans toutes les équipes quand je suis intervenue en tant que prestataire ou salariée j'ai toujours été bien accueillie. Après il y a des professionnels qui voient l'intérêt, il y en a d'autres moins, et je pense qu'à la fin quand j'arrive à convaincre un PDS qui dans les dernières années ne s'est pas impliqué dans les choses et qu'à la fin il est dynamique sur tel ou tel projet fin pour moi c'est réussi. Je sais bien que dans une équipe on n'a pas tout le monde, qu'on a des personnes réfractaires, d'autres qui vont freiner les projets, d'autres qui vont être moteurs... faut donc s'attacher aux personnes qui sont volontaires et puis les autres viendront dans le train à un moment ou un autre. Le tout est de ne pas créer de conflit parce que telle ou telle personne ne s'est pas impliquée...

ML : Vous parliez de conflits à l'instant, il s'agit de conflits au sein même de l'équipe ?

E : Oui car quand je suis arrivée je pense qu'il y avait des non-dits un manque de transparence dans ce qui avait été acté. Donc voilà grosso-modo je suis arrivée j'ai un peu crevé l'abcès, ce que je pense positif. Maintenant il faut que les relations s'assainissent. Après sur l'intérêt du projet je pense que là tout le monde n'a pas encore mesuré peut-être l'intérêt de travailler autour d'un projet de santé. Travailler autour de l'exercice coordonné et travailler ensemble cela ils l'ont mesuré au quotidien mais euh d'avoir un coordinateur pour se décharger et pour travailler sur tel ou tel projet bah ce n'est pas encore leur priorité. Eux leur priorité c'est d'augmenter leur patientèle et avoir une activité stable... stabiliser leur activité.

ML : Comment vous expliquez qu'ils soient moins intéressés par le projet de santé ? Est-ce parce qu'ils le voient comme une charge de travail supplémentaire ?

E : Alors oui oui c'est sûr. Et je pense que là clairement il y avait certains professionnels qui sont rentrés dans le projet uniquement pour l'aspect financier.

Faiblesses

ML : Pour revenir à la personne qui endosse le rôle du leader, quelles sont les difficultés rencontrées par le leader et notamment les leaders secondaires dans le cadre des différents projets de santé ?

E : Euh... alors j'ai un leader, j'ai des référents par projet mais on a toujours une personne qui est plus leader et qui va avoir cette euh... comment dire... la transférabilité de tous les projets... donc vraiment un leader qui va faire le lien avec toutes les institutions et qui va aussi m'accompagner vraiment sur tous les projets et qui est vraiment écho de tous les projets. Cette personne je pense qu'elle peut être au bout d'un moment euh... pour une équipe il a ce rôle depuis longtemps et je pense que personne ne va la reprendre quand il sera parti. Après ce leadership sera aussi certainement partagé avec les nouvelles générations de médecins essentiellement des nouveaux professionnels qui sont arrivés dans l'équipe je pense qu'elle prendra un visage différent. Les difficultés bah c'est de tout endosser finalement pas au niveau des responsabilités mais fin on se tourne facilement vers la personne sans engager forcément sa responsabilité. Sur cette équipe je dirais que quand même ils se sont beaucoup partagés les tâches et cela c'est plutôt positif. L'autre côté j'ai plutôt une personne référente et les autres professionnels ne prennent pas forcément de missions donc elle est un peu toute seule avec moi. Donc les difficultés pour le moment bah on n'a pas vraiment d'activité donc je... je ne sais pas... c'est le manque de disponibilité pour assumer cette fonction je pense. C'est une jeune maman en plus voilà jeune médecin installée donc prendre la première année projet de santé avec un congé maternité avec le covid etc je pense que c'est beaucoup de choses compliquées pour elle donc j'assume comme je peux pour elle. Je pense que l'on fait tout de même un bon tandem toutefois. Je pense que les autres devront plus s'impliquer pour la suite dans le projet si toutefois ils en voient tous l'intérêt.

ML : Quand vous dites que la principale difficulté c'était de tout endosser c'était dans le sens que c'était une charge de travail supplémentaire, le fait aussi que le leader soit sollicité dès qu'un PDS a un souci au sein de la maison de santé ?

E : Oui oui je pense. Après là je parle vraiment du projet de santé. Parce qu'en l'occurrence sur la structure ils se sont bien répartis les choses du fait aussi qu'elle était en congé maternité donc cela a forcément bougé les choses du fait de son indisponibilité. Après euh en effet c'est une charge quand même en plus car tout ce qui est ACI et les liens avec les institutionnels et même la validation pour le moment de protocoles ou autre c'est elle qui prend en charge donc forcément c'est une charge supplémentaire pour elle. Et avec les autres ils n'ont pas forcément le temps de tous se réunir assez souvent et d'échanger là-dessus donc c'est compliqué en termes de communication aussi.

ML : Vous constatez un manque de connaissance au sein de cette MSP ?

E : Oui oui... pour le moment oui. Il n'est pas énorme mais il s'agit d'un axe à améliorer.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'adhésion sur le long terme des PDS sur le projet de santé ?

E : Euh... bah je pense que fin ils sont tous motivés. Alors pour une équipe oui ils sont tous motivés et ils l'ont toujours été dans le temps. Après parfois en dents de scie en fonction de l'activité. Après c'est moi aussi qui repère leur manque de disponibilité. Parfois il y a des événements familiaux personnels qui font que l'on doit se mettre un petit peu en retrait. Je pense que les autres d'équipe il y a certains PDS qui prennent le relais, il y a des thématiques où l'on avance d'autres non, il faut savoir accepter aussi que l'on ne peut pas tout faire et que parfois on avait projeté de faire cela dans un temps dédié et euh on a dû se ré adapter. Je pense aussi que la période Covid a montré l'importance de l'exercice coordonné et de travailler du coup ensemble et que l'on pouvait s'appuyer les uns avec les autres justement au sein de l'équipe avec la mise en place par exemple de centres dédiés où tout le monde vraiment a participé à l'accueil des patients symptomatiques, fin voilà du secrétariat, du kiné... fin il y a vraiment eu une solidarité avec les autres PDS quand ils ne pouvaient plus exercer. Ils étaient vraiment présents au sein des locaux donc là clairement cela montrait sa force et cela les a motivés. Après il y a des professionnels qui développent de nouveaux projets bah pourquoi pas... non ils sont motivés quoi ! Moi après ma frustration c'est d'être toujours sur une journée par semaine et qu'à la vue du nombre de projets à développer on n'arrive pas à avancer ou à aboutir sur tout. Voilà cela prend... l'écriture bah comme je leurs dis écrire un protocole cela peut être encore rapide mais si on écrit un appel à projet etc parfois cela peut être 4 jours d'écriture avec le budget et 4 jours moi cela me fait un mois en fait. Donc quand on met ce temps-là cela passe vite en fait. Après pour l'autre équipe la motivation à l'heure actuelle je dirais que je ne sens pas trop bien une équipe qui continuera très très longtemps. Je ne sais pas... si après justement est-ce que l'aspect financier à côté

apportera assez pour qu'ils puissent supporter « la contrainte » qu'ils pensent avoir avec le projet de santé. J'ai l'impression qu'ils pensent que le projet de santé c'est plutôt une contrainte et que l'aspect financier il n'est pas (soupir) euh énorme et que du coup je pense qu'ils se diront un moment je me passe de euh du financement parce que de toute façon cela ne nous sert à rien en gros.

ML : Vous avez deux équipes opposées, une première dans la maturité et dans la culture du mode d'exercice coordonné et pluri-professionnel et projet de santé, une seconde équipe avec un degré de maturité moindre et moins intéressée et moins investie par le projet de santé ce qui fait que cela pourrait remettre en question la pérennité de leur regroupement et de leur structure ?

E : Bah clairement moi j'ai besoin aussi de m'appuyer sur les médecins généralistes, j'ai quatre médecins généralistes mais j'en ai qu'un seul d'impliqué donc euh... déjà là on voit que c'est compliqué pour faire avancer l'équipe. Il faut au minimum que l'on ait tous les médecins généralistes qui soient impliqués dans les projets. Fin je veux dire mettre en place des RCP quand j'ai un seul médecin c'est compliqué et ce n'est pas intéressant. Mettre en place (*rire et soupir*) un protocole c'est une charge pour ce médecin généraliste. Impliquer les autres c'est vrai que j'ai une équipe qui est scindée en termes de générations, j'ai deux médecins généralistes qui vont clairement ils partent à la retraite donc je pense que eux ils vont euh s'investir pas plus et je peux concevoir mais euh du coup sur les deux autres médecins généralistes il n'y en a qu'un seul jeune qui s'implique davantage. Je pense que c'est beaucoup cela à travailler, à voir l'intérêt, alors je cherche parfois des projets qui les impliquent davantage mais là c'est les solliciter en plus... là je ne sais pas je cherche vraiment encore comment aboutir davantage plutôt que de faire que de l'administratif ouais.

ML : On ressent que c'est compliqué d'après vos propos.

E : Oui parce que je trouve que en tout cas pour ma part c'est ma position qui est compliquée car je n'ai pas l'impression que je leur sers à grand-chose (*rires*). Et cela ne me peine pas. Et je pense qu'il peut y avoir des gens qui apprécieraient arriver et faire pas grand-chose mais moi ce n'est pas du tout ma nature. J'aimerais du coup être beaucoup dans cet échange et dans cette dynamique. Alors après euh l'accueil il est positif mais je pense que je peux euh je ne sais pas... à mon sens cela va se débloquent quand il y aura un peu plus d'action peut être ou que cela sera plus visible fin je ne sais pas. A voir en tout cas avec le temps.

ML : Comment se déroule l'organisation de l'activité de coordination ?

E : Alors chaque maison de santé a son organisation. J'avais une maison de santé où j'avais un calendrier et c'est une réunion par mois. Généralement c'est souvent ça. J'ai une réunion par mois et on édite l'ordre du jour en amont si bien que là sur une maison de santé en manque de maturité on a beaucoup de questions autour de la structure, autour des locaux, fin voilà il y a toute

une partie gestion du quotidien et de l'organisation et après une partie projet de santé. Plus elle monte en compétences je dirais plus on arrive sur des réunions ciblées sur le projet de santé voire thématique avec des groupes de travail. Donc cela ça dépend. Après sur les RCP d'une maison de santé c'est une fois par mois, au moment de la réunion je scinde ma réunion en trois temps pour avoir le maximum de personnes présentes à ces réunions et aussi en quinconce ou en alternance avec les jours en fonction des disponibilités des uns et des autres. Sur une autre maison de santé tous les lundis à 13h c'est là où l'on regroupe le maximum de personnes à l'heure du déjeuner où on évoque un petit peu les projets. Mais je n'ai pas forcément un ordre du jour précis chose que je regrette à distance car je me dis que l'on avancerait davantage. Mais je me dis qu'organiser une réunion une fois par semaine alors que je ne suis présente qu'une fois par semaine et éditer un ordre du jour et faire un compte rendu et travailler sur chaque chose fin cela me paraît fin je ne fais que cela à ce moment-là et cela ne me paraît pas du tout gérable. Fin là je mets les priorités du moment. Là par exemple on a un cycle ETP diabète donc forcément cela va être sur l'inclusion des patients, les documents, la préparation d'ETP diabète. On a aussi commencé à évoquer les actions du moins sans tabac sur octobre rose sur euh fin voilà les partenariats, les médiateurs, fin les médiateurs santé à rencontrer prochainement. Donc là on n'a pas forcément de compte rendu. Par contre ce que j'essaie de faire pour communiquer à tout le monde même si tout le monde n'était pas là en réunion c'est de faire une petite lettre ou petit mail synthétique avec les nouvelles de la semaine « voilà fin là on a travaillé sur la campagne machin vous verrez la communication est affichée »... voilà j'essaie de faire un petit mail comme cela assez fréquemment mais je ne dirais pas qu'il est récurrent. De l'autre côté je mets tout dans un trieur et chacun pioche dedans ce qu'il a besoin...

ML : Quand vous dites une réunion mensuelle scindée en trois parties cela veut dire trois réunions en une avec des participants différents et des thèmes à aborder différents ?

E : Cela permet de le faire avec des participants différents. Parfois c'est juste structurel et cela va juste concerner les associés de la SISA et cela va être de telle heure à telle heure. Après j'invite, comme tout le monde n'est pas associé et tout le monde ne peut pas participer sur les votes, voilà il faut que j'invite les autres participants en projet de santé et là vraiment je mets un ordre du jour fin je ne sais pas là on va travailler sur la journée dépistage du diabète du mois de novembre donc cela concerne telle personne telle personne et puis ensuite euh une partie RCP et là tout le monde est concerné.

ML : Vous faites cela pour avoir le meilleur taux de participation possible et que vous vous puissiez voir tout le monde ?

E : Oui ! Après je ne sais pas si c'est la bonne organisation. Moi j'aimerais bien avoir des retours mais en tout cas j'essaie à chaque fois de m'adapter au mieux aux équipes et pour avoir voilà en fonction de leur disponibilité et de ma disponibilité aussi pour leur

équipe donc euh je ne suis pas toujours présente non plus. Il faut que l'on trouve le meilleur mode d'organisation à chacun. Après je peux avoir par exemple sur la ville Z si on a travaillé sur tel protocole « le mal perforant plantaire » bah c'était un groupe de travail pédicure-infirmier-médecin fin on n'a pas forcément besoin que l'on soit 36 autour de la table. Donc on en avance et puis en réunion de coordination bah on va présenter le protocole à chacun.

ML : Le taux de participation à ces réunions en général il est comment ?

E : Euh bah même si je dis que les autres ils ne sont pas forcément impliqués dans le projet de santé ils y sont tous. Par contre actuellement je trouve que c'est des réunions euh pas assez constructives à mon sens car j'ai l'impression qu'ils ne vont pas être forcément demandeur de nouvelles choses ou d'implications. Pour moi elles sont trop informatives pour le moment c'est moi qui donne l'information ou je les questionne fin je trouve qu'il n'y a pas beaucoup d'échanges à l'heure actuelle là-dessus. Après bah sur les RCP bah cela démarre timidement cela n'inspire pas forcément les gens donc il faut que j'aïlle à la pêche un petit peu pour essayer de donner envie de venir. J'ai l'impression que ça cela les concerne vraiment dans leur pratique donc il faut vraiment aller plus sur ce pan là voilà. Voilà sur la ville V je ne fais pas d'émargement directement donc le taux de participation oui cela change et bah quand je leur dis « bah tel jour je suis présente à la maison de santé et comme c'est le lundi que l'on fait une réunion bah lundi prochain j'aimerais aborder telle thématique, bah la pédicure qui ne travaille pas le lundi va dire bah ok je vais venir car cela me concerne plus directement. Après on le travaille beaucoup par mails et ou échanges... même si je travaille le lundi pour eux il y a parfois je change mon ordre du jour pour pouvoir être disponible et je ne sais pas par exemple travailler sur un protocole avec la pédicure par exemple pour euh voilà il y a possibilité. Alors je ne sais pas si c'est la meilleure organisation mais on fait comme on le peut (*rires*).

ML : Vous faites aussi le maximum avec le temps dont vous disposez ?

E : Oui !

ML : Concernant la MSP de la ville V, est-ce que les professionnels remontent des difficultés concernant le travail de coordination et la coordination en général ?

E : Est-ce qu'ils rencontrent des difficultés ? Euh (silence)... Je n'ai pas l'impression chaque année en fait je fais un bilan aussi des points positifs et des points négatifs de l'équipe etc... Les premières fois bah voilà c'était quand je suis arrivée dans l'équipe et que je parlais un peu trop sigles etc et que cela ne leur parlait pas forcément (*rires*) mais cela je pense qu'il fallait adapter des deux côtés de toute façon le langage pour que l'on puisse se comprendre euh... J'essaie à chaque fois de leur donner une visibilité sur l'ensemble des projets, après parfois il y en a qui s'y perdent un peu notamment les médecins généralistes bah vous êtes beaucoup sollicités quand même sur tous les projets quand même et toutes les inclusions « ah bah tel projet

c'est tel patient » donc forcément au bout d'un moment cela fait un peu répertoire et ils s'y perdent un petit peu. Après euh non je n'ai pas l'impression... non fin...

ML : Ils ne répertorient par exemple par cette activité de coordination comme étant trop chronophage ? Le fait pas exemple d'avoir une réunion par semaine et une « grosse » réunion une fois par mois ?

E : Alors bah au sein de la *ville V* ils avaient déjà ce mode de fonctionnement donc je n'ai jamais imposé en disant que c'était une réunion en fait. Donc pour moi il n'y avait pas de calendrier, on sait que tous les lundis je suis présente et le lundi midi si on veut aborder des sujets c'est pour cela que volontairement au départ j'essayais de faire des ordres du jour et c'était trop long pour moi donc j'ai mis en mode « on échange quoi » donc s'ils sont là on parle de la vie quotidienne de chacun mais aussi entre temps bah voilà je donne des informations sur les projets et je les questionne aussi sur d'autres choses. Après si vraiment j'ai un point particulier alors à ce moment là soit je fais un groupe de travail et alors à ce moment-là je leur mets une date... pour un lundi aussi car c'est à ce moment-là qu'ils sont le plus disponibles. Soit je travaille directement avec la personne concernée et je vais la voir dans son cabinet, par exemple là j'ai un projet avec un kiné sur les lésions cutanées etc donc voilà c'est avec cette personne là que je travaille que je vais le voir et entre temps je présente les projets comment j'avance fin les documents sur lesquels j'ai pu avancer il me redonne sa réflexion fin par SMS ou par Whatsapp ou par mails ou bien quand je le vois au cabinet etc... fin en tout cas on essaye d'avancer chacun à note rythme. Donc une fois par semaine non mais après pour les réunions j'ai un calendrier. Parfois on essaye euh... souvent ce qui est compliqué c'est les réunions avec les partenaires... vous savez parfois les partenaires ils mettent une heure de réunion pour euh... c'est chronophage pour mettre dans l'emploi du temps et c'est compliqué à trouver la date et finalement parfois cela n'aboutit pas à (*rires*) des choses très institutionnelles et pas très parlantes pour la pratique et là c'est compliqué euh...

Sinon de l'autre côté au sein de la *ville Z* je leurs dis pareil... moi on fait une réunion une fois par mois et je leur dis que je pense que je vais alterner toutes les 6 semaines car une fois par mois finalement on est déjà tous les... fin pour moi cela ne fait que 4 jours, un mois cela ne fait que 4 jours d'activité. C'est pareil cela peut paraître beaucoup mais en réalité cela ne peut faire que 48 heures ou 35 heures ou 30 heures donc cela n'est pas énorme. Donc si je dois donner à chaque fois de la matière aux réunions parce qu'il n'y a pas forcément des choses, il faut que j'aie le temps de travailler (*rires*) donc il faut que j'aie un espace de 6 semaines pour que cela soit des réunions à mon sens plus efficaces où l'on vient modifier, valider des documents, donner d'autres idées. Si c'est juste de l'information ce n'est pas utile sauf pour les « RCP » où il y aura vraiment de l'échange.

ML : Selon vous il faut de la réciprocité de chaque côté avec des éléments à apporter pour l'autre de chaque côté ?

E : (*Acquiescement*) oui !

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'utilisation du Logiciel Pluri-Professionnel (LP) par les PDS ?

E : On a un système informatique d'information partagée. Alors pour la *ville Z* on vient de la mettre en place ici qu'au moins de Juin donc c'est trop tôt pour en parler. Les médecins généralistes forcément ils échangeaient déjà avec leur logiciel. Euh le truc il était très compliqué car le logiciel on a deux sites et il est sur serveur donc c'est ultra compliqué. Je ne comprends pas pourquoi il y a eu ce choix là mais je n'étais pas là dans la réflexion en amont. Euh les autres PDS l'ont pris car il fallait un système d'information partagée en fait et là je travaille avec l'équipe bah l'objectif de septembre c'est euh de mieux travailler sur leurs attentes via le système d'information partagée, ce qu'ils pourraient mettre, ce qu'ils attendent en information. L'idée étant de mieux harmoniser la base de données et qu'il serve vraiment à l'échange. Donc là je suis en train de leur faire un tuto sur les RCP pour que les prochaines RCP on les fasse directement sur le système d'information partagée cela serait plus logique. Euh après l'utiliser au quotidien je ne pense pas mais l'utiliser en fonction de nos protocoles par exemple avec des choses très pratico-pratiques et qui nécessitent vraiment une prise en charge pluri-pro.

Après pour la *ville V* bah là c'est une équipe qui utilise le site depuis longtemps. Les médecins généralistes et la sage-femme l'utilisent. Les autres PDS ont un accès mais ils ne l'utilisent pas spécifiquement. Il y a eu les infirmières qui l'ont utilisé par la vaccination mais on a changé de version. En fait était sous le *logiciel de santé X version 1* au *logiciel de santé X version 2* l'année dernière et avec le contexte sanitaire on n'a pas vraiment pris le temps tout cela pour mieux regarder. Je pense que cela en effet c'est chronophage pour mettre en route.

ML : C'est chronophage d'obtenir une bonne utilisation du logiciel et découvrir les fonctionnalités possibles pour le travail de coordination ?

E : Oui oui.

ML : Concernant la ville Z, vous dites qu'ils ont choisi le LP car ils étaient contraints vis-à-vis de l'ACI et le projet de santé ?

E : Bah oui dans l'ACI il faut forcément que l'on soit tous équipés du système informatique. Je pense que le choix de ce système informatique a été fait essentiellement par les médecins généralistes et c'est tout à fait normal aussi. Déjà le fait qu'ils puissent l'utiliser en partage il me semble que c'est important. Bah les autres PDS n'en voient pas forcément l'intérêt et l'orthophoniste qui est équipé, le chir-dent aussi, ils n'en voient pas forcément l'intérêt. Les infirmiers sur leur poste, fin c'est sur serveur, donc au cabinet ils n'y sont jamais. Fin malheureusement je pense que parfois on achète des licences qui sont très peu utilisées. Moi mon rôle c'est de euh optimiser le partage et aussi de montrer l'intérêt du système d'information partagée pour mieux se coordonner. Les échanges ils se font à l'ancienne, dans les couloirs comme tout le monde, donc là c'est travailler

sur la traçabilité et que l'on puisse requêter mais ça cela met beaucoup de temps.

ML : Cela prend du temps à changer les habitudes ?

E : C'est cela (*rires*) !

ML : Ils n'en voient pas l'intérêt car cela ne leur apporte rien dans leur pratique et tant qu'ils arrivent à faire leur travail cela leur va ?

E : Oui !

ML : Ils le voient aussi sur le versant « c'est encore du temps et du travail en plus avec à chaque fois la nécessité de remplir le dossier informatique » ?

E : Oui. Que cela a un coût aussi ils ne comprennent pas fin quand on voit l'ACI. C'est pour cela que je disais sur cette équipe là (*ville Z*) bah l'ACI cela sert à avoir un poste de coordination et à avoir un système informatique mais au final je pense que certains PDS se posent la question de savoir si on ne se passerait pas de tout cela car au final cela nous sert à pas grand-chose au final. Je ne sais pas ! Cela changera peut-être !

ML : Comment se déroulent les relations entre les PDS de la MSP et les PDS externes à la MSP ?

E : Euh je n'ai pas eu d'échos. J'ai le sentiment que cela se passe plutôt bien. Il n'y a pas euh... Fin sur la *ville V* c'est encore différent car on a une dynamique CPTS donc euh maintenant d'autant plus que tout le monde est sur logique d'exercice coordonné dans le territoire donc il n'y a pas forcément de... fin peut-être pour certains ceux qui n'adhèrent peut-être pas fin je ne les ai pas questionnés. Euh non sur cette maison de santé non (*ville V*) je n'ai pas l'impression. D'ailleurs on est favorable aussi dans nos projets à l'ouverture de la maison de santé sur des projets extérieurs. Fin là on a fait venir pleins de partenaires à l'intérieur des locaux, fin des partenaires pas des... fin des professionnels de l'hôpital, des professionnels du CSAPA, de l'obésité, de PMI... on fait rentrer les autres professionnels au sein des locaux cela nous permet de connaître aussi les partenaires avoisinants. On a déjà fait des actions à l'extérieur avec la *ville V*, avec euh bah oui des dispositifs de réussite éducative donc à l'extérieur auprès des familles etc... Donc il n'y a pas forcément... donc euh en effet on se méfie toujours de la communication que l'on peut faire à l'extérieur quand on met en place une action avec par exemple le dispositif de réussite éducative s'il y a une orthophoniste qui intervient on ne peut pas mettre son nom car cela va faire euh conflit sur le territoire etc. Voilà cela c'est plutôt dans la communication. Après il n'y a jamais eu de... C'est pour cela qu'après les projets sont plus simples à mener sur le territoire de la CPTS, ceux qui n'adhèrent pas au projet ils n'adhèrent pas et le projet il est fait avec les adhérents.

Sur l'autre maison de santé (*ville Z*) j'ai l'impression que cela se passe plutôt bien et d'ailleurs j'ai une amie sage-femme qui s'est installée sur la commune et d'ailleurs la première chose qu'elle a faite elle est venue à ma rencontre et je l'ai présentée au groupe donc il y a tout un intérêt à travailler les uns avec les autres en fait.

Après là où on se pose des questions c'est là par exemple où on fait de la campagne de vaccination à l'extérieur des murs s'il y a d'autres infirmiers voilà on ne peut pas... Parfois je trouve quand on fait à l'image de de la maison de santé cela peut être conflictuel avec les autres euh voilà un détournement de patientèle... il faut toujours se méfier de cela en fait.

ML : Et les relations entre le MSP et les instances régulatrices comment se passent-elles ?

E : Bah nous on a nos interlocuteurs dans le cadre du contrat ACI donc je trouve que cela se passe plutôt bien. Nos interlocuteurs sont quand même à l'écoute. Moi je pense que sur l'autre maison de santé de la *ville Z* où ils sont moins matures au niveau du projet c'est euh... ils sont peut-être encore un peu méfiants de ce qu'on va, de ce que les institutionnels peuvent nous demander, s'ils vont contrôler même si on envie d'être en règle sur tout. C'est peut-être aussi la charge aussi d'informations qu'on a à donner. Je pense que ça cela peut être une crainte mais ils ne l'ont pas exprimée directement mais c'est peut-être ce que je ressens.

ML : Après c'est davantage vous qui êtes en lien avec ces instances régulatrices notamment dans le cadre du rapport d'activité de chaque MSP ?

E : Oui oui fin j'ai un contact assez régulier fin avec la CPAM et l'assurance maladie directement et même les URPS etc... Après fin voilà moi je comprends la crainte et je pense qu'elle est légitime surtout dans le monde libéral. Moi le monde libéral je l'ai côtoyé depuis longtemps et j'avais la même crainte quand j'étais en réseau. Le libéralisme fin le libéral et l'institution ce n'est pas le même mode de fonctionnement donc souvent il faut euh comment dire réadapter le langage ou mettre la temporalité, les institutionnels parfois ils peuvent faire des demandes qui ne sont pas du tout légitimes pour le monde libéral ou clairement qu'ils ne sont pas en phase. Mais je pense que c'est là mon rôle de retravailler les difficultés qui peuvent être liées au monde libéral pour les institutionnels. Après je n'ai jamais vu une contrainte concernant nos institutions. C'est jouer le jeu. On a des fonds, il faut donner des compte-rendus et plus on est transparent au mieux c'est. De toute façon on sait très bien pourquoi on fait le job et pour lequel il y a des rémunérations et cela me paraît tout à fait logique de devoir rendre des comptes et puis c'est de l'argent public donc moi en tant que citoyenne et habitante aussi j'aimerais aussi que tout soit fait dans la règle de l'art aussi (*rires*).

ML : Cette crainte du libéral de ne plus être dans un aspect libéral et d'être sous l'œil d'institutions qui régulent quand même c'est un changement de culture ?

E : Oui cela peut aussi être pareil dans les relations avec l'hôpital par exemple. On le voit bien aussi les relations ville-hôpital cela a toujours été compliqué. Il y a toujours ces craintes d'un côté comme de l'autre et cela fait des années qu'elles y sont et je pense qu'elles continuent encore même si on travaille de mieux en mieux les uns avec les autres mais elles sont toujours là !

Menaces

ML : Les deux MSP dans lesquelles vous intervenez elles bénéficient toutes les deux de l'ACI ?

E : Oui !

ML : Quels sont les avantages apportés par l'ACI ?

E : Le financier (*rires*) ! Après euh... peut être bah du coup je dis financier mais quelque part cela peut être valoriser quelque part un fonctionnement qui est déjà fait. Moi je rencontre aussi, par la fédération, des maisons de santé qui sont vraiment en fonctionnement exercice coordonné et je me dis « pourquoi ils n'adhèrent pas à l'ACI ? » bah parce qu'ils ont peur de la contrainte du cahier des charges alors que généralement c'est ce qu'ils font déjà en fait et que derrière cela peut valoriser par le mode de financement alléger leurs charges ou autre etc ou alors pour développer des projets spécifiques et de valoriser aussi et d'indemniser leur temps de travail en plus. Donc après à eux de voir comment ils répartissent les ACI. Pour moi c'est surtout valoriser ce que c'est fait et avoir une rémunération sur ce qui est fait.

ML : Revers de la médaille quels sont les inconvénients liés à l'ACI ?

E : Bah rendre des comptes mais après s'il y a un coordinateur donc c'est moi qui m'en charge. Bah travailler aussi sur des projets peut-être le temps. Je pense que vraiment ce qui est mis en évidence c'est le temps. Au départ on dit quand même que c'est pour nous concentrer sur le soin pour le professionnel pour vous concentrer sur le soin mais quand vous passez à l'ACI il y a le projet de santé et c'est aussi intéressant il y a du grain à moudre de développer de nouvelles pratiques mais c'est aussi du temps finalement où on développe de nouvelles pratiques et on est moins euh... il faut trouver le bon rythme finalement. Donc la contrainte c'est le temps pour tout le monde c'est le temps.

ML : Le temps c'est de l'argent aussi ?

E : Mais oui et il faut trouver la bonne temporalité avec chacun par rapport à ce qui est acceptable. Après les gens franchement ils sont à l'ACI juste pour valoriser ce qui est fait parce qu'ils y avaient droit et ils étaient déjà sur ce mode d'exercice. Mais souvent ils ne l'ont pas fait pour l'aspect financier. D'ailleurs quand on voit l'ACI et quand on fait le solde bah généralement en termes d'indemnisations il n'y a pas grand-chose sur une équipe. On ne gagne pas notre vie à l'ACI.

ML : Ce n'est pas un surplus ?

E : Oui mais ce n'était pas pour ça. C'était pour valoriser et développer de nouveaux projets et travailler sur l'attractivité en allégeant certaines charges. Cela fait son job quand même et puis de payer le système d'information partagée et des choses comme ça et certaines choses comme cela oui.

ML : Est-ce que les maisons de santé où vous intervenez elles bénéficient d'autres financements

que l'ACI notamment d'autres financements externes via les communes, les communautés de commune ?

E : J'ai eu beaucoup de financements ARS sur des subventions exceptionnelles pour de l'équipement etc puisque c'est des maisons de santé et pour des enveloppes fléchées bah par exemple sur le Covid voilà. Voilà des enveloppes fléchées aussi sur certains projets ou sur des appels à projets. Cela peut être pas exemple Fondations de France ou ARS etc sur des projets spécifiques. Après euh communes ? Euh non en général cela ne donne pas de financements mais c'est de la mise à disposition par des communes. Cela peut être matériel etc ou par exemple une commune finance un défibrillateur bah voilà c'est quand même du financement un petit peu. Après il y a eu des subventions fin pas dans les maisons de santé dans lesquelles j'étais coordinatrice mais la région qui finance une partie du bâtiment ou la communauté de communes ou la ville qui ont une participation sur la construction du bâtiment ou la structure ou sur le matériel cela peut arriver.

ML : C'est davantage lors de la construction de la maison de santé et après cela s'estompe ?

E : Oui c'est cela !

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de nouveaux professionnels de santé ? Notamment du recrutement de nouveaux médecins généralistes ?

E : Alors moi je suis sur deux maisons de santé. Sur la ville V c'est urbain et j'ai 4 médecins généralistes qui sont maîtres de stage donc clairement on a eu une nouvelle installation l'année dernière et j'en ai une qui est envisagée pour le mois d'octobre ici et nos locaux sont trop petits et on envisage plutôt d'agrandir les locaux pour accueillir et aboutir à 7 médecins généralistes à partir du mois d'octobre. J'en ai deux qui partiront à la retraite je pense... un qui partira à la retraite d'ici 5 à 10... fin d'ici 5 à 8 ans j'en ai trois qui partiront à la retraite donc euh on verra d'ici là. Je pense que les autres médecins généralistes qui viennent s'installer ils ont tous pour objectifs de s'installer et d'ailleurs il y en a un qui commence pour faire de la maîtrise de stage donc voilà je pense que cela ça permet vraiment d'attirer. Après bah le territoire bah clairement on est en milieu urbain donc je pense qu'il n'y a pas trop de soucis. Après on a quand même fin c'est tous des professionnels qui sont natifs du secteur euh... c'est plus difficile quand on doit recruter en milieu rural.

Sur la ville Z bah ils viennent de s'installer donc là on n'a pas encore eu la problématique du recrutement mais je pense qu'il faudra se la poser très rapidement car j'ai un médecin généraliste qui doit partir à la retraite d'ici l'année prochaine et qui est maître de stage et d'ailleurs le seul maître de stage de la maison de santé. Donc comment est-ce qu'on travaille cela ? Là je pense vraiment qu'il faut anticiper voilà la future installation ? En général je n'ai pas trop eu de problématiques de recrutement et d'ailleurs sur la ville V j'ai eu des remplacements de pédicure-podologue et tout de suite c'était remplacé et pareil une orthophoniste toute de

suite remplacée et un changement de kiné bah pareil tout de suite remplacé. Les locaux n'ont jamais fin je n'ai jamais eu de cellule vide. Cela s'est toujours rapidement fait.

Après j'ai coordonné une maison de santé mais franchement là ils recherchent un médecin généraliste mais là c'est en milieu très très rural donc il y a cette problématique du recrutement. Même avec les aides à l'installation puisque c'est en ZAR (Zones d'Accompagnement Régional) fin ces zones bénéficiaires d'aides et malgré je sais en milieu rural et malgré les aides c'est difficile malgré tout même en mettant le local à disponibilité, les aides et en plus un logement ils n'arrivent pas à recruter. Franchement je ne sais pas trop...

ML : C'est le territoire qui prime selon vous ?

E : Alors soit ils trouvent un natif qui veut revenir là. Après je sais que sur certains territoires le fait qu'il y ait eu le Covid il y a par exemple beaucoup de citoyens qui ont voulu aller en rural pour être tranquille etc et il y a certaines maisons de santé qui ont su recruter comme cela en période Covid. Nous notre atout sur la ville V cela peut être la côte maritime X et c'est quand même plus porteur je pense même si la ville V est fin la ville pourrait avoir un connotation fin bref avec toutes ces histoires qu'il y a eu ce n'est pas forcément fin quand on parle de la côte maritime X on ne pense pas forcément à la ville V. Mais on est juste les pieds dans l'eau pratiquement ! Après sur la ville Z c'est tous des primo-installés et je pense qu'il n'y a pas trop de soucis sur l'installation mais cela je ne sais pas encore je n'ai pas été encore confrontée.

ML : Dernière question on parle de plus en plus des CPTS qu'est ce que cela va apporter les CPTS au niveau des maisons de santé ?

E : Pour moi cela va permettre de développer des projets non plus à l'échelle de la patientèle mais de la population et travailler aussi plus en lien avec les professionnels du territoire. Souvent on a été confronté à des projets comme bah voilà « le suivi des plaies » bah on fait quelque chose à l'échelle de notre équipe mais souvent on se pose la question bah si ce n'est pas le médecin traitant (*de la maison de santé*) comment on peut travailler avec et si ce n'est pas la bonne infirmière bah comment elle va accueillir ce nouveau projet. On n'a pas forcément une légitimité à déposer une pratique ou à la présenter à d'autres PDS ou à travailler avec les autres PDS. Donc le fait d'être dans une organisation type CPTS qui est souple en exercice coordonné cela peut peut-être donner de la légitimité à des projets et plus de parcours à l'échelle du territoire.

Ensuite je pense que certains se disent « cela va être encore une structure en plus » et « quel type de rendu on va devoir donner ? ». Là je pense que les gens sont actuellement en train de se poser des questions sur clairement ce que cela va leur apporter même si moi aussi je me pose aussi des questions même si je suis aussi sur un projet naissant, j'ai l'impression que l'on retrouve ce que l'on faisait déjà en réseau simplement il y a quelques temps. Là du coup je me pose clairement la question après ces CPTS d'ici 5 à 10 ans « Est-ce que bah on sera forcément dans cette forme d'exercice ou si cela évoluera ? » ? Je pense qu'il faut

suivre à chaque fois l'évolution. Après je trouve que les CPTS elles ont quand même des enjeux importants notamment sur les soins non programmés, l'accès d'un médecin traitant à l'échelle du territoire. Je pense que c'est des missions assez complexes à mettre en œuvre et qu'on leur donne pas mal de responsabilités par rapport à ces objectifs-là. Euh je pense que les maisons de santé sont souvent à l'origine des CPTS en l'occurrence pour la CPTS X c'est la ville V et c'est assez logique puisque on est échelle 1 de l'exercice coordonné fin échelle 2 sur l'échelle du territoire. Euh je pense que l'ARS (?) est vraiment positive pour la CPTS dans le sens où on ne va plus travailler uniquement sur le premier recours mais aussi travailler avec l'ensemble des acteurs médicaux sociaux et l'hôpital et travailler sur les relations ville-hôpital.

ML : Donc une ouverture des MSP sur le milieu hospitalier ?

E : C'est cela.

ML : Encore une dernière question. Qu'est ce qui peut menacer aujourd'hui la pérennité d'une maison de santé ?

E : (*Silence*) ! Ce qui pourrait menacer une MSP cela pourrait être des difficultés relationnelles. J'ai déjà expérimenté quand on a une personne qui est contre ou des non-dits, un manque de transparence, un manque de communication. Je dirai que c'est toujours euh... si l'équipe elle est soudée je pense qu'elle peut faire face à beaucoup de choses et après s'il y a une incompréhension ou autre et qui n'est pas tout de suite relevée bah cela peut menacer tout une équipe. Donc pour moi c'est surtout l'équipe et si le projet n'est pas bien motivé par un bon noyau d'équipe bien soudée

f) Entretien F

Le 24/09/21 à 17 heures.

Durée de l'entretien : 1 heure 06 minutes 03 secondes.

Début de l'enregistrement

Recueil des données socio-démographiques du Coordinateur de Santé

ML : Pouvez-vous m'indiquer votre âge.

F : J'ai 41 ans.

ML : Quelle est votre formation initiale ?

F : Secrétaire médico-sociale.

ML : Quelle est votre formation pour devenir coordinatrice de santé ?

F : On est passé par la FEMAS et puis euh je ne retrouve pas le nom euh l'EHESP : L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Il y a ... qui a mis en place avec l'ARS cette formation de coordinateur de maison de santé puisque c'est un nouveau métier et les maisons de santé ne sont pas très vieilles en soi et puis ils se sont rendus compte que en effet avoir une équipe multi-pro il faut avoir quelqu'un pour non pas pour ... les difficultés mais au moins les aider dans l'organisation du travail à plusieurs.

ML : Vous exercez la profession de coordinatrice santé à plein temps ou vous êtes encore secrétaire médico-sociale ?

F : Alors je ne suis pas en temps plein en tant que coordinatrice puisque la structure n'a pas besoin d'avoir un coordinateur à temps plein ici. On va dire que je consacre 6 heures par semaine à la coordination d'équipe en moyenne. On va dire qu'il y a des semaines où c'est beaucoup plus et d'autres où c'est moins. Euh et je continue mon métier de secrétaire alors pour peu de temps puisqu'à partir du 1^{er} octobre je serai assistante médicale alors voilà là c'est encore autre chose. Mon poste (de secrétaire) cela a du bon et du moins bon par rapport au poste de coordinateur. Parce que moi j'avais dégagé dans le métier de coordinateur en tant que secrétaire que c'était un avantage parce qu'on était en lien avec tous les professionnels entre autres pour la communication c'est top. Donc tout ce qui est communication multi professionnelle quand on est au poste de secrétaire euh c'est quelque chose d'assez facile. Le coordinateur il faut qu'il aille chercher le professionnel pour lui passer les informations alors que là (*en tant que secrétaire*) c'est eux qui viennent à moi alors pour le coup c'était parfait. Là cela va s'organiser différemment. Il faudra plus s'organiser sur un schéma classique, envoyer en effet les petits messages quand il y a des réunions organisées, des choses comme cela mais sinon cela va se faire.

ML : Plus par votre poste initial de secrétaire médico-sociale vous trouviez que c'était plus facile d'exercer le poste de coordinatrice de santé ?

F : Oui oui !

ML : Depuis combien d'années vous exercez le rôle de coordinatrice de santé ?

F : Cela fait 4 ans.

ML : La MSP dans laquelle vous exercez se situe dans quelle ville ?

F : Dans la ville X dans l'Oise. C'est au Nord-Est de l'Oise. C'est à la jonction... en fait on est à 7km de l'Aisne et à 7km de la Somme. On est vraiment au centre de la Picardie. Dans la campagne !

ML : Vous qualifieriez le secteur d'implantation de la MSP de rural, semi rural ou urbain ?

F : Non c'est rural.

Forces

ML : Pouvez-vous me dire les avantages pour un PDS à exercer au sein d'une MSP ?

F : Bah justement le fait d'être à plusieurs... cette solitude de l'exercice professionnel que l'on peut avoir dans un cabinet classique elle n'existe pas ici. C'est-à-dire qu'on va toujours avoir quelqu'un pour écouter quand il y a un souci ou une petite question d'un collègue ou même si c'est confrère d'un autre métier il y a forcément un échange et cela débloque tout de suite une situation compliquée. On se sent moins aussi on va dire en danger mais disons que malheureusement on arrive dans une période où les patients sont de plus en plus agressifs donc le fait d'être à plusieurs cela rassure. Ici on n'a pas mal de femmes qui exercent et le fait de savoir qu'elles ne sont pas toutes seules dans le cabinet c'est quelque chose d'assez rassurant voilà. Et puis euh voilà le partage des charges bah bien sûr ce genre de choses d'avance c'est moins lourd à porter et bien sûr c'est agréable aussi financier. Des avantages il y en a plein d'autres comme le fait d'avoir justement cette équipe de nous ici, c'est vrai qu'on a une petite structure mais on a l'avantage d'avoir une équipe très soudée et c'est que l'on veut garder et c'est mon rôle de coordinateur c'est de garder cet esprit d'équipe et cette sphère conviviale c'est vrai que ici tout le monde se parle et tout le monde échange convivialement, on mange tout le temps ensemble, on se fait même parfois des soirées rien qu'entre nous, pas forcément pour le boulot mais cela fait du bien justement de décompresser en équipe.

ML : Et de se voir dans un autre cadre que le cadre professionnel ?

F : C'est cela. Alors parfois on le fait aussi sur place mais on ne parle pas forcément du travail mais justement on décomprime. C'est ces moments-là

justement qui créent le lien entre les professionnels de l'équipe. C'est cela qui est important. Et du coup l'échange entre les professionnels est plus simple, les infirmières avec les médecins, les kinés tout cela, ils ont plus de facilité à aller voir le médecin qui parfois peut être impressionnant pour un paramédical voilà cela permet de dire « bah voilà je viens te voir parce-que ceci et parce que cela » ou « madame machin elle a ceci ». Il n'y a plus cette appréhension et il y a moins cet effet « est-ce que vous pourriez demander au docteur »... non non ils ont moins peur d'aller à l'échange et les RCP se font toutes seules.

ML : Qui c'est qui exerce le rôle de leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

F : C'est un médecin généraliste.

ML : Quel est l'apport du rôle de leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

F : Euh on va dire un soulagement administratif pour beaucoup. Euh et puis également ce côté à ne pas prendre les décisions même si c'est des décisions en équipe, le fait d'avoir quelqu'un à qui on peut dire « mais qu'est-ce que tu en penses toi en tant que gérant ? ». C'est beaucoup de soucis on va dire surtout administratifs pour les autres professionnels... d'avoir un leader sur la maison de santé. C'est vrai qu'il y a quand même beaucoup à gérer dans le bâtiment et les échanges avec les communautés de commune voilà etc... c'est beaucoup quand même de réunions en plus. Les professionnels qui n'ont pas cela à gérer sont assez contents (*rires*). Cela décharge quand même.

ML : Il y a une grande charge de travail pour le leader par rapport à cela ?

F : C'est ça !

ML : Et quand vous dites que c'est lui qui prend les décisions même s'il y a toujours une décision collective peut-il quand même avoir une influence plus importante comparée à la décision finale ?

F : Alors chez nous non. Chez nous on a mis en place vraiment le collégial. C'est-à-dire qu'il faut qu'on soit tous d'accord sur un sujet si on n'y est pas on n'y va pas. Donc justement on voulait garder cet esprit d'équipe encore une fois et aller sur un projet qui convient à tout le monde. Il y a des projets qui parfois n'intéressent pas les professionnels et ils disent « bah faites le moi de toute façon je ne rentre pas dans le protocole et cela ne m'intéresse pas » et voilà il n'y a pas de souci mais les projets par exemple on va dire l'arrivée d'un nouveau professionnel dans l'équipe cela c'est quelque chose où on doit tous être d'accord pour continuer à avoir cet effet de connexion.

ML : Et garder cet esprit de cohésion d'équipe ?

F : Voilà cela c'est important à noter et on le ressent dans le quotidien. Là notamment avec la période Covid qu'on a traversé cela a été... heureusement qu'on avait justement cet esprit d'équipe là. On s'est tous soutenus et il y a vraiment eu un échange et des choses qui ont été mises en place, tout le monde était partant et quand

on n'était pas possible sur un schéma bah l'autre disait « bah moi je peux faire cela il n'y a pas de souci » donc l'organisation se faisait vraiment facilement ouais.

ML : C'était une valeur refuge ?

F : Oui et c'était agréable !

ML : Le leader peut-il aussi quand il y a des professionnels qui n'ont pas vraiment d'avis sur un projet et bah le leader c'est une personne sur qui on peut se reposer et on peut aussi compter sur son avis et avoir une aide dans la décision ?

F : Tout à fait même s'il n'est pas forcément acteur. Il peut donner son opinion et donner un avis mais c'est quelque chose qui est important pour l'équipe d'avoir quelqu'un qui peut donner un avis justement parfois extérieur. C'est euh... le fait euh de ne pas avoir d'intérêts dans le projet c'est bien. C'est cela qui est bien aussi d'avoir un coordinateur avec le leader car le si le leader lui a un intérêt bah le coordinateur qui est le bras droit du leader dans l'histoire et bah finalement on peut dire « alors attention on peut aussi voir de ce côté-là parce-que eux de leur côté cela va pénaliser ce côté-ci ». Il y a une écoute et il y a un ensemble de réflexions qui amènent à la finalité du projet.

Opportunités

ML : En quoi consiste votre rôle de coordinatrice de santé ?

F : Alors la coordinatrice de santé bah elle va justement aider le leader à gérer la structure donc tout ce qui est mission de factures, d'assurances et d'appels téléphoniques quand il y a un souci sur la structure cela va être pour le coordinateur en soutien. Le leader lui il va euh il va dire euh il va être décisionnaire d'un contrat par exemple mais c'est le coordinateur derrière qui va l'aider à la mise en place du contrat. Donc il va faire les appels extérieurs et récupérer les documents, les amener pour les signer et vérifier que tout est ok. C'est le soulager sur le versant administratif. Après le coordinateur il va organiser tout ce qui est réunion donc assemblées générales et réunions de concertation donc c'est organiser le planning et bien savoir quel professionnel peut être là le plus possible et réunir vraiment le plus grand nombre de professionnels, faire aussi les petits compte-rendus de ces réunions et les amener une nouvelle fois au leader pour valider ces compte-rendus et après moi je les re dispatche entre les membres de l'équipe pour les mettre dans l'ordinateur soit pour le suivi des patients soit pour les assemblées générales il y a toujours un petit compte-rendu. Et puis le coordinateur sert essentiellement à la communication. Aussi bien interprofessionnelle mais également avec les structures extérieures donc si on a besoin on va dire pour un patient d'organiser quelque chose avec d'autres professionnels de santé extérieurs, soit des associations à domicile par exemple, soit pour organiser un rendez-vous avec des spécialistes, on aimerait que cela soit un peu plus rapide que si c'était le patient qui le prend, on va dire cela peut être le boulot de la secrétaire mais on va dire c'est plus le coordinateur car il a cet échange avec le praticien qui est plus important (comparé avec une

secrétaire). Et puis les échanges avec tout ce qui est Ameli et tout ce qui est préfecture, ARS et sécurité sociale. Cela permet d'avoir euh... c'est le communicateur. Justement il prend l'information et il la re-dispatche. C'est cela coordinateur !

ML : Vous êtes l'interlocutrice principale de la MSP ?

F : C'est cela ! Également le fait d'être encore une fois en secrétariat tous les appels extérieurs... fin quand je serai assistante médicale on va me mettre une ligne mais en tant que coordinatrice je peux avoir les appels des communautés de communes ou de l'ARS ou de la sécurité sociale qui a besoin de voir le coordinateur pour les ACI par exemple donc euh là cela ne sera pas gênant mais au moins là directement je les avais en communication et bah justement j'avais les informations et je pouvais re-dispatcher les informations sur le sujet. C'était là-dessus fin moi je trouve un poste assez intéressant et bien pratique quand on est coordinateur (*de combiner le poste de secrétaire et de coordinatrice de santé*). Et le regard extérieur aussi, pas l'intérêt en tant que professionnel de santé suivant un sujet, sur un protocole, une mise en place... voilà un avis neutre.

ML : Vous appréciez ce que vous faites ?

F : Alors moi pour le coup j'adore. Rien que pour le coup-là cela ma va très bien. J'ai un très bon retour de la part de l'équipe qui est satisfaite de ce que je leur apporte et du soutien. Il en est de même pour le leader. D'ailleurs il y a une très bonne entente et la communication est facile.

ML : Comment est perçu votre rôle par l'équipe pluri-professionnelle et les PDS ?

F : Alors euh bah au tout début on m'a proposé ce poste euh... sur le coup je me suis « je veux bien » mais c'est un métier qu'on ne connaissait pas coordinateur. Et toute l'équipe m'a dit « bah si si c'est vrai que l'on te voit bien là-dedans car c'est vrai que j'ai une facilité de communication avec les autres donc cela c'est pratique ils viennent te voir pour un problème et je suis assez disponible. Donc cela c'est pratique pour eux ! Et aujourd'hui tous sont euh ravis que cela fonctionne et j'ai eu un super retour lorsque j'ai eu mon diplôme de coordinatrice de santé euh après le mémoire et la soutenance et tout cela machin quoi. Ils ont dit « on savait que cela c'était pour toi, il n'y a aucun souci là-dessus et ils étaient soulagés et aujourd'hui ils me sollicitent il n'y a aucun problème (*rires*) ! Ils sont assez demandeurs.

ML : Le fait d'avoir déjà travaillé ensemble mais plus dans un rôle de secrétaire cela a aidé pour prendre votre envol en tant que coordinatrice de santé ?

F : Ah oui c'est cela parce que en effet la communication existait déjà. Donc cela aide. Au départ moi j'ai travaillé en cabinet privé avec les médecins généralistes avant la construction de la maison de santé. Et une fois dans la maison de santé avec les kinés, les infirmières, les infirmiers, les pédicures, les

psychologues... au fur et à mesure l'équipe s'agrandit et cela s'est bien passé aussi. La communication s'est vraiment bien passée aussi. Ouais c'est cela.

ML : Vous aidez ainsi au quotidien les professionnels de santé sur le versant administratif, la gestion des projets de santé ou des contrats ?

F : C'est cela. Oui les protocoles de soins que l'on peut mettre en place on les fait en pluri-pro donc c'est... cela fait un moment qu'on n'a pas mis le nez dedans car on a été accaparé par la crise sanitaire bien sûr mais oui oui c'est des projets qui nous travaillent et automatiquement on vient me voir pour dire « bah j'ai pensé à cela, on peut faire cela pour le protocole pluri-pro » et je leurs dis « bah oui on doit en parler pour la prochaine réunion ». Non non ils n'ont aucun souci pour venir me voir pour parler d'un projet et plus facilement du coup que pour aller voir le leader car lui du coup il travaille et il est moins disponible car il est en consultation... vous voyez ?

ML : Vous êtes plus accessible que le leader ?

F : Exactement c'est cela.

ML : Comment se passent vos relations avec le leader ?

F : Elles se passent très bien car c'est lui qui a décidé de me mettre coordinatrice. J'ai travaillé déjà avec lui au préalable dans le cabinet de médecins généralistes. Il y a vraiment une cohésion... vraiment une cohésion et il n'y a pas de euh comment dire de... il n'y a pas de secrets, tout est dit, tout est organisé ensemble, tout est clair !

ML : De la transparence dans les échanges ?

F : C'est cela !

ML : Il vous considère comme votre bras droit vous disiez ?

F : Tout à fait ou parfois il me dit que je suis son couteau-suisse (*rires*) !

ML : Quelles difficultés vous rencontrez en tant que coordinatrice de santé ?

F : Le temps. Le temps. Il est vrai que savoir se dégager du temps pour se concentrer sur son rôle là ce n'est pas évident. Car le point négatif pour le coup d'être secrétaire c'est qu'on n'a pas de bureau fermé. C'est-à-dire que l'on a continuellement quelqu'un qui vient... que ce soit les patients ou les PDS... et quand on a besoin d'organiser quelque chose on a moins de facilités à se poser et à se concentrer sur le travail. Moi mes difficultés aujourd'hui c'est cela... d'avoir euh un espace où je puisse me concentrer et où la porte est fermée et je sais que l'on ne va pas me déranger et que je vais pouvoir me concentrer sur les dossiers importants. Cela c'est le plus compliqué. Ce qu'il y a aussi c'est qu'il y a toujours plus urgent... on est toujours à travailler à autre chose mais c'est cela qui

est compliqué donc on se met des heures on se met des heures pour pouvoir aller finir les travaux en cours.

ML : Vous faites donc des heures supplémentaires ?

F : Oui cela arrive oui (rires). Parfois elles ne sont pas forcément euh... parfois je le dis que c'est moi qui vais le faire et puis voilà je vais le faire (faire des heures supplémentaires), c'est pour moi mais comme cela cela sera fait.

ML : Vous n'avez pas eu la possibilité de faire plus de 6 heures par semaine en tant que coordinatrice au sein de la MSP ?

F : On y réfléchit en fait. On y réfléchit à compter et à augmenter ce temps. En fait tout va dépendre du nouveau poste. Bah voilà si cela se passe bien du coup et si j'arrive à m'organiser dans mon temps de travail par rapport à mon temps d'assistante. Là pour le moment on a bloqué 6 heures par semaine mais sur deux jours où je ne me concentre vraiment que là-dessus. Donc voir si cela apporte ses fruits si du coup on arrive à rester forcément dans les clous ou s'il faut augmenter ? Actuellement la MSP va être amenée ici à s'agrandir. C'est un projet et il est possible en effet que l'on puisse augmenter les heures de la coordination.

ML : Sans indiscretion est-ce aussi lié à une question de coût ? J'imagine que vous avez un salaire en tant que secrétaire mais également une part complémentaire en tant que CDS ?

F : Voilà donc là le tout était globalisé car moi c'est la SISA qui me rémunère donc cela rentre dedans car les ACI sont reversées directement à la SISA. Donc il n'y a pas de souci de ce côté-là. C'est intégré dans le planning et donc on avait une augmentation des horaires sur la semaine qui correspondait à la coordination.

ML : L'augmentation éventuelle des heures de coordination émanera d'une décision collective comme vous le disiez à l'instant ?

F : C'est cela.

Faiblesses

ML : Quelles sont les difficultés rencontrées par le leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

F : Alors pour le coup lui c'est la communication justement. La difficulté du leader c'est de pouvoir attraper le PDS avec qui il veut travailler car ils ont chacun leurs consultations et ils ont des horaires totalement différents donc ce n'est pas toujours évident pour tout le monde de devoir se poser et de devoir échanger. Donc on organise cela assez souvent. On va dire sur une pause-café tout simplement où on se retrouve en équipe et où on échange sur les sujets soit de la structure soit des patients et là on arrive à échanger. Donc on fait cela une fois par semaine et cela se passe très très bien. Mais sinon en dehors de ces moments-là c'est compliqué. C'est pour cela qu'ils passent par le coordinateur en fait. Parce qu'ils

n'arrivent pas chacun à forcément se retrouver au bon moment pour pouvoir échanger.

ML : Donc via votre poste et via votre rôle cela aide à communiquer plus avec les autres PDS, vous avez le rôle de l'interlocutrice ?

F : C'est vraiment le rôle principal. La communication je trouve que... fin le coordinateur en tout cas chez nous c'est vraiment ce qui ressort la plus c'est la communication. Parce qu'après les papiers, fin le gérant il aurait pu se débrouiller car c'est quelque chose qu'il a l'habitude de faire, mais cela le soulage au niveau timing. Mais après la communication cela aurait été vraiment compliqué.

ML : Avez-vous déjà constaté une part d'épuisement de la part du leader ? Est-ce le même leader depuis le début du projet de santé ?

F : Alors depuis la maison de santé non. Ils étaient... euh l'ancien médecin généraliste qui est parti à la retraite et qui était le leader au départ, à cette époque-là il n'y avait pas de coordinateur car c'était lui qui était assez décisionnaire sur beaucoup de choses. Peut-être qu'à cette époque-là justement il y avait moins d'échanges. C'était vraiment à l'assemblée générale où on posait les questions et où on échangeait et c'était à l'ancienne école on va dire. Parce que quand il a pris le poste il était déjà assez âgé donc ils étaient plus ou moins concentrés sur leur métier chacun de leur côté. Et c'était plus bah « tiens je n'ai envoyé un patient bah tu pourras voir » et c'était tout il n'y avait pas forcément de concertation quelconque. Aujourd'hui vraiment il y a un travail d'équipe il y a vraiment un suivi et les patients le ressentent d'ailleurs. C'est cela qui ressort de positif. Donc le leader qui a pris le poste il y a maintenant 5 ans... suite au départ en retraite de l'ancien leader. Cela a été voté lors de l'assemblée générale de savoir qui allait devenir le leader. Tout le monde était d'accord comme quoi cela devait être le *Docteur X* de prendre le poste. Et voilà il n'y a pas eu d'autre leader depuis. Donc depuis 5 ans c'est toujours le même !

ML : Il ne manifeste pas de signes d'épuisements, à savoir que c'est toujours lui qui exerce le rôle du leader ?

F : Alors euh non. Il y a eu un épuisement mais plus par son rôle de médecin généraliste. Cela a été compliqué en effet. Il y a eu une période où son collègue est parti en retraite et il n'était pas remplacé. Il n'a pas voulu laisser tomber la patientèle de son collègue donc cela a ajouté des patients à son poste. Donc là pour le coup c'est vrai que... et ce n'est pas pour vous dire que mon poste est important... mais j'ai vraiment été là pour le soulager de côté-là. Car je pense que là cela aurait été compliqué pour lui de gérer à la fois la structure et de gérer le surplus de travail qui s'est amené à lui. Cela a été compliqué mais il a tenu.

ML : Il ne manifeste pas de temps en temps que son rôle de leader est une charge de travail importante ?

F : Oui oui quand même. On a la chance d'avoir quand même quelqu'un d'organisé pour rester deux jours par semaine sur la structure et à dormir sur la structure. Il habite à *ville Y* donc il s'organise comme cela. Ce qui lui permet justement de pouvoir gérer les dossiers et éventuellement qu'il ait besoin de pouvoir se poser le soir pour travailler sur la structure, il n'a pas la famille et les enfants ou la conjointe et le quotidien qui vient le perturber et il se concentre sur les sujets de la maison de santé.

ML : Il est très investi personnellement ?

F : Ah oui oui ! Il était là à la construction. C'était son projet aussi.

ML : Y-a-t-il une délégation de tâches avec par exemple un PDS référent pour chaque projet de santé comme sur l'éducation thérapeutique ?

F : C'est ponctuel. Cela va être ponctuel. Ouais ! C'est des projets qu'on organise... nous par exemple on délègue beaucoup aux infirmiers sur la vaccination par exemple pour la grippe saisonnière. On a... on fait ainsi un travail avec les infirmiers pour la Covid. On a aussi les ateliers thérapeutiques que l'on met en place avec la diététicienne et c'est des choses assez ponctuelles et ce n'est pas au quotidien. On a des projets, on les met en place et on répartit qui veut s'en occuper, qui se sent de la faire mais souvent en lien avec son activité professionnelle.

ML : Qu'en est-il de l'adhésion et de la motivation au long cours des PDS concernant le projet de santé ?

F : Alors nous on les refait signer tous les ans. On refait un petit point sur le projet de santé pour voir si on est toujours dans les clous, pour voir si on a des choses à revoir. Jusqu'à aujourd'hui tout le monde est dans l'optique de continuer sur notre lancée. On est bien parti et cela tourne bien. Donc euh on n'a pas forcément envie de changer les choses car tout se passe bien et cela donne quand même des envies. Parfois certains ont envie d'agrandir comme on voudrait faire venir des sages-femmes. On a eu aussi des touches par des chirurgiens-dentistes ce qui n'est pas désagréable. On a également un projet avec des rétinographes, des choses comme cela pour aider encore une fois les patients à avoir du service sur place car comme c'est vraiment la campagne et euh pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste c'est l'enfer. C'est 6 mois d'attente mais pour tout. Donc c'est vrai que d'avoir un service sur une zone comme en maison de santé c'est pratique et c'est vrai que tous les patients qui vont voir le kiné ils vont se plaindre d'un manque « ah c'est vrai c'est dommage on n'arrive pas à avoir un rendez-vous » et hop moi elle me retourne à la coordination « qu'est-ce qu'on pourrait faire » (*vis-à-vis de cette problématique*). Parfois j'entends cela et je pense que en effet on a une attente de la population sur tel sujet et là entre autres sur le dépistage euh... pour tout ce qui est rétinopathie. On sent que en effet il y a une telle demande et d'où la patientèle avec les diabétiques bah c'est vrai que c'est une chose que l'on a pouvoir mettre en place sur la structure donc on travaille sur ce sujet-là et cela s'est tenu par le biais

des autres professionnels de santé. C'est vrai que nous on en a entendu quelques-uns mais de leur côté cela se plaignait de ne pas avoir de rendez-vous de ce genre donc on s'est dit « tient il y a quelque chose à faire ». Donc ils amènent eux-aussi (*les PDS*) des idées et cela prouve qu'ils se sentent bien et qu'ils se projettent toujours dans ce projet de santé qui est le nôtre qui est de donner du service à la population.

ML : Il y a une adaptation en fonction des demandes de la patientèle ?

F : On a nos idées mais on écoute surtout ce que la population nous demande. Parce que c'est eux qui ont les besoins aussi donc cela c'est important aussi.

ML : C'était difficile initialement de mettre en place votre projet de santé ?

F : Alors cela je ne peux pas trop vous dire car moi je n'ai pas été dans le projet initial du projet de santé. Je ne l'ai pas établi. Je sais qu'ils ont eu quand même des réunions à répétition sur vraiment quel projet de santé. Comme une nouvelle fois pour que tout le monde soit d'accord sur le projet de santé à mettre en place et une fois que tout le monde est d'accord bah cela a roulé assez facilement. Et vous dire combien de temps je ne sais pas vous dire.

ML : On ressent que votre projet de santé se déroule de façon naturelle tous les ans ? On ne ressent pas de difficultés ni d'impacts par rapport à l'activité propre des professionnels de santé ?

F : Non parce que c'est devenu une routine. On sait que l'on va en parler, que l'on va voir cela et refaire un point. Alors cela ne dure pas deux heures mais on reste sur un sujet et on voit ce qui va et ce qui ne va pas, on regarde les envies de chacun et aussi si on répond bien aux demandes de la population « oui cette année cela a été bon » ou « ah bah cette année on aurait pu faire cela, on ne l'a pas fait, comment on le programme pour l'année prochaine » donc non non c'est quelque chose d'assez... euh c'est organisé le projet sur l'année et l'on sait qu'avant de revalider le projet de santé on le refait un point ensemble. Et cela se passe tout seul et ce n'est pas problématique.

ML : Il y a des grosses modifications tous les ans du projet de santé ?

F : Non c'est vrai que non. Le projet de santé c'est vrai qu'il convient et on arrive à le valider quand on le souhaite et quand la population le souhaite. Donc là on va essayer de mettre en place notre fil rouge pour la fin de l'année de faire justement un questionnaire de satisfaction pour les patients qui viennent dans le cabinet. Savoir ce dont ils ont envie ? Si la maison de santé répond à leurs attentes ? Pour nous donner aussi nous de nouvelles idées parce que c'est vrai que parfois on se dit « là on est bon mais est ce qu'il y a autre chose » et là on ne le sait pas. C'est pour cela qu'il faut mettre en place ce questionnaire là et avoir un retour de la population, pour voir si on est bien dans les attentes de tous.

ML : Comment se déroule l'organisation de l'activité de coordination au sein de la maison de santé ?

F : Alors on fait une réunion par semestre. On va vraiment tous se réunir, au moins les associés, ceux qui sont là au quotidien. Une fois par semestre alors je vous le dis on le fait dans un restaurant car il faut garder le côté convivial sinon vous n'avez personne qui vient. Donc on organise quelque chose de convivial et de sympathique et là on va en effet pouvoir discuter de ce qui convient, ne convient pas et ce qu'il faut changer. Mais c'est quelque chose d'assez euh... c'est agréable, cela se passe bien. Je peux vous le dire on a vraiment de la chance d'avoir une équipe qui s'entend bien et qu'il n'y ait pas de complications. Donc au sein de la structure ce n'est pas compliqué.

ML : Comment est le taux de participation à ces réunions semestrielles ?

F : Tous les associés sont présents. A chaque fois. Et on s'organise pour que tous les associés soient présents. On pose la date et l'heure en fonction du planning de chacun pour pas que quelqu'un soit lésé, pour qu'il n'ait pas l'information, pour qu'il puisse donner notamment son avis sur un sujet. Donc il y a toujours tout le monde.

ML : Il n'y a pas de perte de motivation de la part des professionnels de santé ? Tout le monde est investi de la même façon, vous n'avez pas des PDS plus investis que d'autres ?

F : Alors (*soupir*) je dirais que non. J'ai quand même le kiné qui va bientôt partir en retraite et qui va être un peu moins investi on va dire sur les projets à venir mais ceux qui sont actuels par contre il n'y a pas de problème. Mais pour projets à venir il va passer la main au kiné qui vient d'arriver dans l'équipe et qui va prendre le relais. Il préfère laisser les décisions à venir sur la jeune mais pas... mais il va s'investir pour les autres projets (*actuels*).

ML : Quelles sont les difficultés rencontrées quant à l'activité de coordination au sein de la MSP ?

F : Euh... les difficultés... bah en fait je n'en ai pas rencontré beaucoup ! Peut-être oui à la rigueur peut être trouver euh justement pour les réunions bah trouver le jour et l'heure où tout le monde est là. Cela c'est un peu plus compliqué mais cela s'organise en soi. On arrive à toujours trouver donc c'est l'essentiel mais cela prend du temps de réussir à réunir tout le monde. De trouver aussi les sujets qui intéressent tout le monde et savoir les motiver pour venir « mais si tu verras cela va t'intéresser ». Donc c'est vrai qu'il faut aussi savoir être un peu commercial (rires), avoir un petit côté commercial et savoir vendre la réunion.

ML : Avez-vous déjà eu des remontées négatives quant à la coordination, son organisation ? Par exemple un nombre trop excessif de réunions et que cela prenait un peu trop de temps ?

F : Oui... ah cela oui ! Bien sûr. C'est vrai qu'ajouter des réunions à une journée de travail d'un PDS ce n'est pas quelque chose d'agréable pour lui. Donc oui oui

cela c'est quelque chose qui au début a été indiqué et que chacun a euh... chacun avait déjà des bonnes journées et ils ne voulaient pas être submergés par les réunions et sortir de la réunion en n'ayant pas avancé à la fin de la réunion. C'est vrai que quand on organise la réunion on fait en sorte d'avoir déjà une ligne de conduite, ne pas arriver et dire « bah alors aujourd'hui on va parler de quoi ? » non non donc on organise les réunions, on va parler de cela aujourd'hui, il faut qu'on ait une réponse pour la fin de la réunion. Et comme tout le monde justement est motivé pour ne pas reprogrammer une réunion on fait en sorte d'avoir une réponse. Donc cela en général cela se passe bien. Mais en effet c'est quelque chose qui a été clairement dit dès le départ « pas trop de réunions ».

ML : Avez-vous déjà eu des remontées comme quoi cela devenait un exercice trop protocolaire d'être organisé en mode réunions, de devoir rendre des comptes à l'ARS ou à la CPAM ?

F : Cela a été une crainte pour certains en effet parce qu'ils avaient peur de ne pas rentrer dans les clous, de dire « à bah est ce qu'on peut faire cela, est ce que cela va convenir ? ». Donc il faut rassurer sur le fait que tout projet à mettre en place pour les populations est forcément bon, et donc il n'y a pas de raisons même si ce n'est pas même si cela ne rentre pas dans le cadre des ACI, l'important c'est que la population soit satisfaite. Le rôle et le projet de la maison de santé c'est cela. Après que l'on ait un retour de l'ARS ou de la sécu euh négatif ou positif c'est secondaire. L'important c'est de rentrer dans le projet de santé. Et si on rentre dans le projet de santé on sera forcément validé par l'ARS et par la sécu donc cela il n'y a pas de souci. Il y a quelque chose d'assez rassurant pour eux donc voilà ça va. Mais c'est vrai qu'il faut savoir leur expliquer comment l'ACI cela fonctionne et leur dire que voilà il n'y a pas de souci, que du moment où on rentre dans le projet tout va bien.

ML : Savoir entendre leurs réticences et leurs expliquer que l'on peut y arriver ?

F : C'est cela. C'est pour cela qu'il est important d'être en lien avec le leader parce que les informations de la gestion de la structure, et la gestion et la communication avec l'ARS et la CPAM c'est quelque chose qu'ils vont avoir besoin d'entendre pour être rassurés. De savoir que ce qu'ils font ce n'est pas pour rien à part leur temps. C'est ça aussi.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'utilisation du Logiciel Pluri-Professionnel (LP) par les PDS ?

F : Alors c'est un petit peu... alors nous ne sommes pas tous forcément satisfaits de ce logiciel. Bon apparemment cela serait dû d'une part sur le débit internet, soi-disant que le débit qui fait que cela bugue, bon pas toujours hein, c'est le *logiciel X* que l'on a chez nous. On l'a pris à l'ouverture de la maison de santé. C'est un nouveau logiciel proposé aux PDS donc on a eu régulièrement des ajustements ou des transformations donc on doit aller chercher dans le logiciel pour savoir comment cela fonctionnait à nouveau après une mise à jour, donc cela c'était un

peu compliqué. Et l'autre souci que l'on peut avoir aussi c'est qu'il n'est pas adapté à tous les PDS. Par exemple les kinés qui travaillent beaucoup avec les mutuelles, ils ne peuvent pas les entrer dans le logiciel là. On peut l'utiliser en plus du pro (*logiciel professionnel du kiné*) pour faire un compte-rendu de concertation, c'est vrai ils vont sur le fichier patient et ils voient ce qui a été conclu la dernière fois à la réunion mais euh par exemple les kinés ne peuvent pas prendre les informations patients pour faire leur déclaration de soins par exemple. Cela ce n'est pas possible.

ML : Du coup c'est plus un logiciel axé sur la coordination. Ce qui est partie comptabilité, déclarer ses actes, ce n'est pas forcément le plus adapté ?

F : Pour les médecins ce n'est pas un problème. Pour les kinés en effet cela pose problème. Et les infirmiers c'est la même chose pour le coup en plus. Donc c'est vrai que c'est plus un logiciel de partage d'informations mais pas un logiciel de partage d'actes.

ML : J'imagine que certains PDS, peut-être plus les paramédicaux, ont un logiciel de comptabilité personnel à côté ?

F : C'est cela !

ML : L'utilisation et le remplissage en lui-même du dossier médical, est-ce que les professionnels paramédicaux jouent le jeu ?

F : En fait c'est la coordinatrice qui fait le retour sur le dossier. Voilà cela il n'y a pas de souci en fait. Ils me disent quelque chose et moi je l'intègre parce que c'est pareil cela leur fait gagner du temps et cela permet d'avoir l'information, donc je l'ai et je l'intègre directement et ils le savent. Tout le monde vient me voir au secrétariat quand il y a besoin de passer l'information comme cela c'est enregistré directement. Cela permet justement d'être sûr d'avoir le partage d'informations.

ML : Donc par exemple une infirmière qui lors de sa tournée prend une photo d'une plaie, dans le cadre d'un suivi d'une plaie, vous mettez la photo de cette plaie ?

F : C'est cela. Alors les... voilà les photos on ne va les mettre que s'il y a un intérêt. Si c'est juste pour communiquer dans le dossier sur la prise en charge de la plaie on ne va pas forcément la mettre. Mais on va mettre la note.

ML : Vous devez leur faire gagner un temps fou aux PDS car pour une infirmière c'est chronophage lors de leur tournée de faire cela ?

F : C'est vrai elles ont des bonnes journées.

ML : Vous le faites en tant que secrétaire ou en tant que CDS le remplissage du dossier ?

F : Alors bah cela dépend du contexte. On va dire que si je rentre dans le cadre du médecin, c'est plus en tant que secrétaire. Si c'est l'infirmière qui vient me poser

l'information, c'est plus le rôle de la coordinatrice. Mais comme c'est jumelé dans mes horaires il n'y a pas de problème quoi. Je ne dis pas « tu reviens demain car aujourd'hui je ne suis pas dans la coordination », non non il n'y a pas de souci !

ML : Le choix du LP il émane d'une décision collective ou d'une catégorie de PDS ?

F : Alors à cette époque-là parce que à ce moment je n'étais pas encore en poste... à cette époque-là cela a été l'ancien leader qui s'est mis en relation avec les infirmiers et le kiné car à cette époque-là ils n'étaient que 4 associés donc pour pouvoir choisir le logiciel et n'ayant pas forcément trouvé de logiciel qui correspondait à tout le monde celui-ci paraissait le plus adapté. Comme ils doivent le payer forcément le logiciel on a pris l'avis de tous ceux qui devaient participer à la location de ce logiciel.

ML : C'est une licence à l'année le logiciel ? Tous les ans vous devez renouveler un abonnement ?

F : C'est ça !

ML : C'est combien la licence à l'année ?

F : En fait tout dépend de l'utilisation du logiciel. Donc pour tous ceux qui vont juste faire de l'information ils vont en avoir pour 500 euros à l'année et ceux qui vont vraiment l'utiliser pour les actes, absolument pour tous, on arrive sur du 1 400 euros.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du coût d'une MSP ?

F : Alors euh... ouf. Il fallait me le dire avant car j'aurais fait mes calculs (*rires*). Car de tête... Euh...

ML : Après c'est dans le sens d'une MSP qui est déjà en ordre de marche comme la vôtre, savoir s'il y a des remontées comme quoi le coût pour un PDS au sein d'une MSP est trop important ?

F : On va dire qu'on tourne à peu près à 50 000 euros de frais annuels et absolument tout compris hein : les salaires, euh les charges de chauffage, l'entretien du matériel pour la femme de ménage, du SAS de l'entrée, l'assurance des locaux euh... voilà et les loyers car les locaux ne nous appartiennent pas donc on a un loyer à payer. Donc tout compris il me semble qu'on est à plus ou moins 50 000 euros à l'année.

ML : A qui appartiennent les locaux ?

F : A la communauté de communes. C'est un regroupement de communes qui sont propriétaires du bâtiment et nous on paye un loyer.

ML : Quand je parle du coût financier, avez-vous déjà eu des remontées de la PDS comme quoi exercer au sein d'une MSP était trop coûteux pour eux ou trop important financièrement pour eux ?

F : Alors oui dans le sens où par exemple... fin tous les PDS qui sont ici ont travaillé dans le libéral auparavant

dans leur propre cabinet. Ils n'ont pas vu de différences de charges et peut-être même voire un peu plus pour certains. Et ils ont bien vu en effet que si ils n'avaient pas les aides de l'ARS ou de la caisse d'assurance maladie ils ne seraient pas restés car finalement c'était plus cher pour eux. Même si la qualité de vie au quotidien est meilleure puisqu'en ayant des secrétaires, en ayant un leader et qui gère tout ce qui est facturation et compagnie, cela leur fait gagner du temps et du confort de vie. Car quand ils finissent leurs consultations ils peuvent vraiment se dire on rentre à la maison et on fait la petite comptabilité. Donc cela c'est plutôt agréable mais les charges sont quand mêmes plus importantes qu'un cabinet libéral.

ML : Avez-vous déjà constaté des départs pour cette problématique du coût ?

F : Non non... ça alors... alors après c'est vrai que si on avait dû perdre les aides là je ne garantis pas. Je ne garantis pas qu'on n'aurait pas perdu de PDS... par exemple pour le kiné cela aurait été trop lourd à porter pour lui au niveau des charges et les infirmiers ce n'est pas gagné non plus. C'est vrai que cela serait catastrophique pour la maison de santé si on ne devait plus avoir les aides financières.

ML : Les aides financières par l'ARS ou la CPAM c'est un contrat pour 5 ans ?

F : C'est tous les ans. Tous les ans en fait on reconstitue un dossier. En fait c'est un contrat où on s'engage à donner un service à la population et les maisons de santé sont créées pour cela pour répondre à ce besoin et on a un rôle à jouer là-dedans. Si on ne répond pas, si on ne rentre pas dans un critère de réponse positive, l'ARS et la sécu a entièrement le droit de dire « bah non je ne vous subventionne plus car aujourd'hui on se rend compte que votre projet de santé n'est pas abouti, n'est pas validé, que vous ne donnez pas de réponse à la population ». Si demain on venait à dire « bah on ne prend plus de nouveau patient » ou je ne sais pas « on ne s'investit pas dans la vaccination ou la protection de la population » évidemment là cela poserait un problème et on est hors cadre. Le but du jeu il est là : la maison de santé elle est là pour donner un service si on ne le rend plus évidemment eux ils ne nous suivront plus c'est sûr.

ML : Pensez-vous que les PDS rejoignent une MSP plus par sentiment de gagner en qualité de vite notamment par la permanence, la continuité des soins, travailler en équipe et l'aspect convivial plus que sur l'aspect financier ?

F : Alors là justement on a eu des touches par des PDS extérieurs qui sont venus voir et visiter la maison de santé. Au départ ils viennent en se disant on va payer moins de charges. En gros c'est cela, ce qui les attire c'est « ah c'est peut-être intéressant je vais peut-être payer moins cher je vais peut-être mieux gagner ma vie ». Et finalement quand ils ressortent ils disent « bah en fait la qualité elle n'est pas au niveau financier, la qualité elle est au niveau relations humaines ». Et c'est cela qui ressort à chaque fois, ils ont ce retour de dire « oui en effet, ah oui c'est cela, j'ai une femme de ménage qui vient nettoyer mon bureau, j'ai ma

secrétaire qui gère mes rendez-vous, j'ai le leader et le CDS qui gèrent tout ce qui est paperasserie, ce qui veut dire que le soir en effet je peux rentrer chez moi, je n'ai pas mon bureau à nettoyer, je n'ai pas les factures à envoyer pour payer l'assurance du bâtiment » donc ils se disent « ah cela dégage du temps donc si je veux mettre plus de consultations et donc finalement augmenter mon pouvoir d'achat ». Mais oui en premier lieu ils viennent en se disant on va peut-être payer moins de frais ce qui n'est peut-être pas forcément vrai. Cela on leur dit. Si vous venez si vous rejoignez l'équipe ce n'est pas pour faire un coup financier mais c'est pour mieux vivre au quotidien et avoir en effet ce sentiment d'être moins seul dans cabinet et d'avoir des journées moins longues (*rires*).

ML : Privilégier la qualité de vie au final ?

F : C'est cela c'est la qualité de vie qui prime. Et là on a beaucoup beaucoup de demandes et c'est pour cela qu'on essaye d'agrandir la maison de santé car il y a des gens qui sont intéressés et il y a de la demande ! Ce n'est pas assez grand pour tous les recevoir (*rires*) !

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de la relation entre les PDS externes à la MSP et les PDS de la MSP ?

F : Alors bah on nous on a de bonnes relations avec l'autre cabinet infirmier qui travaille sur la ville par exemple mais qui n'est pas rattaché à la maison de santé. Donc ils viennent aussi bien facilement à la maison de santé que n'importe qui quand il y a un problème bah ils viennent nous voir directement. On arrive quand même à créer du lien avec les cabinets extérieurs et puis les autres spécialités aussi.

ML : Vous retrouvez une notion de concurrence ?

F : Il y a eu cette crainte quand même. Il y a eu cette crainte au début où cela a ouvert... bah de perdre des patients car on ne rentre pas dans la structure, parce que pour le coup eux n'aimaient pas le travail en équipe, ils savaient très bien que cela ne collerait pas car ils voulaient rester vraiment indépendants et ne voulaient pas avoir ce lien pluri-professionnel. Et puis au fur et à mesure ils se sont rendus compte qu'on n'en faisait pas (*de la concurrence*) et donc ils viennent nous voir mais cela reste vraiment dans le cadre pour « un patient » et pour les projets euh... on va dire comme pour le projet saisonnier comme le dépistage du diabète il n'y a pas forcément de lien avec nous, ils font leur petit boulot et c'était leur choix. Sinon nous on était ouvert à faire un partenariat il n'y avait pas de souci.

ML : Ils viennent donc plus pour un patient qui est suivi en commun au sein de la maison de santé et s'ils ont un souci avec ?

F : C'est cela !

ML : J'imagine que vous les accueillez bien quand c'est comme ça, il n'y a pas de notion de concurrence ?

F : Oui oui on les accueille bien (*rires*) ! On n'est pas là-dedans. On a du boulot pour tout le monde il n'y a pas de souci.

ML : Comment se passent les relations entre la MSP et les instances régulatrices type ARS ou CPAM ?

F : Les relations se passent plutôt bien. Bon il n'y a pas forcément de relations à dire euh régulières. C'est plus en fin d'année en fait où on va communiquer parce qu'eux ils veulent leur compte-rendu sur le projet et sur les activités. Mais sinon il n'y a pas de souci. Après si on a une question on les appelle et ils sont disponibles soit par mail ou soit par téléphone. On a notre attaché référent à l'ARS et également un attaché référent à la caisse d'assurance maladie. Donc on sait qui appeler il n'y a pas la question. Et ils savent qui nous sommes. Ils viennent nous voir ici pour nous rencontrer donc quand on a une communication avec eux on sait qui on en face de nous. La relation est bonne mais même si elle est rare elle est bonne !

ML : Ils ne sont pas là pour vous mettre des bâtons dans les roues ?

F : Au contraire ! Quand on a des questions ils sont là pour nous aider et nous aiguiller. Cela a toujours été quelque chose de bénéfique mais jamais problématique. On n'a jamais eu de retour « oh la la mais dis donc » (*rires*). Non cela va ils ont toujours été oui un soutien. Sauf la période où on s'est retrouvé en effet à n'avoir plus qu'un seul médecin généraliste sur la structure ce qui est un problème la maison de santé ne peut exister que si il y a deux médecins généralistes minimum et là on en avait plus que un. On ne trouvait pas de médecin euh de jeune médecin qui voulait s'installer. Donc cela a été problématique. Ils nous ont accordé malgré toute la continuité des subventions mais avec une date butoir. Ils nous ont dit « si vous n'avez pas le deuxième on ne pourra plus vous aider et cela sera terminé ». Et là pour le coup on s'est dit « oula c'est chaud parce que si on a plus d'aides c'est comme je vous disais tout à l'heure-là la structure elle coule ». Là on sait que cela appartient parce que les charges ne pourront pas être tenues par PDS. C'est juste là où on s'est senti seuls au monde. Parce qu'on n'avait pas non plus forcément d'aides dans la recherche des médecins. On nous a dit « il faut en trouver un » mais par contre ils ne nous ont pas dit « on va vous aider à en chercher un » mais plutôt « vous, vous devez trouver un médecin ».

ML : Comme si c'était facile de trouver un médecin et que c'était vous qui ne vous « activez » pas dans la recherche d'un nouveau médecin ?

F : Alors qu'ils savent très bien que ce n'est pas le cas. C'était une sacrée galère. Mais bon là ça y est. On a notre deuxième médecin donc tout va bien et on espère bientôt en avoir un troisième mais c'est encore autre chose.

Menaces

ML : Vous bénéficiez donc de l'ACI. Quels sont les avantages liés à la signature de l'ACI ?

F : Financiers clairement ! De pouvoir alléger la charge c'est cela. Elles sont vraiment là. Et également aussi de pouvoir... bah là on avait ce projet de sage-femme sur la structure, bah de pouvoir lui dire on va pouvoir vous aider pour l'installation et pouvoir vous aider peut-être pour l'achat de matériel. En effet on a le droit à des subventions quand on a des achats, comme là l'appareil d'échographe nous seuls cela serait compliqué d'investir. Mais quand c'est pour amener justement un service à la population parce que prendre un rendez-vous pour une échographie pour parfois mimétisme « bah oui il faut contrôler par une échographie » bah il faut prendre un rendez-vous à l'extérieur et puis revoir le praticien, que ce soit le médecin ou la sage-femme, bah c'est du temps encore qui passe et le fait de pouvoir amener ce service à la maison de santé et de le faire sur place c'est quelque chose qui est gratifiant et un gain de temps de fou pour le patient. Cela c'est vrai que le fait d'avoir ces ACI et ces aides de l'ARS et de la CPAM cela permet d'avoir de supers projets. Et d'avoir du coup un bon retour de la part de nos patients « ah bah c'est génial » car par exemple là on fait des ECG sur place et c'est quelque chose de super pour eux ils n'ont pas besoin de prendre chez un cardiologue avec 6 mois d'attente pour avoir un rendez-vous ». Et après on fait lire l'ECG par un cardiologue en télémedecine. C'est bien organisé et donc c'est encore une fois un sacré service à la population.

ML : L'ACI a un aspect facilitateur pour mettre en place de nouveaux projets pour la population ?

F : C'est cela. Car mettre en place des nouveaux services c'est « on a les idées mais on n'a pas forcément les moyens ». Car là si on a l'ACI on a plus facilement les moyens donc on a des projets qui peuvent se mettre en place.

ML : Quels sont les inconvénients liés à la signature de l'ACI ?

F : Le temps et le travail que cela nous amène : à faire les compte-rendus, à avancer ce que l'on a fait, à prouver ce que l'on a fait, à ne pas oublier de noter ce que l'on a fait pour prouver que nous sommes dans les clous. Cela c'est du temps en fin de compte... du temps de preuve. Clairement c'est cela c'est amener les preuves. C'est juste cela. Donc ce n'est pas dramatique en soi.

ML : J'imagine que c'est plus votre rôle de rédiger les rapports d'activité ?

F : Oui oui c'est cela (*rires*). Pour le coup cela me prend beaucoup plus de temps en fin d'année. Là on va arriver sur la période où je vais clairement me remettre dans les dossiers et voir ce qui a été frappé car parfois c'est juste recopié et manuscrit donc il faut remettre au propre le compte-rendu et euh c'est du temps en plus et c'est là qu'on arrive sur des journées où on a une tendance à avoir une charge de travail supplémentaire

pour pouvoir être en temps et en heure et rendre le dossier de l'année en cours.

ML : Votre MSP bénéficie-t-elle de financements externes autres que l'ACI ?

F : Non. On a eu des aides du conseil général mais pour la construction donc là c'est plus la CCPM qui en a bénéficié mais euh... non nous c'est juste... fin juste euh c'est l'ACI et la caisse d'assurance maladie qui nous aident car sinon les communautés de communes peuvent parfois faire un geste mais elles ont besoin parfois d'avoir un retour et un loyer ce qui se comprend aussi.

ML : Vous le disiez tout à l'heure mais vous avez vraiment besoin de cet ACI pour mener à bien votre projet de santé ?

F : Pour faire tourner la maison de santé oui !

ML : Vous venez d'en parler à l'instant. Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de PDS et plus particulièrement de médecins généralistes au sein d'une MSP ?

F : Alors nous on a la chance d'avoir euh un médecin euh qui est formateur. Donc il prend des stagiaires. Au départ c'était des externes mais maintenant c'est des internes et des SASPAS. Donc l'avantage c'est que cela permet d'ouvrir la maison de santé à de futurs médecins qui voudraient peut-être plus tard vouloir s'installer. Et quand bien même eux ne veulent pas s'installer ils en parlent à leur promo « ah finalement c'est la campagne mais on est vachement bien là-bas il y a une superbe ambiance, la structure est belle et bien adaptée, c'est propre, c'est équipé et puis on n'est pas tout seul dans le cabinet ». Donc c'est cela qui aide à recruter aussi et c'est aussi comme cela qu'on a réussi à recruter un deuxième médecin d'ailleurs. Elle était du coup venue travailler chez nous en tant qu'assistante sur un contrat d'assistantat donc juste euh deux jours par semaine et elle devait s'installer sur une *grande ville A* et finalement bah non. Elle fait donc tous les jours la route depuis la *grande ville A* pour venir travailler avec nous et elle a une heure de route. Elle préfère travailler ici car justement il y a ce contexte d'équipe et de bienveillance et quand il y a une situation un peu relou il y a possibilité de (*soufflement*) et d'en parler à un confrère et d'avoir ce côté esprit d'équipe.

ML : Vous avez eu des difficultés à un moment pour recruter un nouveau médecin généraliste ?

F : Oui parce que notre zone n'attire pas. On est vraiment dans la campagne et on est à trois quarts d'heure de route d'une grande ville. Donc c'est vrai que ceux qui ont fait leurs études ils sont dans une grande ville donc ils sont soit sur la *grande ville A* ou la *grande ville B* et ils sont habitués à avoir tout à portée de mains et cela ne donne pas envie de venir s'installer en campagne. C'est vrai que c'est compliqué de les faire venir mais une fois qu'ils viennent ils se rendent compte que ce n'est pas si mal que cela et la maison de santé c'est un beau projet. Et cela vraiment c'est le retour que l'on a « ah c'est sympa finalement de bosser

comme cela ». Ils sentent le côté agréable au quotidien.

ML : Malheureusement c'est l'implantation géographique qui coince ?

F : C'est cela.

ML : Mais il n'y a pas de doute sur l'attrait en lui-même de la maison de santé avec les locaux récents et l'esprit pluri-professionnel ?

F : C'est cela. Et pour un jeune c'est quand même plus sympa d'être à plusieurs que de se retrouver tout seul dans un cabinet à faire sa petite journée. Ce n'est pas ce qui donne envie. Aujourd'hui ils ont besoin de travailler en équipe, d'être plusieurs et de se dire « bah aujourd'hui je termine à 20H et demain c'est toi ». Donc ils ont la possibilité fin la facilité d'avoir une vie de famille : allier travail et vie de famille. Et cela avec le travail à plusieurs c'est évidemment plus simple. Ils s'arrangent entre eux.

ML : Malgré les incitations financières à l'installation cela ne pallie pas les difficultés du recrutement ?

F : Oui en effet on a eu un médecin qui hésitait parce qu'elle avait eu un contrat, elle avait eu justement trois ans c'est ça où elle avait des aides financières et elle devait s'engager au bout de ces trois ans sur une zone on va dire sinistrée. Cela en effet bah du coup ils hésitent. Et nous en effet pendant un certain temps on a été pénalisé car on n'était pas référencé dans une zone sinistrée ce qui est assez improbable parce que malheureusement la carte géographique n'est pas mise à jour régulièrement. Si bien qu'au moment du départ à la retraite du médecin généraliste on était encore en zone non déficitaire alors qu'il y avait eu des départs en retraite assez astronomiques aux alentours et non remplacés. On s'est donc retrouvé vraiment avec une patientèle avec 15km sur la ronde qui n'avait pas de médecins. Et on ne se rend pas compte mais 15km à la ronde cela fait beaucoup. A cette époque-là on avait quand même... euh je crois qu'en 2 ans on a eu 5 médecins qui sont partis à la retraite et non remplacés pour une moyenne de 1 500 patients par médecin voilà... Cela a été compliqué et on ne comprenait pas qu'on ne puisse pas avoir cette aide et justement attirer de jeunes médecins qui puissent avoir leur prêt et venir travailler en structure type maison de santé. Maintenant ça y est c'est possible donc on a déjà plus d'intérêts pour eux.

ML : Le fait de ne plus avoir de médecins au sein de votre maison de santé cela aurait pu menacer votre maison de santé ?

F : Cela l'a été en effet. Puisque c'est une obligation légale d'avoir deux médecins généralistes au minimum... deux médecins et un paramédical. Cela c'est la base de la MSP et s'il n'y a pas cette base là on sort du cadre et donc on sort de toute aide (*financière*) et contenir une maison de santé bah cela devient compliqué.

ML : Qu'est ce qui pourrait menacer la pérennité d'une maison de santé selon vous ?

F : En dehors du financement cela va être la cohésion clairement. Car vous allez être dans un bâtiment où tout le monde se croise. Et avoir des personnes qui ne peuvent plus travailler ensemble cela veut dire la fin de projets. Et bah la fin du projet on ne rentre plus voilà... ce n'est pas l'avenir d'une maison de santé et il faut qu'on puisse être sur la même longueur d'onde, il faut que l'on puisse échanger entre les PDS. Il faut que le patient se sente bien vraiment aussi car si il sent de la tension entre les praticiens bah on a beau dire le patient il ressent tout cela et il n'apprécie pas. Et nous c'est vrai qu'on a la chance malgré le fait d'avoir parfois des difficultés parce qu'on est surbooké bah le patient il dit « non non on vient ici, on veut rester ici, on ne changera jamais de secteur, on est bien là ». On a beaucoup d'arrivants des communes aux alentours fin des jeunes parents qui viennent en disant « ah on ne pensait pas trouver une maison de santé en arrivant ici c'est génial ». Voilà on a donc des très bons retours. Moi je pense qu'en dehors du côté financier c'est vraiment l'importance de construire l'équipe. Il faut vraiment qu'il y ait une base en fait, après si tout le monde ne s'entend pas c'est pas grave, mais il faut que la base des associés soit vraiment en cohésion. Cela c'est hyper important sinon cela n'ira pas, il y en aura toujours un qui dira juste pour emmerder l'autre « ah non cela c'est nul je n'en veux pas ». Et on n'avance pas et cela freine plein de projets et après cela crée de la tension et ce n'est pas agréable. Les professionnels vont alors travailler ailleurs car « là je n'avance à rien » et c'est là le risque.

ML : C'est là qu'il y a une hémorragie de départs ?

F : C'est cela et ce n'est pas cela que l'on veut !

Fin de l'enregistrement

g) Entretien G

Le 01/10/21 à 9h30.

Durée de l'entretien : 39 minutes 35 secondes.

Début de l'enregistrement

Recueil des données socio-démographiques du
Coordinateur de Santé

**ML : Pouvez-vous m'indiquer votre âge s'il vous
plaît ?**

G : 40 ans.

ML : Quelle est votre formation initiale ?

G : Je suis diététicienne. Bah diplômée depuis 2002 avec euh pas mal d'expérience. Euh voilà des études sur les comportements alimentaires, des remplacements dans des cliniques. Euh je travaille aussi pour la présentation de produits industriels. Euh voilà et après je me suis installée en libéral.

**ML : Quelle est votre formation pour devenir
Coordinatrice De Santé (CDS) ?**

G : Bah j'ai fait la formation PACTE avec euh l'EHSP. Voilà j'ai été diplômée au mois d'Avril. On va dire que j'ai commencé euh... en fait on est une nouvelle structure fin une nouvelle MSP. Donc la formation elle est tombée évidemment pile poil au bon moment parce que on était un petit peu perdu avec la création de la SISA, les ACI, fin voilà c'étaient des nouveaux mots pour nous tous. Et puis voilà on a eu l'opportunité de nous proposer cette formation parce que je venais de... en fait je travaillais aussi en libéral et puis dans un centre d'addictologie. Et voilà il a fermé ses portes (le centre d'addictologie) donc j'avais un petit peu de temps libre et c'est arrivé au bon moment cette formation-là. Après je m'étais pas mal investie à la présentation de la labellisation devant le jury de l'ARS donc euh voilà. C'est comme cela que je suis arrivée à faire cette fonction de CDS.

**ML : Depuis combien de temps vous effectuez
alors cette fonction de CDS ?**

G : Du coup euh ... comment l'expliquer ? Bah la formation j'ai commencé à vraiment... à vraiment pendant la formation prendre le rôle de CDS au sein de la maison de santé. Cela a permis de répondre à pas mal de questions que les Professionnels De Santé (PDS) se posaient quoi et la mise en place du projet de santé et tout ça... les protocoles... donc voilà.

**ML : Vous exercerez donc à la fois votre poste de
diététicienne et votre poste de CDS ?**

G : Oui c'est cela.

**ML : Vous n'êtes que sur une seule Maison de
Santé Pluri-Professionnelle (MSP)**

G : Alors oui. Euh là en fait je fais le rôle de CDS mais euh là justement le problème qu'il y a c'est par rapport au problème du salaire que l'on verse au CDS justement. Moi on attend les ACI. On vient tout juste de les avoir. Cela a mis un peu de temps. Donc là c'est vraiment une difficulté que l'on peut rencontrer au tout début, au démarrage, quand on démarre une maison de santé et qu'il n'y a pas de coordinateur, comment financer, tout cela franchement ouais... Je vais être contente d'avoir un petit salaire là par rapport à tout ce que je fais.

**ML : Sans ACI vous n'auriez pas de salaire vis-à-
vis de votre rôle de CDS ?**

G : Bah non-apriori cela reste une charge aux PDS je pense. Je pense que cela ne serait pas possible je pense pour eux.

ML : Où est située votre MSP ?

G : Alors pour le moment nous sommes en MSP éclatée avec un projet immobilier en cours. On part en portage public donc avec des subventions du département et de la région. Euh ce qui fait que cela prend pas mal de temps. Donc au début le projet on partait sur 2021 et là on arrive en 2023. Donc cela repousse un petit peu le choix du terrain les subventions. Euh voilà on est aussi tributaire de la *commune A* car cela va se faire sur la *commune A*. Et voilà pour le moment on est une MSP éclatée et on a chacun nos cabinets sur la *commune B*, la *commune A* et la *commune C*.

ML : C'est une activité plutôt rurale alors ?

G : Oui c'est cela !

Forces

**ML : Quels sont les avantages pour un PDS à
exercer au sein d'une MSP ?**

G : Bah déjà c'est de ne pas bosser seul dans son coin. Cela permet vraiment aux PDS de s'enrichir des autres compétences de chacun dans leur domaine particulier. Voilà je ne suis pas infirmière donc des fois au niveau des traitements je ne sais pas tout donc voilà on peut facilement poser des questions et avoir des réponses rapides aussi. Voilà pour la prise en charge aussi des patients c'est important. Quand on fait des RCP et quand on se réunit euh même pour le patient c'est important, que cela soit pour nous mais aussi pour le patient c'est important parce que voilà il se sent soutenu par plusieurs PDS et il sait que l'on fait attention à lui, qu'on va le prendre en charge, on va essayer d'améliorer son état de santé.

**ML : Quelles Nouvelles Formes d'Exercice (NFE)
vous avez mis en place au sein de la MSP ?**

G : Bah on s'est formé à l'Éducation Thérapeutique Patient (ETP). On s'est formé à l'ETP diabète. Et là on se forme à l'ETP pour la BPCO (Broncho-Pneumopathie Obstructive Chronique) et à l'obésité de l'enfant aussi. Donc euh voilà c'est plutôt pas mal. Cela c'est plutôt nouveau dans notre exercice ouais.

ML : **Cela apporte de la nouveauté dans la pratique des PDS ?**

G : Ouais ouais. Après qu'est-ce qu'il y a d'autre en plus ? La prévention aussi. Là on va participer à « Octobre Rose ». C'est peut-être des choses que... Bah moi j'en faisais déjà un petit peu de mon côté mais pas tous les PDS. Et euh là de faire des petites animations de prévention que cela soit « Octobre Rose » ou le « Mois sans Tabac » cela aussi c'est bien cela permet de... bah d'être plus au contact des patients mais d'une autre façon en fait. C'est plus ludique pour eux et ce n'est pas la même relation que lors d'une consultation.

ML : **C'est moins un aspect médical ?**

G : Oui oui...

ML : **Qui exerce le rôle de leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?**

G : C'est une infirmière c'est *madame A*. En fait c'est un petit peu elle qui est à l'origine du projet de MSP car elle recherchait un local. Et voilà en parlant avec le maire de la *commune A* on est arrivé à être mis en relation avec les médecins qui nous ont proposé de nous aider à nous regrouper et de monter ce projet de MSP.

ML : **C'était en quelle année ce projet de regroupement ?**

G : C'était en 2019. En fait on a été labellisé en 2019. Ouais donc voilà... cela passe quand même vite.

ML : **Et j'imagine qu'il y a aussi le contexte sanitaire qui n'a pas aidé ?**

G : Ah oui aussi ! Cela a mis un petit peu tout à l'arrêt.

ML : **Quel est l'apport du rôle du leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?**

G : Euh bah je pense que... vraiment un rôle d'écoute. S'il y a un souci ce n'est pas forcément vers le CDS qu'on va aller mais c'est plus vers le leader. De motivation aussi des fois car parfois je lance des *Sondages en Ligne* pour qu'ils répondent et ils ne répondent pas. Donc des fois elle met un petit message sur *Application de Message X* « *n'oubliez pas il y a le Sondage en Ligne à répondre* » donc ils vont répondre plus facilement. Elle arrive à relancer en fait choses en plus de moi ouais (*rires*).

Opportunités

ML : **En quoi consiste votre rôle de CDS ?**

G : Euh bah... (*rires*) il y a beaucoup de choses ! C'est vraiment d'essayer de par exemple si l'on veut mettre en place un protocole bah d'organiser la réunion, de rédiger le protocole, de trouver les partenaires, de les contacter. Euh là « Octobre Rose » bah c'est aussi de contacter les partenaires bah on a une association de patients qui va être avec nous pour cette animation. C'est trouver oui plein de choses. Ramener les affiches pour décorer les cabinets. Qu'est-ce qu'il y a encore d'autre ? Organiser tout cela quoi. Qui veut faire quoi et comment, pourquoi... c'est plein de choses comme cela ouais. Il y a aussi le dossier ACI qui prend aussi une grande partie du temps (*rires*). Regrouper tous les documents savoir s'ils ont eu des stagiaires ? Réactualiser les protocoles fin s'occuper de tout cela si le protocole est bien mis en place et qu'il fonctionne bien. Toutes des petites choses comme cela ce qu'il faut faire en plus ouais.

ML : **Vous y consacrez combien d'heures par semaine dans votre emploi du temps ?**

G : C'est... assez quand même pas mal. En fait c'est compliqué à définir vraiment le temps passé dessus. Parfois cela peut juste être un message envoyé sur l'heure du midi, c'est envoyer un message entre deux consultations, euh donc c'est... je dirais on arrive quand même facilement à 6-8 heures par semaine facile. Des fois cela peut être plus et des fois cela peut-être un peu moins mais euh ouais. Donc vraiment je n'ai jamais vraiment calculé.

ML : **Cela n'est pas trop compliqué de combiner votre profession de diététicienne à ce poste de CDS ?**

G : Cela dépend un petit peu des périodes. J'ai des périodes un peu plus creuses l'été ou au moment de Noël donc là cela va. Après c'est vrai que bah cela va encore. J'essaye de garder encore une demi-journée de disponibilité facile ouais.

ML : **Comment se passent vos relations avec les PDS et notamment leur accueil vis-à-vis de votre rôle ?**

G : Bah cela se passe hyper-bien. Je n'ai pas de remarque. Euh on ne m'a jamais crié dessus ou de choses comme cela (*rires*). Donc non non cela se passe bien. Et je pense même qu'ils sont contents que je sois là car cela serait compliqué de répartir toutes ces tâches « *bah toi tu fais ça, toi tu fais ça et toi tu fais ça* » et après tout regrouper. Et c'est vrai qu'au moins quand ils ont quelque chose à me transmettre et moi après aux réunions bah je regroupe tout et puis on en discute et tout est mis en commun donc je pense que c'est mieux oui !

ML : **Vous pensez que par votre rôle c'est plus facile de répartir les tâches, de savoir qui fait quoi et que vous ensuite vous coordonnez l'ensemble ?**

G : Bah oui et après je pense qu'ils n'auraient pas le temps de préparer les réunions. C'est aussi beaucoup de la rédaction de faire les protocoles, les RCP, d'organiser... donc c'est du travail que les PDS n'ont

peut-être pas le temps de faire, ne trouvent pas le temps à consacrer.

ML : C'est donc vraiment une aide supplémentaire pour les PDS où vous vous disposez de temps pour prendre en charge ces différentes tâches ?

G : Oui c'est cela. Après moi c'est de mettre de la dynamique aussi au sein de l'équipe quoi. Il faut peut-être parfois les relancer et les motiver quoi. Parce-que des fois ils se disent « *bah c'est trop de travail et je n'ai pas le temps pour cela* ». Donc euh ouais si nous on n'est pas là pour dire « *bah moi je peux faire cela donc voilà vous n'avez pas grand-chose à faire de ce fait là* » et du coup cela passe mieux.

ML : Vous montrez donc que c'est possible et qu'à plusieurs on peut y arriver.

G : C'est cela ouais (*rires*) !

ML : Comment se passent vos relations avec le leader de l'équipe pluri-professionnelle ?

G : Bah cela se passe super bien. On s'appelle assez régulièrement. On s'envoie des petits messages. Donc voilà j'ai déjà pu le dire toute à l'heure mais elle me soutient aussi un petit peu. Elle relance des fois quand elle voit que cela n'avance pas. Donc ouais cela se passe très très bien ouais.

ML : C'est un binôme important leader et CDS au sein d'une MSP ?

G : Oui parce que cela permet aussi de, par rapport aux prises de décisions, des fois où j'ai envie de dire les choses, elle me dit « *non non il faudrait le dire autrement ou d'une autre façon* » cela passerait mieux. On est là à deux pour essayer de bien conduire tout cela (*rires*).

ML : Quand vous prenez des décisions par rapport au projet de santé, par rapport à la maison de santé en elle-même, ce sont des décisions collectives ?

G : Oui toujours. On prend toujours tout en collectif euh que cela soit pour acheter quelque chose par exemple un paperboard ou que ce soit pour euh la création de la SISA, pour les ACI, tout ça ouais... tout est dit en réunion et il y a un compte-rendu de réunion à chaque fois donc les personnes absentes elles ont un compte-rendu de réunion. Non non c'est vraiment d'égal à égal quoi. Il n'y a pas de différence même que cela soit entre les médecins ou les autres PDS, les paramédicaux on reste vraiment d'égal à égal. Il n'y a personne qui a plus de voix ou plus d'importance dans sa réponse. C'est vraiment d'égal à égal.

Faiblesses

ML : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant que CDS ?

G : Euh bah comme j'ai dit tout à l'heure c'est pour le salaire. Euh c'est vraiment compliqué. Là on a eu l'annonce des ACI mais on ne sait pas trop à quoi cela

correspond. Donc on a la dame de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui va venir nous expliquer un petit peu. Moi c'est cela que je rencontre là en ce moment comme difficulté.

Euh après c'est des fois motiver mon équipe. Des fois je ne les sens pas très investis. C'est vrai qu'après c'est aussi un autre mode de fonctionnement comme on peut savoir, on a plus l'habitude en fait de travailler tout seul et là il faut bosser un peu plus ensemble. Des fois ouais ce n'est pas facile pour eux aussi je pense.

ML : Comment cela se fait qu'ils ne sont pas motivés ?

G : Je pense que c'est parce qu'ils ont pas mal de travail à côté et je pense qu'ils ont peur d'avoir des charges, des choses à faire en plus.

ML : Vous en avez déjà échangé avec eux, le fait que cette « charge de travail supplémentaire », comme vous le disiez il y a quelques minutes, que vous pouviez les aider à pallier ce travail supplémentaire grâce à votre rôle de CDS et grâce à votre aide ?

G : Euh... on n'en a pas... je pense qu'on n'en a pas forcément parlé tous ensemble de cela. Mais c'est que je ressens quoi ouais...

ML : Quelles sont les difficultés rencontrées selon vous par le leader de l'équipe pluri-professionnel ?

G : Alors là... bah je pense que là les plus gros problèmes que l'on rencontre c'est par rapport au projet immobilier. A chaque fois cela prend du temps, cela recule, il y a toujours quelque chose qui arrive en plus. Je pense que c'est plus cela le problème en ce moment qu'elle peut rencontrer. Parce qu'elle est plus en relation avec la mairie de la commune A donc euh voilà... je ne sais pas. Peut-être que se dire d'être leader cela met de la pression aussi. Euh se dire que si le projet il n'aboutit pas ou si on ne se met pas en coordination tout cela peut lui mettre une pression.

ML : Dans le sens où elle serait responsable si cela n'aboutissait pas ?

G : Ouais ouais.

ML : C'est toujours la même personne qui exerce le rôle du leader actuellement ?

G : Pour le moment oui.

ML : Avez-vous déjà perçu un épuisement de la part du leader ?

G : Euh oui (*rires*) ! Oui oui... il y a un moment elle était en arrêt de travail et on ne sait pas trop pourquoi mais du coup euh j'ai essayé de gérer quand elle était absente euh voilà pour la laisser tranquille. Après elle est revenue. Du coup je ne sais pas si c'est plus personnel ou si c'est la charge de travail qui fait qu'elle était en arrêt.

ML : Il n'y avait personne en attendant, parmi les autres professionnels de santé, qui voulait prendre le relai ?

G : Euh non non...

ML : Comment se déroule l'organisation de l'activité de coordination au sein de la MSP ?

G : Bah euh comme on est en MSP éclatée cela est un peu difficile quoi du coup de... c'est beaucoup des « Whatsapp ». Pendant les réunions et après je travaille aussi depuis chez moi ou depuis mon cabinet. J'essaye de transmettre les informations par mail. Je fais des Doodle. Je fais des choses comme cela.

ML : Vous vous voyez physiquement quand vous faites des RCP c'est physiquement ou c'est plutôt à distance via des réunions informatiques ?

G : Bah pendant le Covid c'est plus en visio et là on commence à refaire des petites réunions ensemble.

ML : J'imagine que par la suite, une fois dans vos locaux, vous organiserez des RCP tous ensemble de façon régulière ?

G : Oui c'est vrai qu'il faut ce projet immobilier parce qu'il faut que... parce que cela sera beaucoup plus simple pour travailler en coordination et transmettre les informations. Ouais je pense que cela va être beaucoup plus simple ouais.

ML : Vous avez du coup un rythme d'une RCP mensuelle avec l'ensemble des PDS ?

G : Oui on fait une réunion par mois déjà pour parler de tous les points. Cela peut-être le projet immobilier, cela peut-être la SISA, les ACI, euh les protocoles, là en ce moment c'est « Octobre Rose », l'ETP aussi... donc voilà on fait une réunion une fois par mois pour parler de tout ce qui se passe, de tout ce qui est à faire ou tout ce qui a été fait, les avancées et tout ça. Après on organise à côté les RCP ou les protocoles.

ML : Quand vous effectuez ces RCP le taux de participation est bon parmi les PDS ?

G : Ouais souvent on est 4-5 facilement ouais.

ML : Y-at-il de l'essoufflement de la part des PDS dans la participation à ces réunions ?

G : Le problème que l'on rencontre c'est de leur dire... bah chaque fois on essaye de rappeler « *si vous avez des patients pour une RCP cela serait sympa de le faire n'hésitez pas* ». On essaye de relancer justement. Ils doivent en avoir mais ils n'y pensent pas forcément. Ouais c'est plus cela le problème que l'on rencontre. Car il nous faut aussi quand même 6 RCP par an par rapport aux ACI et du coup il faut relancer, relancer et relancer... (*rires*).

ML : Cela doit-être fatigant de relancer à chaque fois l'équipe ?

G : Bah ouais ouais. Bah après c'est parce qu'il y a eu le Covid donc il a fallu relancer tout le monde. Après il y a eu les congés d'été donc là il faut aussi les relancer. Donc voilà c'est des petites périodes comme cela ouais...

ML : Quelles difficultés remontent les PDS au sujet de l'activité de coordination ?

G : Ils ne me remontent pas vraiment de difficultés. Non non...

ML : Est-ce que vous utilisez un Logiciel Pluri-Professionnel (LP) ?

G : Oui là il est installé chez les médecins et il est en train d'être installé chez les paramédicaux. C'est le logiciel X.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'utilisation du LP ?

G : Bah là il est uniquement utilisé par deux médecins qui l'ont installé. Je pense que là ils l'ont bien pris en main. Pour le moment non ils ne remontent pas de difficultés. Mais il faudrait que l'on retravaille là-dessus. On va justement travailler là-dessus. La FEMAS nous avait dit qu'il y avait une petite formation pour le codage tout ça, pour essayer d'optimiser un peu l'utilisation du logiciel donc comme c'est tout nouveau on va essayer de faire cette formation là pour essayer de vraiment bien démarrer avec le logiciel mais pour l'instant on n'a pas encore beaucoup de questions là-dessus.

ML : C'est plutôt encore une phase de découverte et l'objectif d'avoir une formation initiale pour que chaque PDS ait les bases ?

G : Ouais ouais ...

ML : A terme c'est prévu que cela soit utilisé par l'ensemble des PDS ?

G : Bah en fait c'est cela qui est compliqué car les logiciels ils sont plus axés sur les médecins et pas les paramédicaux. Donc pour l'instant je ne peux pas en dire plus car je n'ai pas encore trop découvert le logiciel mais c'est cela qui est un peu dommage. C'est qu'il faudrait aussi que les paramédicaux puissent travailler dessus.

ML : Vous pensez qu'il pourrait y avoir des réticences de la part des professionnels paramédicaux de travailler sur ce logiciel ?

G : Bah si il est adapté à leur profession je pense que non mais voilà il faut l'adapter à chaque profession je pense (*rires*).

ML : Vous pensez qu'il est davantage adapté pour les médecins ?

G : Oui je trouve.

ML : J'ai déjà entendu cela lors de mes précédents entretiens. Le choix initial émane souvent des médecins car c'est eux qui l'utilisent le plus.

G : C'est cela que l'on a fait cela car on savait très bien que ce n'était pas euh pas trop intéressant forcément pour nous de choisir (*les professionnels paramédicaux*) et que c'était plus les médecins qui allaient travailler dessus donc on leur a laissé le choix.

ML : **Que pouvez-vous me dire au sujet du coût d'une MSP ? Je me doute qu'il s'agit d'une question complexe dans le sens où vous n'êtes pas encore installés au sein de vos locaux ?**

G : Vous voulez dire par rapport au financement ?

ML : **Plus par rapport au coût de fonctionnement notamment le coût des charges mais encore une fois comme vous n'êtes pas installés au sein de vos locaux je pense que vous ne serez pas en mesure de répondre à cette question ?**

G : Ouais ouais là j'ai du mal à vous répondre car je viens juste d'avoir la première avance des ACI donc je ne sais pas trop encore ce que l'on va faire de l'argent, comment on va le distribuer, comment on va s'en servir ? Après bah je pense qu'elle va d'abord servir par rapport au logiciel informatique donc je prends déjà cette avance. Je pense qu'il y aura une partie pour la coordination. Je pense qu'après cela va être pour l'achat de matériel dont on a besoin pour la coordination. Je pense notamment pour les ETP, fin un paperboard, peut-être un vidéoprojecteur, fin des choses comme cela ouais. Pour l'instant même du matériel médical même si on en a besoin.

ML : **Que pouvez-vous me dire au sujet des relations entre la MSP et les instances régulatrices comme la CPAM ou l'Agence Régionale de Santé (ARS) ?**

G : Bah on a quand même été bien soutenu au début par euh l'ARS, la CPAM aussi avec *madame X* et le médecin de la CPAM qui est venu aussi pour nous aider à mettre en place notre projet de santé euh voilà. Après parfois les réponses sont un peu tardives. On envoie des mails et il faut attendre ouais. Mais bon en général cela se passe bien.

ML : **Vous constatez un manque de réactivité de la part des instances régulatrices dans vos demandes ?**

G : Oui oui...

ML : **Le fait d'avoir un interlocuteur principal au sein de la MSP, j'imagine qu'en l'occurrence c'est vous, est-ce que cela aide dans ces relations avec les instances régulatrices ?**

G : Bah oui je pense que oui.

Menaces

ML : **Quels sont les avantages liés à la signature de l'ACI ?**

G : Bah les avantages euh... bah cela permet quand même d'avoir une ligne... je trouve que cela donne une ligne par rapport à ce que l'on attend de nous en tant que PDS et dans notre travail de coordination. Cela nous permet un peu d'avoir des axes de travail par rapport aux ACI. Je parle des soins non programmés, les protocoles, les RCP. Cela permet quand même de pouvoir travailler là-dessus et de savoir dans quel sens on doit avancer.

ML : **Cela vous sert de guide dans le sens une aide pour vous avancer mais pas dans le sens réglementaire et autoritaire ?**

G : Euh non pas du tout !

ML : **Quels sont les inconvénients liés à la signature de l'ACI ?**

G : Des fois ce que l'on rencontre c'est que euh ils ont quand même des... il y a l'annexe 3 des ACI là par rapport aux protocoles, cela doit suivre certains axes de santé par rapport au projet régional de santé et forcément du coup bah des fois ce n'est pas adapté à notre MSP. Et du coup le protocole il ne vas pas compter dans les ACI alors que nous c'est vraiment une problématique que l'on rencontre sur notre territoire. Donc euh des fois cela ne nous laisse pas le choix en fait pour que cela soit comptabilisé dans les ACI donc il faut que l'on suive un peu le projet régional de santé. Voilà donc un peu pas trop de liberté par rapport à cela je trouve.

ML : **Dans le sens où vous ne pouvez pas vraiment mettre en place votre protocole ou vos projets en rapport avec les problématiques du territoire dans lequel vous êtes ?**

G : Oui voilà. Ou même ce que les PDS ont envie de faire finalement.

ML : **En avez-vous déjà échangé avec les instances régulatrices de cette limite ?**

G : Bah on avait déjà eu une réunion avec *madame X* de la CPAM. C'est vrai que cela peut-être un point à aborder mais non on n'en a pas vraiment fait part.

ML : **Parce que c'est paradoxal car ils demandent (*les instances régulatrices*) de rédiger un projet de santé en rapport avec les problématiques de santé du territoire où vous vous implantez et puis d'un autre côté vous n'avez pas la liberté de vos projets ?**

G : Oui c'est vrai et c'est dommage. Et aussi par rapport aux RCP ils veulent un certain pourcentage en ALD ou en personnes de plus de 75 ans et voilà donc je trouve que cela devrait être plus libre au niveau du choix et voilà.

ML : **Parce que vous ne remplissez pas ces critères et que vous ne pouvez malheureusement pas choisir vos patients ?**

G : Oui tout à fait. Donc oui des critères un peu restrictifs.

ML : Bénéficiez-vous d'autres financements externes que l'ACI ?

G : Non !

ML : J'imagine que vous bénéficiez de financements pour vous aider dans votre installation et dans la construction de votre MSP notamment de la part de la commune A ou des communautés de commune ?

G : Bah je pense mais on n'en a pas vraiment parlé de cela encore...

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de nouveaux PDS au sein d'une MSP ?

G : Bah cela permet justement de recruter de nouveaux PDS. On a là un nouveau kiné qui va s'installer donc il est rentré dans l'asso. Euh ouais c'est très attractif une MSP quand même. On a quand même pas mal de demandes. Parfois le problème c'est que comme la maison... comme le projet immobilier il prend du retard, bah ils n'attendent pas et du coup ils vont voir et s'installer ailleurs. Donc voilà c'est quand même très attractif. On est quand même une quinzaine de PDS déjà. On ne va quand même pas tous intégrer le projet immobilier mais on va quand même être 9 dans ce projet immobilier avec la possibilité d'en avoir encore un ou deux en plus.

ML : Vous savez ce qui les attire les PDS à venir s'installer au sein d'une MSP ?

G : Bah je pense que déjà c'est ne pas être tout seul et aussi le partage des charges. Cela aussi c'est important il ne faut pas se le cacher. De ne pas travailler tout seul et bah oui de fédérer à un projet de santé et euh de travailler ensemble par rapport à l'ETP c'est vrai que c'est intéressant et que c'est sympa. C'est une autre manière de travailler mais qui est plutôt sympathique.

ML : Est-ce que vous pensez qu'un PDS peut rejoindre une MSP en se disant « je vais augmenter mon chiffre d'activité » ?

G : Bah je pense que oui pour certaines professions cela peut-être le cas oui.

ML : Et dans le sens d'augmenter leur visibilité sur le territoire et augmenter leur patientèle ?

G : Euh ouais après voilà on le fait attention parce qu'on a un projet de santé il faut qu'ils signent une charte comme quoi ils vont participer au projet de santé et aux réunions euh voilà s'ils ne sont pas d'accord donc voilà ils ne rentrent pas dans le projet ni dans l'asso. On le fait quand même attention à cela c'est important. C'est important et ce n'est pas « bah c'est l'occasion pour moi d'avoir un cabinet, et de travailler, et d'être bien visible ». Non ce n'est pas que cela.

ML : C'est vraiment priorité au projet de santé et à une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée ?

G : Oui oui.

ML : Vous n'avez pas de problématique de recrutement de médecin généraliste ? Je ne sais pas si au niveau de votre région c'est un désert médical ou pas ?

G : Alors on est en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP). On est alors... alors pour recruter des médecins cela va là. Là on a deux jeunes médecins donc on a réussi les ramener avec nous. Il y a donc le *Docteur A* qui s'est installée il y a deux maintenant et il y a le *Docteur B* qui devrait bientôt s'installer. Justement ce projet immobilier qui traîne un peu du coup il cherche quand même à s'installer en attendant sur le secteur. Le problème sur notre territoire c'est que l'on a des médecins assez âgés euh donc on le sait que d'ici... il y en a un normalement on sait déjà qu'il devrait être à la retraite et il y en a un dont on sait que d'ici 5 ans il risque d'être aussi à la retraite et après cela va suivre d'ici dix ans voilà il y en aura plusieurs à la retraite du coup on anticipe un peu.

ML : Il n'y a que deux médecins au sein de votre équipe pluri-professionnelle ou il y en a d'autres ?

G : Euh alors il y en a trois. Justement il y a le médecin qui doit déjà être à la retraite et qui fait partie du projet de santé mais on ne l'embête pas trop parce qu'on sait que tout ce qui est système... il ne veut pas trop changer sa façon de travailler donc voilà. Mais je pense qu'il est dans le projet de santé en se disant justement bah il y a quelqu'un qui va reprendre ma patientèle le jour où je décide de prendre ma retraite. Donc il y a trois médecins, le *Docteur A*, le *Docteur B* et le *Docteur C* qui y sont pour l'instant.

ML : Pensez-vous que si le médecin qui doit partir à la retraite, le jour de son départ à la retraite si vous rencontrez des difficultés de recrutement, pensez-vous que cela pourrait être compliqué pour l'avenir de la MSP ?

G : Bah oui parce que je pense que les médecins sont importants au sein d'une MSP que ce soit pour la patientèle ou que ce soit pour la coordination aussi. Parce que je ne sais pas un kiné qui « vous devriez aller voir une diététicienne » bah cela n'a pas le même impact que si c'est un médecin qui dit au patient d'aller voir une diététicienne. Donc voilà les médecins ont plus de poids sur l'orientation de la prise en charge de leur patient.

ML : Et après vous êtes également obligés d'avoir deux médecins pour bénéficier de l'ACI.

G : Oui tout à fait.

ML : Selon vous qu'est ce qui pourrait menacer la pérennité d'une MSP ?

G : Euh... bah un petit peu comme je disais tout à l'heure. Si c'est trop compliqué de mettre en place les critères socles, les critères optionnels des ACI, si vraiment cela commence à être trop compliqué pour

atteindre ces critères euh je pense que ouais cela pourrait mettre en péril la maison de santé.

Fin de l'enregistrement

h) Entretien H

Le 21/10/21 à 14 heures.

Durée de l'entretien : 1 heure 06 minutes 58 secondes.

Début de l'enregistrement

Recueil des données socio-démographiques du Coordinateur de Santé

ML : Pouvez-vous m'indiquer votre âge ?

H : 34 ans.

ML : Quelle est votre formation initiale ?

H : Moi je suis infirmière libérale.

ML : Quelle formation avez-vous réalisé pour devenir Coordinatrice de Santé (CDS) ?

H : J'ai fait la formation proposée par la FEMAS euh la formation PACTE.

ML : Cela fait depuis combien d'années que vous exercez la fonction de CDS ?

H : Alors je suis faisant fonction CDS depuis décembre 2019 mais euh diplômée depuis avril 2021.

ML : Vous officiez au sein de quelle Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) ?

H : Je suis au sein de la *maison de santé A* dans la *ville A*.

ML : C'est une MSP davantage rurale, semi rurale ou urbaine ?

H : Non c'est urbain complètement urbain.

Forces

ML : Quels sont les avantages pour un Professionnel de Santé (PDS) à exercer au sein d'une MSP ?

H : Du coup on la prise en charge euh... euh cela facilite la prise en charge globale du patient. C'est surtout cela. Je pense que de toute façon la philosophie de soins euh... en tout cas des professionnels qui rejoignent une maison médicale fin une maison de santé fin en tout cas c'est clairement dans l'intérêt du patient d'avoir une prise en charge globale du patient et du coup pouvoir avoir ensuite pour la suite des retours d'informations sur les différentes corps de métier qui prennent en charge le patient. Donc on a déjà cela la prise en charge globale du patient qui est carrément plus facile et plus fluide. Euh on a aussi quand même l'envie de travailler en équipe. Ce n'est plus vraiment d'actualité en tout cas

pour beaucoup de professionnels libéraux jeunes, en tout cas on n'a plus envie de s'installer seul chacun de son côté. On cherche maintenant la pluridisciplinarité et le côté un peu convivial d'aller travailler maintenant. Euh donc euh cela... moi je pense en tout cas que c'est les deux principaux points qui font que les maisons de santé se créent. Car je pense en tout cas que c'est un peu l'avenir les maisons de santé parce qu'il faut être réactif, il faut que cela aille vite. Et du coup bah voilà moi à mon niveau à moi en tant qu'infirmière, car je continue aussi mon libéral entre deux, moi en tant qu'infirmière libérale euh je sais que si mon patient se retrouve sans médecin traitant du jour au lendemain car il y a beaucoup de médecins qui partent à la retraite sans remplaçant derrière, je sais que je vais avoir un des cinq médecins avec qui je travaille qui va pouvoir prendre en charge le patient et cela sera plus facile pour moi. Les médecins qui par exemple connaissent un peu peu moins les protocoles pansements ou des trucs comme ça bah ils passent un petit coup de fil à l'infirmière et ils peuvent avoir une réponse rapide. Euh on a des découvertes de diabète bah on a une diététicienne avec laquelle on a créé un protocole qui voilà se charge de la première consultation diététique. On a des kinés qui sont disponibles. On a une pharmacie, fin nous on est multi-sites on a une maison de santé et on a une pharmacie juste à côté, donc du coup on ne pouvait pas tout intégrer dans nos locaux mais donc du coup la pharmacie reste chez elle et nous la maison de santé on est ensemble mais on est multi site, fin nous on a la pharmacienne qui peut nous dépanner sur... elle peut faire des bilans médicaments tout ce genre de choses donc euh voilà. Du coup je pense que le fait d'être réactif, surtout maintenant avec les patients on voit quand même cette augmentation de la « non patience » des patients : ils veulent tout de suite et très vite et euh du coup bah une maison de santé cela répond plus ou moins quand même à cette demande de consommation très très vite, on veut tout très très vite, on veut notre rendez-vous médical très vite, on veut notre prise de sang qu'on vient de nous prescrire très vite, on ne veut pas attendre non plus au labo. Donc je pense que la maison de santé en soi elle répond quand même aux nouvelles demandes en tous cas des patients.

ML : Davantage de réactivité pour proposer un ensemble de services ?

H : Ouais.

ML : Vous trouvez aussi que c'est plus facile d'échanger entre PDS au sein d'une MSP ?

H : Bah c'est déjà plus facile car je pense en fait que le fait aussi de travailler en équipe on connaît un peu les compétences de chacun et le caractère de chacun. Euh le médecin fin les médecins ont confiance en tout cas, fin ma collègue et moi fin notre binôme, ils savent que voilà si on a des demandes cela sera toujours pertinent, fin on l'espère, et ils prendront le temps de nous répondre. En tout cas quand on ne connaît pas

les praticiens de ville, fin moi je sais par exemple qu'appeler un médecin pour un de mes patients qui n'est pas suivi par un médecin de ma maison de santé fin c'est toujours plus compliqué. C'est sur la ligne du cabinet, il n'est pas toujours disponible, il est soit en consultation, il nous rappelle et finalement il ne nous rappelle pas et euh le truc c'est pareil quand on fait du libéral on a besoin de la réponse vite et tout de suite pour justement pouvoir être réactif au lit même du patient. En tout cas moi je trouve que cela m'aide à travailler dans une maison de santé et les médecins fin tous les libéraux souhaitent avoir une réponse vite et que le suivi soit fait relativement vite car c'est comme cela dans le libéral on travaille vite et du coup la maison de santé je trouve que bah elle répond plutôt bien à cette envie justement que tout soit suivi correctement et euh pas dans une semaine quoi !

ML : Quelles Nouvelles Formes d'Exercice sont mises en place au sein de votre MSP ?

H : A quel niveau vous voulez parler ?

ML : Par exemple que proposez-vous comme nouveaux services pour le patient ? Notamment ateliers d'Education Thérapeutique Patient (ETP), actions de prévention ?

H : Alors là du coup nous notre maison de santé elle est hyper jeune. On est euh installé dans nos nouveaux locaux depuis décembre 2019. On a été labellisé maison de santé avec notre projet de santé en avril 2020 donc en plein covid. Donc nous toutes nos actions que l'on voulait mettre en place bah elles ont été retardées d'un mois car on a dû d'abord gérer la crise sanitaire avec la mise en place d'un stand PCR au sein de la maison médicale, euh donc cela nous a pris beaucoup de temps, on a aussi été fin en fait on a deux... euh trois médecins qui étaient porteurs en tout cas euh du projet de la CPTS de X qui regroupe ville B, ville C et ville A, donc cela les a mobilisé pas mal de temps et en fait eux ils sont attaqués ensuite à la mise en place des centres de vaccination sur la ville B et sur la ville A. Donc du coup nous sur nos projets de santé à nous on ne recommence vraiment que maintenant. Et là on commence un programme d'ETP sur le diabète à partir de novembre donc là ils ont commencé les bilans partagés qui doivent être faits au départ pour savoir qui on inclus ou pas dans nos programmes. Euh on a mis aussi en place un protocole sur le diabète, fin comme je vous disais quand on a une découverte de diabète de type 2 la maison de santé offre la première consultation avec note diététicienne pour les premiers conseils hygiéno-diététiques pour mettre le patient sur de bonnes règles dès le départ. Après il suit ou il ne suit pas son suivi diet c'est lui qui décide mais en tout cas nous on fait le choix de donner toutes les chances de son côté pour comprendre toute la maladie et pour pouvoir gérer son alimentation. Et donc après bah du coup on a aussi nos RCP, nos réunions de cas patients-complexes qui dépatouillent quand même pas mal des cas compliqués de certains médecins et où on met tout en commun et de ce fait là ils ont tous à peu près une problématique sur chaque patient et on propose à la fin, fin en conclusion, il faut peut-être proposer ci et ça ça et on réévalue dans autant de temps si nécessaire. Donc cela dépatouille quand même pas mal au niveau

des cas compliqués pour les médecins et euh cela change au niveau de l'exercice voilà pour nos patients diabétiques découverts pour l'instant et là les ETP bah du coup cela ne va commencer que maintenant donc je n'ai pas encore de retour pour l'instant mais voilà on n'a pas fait grand grand-chose car justement on a été pas mal retardé avec le contexte sanitaire, la création de la CPTS et du centre de vaccination. Fin voilà maintenant comme cela se calme on peut se concentrer sur nos projets de maison de santé quoi.

ML : Qui exerce le rôle du leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

H : C'est un des médecins. C'est le médecin X qui a 35 ans et qui est tout jeune aussi.

ML : Quel est l'apport du leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

H : Alors moi je pense que l'apport... Fin il faut faire attention car le leader des fois c'est quelqu'un aussi qui n'est pas capable de peut-être de ne pas écouter en tout car les autres car le leader en général il a son idée que cela doit être fait comme cela et il veut entraîner toute son équipe dedans en oubliant peut-être parfois que tout le monde ne peut pas être d'accord avec lui. Donc en tout cas le leader moi je pense qu'il est important car il est toujours porteur de nouvelles idées qui sont en général toutes pertinentes, il ne faut pas se mentir, mais euh parfois fin en tout cas mon leader à moi, il a de grosses difficultés à entendre que parfois on peut ne pas être d'accord avec lui mais moi après j'ai une relation privilégiée avec le leader car cela fait très longtemps que je le connais. Nous notre équipe on est 11 fin 12 maintenant car on on a une psychologue. Cela fait un an et demi que l'on travaille à 12 et mois cela fait 5 ans que je travaille avec lui. Avant que la maison de santé existe je travaillais déjà avec lui dans le cabinet. Donc du coup on a cette relation de confiance qui fait que je fin moi il ne me choque plus quand il dit « on va faire comme ça, comme ça et comme ça » moi je lui dis « oui oui oui » et je reviens une semaine après et je lui dis « au fait j'ai réfléchi peut-être que l'on pourrait faire comme cela comme cela et comme cela » il me répond « ah oui tu fais comme tu veux ». Donc voilà je ne m'offense plus de la façon dont il dit les choses mais du coup cela passe bien. Voilà j'ai fin il y a plusieurs petits coqs dans les médecins qui veulent tous être « moi je suis là et je veux être ici » mais voilà le leader il s'impose de par lui-même et après il faut juste temporiser sa façon d'imposer les choses. Euh mais en tout cas le leader pour moi il est hyper important car c'est lui qui nous apporte toutes les idées en disant « bah on va travailler sur ça, travailler sur ça et sur ça, il faut que l'on mette cela en place ». Je pense que si le leader n'était pas là on pourrait vite s'endormir en ne faisant que des trucs de base et puis voilà on ne mettrait pas en place des choses innovantes. Fin je pense que dans chaque équipe le leader est important mais fin en tout cas mon leader à moi c'est cela qu'il apporte fin toutes les nouvelles idées et on travaille sur 85% de ses nouvelles idées.

ML : Le leader a un côté novateur ?

H : Ouais c'est cela.

ML : Vous trouvez que parfois il peut exercer le rôle de leader dans le mauvais sens du terme en ayant un côté trop autoritaire et le mot final concernant une décision ?

H : Alors il a un côté euh... en fait il a un côté un peu trop autoritaire dans le sens où euh... il est convaincu que ses idées sont les meilleures. Et que du coup euh en fait... lui c'est pareil il veut tout le temps que tout aille vite très vite et en fait tout le monde ne peut pas aller tout le temps vite très vite. Du coup il a beaucoup de mal à entendre qu'il faut peut-être laisser germer l'idée une semaine dans l'esprit de toute l'équipe pour ensuite avoir ce mouvement de masse, de groupe derrière qui suit plutôt que d'imposer comme ça en une journée sur une réunion en disant « bah on va faire comme » sauf que « du coup tu vas frustrer d'autres personnes parce qu'elles n'auront peut-être pas compris ton idée et ils n'auront peut-être pas compris en fait l'intérêt final de ce que tu veux mettre en place » et bah en fait du coup il y en a qui ne se sentent pas entendus ou écoutés en tout cas dans la prise de décision et du coup après moi j'ai quelques personnes de l'équipe qui voilà n'ont pas un caractère à s'imposer et qui du coup se euh... se rétractent en fait des réunions et que l'on n'entend plus parce que quand le leader parle bah en fait j'ai déjà eu des entretiens persos entre guillemets avec certains membres de mon équipe qui me disent « bah de toute façon une fois qu'il a décidé c'est comme ça donc je ne vois pas l'intérêt de dire que je ne suis pas d'accord ou que je ne comprends pas ». Donc voilà je pense que c'est vraiment le côté sur lequel il doit le plus travailler et que j'essaye de lui suggérer doucement mais sûrement mais il a encore 35 ans donc je ne désespère pas (*rires*). Voilà c'est comme cela que je perçois le truc.

ML : Quand vous prenez des décisions concernant la MSP, ce sont des décisions collectives ou c'est plutôt le leader qui a le dernier mot ?

H : Non alors en tout cas maintenant que tout le monde a un peu près trouvé sa place et que... alors je pense que c'est beaucoup plus facile quand on se connaît, c'est sûr qu'en tout cas au début des réunions et des projets qu'on menait tout ça et que c'était le bébé en fait de... en tout cas il y avait moi, il y avait lui et il y avait un autre médecin un peu plus âgé que nous donc on était vraiment trois au départ. Du coup on écoutait un peu plus nous. Maintenant que tout le monde se connaît et qu'on a appris en fait à se dire les choses « bah oui finalement je peux voilà ». Maintenant en tout cas les décisions sont prises collectivement. Si on veut acheter, par exemple je ne sais pas, là ils veulent acheter un nouvel ECG, bah voilà maintenant c'est tous les médecins qui décident ensemble de quelle marque on va prendre, quel type, machin et nin nin nin. Tel médecin n'est pas d'accord « bah ok tu n'es pas d'accord et bah tu n'as qu'à faire venir le représentant et puis on verra lequel est le mieux ». En tout cas maintenant ils essayent de voir ensemble. Alors il y a quand même cette dichotomie entre médecins et infirmières/kinés. Il y a quand même

des décisions qui ne doivent être prises que du côté médical car moi je n'ai pas besoin d'ECG « pfff je n'en ai rien à faire de votre truc, faites votre truc de votre côté et puis après vous me faites un retour et puis voilà c'est tout ». Pareil chez les infirmières ou chez les kinés c'est le même. Et puis pour les grosses prises de décision qui concernent tout le monde, là maintenant on voit quand même une tendance à s'inverser où euh on prend quand même en compte l'avis de tout le monde euh... et après en général c'est toujours à l'unanimité que cela tranche. Si admettons on a toujours dit que cela serait comme ça, je ne sais pas par exemple sur les 12 il y en a 10 qui sont d'accords et 2 qui ne le sont pas, on n'abandonne pas le projet et on prend quand le projet à l'unanimité mais cela dès le départ tout le monde le savait.

Opportunités

ML : En quoi consiste votre rôle de CDS ?

H : Euh... alors moi mon rôle comme je le définirais. Moi j'ai toujours eu tendance, en tout cas c'est sur cela que j'ai fait mon mémoire sur ma formation (PACTE), pour moi la coordination avant tout, avant tout le fait des rapports avec la CPAM ou la FEMAS, les RCP, les réunions, les machins... pour moi je pense que c'est vraiment le côté fédérateur de la coordinatrice qui prévaut. Moi en tout cas je définis mon rôle à moi comme euh... comme voilà fédérateur et comme médiatrice aussi parce que j'ai beaucoup de petits médecins jeunes qui veulent tous être un petit peu le petit chef et qu'il faut les calmer de temps en temps (*rires*). Et après j'ai certaines filles avec une sensibilité différente qui ne sont pas senties assez entendues et qui voilà elles vont parler car je suis une fille et que c'est plus facile. Donc moi je pense que je suis un peu la fille qui va partout, j'écoute un peu tout le monde et puis euh après je fais aussi un petit mon truc de mon côté et je parle avec telle personne en disant « bah tu sais quand même ta réaction de la fois dernière ce n'est pas cool, il faudrait peut-être que tu mettes un petit peu d'eau dans ton vin, tu sais qu'il y a certaines personnes qui ont une sensibilité différente ». Donc j'essaye de calmer un peu le truc en essayant d'amener en tout cas les problématiques auprès des personnes, en disant qu'elles sont toutes assez intelligentes pour pouvoir se remettre en question et euh en général cela marche plutôt bien et on arrive à avoir du coup... fin pour moi le plus important c'est d'avoir une bonne ambiance en tout cas dans mon équipe parce que du coup on n'avancera sur rien ou en tout cas pas bien et du coup moi c'est vraiment sur cela que j'axe le max. Et après mon rôle bah oui c'est de préparer les cas, faire nos compte-rendus, voilà agréments... agréments le dossier de notre patient dans le système d'information partagée et faire en tout cas que tous les projets suivent. Cela bizarrement je le mets en second plan parce que s'il n'y a pas toute ma bonne entente dont j'ai besoin bah du coup je n'ai personne en réunion ou alors j'ai mais ils tirent la tronche et ce n'est clairement pas le but ou alors j'en ai qui sont là mais qui n'ont pas envie d'être là donc ils ne parlent pas donc du coup cela n'est pas du tout enrichissant. Vraiment je travaille sur la bonne équipe, sur la bonne entente dans l'équipe pour que cela fonctionne bien en tout cas. Voilà tous les midis on est

tous au moins 6 ou 7 à manger ensemble et c'est un peu des genres de réunions informelles mais qui font du coup que voilà il y a un lien qui se crée, il y a une cohésion qui se crée et c'est cela qui fait que l'on avance en tout cas.

ML : Vous voyez vraiment que la bonne ambiance est un élément moteur pour mener à bien votre mission ?

H : Ouais ouais.

ML : Vous exercez donc le rôle de CDS à côté de votre profession d'infirmière. Combien de temps exercez-vous par semaine pour la coordination ?

H : Alors combien d'heures honnêtement je ne sais pas trop. En fait moi je fais une semaine libérale et je fais une semaine repos. En général les infirmières libérales elles font comme cela. Donc normalement quand c'est ma semaine de domicile fin de libéral je ne fais pas de coordination. Euh là je suis en domicile. Je fais quand même de la coordination. Parce que demain on a une RCP et je n'ai pas eu le temps de la préparer la semaine car j'étais en vacation dans les centres de vaccination. Donc chiffrer cela je ne pourrais pas le dire mais je dirais peut-être 4 jours par mois sûr... mis bout à bout cela fait 4 jours par mois.

ML : Ce n'est pas difficile de gérer à la fois votre casquette de CDS et votre casquette d'infirmière ?

H : Cela dépend quand. Alors là maintenant cela va devenir plus difficile car maintenant que le Covid est terminé on a vraiment mis en route plein de missions donc là du coup il faut vraiment suivre pas mal de trucs et en plus là maintenant comme ils sentent tous un peu à l'aise dans leur rôle et en tout cas l'écoute des idées qu'ils veulent amener, ils pullulent d'idées donc euh... euh en fait j'en ai plein et il faut toutes les proposer et tout le monde trouve que son idée est hyper géniale et que voilà il faut travailler dessus : « sauf qu'en fait cela va être compliqué de faire toutes vos idées en même temps ». Mais donc du coup voilà il faut que je potasse sur tel truc, tel truc et tel truc donc là cela devient un petit peu chronophage mais à côté de cela j'aime bien parce-que cela me change aussi du soin pur et dur donc voilà !

ML : Vous appréciez ce que vous faites ?

H : Oui j'aime bien ! Ouais ouais... j'aime bien et je me dis que même pour la suite cela pourrait être un chouette pilier que je peux rajouter à... sur mon CV en disant fin voilà le libéral en tant qu'infirmière physiquement c'est compliqué donc je me dis « à 50 ans le libéral j'ai bien envie de ralentir » et en tout cas maintenant des CDS diplômés il n'y en a pas beaucoup et euh dans mon secteur encore moins. Moi par contre dans mon secteur des maisons de santé c'est des projets qui foisonnent un peu partout. Il y en a qui veulent s'ouvrir sur la ville B et d'autre sur la ville C. J'ai été contactée sur celle de la ville B en me disant « bah on aimerait bien que tu viennes à nos réunions officielles en tout cas pour la création de l'équipe tout ça ». Donc je me dis que cela pourrait être un chouette tremplin et en plus comme j'aime bien cela ne me dérange pas.

ML : Comment se passent vos relations avec les Professionnels de Santé (PDS) dans l'ensemble ?

H : Très bien. Ouais ouais. Je n'ai aucun... en tout cas je ne ressens aucun souci avec un des membres de mon équipe. Donc euh non cela va. Et je mets un point d'honneur justement à éviter qu'il y ait des soucis pour justement que je puisse continuer à avancer sereinement avec eux. Non cela va en fait.

ML : Comment est perçu votre rôle de CDS par les PDS ?

H : Alors ils ne m'ont jamais dit comment ils percevaient directement mon rôle mais en tout cas si je devais définir comment eux ils me voient je pense qu'ils me définissent un peu comme la personne chez qui on centralise tout. En fait je suis en copie de tous les mails, même des mails qui ne me concernent absolument pas. En fait je suis aussi la co-gérante de la SISA du coup on... en fait je pense qu'ils mélangent un peu aussi mon rôle de CDS et mon rôle de cogérante de la SISA, mon rôle d'infirmière libérale... donc ils mélangent un peu tout. Donc je suis un peu dans tout euh... mais même des choses pour lesquelles je n'ai rien à faire dedans quoi ! Parfois je ne fais pas de retour car cela ne me concerne pas « bah tu n'as pas vu ? » « bah si mais cela ne me concerne pas, donc au bout d'un moment vos commande de draps d'examen je n'ai rien à voir dedans » (*rires*).

ML : Ils ont du mal parfois à identifier votre rôle de CDS et vos missions précises ?

H : Ils savent, ils savent clairement mes missions mais je pense qu'ils aimeraient bien que j'en fasse plus (*rires*). Mais ils savent très très bien que mes missions c'est « je vous suis pour les ETP, je vous suis pour les cas-complexes, je viens vers vous si j'ai des questions pour vos cas il n'y a pas de souci, j'organise les réunions officielles de boulot, j'organise les réunions plus festives de cohésion d'équipe il n'y a pas de souci, je me mets en lien avec la CPAM, j'envoie les pièces justificatives de notre boulot il n'y a pas de souci », « mais par contre je vous ai fait une fiche de poste au tout début que vous avez pris par-dessus la jambe, je vous ai dit « vous êtes ok ? » mais personne ne m'a répondu, donc j'ai considéré que c'était ok, donc maintenant quand on me sort un truc qui n'a rien à voir avec la fiche de poste, je dis « bah non cela n'a rien à voir avec ma fiche de poste, je vous ai montré ma fiche de poste » », donc maintenant je dis « quand je vous envoie un truc il faut le lire » donc maintenant ils lisent tout donc cela c'est bien.

ML : Ils manifestent quand même que vous leurs apportez un gain de temps notamment pour les tâches dites administratives et que vous les aidez au quotidien ?

H : Ah oui oui. Cela par contre ils n'ont jamais fin voilà on me le dit que... j'ai déjà eu plusieurs retours en tout cas, on me disait « bah franchement je pensais que tu étais la mieux placée dans notre équipe pour être la coordinatrice » parce que voilà j'ai une personnalité un peu moteur apparemment et voilà, je suis toujours gaie et que je ne fais jamais la tronche, je rigole tout le

temps, je les écoute, je suis... en tout cas j'essaye de ne pas être au maximum dans le jugement et j'essaye d'être dans l'écoute active et voilà il y a pas mal de membres l'équipe qui me disent qu'ils sont contents que cela soit moi et quand je leurs dis fin que j'évoque le projet de faire la coordination dans d'autres maisons de santé ils me disent « ah non tu restes avec nous, tu es notre coordinatrice à nous ». C'est donc leur façon à eux de me dire que oui ils me reconnaissent en tout cas dans mon rôle de coordinatrice.

Faiblesses

ML : Quelles sont les difficultés rencontrées par le médecin qui exerce le rôle de leader ?

H : Et bah justement il est perçu comme quelqu'un qui ne veut pas écouter les autres.

ML : D'accord mais est-ce que lui en tant que leader il rencontre des propres difficultés, vous fait-il part de difficultés ?

H : Oui parce que du coup en fait il veut tout contrôler du coup il se crée une pression supplémentaire qu'il n'a pas besoin de se créer. Donc je pense que cela fait aussi partie de sa personnalité d'être comme cela. Il veut tout contrôler, il veut que tout aille vite et que tout passe par lui et du coup en fait. Il est leader dans la maison médicale, il est médecin avec une patientèle à 1 600 patients donc il est débordé de boulot, il est trésorier ou secrétaire de je ne sais plus quoi mais au noyau de la CPTS, il est dans toutes les réunions de SAS et de régulation, fin il est partout et il est maître de stage d'internes, il est aussi professeur d'université. Donc le mec il est à la fois là et à la fois pas là. Je pense que en fait il se met une pression de dingue car il veut exceller dans tous les domaines, et il excelle dans tous les domaines, mais je pense que parfois vraiment il frôle la limite « je pense que là tu es à cela du burn-out mec ».

ML : Il peut y avoir un risque d'épuisement ?

H : Ah oui oui. Des fois je le retrouve complètement fermé car je pense qu'il est fatigué et je pense qu'il n'arrive pas à se poser voilà. Et du coup il se ferme, et après c'est une personnalité comme cela, mais du coup il faut que j'attende qu'il ait eu le temps de se reposer deux jours et qu'il revienne en forme et que voilà. Parce que ce n'est pas quelqu'un, fin j'ai déjà essayé de but en blanc bah je lui dis « bah cela ne va pas, qu'est-ce qu'il y a ? » « bah si tout va bien tout va bien » « bah d'accord je reviendrai le lendemain quand tu auras envie de parler », et donc je reviens le lendemain et ce n'est pas encore bon et deux jours après c'est « bah cela va bien ? » « non mais j'allais bien mais cela va mieux ». Donc ce n'est pas quelqu'un qui parle, pas quelqu'un qui va vouloir se confier ou dire « je n'en peux plus » mais en tout cas c'est rare et quand il le fait bah il faut que je saisisse le truc tout de suite et il faut lui glisser aussi que de temps en temps il peut lâcher du lest et que ce n'est pas une preuve de faiblesse que de se dire pendant 2-3 jours je ne fais rien quoi « tu as le droit en fait ». Je pense donc qu'il aime son rôle de leader cela c'est sûr mais je pense qu'il a du mal à se dire « tu peux être leader

mais tu peux aussi permettre de temps en temps de te poser et de ne pas imposer tout tout de suite. Voilà je pense qu'il se perçoit comme cela.

ML : Il n'y a jamais eu le partage du rôle de leader comme dans d'autres maisons de santé où le rôle de leader alterne d'une année à une autre ?

H : Alors nous au sein de notre maison de santé on ne parle pas trop fin le terme de leader n'a jamais été réellement exprimé parce que déjà je pense que cela vexerait pas mal de mes petits collègues donc j'évite d'utiliser le terme de leader en tout cas. Je l'ai dit une fois au début « bah vous savez dans une maison médicale il y a le coordinateur et il y a le leader, donc il faut que j'identifie le leader, vous êtes tous bien d'accord que le leader c'est la *personne X* ». Donc je ne l'ai dit qu'une fois et la *personne X* était bien contente de savoir que c'était le leader et d'être identifiée comme telle et depuis je ne l'ai plus jamais dit donc cela fait deux ans que je n'ai plus utilisé le terme de leader parce que je ne pense pas que cela soit nécessaire et que tout le monde le sait et euh cela ne sert à rien de le rappeler aux autres (*rires*). Donc non il n'y a pas de tournante de leader. Par contre on est plus beaucoup, beaucoup... fin l'autre médecin euh qui est plus âgé et qui faisait partie du noyau central du projet de la maison de santé où on était à trois, fin lui il a une grosse influence sur le leader et sur moi-même, déjà de par son expérience et par le fait que ce soit quelqu'un d'extrêmement bienveillant qui va être beaucoup dans la discussion et qui va prendre le temps d'expliquer les choses et que euh voilà... par contre si il faut taper du poing sur la table car cela part dans tous les sens il le fera mais en général c'est très très rare et si il le fait bah c'est justifié. Donc on n'a pas de tournante mais en tout cas on a quelqu'un qui chapeaute sans que vraiment le leader le sache mais qui ne le bloque pas (?) en fait mais il est assez intelligent pour que le leader ne s'en rende pas trop compte.

ML : C'est un subtil équilibre ?

H : Exactement.

ML : Qu'en est-il de la motivation des PDS et de leur adhésion au long cours sur leur projet de santé ?

H : Alors moi au niveau de ma maison de santé je n'ai aucun problème. Moi j'ai un taux de présence aux réunions quasi toujours à 100%. Euh le projet de santé il est écrit tout le temps à 11 (participants). On a fait je ne sais pas combien de réunions avant du coup même de la création de la MSP forcément, on a fait je ne sais pas combien de réunions, tout le monde était tout le temps là. Fin en tout cas tous les PDS qui travaillent dans cette maison médicale euh sont hyper convaincus en tout cas des projets de notre maison de santé, ils ont toujours été extrêmement impliqués dans l'écriture de notre projet, et ils sont extrêmement impliqués pour faire vivre nos projets de santé. Donc moi à ce niveau-là je n'ai aucun problème pour les motiver et pour qu'ils soient là en tout cas.

ML : Vous n'avez jamais constaté de baisse de motivation ?

H : Ah aucune. S'ils ne sont pas là c'est parce qu'ils sont en formation ou vraiment parce qu'ils ne peuvent pas car ils avaient déjà des rendez-vous. En tout cas toutes nos réunions c'est une fois par mois et c'est donné un mois à l'avance et ils s'arrangent tous pour ne pas prendre de consultation ou soit pour annuler des consultations qui sont déjà prises. Non ils s'arrangent tout le temps. Il y en a une c'est tous les vendredis son jour de repos et elle est tout le temps-là donc euh non non je n'ai aucun problème de motivation à ce niveau-là.

ML : C'est tous des PDS jeunes comme vous, dans la trentaine ?

H : Ouais du coup si je fais un melting-pot on doit être à peu près à cela. On a donc 5 médecins, 4 hommes et 1 femme, donc on en a 3 qui ont entre 30 et 35 ans, on en a deux qui ont 56 et 57 ans, donc eux c'est nos papas. Euh les infirmières il y a moi donc 34 ans et ma collègue 40 ans et puis la diététicienne elle a 35 ans, la psychologue elle a 33-34 ans je crois et les kinés pareils. On est quand même avec une prépondérance jeune quoi. En fait c'est tous des trentenaires et on a deux cinquantenaires avec la pharmacienne qui a aussi plus de 50 ans.

ML : Comment se déroule l'organisation de l'activité de coordination ? Vous venez d'en parler avec votre réunion une fois par mois ?

H : Alors on fait une réunion une fois par mois tous ensembles euh sur en général nos cas complexes. Bon et on évite de faire aussi trop de réunions pour ne pas saouler non plus. C'est une réunion qui dure 1h30 et j'essaye de concentrer tout ce que je peux dans mon 1h30. Donc j'envoie un compte-rendu la veille, fin un ordre du jour la veille avec les cas dont on va discuter. Je demande toujours à l'équipe, fin moi l'équipe elle me dit dans le mois « bah moi je dois parler de ça, moi je dois parler de ça et moi de ça ». Donc je leur dis « bah voilà demain dans la présentation des devis ECG il y a 10 minutes bah c'est fait par tel médecin » « on a la présentation des plannings ETP, bah on a 10 minutes cela sera fait par tel médecin ». Je dois faire un point sur l'accueil des infirmières en pratique avancée, je réserve 10 minutes et cela sera fait par moi. Et après cela sera sur la RCP. Ils le savent que le temps c'est le temps et que voilà si tu as 10 minutes bah tu as 10 minutes sinon on n'avance pas. Donc en fait dans mon 1h30 on arrive à bien avancer parce qu'ils respectent en tout cas leur temps. Sinon on ne s'en sort pas et on va sortir de cette réunion et rien ne sera fait du coup je vais devoir leur en claquer une dans une semaine et ils ne seront pas ravis.

ML : Il faut donc vraiment une organisation efficiente avec un ordre du jour préalable et un temps dédié de parole pour chaque professionnel ?

H : Voilà c'est cela. A côté de cela au départ j'avais beaucoup de professionnels qui au départ n'arrivaient pas à l'heure et pour le coup j'ai quand même recadré rapidement que 13h30 c'est 13h30 donc moi je ne vous attends pas jusqu'à 13h40. Et puis ce n'est pas

un temps de parole mais si vous voulez parler c'est ok mais avant en fait. Il y a l'heure du midi avant où on est tous ensemble car on est tous là pour la même réunion donc voilà c'est tout mais en tout cas vous ne débordez pas sur mon temps de réunion. En tout cas cela ils l'ont bien compris aussi et du coup j'avais tout le temps quelqu'un qui arrivait à 14 heures et bah j'ai fait 3 réunions sans l'attendre et bah maintenant elle arrive bien à 13h30.

ML : Vous faites aussi de façon plus informelle de la coordination lors des repas du midi en commun ou lors de rencontres dans la salle de pause ?

H : Ah oui oui bah cela on le fait tout le temps parce que l'on s'apprécie tous fortement maintenant et outre le côté professionnel on s'apprécie aussi maintenant pour nos personnalités respectives. Du coup cela on le fait tout le temps mais parce qu'on a envie d'être ensemble mais pas parce qu'on a envie de créer une cohésion ou une dynamique d'équipe, parce que maintenant elle est créée et maintenant on aime être ensemble et c'est mieux de manger ensemble plutôt que de manger chacun de notre côté dans notre bureau. Moi en tout cas libérale si je peux rentrer clairement chez moi après avoir fait ma tournée admettons, bah non en règle générale je passe une heure à la maison médicale pour manger et puis après je rentre chez moi. Voilà j'ai mangé avec tout le monde. De toute façon chez moi il n'y a personne, ils sont tous au boulot ou à l'école, donc autant que je mange avec mes collègues. En tout cas tout le monde aime se retrouver le midi et c'est aussi leur temps exutoire, ils ont eu un patient un peu chiant... voilà ou alors « punaise j'ai eu tel patient, j'ai mis tel traitement mais je ne suis pas sûr parce que si... » ou la diet elle me dit « écoute j'ai vu un de tes patients, je ne sais pas, je ne comprends pas par rapport à cela ». En fait il y a beaucoup de temps d'échanges informels. En fait c'est tous des mini RCP en permanence mais qui sont toutes aussi importantes.

ML : Quelles sont les difficultés rencontrées par les PDS dans le cadre de cette activité de coordination ?

H : Des problématiques par rapport à mon rôle à moi ?

ML : Non sur le travail lié à la coordination en général. Par exemple le fait d'assister une fois par mois aux réunions de concertation, un sentiment d'avoir un exercice trop protocolaire avec par exemple le fait de devoir rédiger des rapports d'activité et de devoir en rendre compte aux agences régulatrices ?

H : Bah non parce que finalement le compte-rendu c'est moi qui le fais. Donc euh du coup non... euh non. En tout cas je n'ai jamais eu de retour comme quoi les réunions les ennuyaient et qu'ils trouvaient cela lourd. Par contre ils détestent écrire les protocoles ça c'est sûr. Je leur ai dit « moi clairement je ne vais pas tous les faire ce n'est pas possible ». Donc euh moi je suis une coordinatrice qui délègue beaucoup. Il faut qu'ils travaillent aussi (*rires*) ! Fin franchement moi les protocoles je trouve que c'est hyper chiant aussi du coup moi je délègue les protocoles. Et euh donc du coup cela les ennuie mais on est une MSP avec

beaucoup de fin une file de patients active qui est quand même bien. De ce fait là on a quand même pas mal de subventions. Du coup on leur met une carotte en disant que le protocole il est payé autant et du coup cela marche bien. Donc euh en fait en gros cela va... et puis leur temps de présence en RCP il est payé aussi donc euh on fait en sorte en tout cas que tout le monde s'y retrouve. Du coup ils sont payés, on retrouve tout le monde, on avance sur des projets. Et euh de ce fait là tout est fait en tout cas pour que cela ne soit pas perçu en tout cas comme du temps perdu car ce ne l'est pas en tout cas. Et de toute façon c'est quand même pour la prise en charge globale de nos patients qui est en tout cas un des moteurs de notre envie d'être ensemble donc non en général ce n'est pas perçu de manière péjorative en tout cas.

ML : Et vous quelles difficultés vous rencontrez en tant que coordinatrice de santé ?

H : Moi ce qui me saoule c'est euh vraiment le côté administratif. Cela ça m'énerve. C'est euh (soupir)... le truc là en février là où il faut rendre toutes nos pièces et tout... euh non moi cela me prend des plombes. Cela c'est vraiment le truc le plus chiant. Donc vraiment le côté comme ça... en plus moi je ne suis pas très forte en informatique donc faire des logigrammes, des machins (soupir) cela ça me saoule ! Donc au niveau vraiment de ma mission de coordination pure et dure c'est vraiment le côté technique qui me... voilà c'est aller sur les sites, les machins, ajouter des pièces, il faut déjà écrire un mail donc hein voilà (rires) ! Donc cela c'est casse-pieds pour moi. Et sinon je n'ai pas... je ne rencontre pas d'autres problématiques parce que je suis quelqu'un qui est... et je ne suis pas prétentieuse mais je suis quelqu'un de tournée vers les autres. Du coup quand on vient me parler parce que ci et machin et je dois un peu pondérer l'un ou l'autre cela ne me perturbe pas trop parce que cela ne me perturbe pas, cela ne m'ennuie pas parce que j'aime bien parler, je suis une grande bavarde, j'aime bien écouter les gens donc non je n'ai pas vraiment de difficultés.

ML : Vous ne rencontrez donc pas de difficultés pour communiquer et rencontrer les autres PDS car vous êtes proches.

H : Oui.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet de l'utilisation du Logiciel Pluri-Professionnel (LP) ?

H : Le système d'information ?

ML : C'est cela le système d'information.

H : Bah nous on est euh... on est avec le *logiciel X*. Alors moi je ne l'utilise que pour ma coordination. Et euh pour des petites transmissions libérales voilà quand il y a un petit pansement qui ne fonctionne pas bien ou un patient hospitalisé ou voilà ce genre de chose. Parce qu'encore une fois on est une maison médicale où on a fait le choix d'être hyper connecté et du coup on a tous des tablettes pour être à domicile. Mais nous en tout cas en tant qu'infirmière on ne prend pas la tablette au domicile parce que c'est chronophage de le faire en fait au domicile. Du coup

on fait toutes nos transmissions, alors ce n'est clairement pas bien, mais on fait toutes nos transmissions pour nos patients à la fin de notre semaine. Après les médecins en général ils ne voient le patient qu'une fois par mois donc nous c'est des patients chroniques et stabilisés du coup il n'y a pas de souci. Euh mais du coup euh j'ai perdu le fil de mon idée ...

ML : Ce n'est pas grave. Vous en tant qu'infirmière vous ressentez que c'est difficile de mettre à chaque fois une transmission informatique dès que vous voyez un patient ? Ce n'est peut-être pas dans votre culture non plus ?

H : C'était clairement dans ma culture quand j'étais à l'hôpital et voilà il n'y a pas de souci. Après c'est sûr que moi ça fait... cela ne fait que 5 ans que je suis en libéral. Du coup cela faisait 4 ans que je ne faisais pas de transmissions à part dans le petit dossier papiers au lit du patient et encore quand j'y pensais. Euh donc cela ne fait pas vraiment partie de ma culture (actuellement). Donc on essaye en tout cas d'agréments nous le dossier au niveau des transmissions infirmières mais ce n'est pas encore clairement inscrit dans nos habitudes. Euh après par contre oui comme là moi pour préparer mes réunions de cas complexes le système d'information partagée il est génial car c'est quand même une mine d'or. Moi j'ai des médecins qui sont quand même très euh bah très... très ordinateur machin et tout ça. Tous les comptes rendus sont dedans et il ne manque rien. Tout est bien noté et bien paramétré, bien dans les bons onglets donc moi je n'ai pas de problème. Et c'est vrai que cet outil là il est vraiment bien fait parce qu'on y trouve tout et qu'en plus bah moi j'ai la chance en tout cas que tout soit toujours bien noté. On a toujours une note sur comment s'est passée la consultation, ils ne sont pas centrés que sur le soin non plus, donc j'ai aussi des notes sur l'humeur du patient et comme il se sent tout ça. Du coup euh... notre système en tout cas notre système d'information il est bien fait. Les deux porteurs du projet (de la maison de santé) travaillaient déjà avec celui-là. Et par conte ils avaient été intransigeants sur le choix du dossier partagé parce qu'ils voulaient absolument que ce soit ce système là pour les dossiers médicaux. Et en fait oui parce qu'il est hyper intuitif donc je comprends qu'ils n'avaient pas envie d'en changer. Donc ouais c'est clair que c'est un outil important. Je comprends en tout cas que ce soit un des critères socles d'une MSP.

ML : Donc vous en tant que paramédicale et qu'infirmière vous l'utilisez plus pour le volet de la coordination alors que les médecins l'utilisent davantage pour leur exercice quotidien ?

H : Là clairement c'est plus les médecins qui l'utilisent au quotidien. Moi je l'utilise clairement pour ma coordination. Après honnêtement j'avoue que si j'avais tout le temps la tablette avec moi chez certains patients euh parfois je me fais la réflexion je me dis que ce serait quand même bien de prendre l'habitude de l'avoir, d'avoir au moins un sac tout le temps avec toi quand tu vas chez un patient parce que voilà parfois je découvre des plaies chez quelqu'un chez qui je vais faire une bio alors que je ne la vois jamais. Euh je me dis « c'est con c'est une patiente d'un médecin avec

qui je bosse, cela serait quand même intéressant qu'il le sache », des fois les patients ils n'ont pas l'impression que ce soit un grave truc alors que c'est un début d'ulcère et que là clairement tu auras besoin de soins et que si tu laisses trainer le truc tu vas te retrouver avec un ulcère de trois fois la taille dans une semaine et que voilà. Du coup je le fais encore à l'ancienne, je passe un coup de fil, mais je me dis c'est dommage parce que à la base on est équipé pour euh... pour que cela soit plus rapide et du coup je n'ai pas pris de photos euh... euh je ne t'ai pas expliqué comment était la plaie et tout ça. Donc c'est un peu bête car on est équipé pour ! Mais c'est une habitude en tout cas qu'il faut que je prenne et que je n'ai pas encore.

ML : Vous trouvez donc qu'il y a des fonctionnalités intéressantes mais vous estimez ne pas avoir pris l'habitude d'utiliser ces fonctionnalités intéressantes ?

H : Oui c'est cela.

ML : Et les médecins ils vous le reprochent cela ?

H : Non, non non. Après ils savent que je suis super nulle en informatique donc du coup à ce niveau-là ils me laissent plutôt tranquille (rires). Euh mais non ils ne me le reprochent pas mais c'est sûr qu'à mon avis ils préféreraient que ce soit plus étoffé au niveau des IDE (*infirmières*) et je peux le comprendre. Et ils préféreraient que cela soit aussi étoffé au niveau des kinés parce que les kinés c'est le même problème que nous. Parce que voilà on n'est pas dans la transmission en tout cas écrite, parce qu'on n'a pas encore pris cette habitude-là. Euh pareil je me dis qu'on est encore une MSP qui est jeune et c'est toutes des mauvaises habitudes que l'on travaille pour que cela devienne de bonnes habitudes et que cela soit logique de le faire. Mais je me dis que voilà c'est un axe de progression.

ML : Et vous avez votre logiciel de comptabilité à part ?

H : Oui on a notre logiciel de comptabilité à part parce que voilà les actes kinés, les actes infirmiers et les actes médecins ce n'est pas du tout les mêmes. Donc on a tous gardé par contre nos logiciels de facturation propres à chacun.

ML : Et les médecins ils ont aussi un logiciel de facturation différent du logiciel X ?

H : Non je pense que les médecins font leurs actes de facturation avec le *logiciel X*. Mais je ne me suis pas trop penchée là-dessus car en fait cela ne m'intéressait pas. Mais je pense qu'à mon avis c'est aussi le *logiciel X*. Il faudrait que je leur pose la question juste par curiosité mais à mon avis c'est cela ouais.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du coût financier d'une MSP ?

H : Du coût financier... euh... alors nous en fait déjà euh... cela nous a coûté quand même un peu cher parce qu'on est dans des locaux en fait qu'on loue à

organisme X. A la base c'était une supérette, une énorme supérette... mais en fait le bailleur social ne voulait pas faire les travaux pour que cela devienne une MSP, ce que je peux entendre. Du coup de ce fait là on a négocié un bail... un bail énormissime je pense qu'on est sur 60 ans euh avec le même loyer de base. Mais par contre on a tous contracté un prêt de travaux sur la SCM que l'on a créée. Du coup on a les charges en fonction des mètres carrés que l'on occupe. Du coup les médecins ont un peu plus, les kinés aussi car elles ont un énorme plateau technique, les IDE beaucoup moins parce qu'on a un seul bureau et qu'on est deux donc voilà. En tout cas c'est par rapport à cela. En fait le coût il a fallu en tout cas que les membres de l'équipe de la MSP soient complètement convaincus du projet parce que voilà il fallait contracter un prêt au niveau des travaux. Donc cela c'est vraiment le coût sur la construction de la MSP.

Après le coût d'entretien entre guillemets là on est encore sur du brouillon parce que là on a eu au début le fonds FIR, le premier fonds qui nous a permis de payer notre système d'informatique, on s'est équipé avec voilà... en fait ils sont *pro marque ordinateur X* car ils voulaient tous des *marque ordinateur X*. Donc voilà cela c'était le coût mais cela ne nous a pas coûté grand-chose parce que c'était l'avance qu'on avait en tant que MSP.

Et puis après on a reçu là nos premiers... notre premier versement ACI en tout cas donc notre première avance et notre solde de 2020. Mais du coup c'est brouillon parce qu'on ne sait pas trop ce... si on peut dépenser beaucoup ou au contraire si on ne peut pas dépenser beaucoup ? Donc la première année je pense qu'on tâtonne toujours un petit peu. Donc là on s'est enjoui on achète un ECG alors qu'en fait on a plein de sous mais comme on ne sait pas où les dépenser voilà on reste un peu prudents pour ne pas avoir de mauvaise surprise en tout cas. En fait cela tourne relativement bien, on a des coûts qui sont quand même là mais qui sont facilement gérables. Là voilà on veut se faire un petit plaisir, on veut se faire un petit coin détente dans notre salle de réunion pour les postes tout ça donc là voilà la semaine prochaine on se penche sur cela avec ma co-gérante de la SISA. Mais voilà on n'est pas gourmand et en général on laisse... on garde quand même beaucoup pour payer en tout cas les présences aux réunions, pour payer le temps de préparation par exemple j'ai un petit groupe de travail référent pour les ETP car toute mon équipe n'est pas encore préparée à l'ETP donc mon groupe référent qui fait des réunions en tout cas de préparation pour ces ETP là c'est aussi payé donc on garde pour cela. Donc on garde pour ma coordination aussi. Donc euh... en coûts vraiment exagérés on n'a pas trop parce que finalement on paye aussi la première consultation des diabètes type 2 découverts donc on n'exagère pas trop en tout cas. On ne fait pas et on ne fait même pas du tout partie de ces MSP qui prennent ce que l'on reçoit et qui divisent par autant qu'on est et puis on se fait un versement sur notre compte en tout cas. On essaye vraiment de faire vivre en tout cas notre MSP au maximum avec des projets qui voilà nous font plaisir et pour une meilleure médecine. Fin avoir un ECG tout pourri, fin là ils ont le tout dernier donc ils sont tout contents, donc voilà ! En tout cas voilà on part plus dans cette optique-là !

ML : Votre MSP arriverait-elle à fonctionner aujourd'hui sans l'ACI ?

H : Euh ouais ouais carrément. Elle arriverait parce que euh... Alors on ferait certainement moins de choses. Euh... ce serait une maison de santé qui ne serait pas labellisée et donc du coup on ne ferait pas autant de RCP. Euh on ne ferait peut-être pas d'ETP non plus. Parce que mine de rien il faut se dégager du temps pour tout cela donc cela reste quand même des libéraux qui n'en n'ont pas trop donc euh je pense que oui elle vivrait mais cela serait une maison médicale. Il y aurait cette subtilité-là qui ferait toute la différence parce que du coup on ne serait plus du tout dans la même dynamique de soins en tout cas.

ML : Avez-vous déjà eu des échos de la part de PDS comme quoi l'exercice au sein d'une MSP était plus coûteux comparé à un exercice antérieur libéral sur un mode solo ?

H : Alors je ne connais pas assez de... euh comme moi c'est tous des jeunes, c'est leur première installation avec nous du coup ils n'ont pas trop, ils n'ont pas trop de comparaison. Moi j'étais installée avec eux aussi avant, donc clairement ils me faisaient payer genre je ne sais pas 50 euros par mois. Donc oui forcément je paye plus cher maintenant mais j'ai mon propre bureau mais je veux dire je n'ai pas de comparatif non plus. Les kinés c'est pareil, elles sont toutes jeunes, donc elles étaient remplaçantes tout ça avant donc elles n'ont pas de comparatif. Donc en tout cas au sein même de mon équipe... oui les plus anciens c'est plus cher pour eux parce qu'ils ont plus de mètres carrés. Ils ont accès à plus de choses aussi donc du coup c'est plus cher. Mais euh ils font partie de ces anciens qui savent que l'avenir c'est justement cela en fait. Donc ils ne sont pas du tout réfractaires à payer plus parce qu'en plus de toute façon ils ont les moyens de payer plus donc pour eux travailler dans un environnement de travail plus adapté euh plus beau aussi visuellement parce que mine de rien c'est des locaux tout neuf qui sentent bon le neuf. Donc ils savent que du coup cela a un coût et ils ont la sagesse de savoir que cela a un coût et que cela se paye et il n'y a pas de souci en fait. Donc en tout cas je n'ai pas de retour de mon équipe en tout cas par rapport à ça... et quand je rencontre d'autres professionnels libéraux en général ceux que je rencontre c'est... mine de rien je pense que tu fréquentes, euh tu es qui tu fréquentes... en tout cas c'est tous des professionnels qui en tout cas tendent vers la même optique que nous, des professionnels qui veulent justement se mettre en équipe pluridisciplinaire et qui veulent faire des MSP, qui demandent des conseils parce que cela donne envie. Donc non je n'ai pas de ...

Menaces

ML : C'est vraiment l'aspect de travailler en équipe sur un mode coordonné pluri-professionnel dans locaux agréables qui prime sur l'aspect « les charges seront plus importantes » que dans un cabinet plus classique ?

H : Voilà c'est cela.

ML : Quels sont les inconvénients liés à la signature de l'ACI ?

H : Les inconvénients... euh bah on doit rendre des comptes donc voilà ! Moi je ne vois que cela comme inconvénient c'est que l'on doit rendre des comptes et qu'ils sont super chiantes pour les protocoles avec leurs logigrammes ils sont vraiment casse-pieds parce que euh voilà... Mais sinon ils ne sont pas trop chiantes en soi. Mais l'inconvénient c'est que si tu veux des subventions tu dois rendre des comptes quoi donc euh... L'inconvénient c'est que... en tout cas moi euh mes référents CPAM ne sont pas très très disponibles. Est-ce que c'est dû à la crise sanitaire ou quoi ou qu'est-ce ? Je ne sais pas mais moi en tout cas quand j'envoie des mails je reste souvent sans réponse. Et du coup bah je fais partie de ces libéraux qui veulent que cela aille vite et « quand je t'envoie un mail bah je veux avoir la réponse aujourd'hui » et quand je ne l'ai même pas un mois plus tard bah je n'ai pas envie de travailler sur ce truc là en fait car c'est à ce moment-là que je voulais ma réponse et que je ne l'ai pas et que du coup « quand je t'envoie mes justificatifs et que tu m'appelles début Mars » et que tu dis « Ah non non le protocole cela ne s'écrit pas du tout comme cela, bah je vous laisse encore trois jours parce qu'après c'est fini » je leurs dis « genre tu es en train de me dire que je dois faire mes 6 protocoles là parce que tu n'as pas su dire dès le départ que ce n'était pas bon ? ». Je pense alors « bah tu es un peu chianta là ! ».

ML : Vous constatez un manque de réactivité de leur part ?

H : Un manque de réactivité de la part de mes référents CPAM cela ça me fatigue (*soupir*). Voilà sinon c'est tout. Donc là j'insiste lourdement.

ML : Comment vous qualifieriez-vous alors les relations avec la CPAM ou l'assurance maladie ?

H : Bah ils ont beaucoup de mal de savoir ce que c'est un ordinateur je crois. Parce qu'en fait là c'est beaucoup mon leader qui me transfère les mails. Donc du coup ce que je fais c'est que je réponds à tous en insistant bien que « merci de me joindre directement en copie de mail parce que, parce que c'est un peu moi qui gère ce genre de choses donc euh... ». Donc si c'est pour surcharger de boulot mon leader et que en fait tu n'as toujours pas compris au bout de quasi 2 ans que la coordinatrice c'était moi bah je vais ré insister ré insister. Je pense que *en se désignant elle-même par son nom et prénom* tu as capté au bout d'un moment cela revient tout le temps. Donc je ré insiste lourdement mais je pense qu'à mon avis dans dix c'est bon (*rires*).

ML : Et vous vous étiez déjà présentée ?

H : Ah bah la pire c'est que franchement... alors quand ils me voient c'est « Ah bonjour ! Vous allez bien ? ». Là bizarrement on me reconnaît direct. Par contre je ne sais pas mon nom ne doit pas bien passer. On ne doit pas reconnaître mon nom je ne sais pas. Peut-être que si je mettais Docteur devant cela marcherait mieux je ne sais pas ?

ML : Cela doit être un peu lourd pour vous ?

H : Clairement ouais c'est chiant !

ML : **Que pouvez-vous me dire au sujet du recrutement de nouveaux PDS au sein de la MSP ?**

H : Alors au niveau espace on devient un petit peu short. Donc là on a récemment recruté une psychologue au début du *mois de l'année X* donc c'est tout récent. Alors elle a encore du mal à s'intégrer à l'équipe mais je pense que cela va se faire tout doucement parce que finalement comme me disait une doctoresse de la maison (*de santé*) avec qui je travaille, elle me dit « bah tu vois *prénom de la CDS* on est aussi une petite famille, cela fait bizarre d'intégrer quelqu'un comme ça du jour au lendemain ». Je comprends bien mais c'était aussi un de nos souhaits. Donc du coup je sens qu'ils ont quand même du mal à intégrer quelqu'un comme cela avec nous. Donc c'est un peu compliqué cela. Alors pareil on aimerait aussi proposer nos locaux à des spécialistes mais cela c'est... je pense qu'ils ont encore beaucoup de mal à se dire « bah on pourrait peut-être intégrer d'autres personnes une journée par semaine ou quoi ou qu'est-ce ». Là on a donc déjà fait un pas avec la psy. Je vais attendre de voir comment cela se passe. Mais après je pense que quand ils voient que cela se passe bien euh voilà ils seront d'accord pour que cela fonctionne quoi. Pour le moment je ne pense pas qu'ils sont compléments fermés mais ils ne sont pas non plus compléments open à voilà... à amener d'autres personnes avec nous.

ML : **Avez-vous eu des difficultés à amener de nouveaux médecins ?**

H : Euh non pas du tout. Nous en fait on a déjà 5 médecins donc euh... bah disons que ok ils sont déjà tous surchargés mais on en a déjà 5 et on a que 5 bureaux médicaux donc je ne pense pas que... Je pense qu'on va sûrement intégrer la médecin remplaçante qui remplace un peu tout le monde tout le temps. En fait on a un de nos docteurs qui est malade et qui du coup fait un mi-temps thérapeutique. Et du coup elle (le médecin remplaçant) elle fait son autre mi-temps et elle remplace les autres médecins quand du coup ils partent en vacances. Et c'est quelqu'un qui est hyper dynamique et qui est hyper investie mine de rien euh malgré le fait qu'elle ne soit que remplaçante et qu'elle ne fait pas partie de la SCM ni de la SISA. Elle est fort investie au sein de nos réunions et dans la vie de l'équipe en tout cas. Donc elle je pense qu'elle sera intégrée donc on réfléchit pour comment on va lui faire un bureau. Mais après je pense que l'on ne recrutera plus.

ML : **Le fait d'être dans un secteur urbain ce n'est pas non plus la même chose que dans un secteur rural pour la question du recrutement de médecins généralistes.**

H : Oui oui bien sûr.

ML : **Dernière question qu'est ce qui pourrait menacer la pérennité d'une MSP selon vous ?**

H : Euh la... la non remise en question de certains praticiens, les problèmes d'argent. Je pense que cela serait vraiment un problème des différends en tout cas au niveau caractériel et euh les problèmes d'argent. Sinon les projets je pense que ce n'est pas un souci. Le fonds en tout cas du projet, ce n'est pas cela le problème, cela vraiment, je pense que ce qui poserait un souci c'est toujours l'argent ou alors les problèmes de... voilà de non entente entre personnes mais au niveau privé... parce qu'ils travaillent tous dans la même optique de la médecine, ils travaillent tous dans la même optique de soins, je ne crois pas que cela soit le problème... en tout cas dans ma maison voilà je n'ai que ma maison de santé voilà comme cas de figure... cela ne serait pas (le projet de santé) mais cela serait des différends personnels ou au niveau de l'argent.

ML : **Quand vous dites des « problèmes d'argent » c'est dans quel sens ?**

H : C'est au niveau des charges.

ML : **Des charges qui sont trop importantes ?**

H : Bah des charges qui augmenteraient parce que bah... bah oui cela serait cela qui poserait un problème. Car je sais qu'il y a eu quelques différends là en fait. Ils avaient évalué plus ou moins de charges par rapport à... fin autant pour les médecins et ci et ça. Et là au niveau médical il a fallu augmenter de 150 euros par mois. Et je sais que cela avait fait quelques petites houles. Du coup je pense que c'est toujours le même souci, c'est toujours le nerf de la guerre, je pense que cela serait vraiment les charges qui augmentent. Mais je pense que là elles ne pourront faire que descendre vu qu'à un moment notre crédit travaux sera terminé. Donc d'ici deux ans nos charges descendront. Mais comme on est avec des praticiens quasiment jeunes on est justement dans cette optique où on travaille beaucoup pour ensuite peut-être comme quasi toute la totalité des gens fin quand tu vieillis tu travailles moins. Mais là on est tous dans notre période où tu montes tout le temps pour travailler plus. Donc il n'y a pas de problème en tout cas si les charges sont un peu élevées. A notre âge normalement tu travailles beaucoup. Dans 10 ans on aura tous 10 ans de plus et cela sera moins (pour les charges) et cela arrangera tout le monde.

ML : **Le fait d'avoir des charges plus élevées cela pourrait provoquer des départs selon vous ?**

H : Non... non non.

Fin de l'enregistrement

i) Entretien

Le 29/10/21 à 14 heures.

Durée de l'entretien : 36 minutes 25 secondes.

Début de l'enregistrement

Recueil des données socio-démographiques du Coordinateur de Santé

ML : Pouvez-vous m'indiquer votre âge ?

I : J'ai 38 ans.

ML : Quelle est votre formation initiale ?

I : De base j'étais secrétaire médicale et j'ai basculé depuis un peu plus d'un an sur un poste d'assistante médicale et donc avec du temps de coordination.

ML : Du coup vous exercez la fonction de Coordinatrice de Santé (CDS) depuis combien de temps ?

I : Bah du coup là je suis la CDS de la maison de santé bah depuis l'ouverture en décembre 2019 et officiellement diplômée depuis cette année au mois d'avril.

ML : Vous êtes au sein d'une seule Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) ?

I : Ouais... ouais ouais.

ML : Elle se situe dans quel secteur ?

I : Elle se situe dans la *région X* dans la *ville X* (*indique le code postal de la ville X*).

ML : C'est un secteur rural, citadin ou semi-rural ?

I : Plutôt rural effectivement.

Forces

ML : Quels sont les avantages, selon vous, pour un Professionnel De Santé (PDS) à exercer au sein d'une MSP ?

I : Bah le fait d'avoir une équipe de soignants autour déjà. Euh le jour où quelqu'un rencontre un souci, et que cela soit professionnel ou même privé, il y aura toujours une équipe derrière nous. Après je ne sais pas si cela se passe comme cela dans toutes les maisons de santé mais nous on est une équipe plutôt jeune avec une moyenne d'âge assez jeune donc c'est vrai que du coup on a une bonne cohésion d'équipe et on s'entend tous très très bien. Et c'est important d'avoir une qualité de vie au travail qui n'est pas négligeable. C'est vrai que l'on vient et qu'on est dans un contexte vraiment... vraiment bon pour travailler, dans de bonnes conditions pour travailler, l'ambiance est très bonne.

Après il y aussi le fait d'avoir des locaux neufs et adaptés hein. Nous c'est une maison de santé qui a été construite et pensée par l'équipe... par l'équipe de base donc c'est vraiment des locaux qui sont adaptés. Donc cela c'est plutôt positif pour un médecin qui arrive là comme ça d'avoir tout à disposition au final. C'est plutôt pas mal.

ML : Donc davantage l'aspect « convivial » de l'exercice en équipe et le fait d'avoir une équipe « jeune » ?

I : Après il y a aussi l'aspect financier hein. Cela il ne faut pas le cacher. L'avantage d'être en maison de santé c'est le partage des charges. Euh voilà un médecin qui s'installe en maison de santé ou un médecin qui s'installe dans son cabinet euh... bah cela passe du simple au double (*pour les charges*). Il vaut donc mieux s'installer en MSP.

ML : Donc selon vous ... (interruption de la question par I)

I : Parce que les médecins... les médecins qui s'installent ils ont droit à des aides à l'installation donc il y a même des aides qui sont réservées aux médecins en maison de santé. C'est donc tout bénéfique à s'installer en maison de santé.

ML : Il y a des aides spécifiques pour l'installation d'un médecin au sein d'une MSP ?

I : Il y a des aides qui sont accordées pour les médecins qui font justement partie d'un regroupement. Quand on est tout seul on n'a pas forcément le droit déjà à un assistant médical. Un médecin tout seul ne va pas avoir le droit.

ML : Donc selon vous il y a un avantage « financier » pour un PDS à exercer au sein d'une MSP ?

I : Bien sûr.

ML : Quel est le projet de santé de la MSP où vous officiez ?

I : Alors le projet de santé euh... (*soupir*) je pense qu'il est à revoir dans notre maison de santé car il avait été écrit il y a déjà quelques années au départ de la... du projet de maison de santé. Donc c'était surtout d'offrir une meilleure offre de soins à la population du *bassin de la région X*. On est dans une zone où il y a eu beaucoup beaucoup de départs à la retraite de médecins pas remplacés. On est donc face à un désert médical qui vient même encore maintenant de plus en plus compliqué même avec la maison de santé parce-que malheureusement on ne peut pas compenser le départ des autres médecins du secteur. On ne va pas tout compenser. Mais de base le projet déjà c'était d'offrir... d'avoir une meilleure offre de soins pour la population. Vous m'entendez toujours, vous êtes figés là ?

ML : Si si je vous entends toujours.

I : L'image ne bougeait plus, j'avais peur de vous avoir perdu.

ML : Vous ne m'avez pas perdu je suis là.

I : Ok (*rires*). Donc ouais le point principal du projet de santé c'était ça : c'était l'offre de soins, vraiment améliorer l'offre de soins sur le *bassin de la région X*.

ML : D'accord. Et vous mettez en place des Nouvelles Formes d'Exercice (NFE) ou de nouveaux services pour les patients comme l'Éducation Thérapeutique Patient (ETP) ou des actions de prévention ?

I : Bah il y a encore plein de choses qui sont en cours. Nous malheureusement notre maison de santé elle a ouvert et on a eu le Covid 3 mois derrière. Donc il y a plein de choses qui ont été mises en suspens et là on commence seulement à retrouver un rythme plus... plus normal. Et encore nous on ne sait pas ce qu'est notre vitesse de croisière parce que finalement on n'a pas eu le temps de se mettre en place correctement avant de voir passer le Covid. Donc c'est un petit peu compliqué on est dans un contexte un petit peu du coup particulier et là on commence seulement bah justement à pouvoir mettre en place tout cela et pouvoir mettre en place des actions de santé. Tout ce qu'on avait en projet tout a été annulé à cause du Covid donc c'est vrai que cela n'a pas été simple pour nous à cause de tout cela.

ML : D'accord. Et qu'aviez-vous comme projets de prévus ?

I : Bah déjà avec la cardiologue, le diététicien et les infirmiers on voulait faire un parcours du cœur. Vous savez hein avec la sensibilisation des gens justement sur les maladies cardiaques et après l'éducation thérapeutique au niveau alimentaire, plein de choses comme cela... Et on devait se mettre dans le parc du village pour faire un petit parcours cœur avec une marche, une initiation à différents sports bons pour le cœur. Et tout cela malheureusement on n'a pas pu. L'année dernière tout ce que l'on voulait faire, nos actions, fin « Octobre Rose » on n'a pas pu non plus. Après l'éducation thérapeutique fin faire des groupes de patients cela a été très compliqué car cela n'a pas été forcément le bon moment non plus. Donc là vraiment on remet en place tous ces projets-là.

ML : Il y a donc eu un impact de la crise sanitaire sur votre dynamique ?

I : Ah oui complètement.

ML : Et elle a ouvert quand déjà votre maison de santé ?

I : En décembre 2019. Donc juste avant le Covid...

ML : Qui exerce le rôle du leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

I : C'est un médecin généraliste.

ML : Quel est l'apport du leader au sein de l'équipe pluri-professionnelle ?

I : Bah les nouvelles idées j'ai envie de dire. Lui il ne s'arrête jamais. Il voit toujours plus loin et il motive toujours les troupes : « *Il faut faire cela, il faut faire cela et il faut faire ça !* » (*rires*). Il a un rôle très important. Il est toujours à pousser les autres. Il a un rôle très très important ouais.

ML : Il a un rôle de guide ?

I : Ouais c'est cela. Bah il est leader et co-gérant donc c'est lui qui mène la barque on va dire.

Opportunités

ML : Et vous en tant que CDS, vous avez un partage de votre emploi du temps entre votre poste de CDS et votre poste d'assistante médicale ?

I : Ouais. J'ai deux demi-journées dédiées à la coordination.

ML : En quoi consiste votre rôle de CDS ?

I : Après je fais pas mal de choses (*soupir*). Après en quoi consiste mon rôle ? Ce n'est pas un rôle précis mais en fait il y a plein de choses quoi. C'est... euh c'est... je suis en lien avec les co-gérants. Et nous dans la maison de santé on a opté pour une gestion de la coordination éclatée fin une coordination éclatée. Donc chaque associé a son petit rôle de coordination et moi je suis là pour relayer, pour chapoter et pour faire le lien entre les diverses personnes en interne et en externe.

ML : D'accord. Et comment se passent vos relations avec les PDS ?

I : Bah écoutez tout se passe très bien (*rires*) !

ML : Cette question c'est plutôt dans le sens « apprécient-ils votre rôle de CDS dans leur exercice quotidien ? » ou « cela leur apporte-t-il une aide vis-à-vis du travail de coordination et un gain de temps pour eux ? ».

I : Ah bah je pense parce que de tout façon euh dès qu'il y a quelque chose on m'envoie un petit message ou on me passe un petit coup de fil « euh il faut faire cela » ou « bah j'ai besoin de ça » ou « est-ce que tu peux faire cela ? ». Donc oui effectivement pour beaucoup c'est un gain de temps dans le sens où quand ils ont besoin de quelque chose bah ils me le demandent justement.

ML : D'accord. Et vis-à-vis du leader comment cela se passe, il y a un partage de tâches, comment vous travaillez ensemble ?

I : Euh bah c'est pareil en fait. On est complémentaires. C'est-à-dire qu'il y a des choses

qu'il gère lui-même et après c'est pareil comme c'est le médecin généraliste il n'a pas beaucoup de temps. Alors justement il y a le projet de CPTS pour lequel il est très pris aussi donc il me délègue plein de choses. C'est pareil lui tout ce qu'il n'a pas le temps de faire bah il demande de m'en occuper. Après je ne vous cache pas que deux demi-journées par semaine ce n'est pas assez.

ML : Vous aimeriez bien disposer de davantage de temps pour exercer votre rôle de CDS ?

I : Ouais tout à fait ouais.

ML : Comment cela se fait que vous ne pouvez pas vous accorder davantage de temps en tant que CDS ? Est-ce notamment une question de financement ?

I : Après bah je pense qu'effectivement euh cela doit jouer et puis... après c'est tout des choses à revoir. Comme je vous le dis cela avait été pensé avant le Covid donc euh maintenant c'est tout des choses à revoir au niveau de l'organisation bien sûr.

ML : Et vous en tant que CDS quelles difficultés vous rencontrez dans l'exercice de cette fonction ?

I : Bah le manque de temps premièrement. Cela c'est... c'est le point noir... c'est le plus gros point noir c'est le manque de temps. Après des difficultés bah cela dépend pour quoi faire. Après quand c'est pour des réunions... Cela dépend en fait des tâches à réaliser effectivement quand c'est des choses pour lesquelles j'ai besoin de motiver certains PDS, je pense par exemple aux protocoles, il faut les motiver et leurs dire « *Cela serait bien qu'on se réunisse pour voir un petit peu les protocoles, pour mettre à jour, qu'on fasse le point et qu'on voit si c'est toujours adapté car sinon la machine n'est plus à niveau* ». Par contre quand c'est comme cela, fin motiver les autres pour de la paperasse c'est un petit peu plus compliqué. Après je vous dis on est une bonne équipe ici donc tout se passe bien et il n'y a pas de tensions, il n'y a pas de discordes entre les membres de l'équipe, donc euh... il n'y a pas fin moi je ne rencontre pas vraiment de difficultés en fait ici. Cela se passe plutôt bien.

ML : Peut-être plus des difficultés à savoir réunir tout le monde, que tout le monde trouve le temps pour se rencontrer et se concerter ?

I : Oui plus cela. C'est vrai que c'est un peu plus compliqué de réunir tout le monde pour les réunions.

ML : Et après vous pouvez entrer facilement en contact avec un des PDS de la MSP si vous en avez besoin au sujet d'une difficulté ou de faire le point sur un élément de la coordination ?

I : Bien sûr tout à fait ! Là-dessus il n'y a pas de souci. Si j'ai besoin de les voir ils seront disponibles. Je vais les voir entre deux patients s'ils ont moins de temps mais autrement on trouve toujours du temps pour échanger et pour partager quand on en a besoin.

Faiblesses

ML : Quelles sont les difficultés rencontrées par le PDS qui endosse le rôle du leader ?

I : Bah cela il faut le demander à lui. Je ne peux pas vous le dire... Après son plus gros problème je pense que cela va être le manque de temps. Comme je vous dis c'est le médecin généraliste donc il est déjà très pris par ses consultations. Après le plus compliqué peut-être pour lui bah c'est de voir tout le monde car euh... effectivement pour lui c'est plus compliqué de se libérer du temps en même temps que la personne en face. Donc lui rencontrer les PDS un à un cela serait plus compliqué effectivement. Mais bon là du coup il me passe le relais en me disant « *est-ce que vous pouvez voir untel ou untel, lui demander ça et cela et puis faire le point* » et puis voilà quoi moi je lui fais le relais après.

ML : Vous êtes son bras droit ?

I : C'est cela.

ML : Il n'a jamais manifesté de signes d'épuisement notamment sur le fait d'exercer à la fois son rôle de médecin généraliste et son rôle de leader et le fait de devoir gérer à la fois ces deux rôles ?

I : Ah bah si... si si bien sûr. Je l'ai déjà entendu dire « *j'en ai marre* » ou « *je suis fatigué* ». Mais après euh qui ne le dit pas. Après il est bien content quand les vacances arrivent. Là par exemple cette semaine il est en vacances donc moi je prends le relais si jamais il arrive quelque chose. Et puis comme je vous le dis ils sont deux fin le leader est aussi co-gérant, donc il y a le second co-gérant qui est là aussi si il y a un pépin et il sait qu'il peut se reposer tranquillement et se reposer sur nous fin la CDS et le second co-gérant.

ML : Cela a toujours été la même personne qui a exercé le rôle de leader depuis le début de la MSP ?

I : Ouais ouais depuis le départ c'est... fin il fait partie du noyau fin le meneur de projet à la base. Donc il a toujours eu ce rôle du leader. En fait l'idée de départ de la maison de santé c'est lui en fait avec un infirmier du secteur. Donc effectivement il a toujours eu ce rôle du leader.

ML : Tout à l'heure vous parliez de la notion de « coordination partagée », le fait que chaque PDS soit responsable d'un projet de santé ?

I : Fin c'est avec les associés uniquement fin pas tous les professionnels médicaux ou paramédicaux. Uniquement ceux qui sont associés à la SISA.

ML : Le fait donc d'avoir cette coordination partagée entre les membres de la SISA est-ce que cela décharge et est-ce que cela aide le leader dans le travail de coordination ?

I : Bien sûr. Oui oui cela lui libère du temps et puis à moi aussi effectivement. Je pense qu'effectivement

cette option de coordination partagée c'est une bonne option. Cela permet à chacun d'anticiper et d'avoir un rôle au sein de la SISA et au sein de la maison de santé. Je pense même que cela est important de faire comme cela en fait que cela ne soit pas les mêmes qui font toujours tout. Chacun a une tâche et chacun doit participer à la vie de la maison de santé. Cela permet à chacun de s'investir et de ne pas être juste là pour récolter les ACI si il y en a à récolter.

ML : Qu'en est-il de la motivation sur le long terme des PDS vis-à-vis du projet de santé ?

I : Je vous entends de moins en moins bien.

ML : Là vous m'entendez mieux ?

I : Oui c'est mieux.

ML : Qu'en est-il de la motivation et de l'adhésion sur le long terme des PDS vis-à-vis du projet de santé ?

I : Bah écoutez pour le moment tout le monde a l'air toujours aussi motivé. Et comme je vous disais comme là on revit et qu'on reprend nos activités bah cela redonne un petit élan et un petit rebond à la motivation donc c'est plutôt pas mal. Euh maintenant il faudra revoir dans quelques mois si les PDS ne sont pas lassés de cela mais là du coup comme on revit bah on retrouve une nouvelle dynamique.

ML : Il y a donc un nouvel élan ?

I : Un nouvel élan ouais.

ML : Et durant la période de la crise sanitaire et tout cela vous avez pu constater un baisse de motivation ou c'était parce que le contexte sanitaire ne permettait pas de mener les projets comme vous le souhaitiez ?

I : Bah... oui... Après c'est surtout parce-que bah on a espacé les réunions et puis elles se passaient en visio et non plus en présentiel. Alors on avait l'habitude de faire toutes les semaines les réunions autour d'un repas donc forcément quand il n'y a plus cela c'est un petit peu plus compliqué de motiver tout le monde à faire une réunion pour dire de faire une réunion parce que justement c'était plus le soir après la journée de travail donc forcément c'est moins sympathique. Donc cela a été... oui je pense que pendant la période Covid il y a eu une baisse de motivation et les inquiétudes de chacun, ce n'est pas parce qu'on est PDS qu'on n'est pas inquiet de ce qu'il se passe autour donc oui effectivement il y a eu un petit coup de mou. Là cela fait du bien de pouvoir reprendre tout cela.

ML : Le fait d'avoir des réunions plus conviviales cela aide au niveau de l'adhésion et la participation ?

I : Ouais quand on fait une réunion autour d'un bon repas on a effectivement plus de participants (*rires*) !

ML : Comment se passe l'organisation de l'activité de coordination notamment sur le déroulement des réunions et la régularité des réunions ?

I : Bah après euh quand on fait les réunions hebdomadaires autour des repas c'était plus pour faire le point sur le fonctionnement de la maison de santé, les besoins de chacun, euh... les besoins du leader et du co-gérant par rapport aux autres PDS. Après on a les autres réunions qui concernent plus les patients donc là ce n'est pas avec tout le monde mais plus les médecins et les infirmiers. Après cela dépend du type de réunion. Autrement c'est préparé du coup en fonction du type de réunion et donc les participants que l'on convie aux réunions.

ML : Donc une réunion hebdomadaire et une réunion en fonction des problématiques sur la prise en charge du patient ?

I : Non non non. La réunion hebdomadaire c'est tous les PDS pour les autres on se réunit quand il y a besoin en fonction des cas patients à discuter et on prévoit une réunion selon le nombre de patients. S'il y a une forte demande on accélère le rythme autrement c'est en fonction des besoins en fait. Mais on essaye de faire une réunion de concertation en fonction des besoins en fait.

ML : Quelles sont les difficultés rencontrées vis-à-vis de l'activité de coordination ?

I : Après moi je vous dis je n'ai pas vraiment de difficultés dans mon travail vis-à-vis de la coordination. Euh je ne sais pas quoi vous dire en fait...

ML : C'est que vous ne rencontrez pas de difficultés tout simplement. Tant mieux ! Que pouvez-vous me dire au sujet de l'utilisation du Logiciel Pluri-Professionnel (LP) ?

I : Alors bah nous on utilise le *logiciel X*. Alors après là-dessus les PDS sont assez partagés par rapport à l'utilisation de ce logiciel parce qu'en fait il y a les informations de tout le monde qui se retrouvent dans le dossier patient bah forcément. Après cela peut être un plus et cela peut aussi être une difficulté dans le sens où là la cardiologue quand on ouvre le dossier patient et que l'on voit s'afficher en haut « *attention penser au dépistage du cancer colo-rectal* » bah là clairement cela ne la concerne pas et elle s'en fiche. Donc elle aimerait bien qu'il n'y ait pas cela qui s'affiche et qu'il n'y ait que ses informations à elle qui concernent la cardio. Donc là-dessus avec le *logiciel X* je pense qu'il y a des choses à revoir et peut-être mettre en place plus de filtres ou de choses comme cela et faire plus de paramétrages et que chaque PDS ne soit pas pollué avec les informations des autres PDS. Donc on a toujours besoin de voir ce qui s'est écrit ou ce qui s'est dit avec un autre professionnel. Là-dessus je pense qu'il y a des choses à repenser. Après cela peut être pratique pour le suivi. Il y a des professionnels ... là je vois avec la sage-femme et les médecins généralistes bah parfois ils ont besoin de s'échanger des informations. Là aussi avec les infirmiers quand ils sont au domicile avec le patient bah ils peuvent avec le logiciel qui est accessible sur

les téléphones bah ils peuvent par exemple prendre en photo une plaie ou quelque chose et l'intégrer directement dans le dossier du patient pour que le médecin généraliste puisse en prendre connaissance tout de suite. Donc cela a aussi des avantages c'est un logiciel fin le *logiciel X* c'est un logiciel qui est très pratique en fait.

ML : Il a donc des fonctionnalités intéressantes vis-à-vis de la prise en charge du patient et il facilite également la communication d'informations entre les PDS ?

I : Voilà fin au niveau des échanges et des informations euh bah c'est pratique d'avoir le logiciel partagé. En plus dedans on peut intégrer plein de choses, par exemple on peut intégrer des protocoles dedans. Donc si jamais on cherche un protocole pour un patient suite à un INR ou quelque chose on peut retrouver dans le logiciel les différents protocoles, voir ce qui avait été dit et voir comment agir s'il y a besoin. Donc le logiciel partagé c'est vraiment très pratique et le fait de pouvoir avoir accès pour les différents PDS.

ML : Tous les PDS jouent le jeu de l'utilisation du LP notamment sur le remplissage du dossier médical informatique du patient ?

I : Bah ils jouent le jeu plus ou moins on va dire. On a notre diététicien par exemple qui a un peu plus de mal à s'y mettre. Après c'est parce qu'effectivement il n'est pas très branché informatique de base donc effectivement il faut le temps qu'il se mette en route. Mais on y vient. Et justement on insiste nous en plus pour la concertation, pour tout ça, on a besoin, de toute façon on doit laisser des traces. Alors on essaye de les booster et de les pousser à utiliser le plus possible le logiciel. Mais ce n'est pas simple pour tout le monde effectivement.

ML : Ce n'est pas simple pour tout le monde car c'est aussi une question d'habitude ?

I : C'est cela. C'est un logiciel qui est pratique quand on le connaît. Mais quand on ne l'a jamais ouvert et quand on ouvre pour la première fois le *logiciel X* il y a beaucoup d'informations, il y a beaucoup de choses fin visuellement il y a plein de choses. Donc c'est vrai que quand on n'a pas l'habitude pratiquer bah il faut un petit temps d'adaptation et s'y faire quoi mais après c'est comme tous les logiciels spécifiques j'imagine.

ML : Vous disposez d'une formation initiale pour l'utilisation du logiciel ou pas du tout ?

I : Si si on bénéficie d'une formation initiale ouais ouais.

ML : Encore une question vis-à-vis du logiciel et notamment l'usage par les paramédicaux et les infirmières, trouvent-elles le temps de le remplir de façon régulière, notamment quand on pense à son activité et ses tournées qui prennent déjà beaucoup de temps ?

I : Fin le fait que cela soit accessible sur le téléphone portable c'est le côté pratique justement où en

quelques secondes c'est fait la petite note personnelle c'est ajouté, la petite photo c'est ajouté. Cela va très vite en fait. Donc non les infirmières elles jouent bien le jeu par contre là-dessus.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet du coût pluri-professionnel d'une MSP ? Vous en avez déjà parlé tout à l'heure avec notamment la réduction des charges pour les PDS ?

I : Euh oui il y a moins de charges dans le sens où le loyer est partagé forcément. Pour les médecins il y a moins de charges dans le sens où les contrats d'assistants ils sont pris en charge pour le moment par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) donc pour le moment il n'y a pas de secrétariat à payer en plus. Euh comme il y a les contrats pris en charge il n'y a pas euh il n'y a pas d'impayés en plus et de cotisations derrière (?). Pareil comme c'est une grande structure pour le ménage on fait appel à une société extérieure donc il n'y a pas à payer une femme de ménage fin salaire plus cotisation donc cela c'est des charges en moins pour le fin pour les PDS. Du fait que ce soit des locaux neufs euh au niveau économies d'énergie on est plutôt pas mal donc cela ne fait pas des grosses factures électricité-gaz donc c'est encore des charges en moins pour les PDS. Et plus les bureaux sont remplis plus les charges sont divisées. Donc euh... par exemple les médecins généralistes par rapport à... fin il y avait deux médecins généralistes dans le même cabinet médical et qui ont intégré la maison de santé et bah ils ont divisé leurs charges par deux.

ML : Il y a donc selon vous un réel avantage financier pour un PDS à exercer au sein d'une MSP ?

I : Tout à fait.

ML : Et cela les PDS vous en témoignent comme quoi cela est plus avantageux financièrement d'exercer au sein d'une MSP par rapport à leur exercice précédent ?

I : Bien sûr bien sûr. Là euh que ce soit n'importe quel PDS euh quand on leurs annonce les tarifs ici et quand ils font la comparaison des tarifs qu'ils ont pu voir ailleurs en général il n'y a pas photo. Un PDS qui va venir une journée par semaine chez nous, bah je donne cela à titre d'exemple, bah par exemple la psychologue qui vient une journée bah elle paye 150 euros pour euh... alors que si elle était en ville dans son cabinet bah elle payerait... bah elle aurait le loyer de son cabinet plus le chauffage, plus l'électricité, plus l'eau et tout cela donc forcément c'est très avantageux.

ML : Du coup vous avez combien de PDS en tout ?

I : On est en tout 22 PDS.

ML : Tous vos locaux sont occupés ?

I : Oui alors on a deux bureaux fin un bureau interne encore vacant et un deuxième cabinet dentaire encore vacant.

ML : Vous avez des pistes pour recruter ? Vous avez beaucoup de demandes ?

I : Euh oui on a plusieurs demandes après nous ce que l'on aimerait bien c'est un médecin généraliste en plus. Fin le bureau qui nous sert pour nos internes on le réserve à un médecin généraliste bien sûr. Donc en attendant c'est les internes qui l'occupent donc ce n'est pas un bureau qui reste vide mais c'est vrai que c'est un bureau qu'on va garder pour un médecin. Et c'est vrai qu'après les bureaux on ne peut pas mettre n'importe qui par exemple le deuxième cabinet dentaire on ne peut pas mettre une psychologue dedans ce n'est pas possible ce n'est pas adapté. Autrement on a pas mal de demandes, on a régulièrement des candidatures pour différentes spécialités oui.

ML : Pourquoi vous voulez privilégier un médecin ?

I : Parce que c'est ce qui manque le plus. Et que le bureau des internes il est situé dans le pôle dédié aux médecins généralistes. En fait on a un médecin qui est parti il n'y a pas très longtemps et ce bureau là c'était son bureau. Donc on aimerait bien remettre un médecin généraliste dedans.

ML : Est-ce aussi pour assurer en quelque sorte la pérennité de la MSP dans le sens où pour l'ACI vous devez avoir un certain nombre de médecins généralistes pour rentrer dans les clous ?

I : Non ce n'est pas pour cela. Parce qu'on a le nombre de médecins qu'il nous faut pour les ACI. Il y en a 2 donc ... (*interruption de la conversation, une personne tierce entre dans la pièce de l'interviewée*). Je ne sais pas pour combien de temps vous en avez encore car je ne suis pas dans un bureau isolé ?

ML : Encore un quart d'heure maximum.

I : Bon je vais peut-être avoir un peu de bruit autour de moi vous m'excusez.

ML : Il n'y a pas de souci ne vous en faites pas.

I : Du coup je ne sais plus où nous en étions.

ML : Vous disiez que vous étiez dans les clous par rapport à l'ACI. Que vous aviez les 2 médecins qui étaient installés et que cela c'était bon.

I : Oui en fait l'arrivée d'un nouveau médecin ne nous donnera pas plus d'ACI.

ML : Que pouvez-vous me dire au sujet des relations entre les PDS de la MSP et les PDS externes à la MSP ?

I : Encore une fois les liens avec l'extérieur c'est en cours d'exploitation. Comme je vous le disais tout à l'heure j'évoquais la CPTS qui est en cours de création en ce moment et qui va être mise en place pour faciliter les échanges entre les PDS du secteur dont ceux de la maison de santé entre autres. Donc on espère qu'avec cette CPTS on espère que les liens avec les

extérieurs vont être plus faciles fin on va dire facilités et renforcés.

ML : Pour le moment vous voulez dire que vous percevez les relations comme difficiles ?

I : Bah oui c'est compliqué. Quand on a des demandes à faire bah les PDS extérieurs on n'est pas forcément mieux entendu parce-que l'on vient de la maison de santé. Ce n'est pas... ce n'est pas un critère qui nous fait passer avant quoi.

ML : Comment cela se fait qu'ils ne vous entendent pas ? ils vous voient d'un mauvais œil ?

I : Non ce n'est pas ça. En fait on est dans une région où c'est compliqué d'avoir des spécialistes de toute façon que cela soit n'importe quel spécialiste. De toute façon c'est le lien ville-hôpital qui reste compliqué mais bon comme dans beaucoup de secteurs. C'est surtout ce lien là que l'on voudrait renforcer.

ML : Qu'en est-il de vos relations avec les instances régulatrices à savoir la CPAM et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ?

I : Bah écoutez cela se passe très bien. On a des contacts euh... à force on connaît les personnes c'est toujours les mêmes que l'on a en face donc cela se passe très bien. Que ce soit pour les ACI ou pour autre chose de toute façon on a des interlocuteurs qui sont toujours les mêmes donc euh c'est pareil à force comme on se connaît il n'y a pas de difficultés. Ils sont toujours joignables si on a une difficulté ou une question et on a toujours des réponses rapidement.

ML : Ils sont vraiment là pour vous aider et ils ne sont pas vus comme des instances qui surveillent votre activité ?

I : Ah non du tout c'est... non non ils sont là... non non ils ne nous surveillent pas mais au contraire ils sont là ils nous accompagnent.

ML : Ils sont donc là sur le versant de l'accompagnement.

I : Tout à fait.

ML : Le fait d'avoir à chaque fois un interlocuteur principal identifié cela aide ?

I : Ah oui tout à fait car on sait à qui on peut poser la question quand on a une difficulté et on ne se dit pas « à qui je dois demander, est ce que c'est elle, c'est elle ou c'est elle ? ». Le fait d'avoir là le même interlocuteur cela facilite les échanges.

Menaces

ML : Vous bénéficiez donc de l'ACI. Quels sont les avantages à bénéficier de l'ACI ?

I : Bah les avantages c'est... cela nous permet encore une fois de réduire les charges. Si on n'avait pas les ACI encore une fois on a des choses que l'on paye

avec les ACI si on ne les avait pas cela serait à payer par les PDS. Donc l'avantage fin le gros avantage c'est l'avantage financier cela c'est sûr que sans les ACI les charges de chacun monteraient en flèche.

ML : Aujourd'hui votre MSP pourrait-elle se passer des ACI ?

I : Au jour d'aujourd'hui non je ne pense pas.

ML : Bénéficiez-vous de quelques financements externes de la part de la commune X ou de la communauté de communes ?

I : Non... non non. Il y a eu quelques subventions pour le centre de prélèvement PCR et pour le centre de vaccination en plus des ACI. Sinon il n'y a pas d'autres aides.

ML : D'accord. Avez-vous des inconvénients liés à l'ACI ?

I : Ah bah il y a des objectifs à remplir donc les inconvénients c'est de faire ce qu'il y a faire pour remplir les objectifs et obtenir ces ACI.

ML : Avez-vous des difficultés pour remplir ces objectifs ?

I : Non on n'a jusque maintenant pas eu de difficultés pour remplir ces objectifs et les objectifs sont atteints donc tout le monde a fait sa part de travail pour atteindre les objectifs donc pour le moment cela va (*rires*).

ML : Très bien. Trouvez-vous que l'organisation des soins primaires en une organisation pluri-professionnelle et coordonnée vous trouve que c'est une solution et une situation pérenne ?

I : Bah je l'espère. Je pense que oui effectivement. Bah les maisons de santé cela améliore quand même la prise en charge. Cela il n'y a pas... euh oui pour moi la maison de santé c'est l'avenir.

ML : Et vous avez un retour de la part des patients sur cette prise en charge coordonnée éventuellement un taux de satisfaction ?

I : Bah on avait mis en place l'année dernière une enquête de satisfaction euh... et qui est revenue très très positive. Les gens étaient très satisfaits de... de ce que l'on propose et de la prise en charge effectivement. Après on est encore une maison de santé récente donc on n'a pas encore beaucoup beaucoup de recul.

ML : Mais ce sont des premiers pas encourageants.

I : Tout à fait.

ML : Dernière question. Qu'est ce qui pourrait menacer selon vous la pérennité d'une maison de santé ?

I : (*Silence*). (*Soupir*) Euh le fait que le médecin généraliste parte en retraite et qu'il ne soit pas remplacé.

ML : Le médecin généraliste comme pilier de la maison de santé selon vous ?

I : Ah bah oui de toute façon il faut qu'il y ait des médecins généralistes. De toute façon sans médecin généraliste il n'y a pas de maison de santé.

ML : Vous le disiez tout à l'heure mais vous ne ressentez pas de difficultés dans le recrutement de médecins généralistes car là actuellement vous êtes dans les clous mais vous aimeriez quand même bien en recruter un troisième ?

I : Effectivement on aimerait bien en avoir un supplémentaire. Donc on a nos médecins ici qui sont maîtres de stage, qui forment les futurs médecins donc on espère toujours qu'il y en ait un qui s'installe avec nous une fois les études terminées.

ML : C'est une opportunité de recrutement selon vous ?

I : Oui tout à fait. Après quand les internes ils passent ici, les internes ils le disent que c'est bien et que c'est beau et que c'est sympa de travailler dans une maison de santé et que l'ambiance elle est bien mais bon souvent ce sont des jeunes qui ne sont pas du secteur géographique donc pour attirer les jeunes médecins dans un endroit reculé comme le nôtre ce n'est pas toujours évident.

ML : Malgré le fait d'avoir une bonne ambiance de travail et des locaux agréables c'est vraiment le territoire géographique d'implantation de la MSP qui prime sur l'installation des jeunes médecins généralistes ?

I : Ouais tout à fait. Le territoire c'est compliqué effectivement. Nous c'est... les internes souvent ils viennent de la faculté d'Amiens donc ils sont souvent du Nord vers Amiens et Abbeville donc pour venir jusqu'ici ce n'est pas évident.

ML : Il y a des aides à l'installation en zone rurale, est-ce suffisant ou cela ne marche pas ?

I : Bah c'est suffisant (soupir). Je pense que ce n'est pas au niveau des frais d'installation après c'est surtout... c'est surtout l'endroit. Cela serait près de la mer je pense que cela serait plus facile. Parce qu'après pour ce qui est des aides à l'installation les jeunes médecins peuvent en bénéficier donc ce n'est pas les frais d'installation qui freinent l'installation des jeunes médecins ici en tout cas.

Fin de l'enregistrement

5. Thésaurus de solutions managériales pour un exercice pluriprofessionnel et coordonné pérenne du point de vue de son organisation

- Disposer d'un projet de santé fédérateur et impliquant chacun des professionnels de santé
- Un leader impulsant une dynamique au sein de l'équipe pluriprofessionnelle et guidant cette même équipe dans la réalisation du projet de santé
- Un leader entouré d'une équipe pluriprofessionnelle motivée et investie par le projet de santé
- Avoir une équipe pluriprofessionnelle soudée et en cohésion autour du projet de santé
- Respecter le degré d'investissement de chacun des professionnels de santé afin de maintenir la cohésion au sein de l'équipe pluriprofessionnelle
- Accepter des périodes de « baisse de motivation » pour mieux repartir par la suite
- Savoir renforcer la cohésion au sein de l'équipe pluriprofessionnelle par le biais de moments conviviaux en dehors de la MSP et en dehors d'un contexte professionnel
- Concerter l'ensemble des professionnels de santé avant le recrutement d'un nouveau professionnel de santé afin de maintenir la cohésion au sein de l'équipe pluriprofessionnelle
- Actualiser le projet de santé avec les envies des nouveaux professionnels de santé recrutés
- Nommer un responsable pour chacun des projets de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) afin d'investir l'ensemble des professionnels de santé, de décharger le leader de certaines responsabilités et d'alléger sa charge de travail
- Bénéficier d'un coordinateur de santé intégré au sein de l'équipe pluriprofessionnelle, organisant et guidant l'activité de coordination au sein de la MSP
- Saisir l'atout du coordinateur de santé pour renforcer la communication, les échanges d'informations et la coordination entre les professionnels de santé

- Établir une fiche de poste du coordinateur de santé avec une identification de ses missions
- Avoir une organisation efficiente des réunions de coordination :
 - convenir d'un créneau horaire qui convient à l'ensemble des professionnels de santé
 - avoir un ordre du jour au préalable de chaque réunion
 - avoir un objectif à atteindre à la fin de chaque réunion
 - anticiper la réunion, la préparer et avoir de la matière pour échanger avec les autres professionnels de santé
 - rédiger un compte-rendu à l'issue de chaque réunion et le diffuser à l'ensemble des professionnels de santé (notamment ceux absents au moment de la réunion)
- Favoriser l'usage et le remplissage du logiciel pluriprofessionnel pour l'activité de coordination
- Assurer une prise de décision collégiale au sujet d'éléments concernant le projet de santé ou la vie quotidienne de la MSP
- Recueillir régulièrement les besoins et les attentes des patients en matière de santé
- Recueillir la satisfaction des patients à propos de leur prise en charge au sein de la MSP
- Être attentif aux actualités et aux nouvelles possibilités au sein des MSP
- Être proactif dans les relations avec les instances régulatrices (ARS) : les tenir informées des actions de santé réalisées au sein de la MSP.

AUTEUR : Nom : LEBECQUE

Prénom : Martin

Date de soutenance : 10 février 2022

Titre de la thèse : Forces et faiblesses, opportunités et menaces : le maintien en activité des maisons de santé pluriprofessionnelles : point de vue des coordinateurs de santé.

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Maisons de santé pluriprofessionnelles, coordination, coordinateur de santé, SWOT, pérennité

Résumé :

Introduction : Mises en place pour répondre aux problématiques des soins primaires, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) présentent un taux d'implantation exponentiel sur la région des Hauts-de-France. Les problématiques de management et de coordination des équipes pluriprofessionnelles ainsi que celles du financement de ces structures ne semblent pas impacter cette dynamique mais pourraient remettre en question la pérennité des MSP si elles persistent. L'objectif de cette étude est de recueillir les problématiques actuelles rencontrées par les équipes pluriprofessionnelles des MSP du point de vue des Coordinateurs de Santé (CDS) : profession nouvelle apportant une aide sur le versant du management et de la coordination des équipes pluriprofessionnelles.

Méthode : Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de CDS exerçant au sein de MSP en activité dans la région des Hauts-de-France. Le guide d'entretien a été établi selon l'outil managérial SWOT. Au cours de chaque entretien, les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces actuelles rencontrées par les équipes pluriprofessionnelles ont été recueillies.

Résultats : Les forces principales sont une équipe pluriprofessionnelle fédérée autour d'un projet de santé mature qui répond aux besoins du patient ainsi que le rôle central du leader pour guider l'équipe pluriprofessionnelle. Les faiblesses sont un travail de coordination chronophage, des manquements dans l'usage du logiciel pluriprofessionnel et un risque d'épuisement du leader. L'apport du CDS dans la gestion et l'optimisation du travail de coordination ainsi que les financements perçus dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) constituent les opportunités. Des relations perfectibles avec les partenaires médicaux et médico-sociaux autour de la MSP et la dépendance financière des financements perçus dans le cadre de l'ACI pour faire vivre le projet de santé constituent les menaces.

Conclusion : Capitaliser sur la présence d'un CDS au sein d'une équipe pluriprofessionnelle soudée et sur une organisation efficiente de l'activité de coordination est la garantie d'un fonctionnement pérenne de la MSP. Ces atouts permettront de faire face aux prochains défis des équipes pluriprofessionnelles à savoir une meilleure coopération et coordination avec l'ensemble des acteurs de santé à l'échelle non pas d'une patientèle mais d'un territoire. Le maintien de financements qualitatifs de l'activité de coordination est un autre prérequis indispensable.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

AUTEUR : Nom : LEBECQUE

Prénom : Martin

Date de soutenance : 10 février 2022

Titre de la thèse : Forces et faiblesses, opportunités et menaces : le maintien en activité des maisons de santé pluriprofessionnelles : point de vue des coordinateurs de santé.

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Maisons de santé pluriprofessionnelles, coordination, coordinateur de santé, SWOT, pérennité

Résumé :

Introduction : Mises en place pour répondre aux problématiques des soins primaires, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) présentent un taux d'implantation exponentiel sur la région des Hauts-de-France. Les problématiques de management et de coordination des équipes pluriprofessionnelles ainsi que celles du financement de ces structures ne semblent pas impacter cette dynamique mais pourraient remettre en question la pérennité des MSP si elles persistent. L'objectif de cette étude est de recueillir les problématiques actuelles rencontrées par les équipes pluriprofessionnelles des MSP du point de vue des Coordinateurs de Santé (CDS) : profession nouvelle apportant une aide sur le versant du management et de la coordination des équipes pluriprofessionnelles.

Méthode : Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de CDS exerçant au sein de MSP en activité dans la région des Hauts-de-France. Le guide d'entretien a été établi selon l'outil managérial SWOT. Au cours de chaque entretien, les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces actuelles rencontrées par les équipes pluriprofessionnelles ont été recueillies.

Résultats : Les forces principales sont une équipe pluriprofessionnelle fédérée autour d'un projet de santé mature qui répond aux besoins du patient ainsi que le rôle central du leader pour guider l'équipe pluriprofessionnelle. Les faiblesses sont un travail de coordination chronophage, des manquements dans l'usage du logiciel pluriprofessionnel et un risque d'épuisement du leader. L'apport du CDS dans la gestion et l'optimisation du travail de coordination ainsi que les financements perçus dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) constituent les opportunités. Des relations perfectibles avec les partenaires médicaux et médico-sociaux autour de la MSP et la dépendance financière des financements perçus dans le cadre de l'ACI pour faire vivre le projet de santé constituent les menaces.

Conclusion : Capitaliser sur la présence d'un CDS au sein d'une équipe pluriprofessionnelle soudée et sur une organisation efficiente de l'activité de coordination est la garantie d'un fonctionnement pérenne de la MSP. Ces atouts permettront de faire face aux prochains défis des équipes pluriprofessionnelles à savoir une meilleure coopération et coordination avec l'ensemble des acteurs de santé à l'échelle non pas d'une patientèle mais d'un territoire. Le maintien de financements qualitatifs de l'activité de coordination est un autre prérequis indispensable.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François QUERSIN