

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Clémence FOURNET

Le 13 juin 2024

**FREINS ET LEVIERS A L'EXERCICE COORDONNE PLURIPROFESSIONNEL :
ETUDE EN GROUPE NOMINAL AUPRES DE QUATRE GROUPE DE
PROFESSIONNELS DE SANTE EN METROPOLE TOULOUSAIN**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA
Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ

Président
Assesseur
Assesseur



FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BRÓS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Anesthésiologie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

REMERCIEMENTS AU JURY

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Veuillez trouver l'expression de ma considération distinguée et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA,

Merci pour votre encadrement et le temps que vous m'avez consacré tout au long de cette thèse. Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude et à vous remercier pour votre gentillesse, votre disponibilité et vos encouragements.

Merci pour votre accueil lors des stages, en particulier celui de l'externat qui m'a permis de découvrir pour la première fois la pratique du médecin généraliste ; et aussi de m'avoir accompagnée avec bienveillance tout au long de mon parcours et de m'avoir offert la possibilité de réaliser mes premiers remplacements.

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Ce travail est l'occasion pour moi de témoigner ma profonde reconnaissance pour ta bienveillance et tout ce que tu m'as apporté lors de mon passage en stage dans ton cabinet. Travailler avec toi a été très enrichissant, tu m'as aidée à prendre confiance et progresser. J'en garde un excellent souvenir.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

Je remercie tous les professionnels qui ont accepté de participer à ce travail.

Merci aux médecins et aux équipes avec qui j'ai eu l'occasion de travailler au cours de mon cursus, et qui m'ont énormément appris.

Merci de tout cœur à ma famille qui a depuis toujours partagé mon rêve de devenir médecin.

A mes parents, sans qui je ne serais pas parvenue où j'en suis aujourd'hui. Je vous remercie de m'avoir inculqué les valeurs du travail et de m'avoir donné toutes les chances pour mener à bien mon projet. Merci pour votre soutien indéfectible pendant toutes ces années et d'avoir cru en moi. Je vous dois ma réussite.

A mon frère Paul, merci pour ton soutien qui m'a toujours aidée à avancer.

A mes grands-parents, merci pour votre présence affectueuse et rassurante et vos conseils précieux, qui ont aussi contribué à ce que je suis devenue aujourd'hui.

A ma Marraine Liesel, merci pour ton écoute patiente et ta profonde affection. Malgré la distance, je peux toujours compter sur toi.

Merci enfin à tous les membres de ma famille pour leur affection et leurs encouragements constants.

A mes amies, merci d'être à mes côtés. Merci pour tous les bons moments partagés.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	4
II. MÉTHODE.....	7
A. DESIGN.....	7
B. LA POPULATION	7
C. LES CRITERES D'INCLUSION.....	7
D. LES CRITERES D'EXCLUSION.....	8
E. LE RECUEIL DES DONNEES.....	8
F. ANALYSE DES DONNEES	9
III. RÉSULTATS.....	11
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	11
B. FREINS ET LEVIERS A L'ECP	11
IV. DISCUSSION.....	19
A. PRINCIPAUX RESULTATS	19
B. ANALYSE THEMATIQUE	19
1. Le temps	19
2. La connaissance des professionnels	22
3. La communication.....	24
4. La conviction par les professionnels des bénéfiques de l'EPC pour les patients	26
5. Le travail en structure d'exercice coordonné	29
C. FORCES ET LIMITES.....	30
1. Forces	30
2. Limites.....	30
D. PERSPECTIVES	31
V. CONCLUSION	33
VI. BIBLIOGRAPHIE	34
VII. ANNEXES	42

Liste des tableaux

1. Nombre d'énoncés à choisir lors du vote individuel et anonyme
2. Cumul des résultats des 9 premiers freins choisis par les médecins généralistes
3. Cumul des résultats des 9 premiers leviers choisis par les médecins généralistes
4. Cumul des résultats des 9 premiers freins choisis par les IDE/IPA
5. Cumul des résultats des 9 premiers leviers choisis par les IDE/IPA
6. Cumul des résultats des 7 premiers freins choisis par les MKDE
7. Cumul des résultats des 7 premiers leviers choisis par les MKDE
8. Cumul des résultats des 7 premiers freins choisis par les pharmaciens
9. Cumul des résultats des 6 premiers leviers choisis par les pharmaciens
10. Thématiques concernant les freins
11. Thématiques concernant les leviers
12. Classement des 3 premiers freins après analyse combinée
13. Classement des 3 premiers leviers après analyse combinée

Liste des annexes

1. Cartographie des CPTS en Haute-Garonne et à Toulouse en 2024
2. Cartographie des Maisons de santé pluriprofessionnelles en Haute-Garonne et à Toulouse en 2023
3. Evolution de l'effectif de médecins généralistes selon le mode d'exercice en Occitanie entre 2013 et 2018.
4. Etapes de l'analyse des données de groupes multiples
5. Profil des participants
6. Liste des freins et leviers initiaux des professionnels
7. Classement des freins après analyse combinée
8. Classement des leviers après analyse combinée

Liste des abréviations

ACI Accord Conventionnel Interprofessionnel

ANS Agence du numérique en santé

CCM Chronic care model

CPTS Communautés professionnelles territoriales de santé

ECP Exercice coordonné pluriprofessionnel

MG Médecin généraliste

MKDE Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État

HPST Hôpital Patients Santé Territoires

IDE Infirmier diplômé d'État

IPA Infirmier en pratique avancée

MSP Maison de santé pluriprofessionnelle

PS Professionnels de santé

PCMH Patient-Centered medical home

RCP Réunion de concertation pluriprofessionnelle

TMS Troubles musculosquelettiques

I. INTRODUCTION

Il existe actuellement en France un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins. L'évolution de la démographie médicale avec une répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire (nombreux départs à la retraite non compensés par de nouvelles installations notamment) d'une part (1,2), et le vieillissement de la population avec la progression des maladies chroniques d'autre part, y contribuent (3).

Les politiques de santé s'efforcent, depuis plusieurs années, de répondre à ce nouveau contexte et de proposer des solutions en matière d'organisation du système de santé et de conditions d'accès aux soins.

La loi du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (4), a encouragé le développement de nouvelles modalités d'exercice, tel que l'exercice coordonné pluriprofessionnel (ECP) défini comme le regroupement de différentes professions au sein d'une même structure afin de poursuivre un objectif commun en se coordonnant autour d'un projet de santé partagé (5,6). Le concept de coordination, dont les définitions sont nombreuses, apparaît dans la littérature comme un moyen de concevoir des parcours de soins afin d'en assurer la continuité, et produire des résultats en matière de cohérence, d'efficacité et de satisfaction des patients (7).

Dès lors, la loi HPST fait de la création des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), expérimentées depuis 2007, une priorité (4). L'objectif de ces structures pluriprofessionnelles est double : améliorer la qualité des soins, mais également les conditions d'exercice pour les professionnels de santé (8).

Comme leur équivalent au niveau international (les Patient-Centered Medical Home ou PCMH aux États-Unis) (9), les MSP se fondent sur des regroupements de différentes professions (10).

Apparaissant comme une réponse efficace aux nouveaux besoins en matière de santé (9), ces structures de proximité assurent notamment des activités de soins de premier recours et participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre d'un projet de santé (11).

En septembre 2018, dans son plan « Ma santé 2022 » (12), le gouvernement a présenté les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) comme l'une des priorités de sa

stratégie. Les CPTS, créées par la loi de modernisation du système de santé de 2016 (13), permettent de répondre aux besoins de la population sur un territoire qu'elles définissent. Les CPTS intègrent des professionnels de santé libéraux, notamment médecins, pharmaciens, infirmiers diplômés d'État (IDE) et masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État (MKDE), des établissements de santé, médicosociaux, et des associations d'usagers. Elles s'organisent autour d'une approche populationnelle et d'un projet de santé (14) reposant sur six missions reconnues « de service public » depuis 2019 : l'accès aux soins, l'organisation de parcours pluriprofessionnels, le développement d'actions territoriales de prévention, le développement de la qualité et de la pertinence des soins, l'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire et la gestion des crises sanitaires (15)

Actuellement, la coordination entre les différents acteurs du secteur ambulatoire, articulée autour du parcours de soins des patients (16), est donc encouragée, l'exercice individuel rendant désormais difficile une prise en charge globale et de qualité (17). Ces enjeux démographiques n'étant pas spécifiques à la France, la littérature étrangère promeut également l'exercice coordonné (18,19).

Afin de faciliter l'ECP, les CPTS et MSP se sont multipliées ces dernières années (20,21).

En 2024, 830 CPTS sont comptabilisées sur le territoire (22) à différents stades de développement (dont 553 avec accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé), 83 en Occitanie (dont 61 en fonctionnement), 17 en Haute-Garonne (dont 15 en fonctionnement) et 5 à Toulouse. La cartographie des CPTS en Haute-Garonne et à Toulouse en février 2024 (22), se trouve en annexe (annexe 1).

En 2022, la France compte plus de 2000 MSP et un médecin généraliste libéral sur six y travaille (5). En 2023, le gouvernement a lancé le plan « 4000 MSP » (23), dont l'objectif est d'atteindre ce chiffre d'ici 2027. Dans la continuité du plan « Ma Santé 2022 », la stratégie proposée a pour but d'apporter des solutions concrètes pour soutenir les acteurs de terrain avec notamment l'amélioration des outils dont disposent les MSP et la consolidation de leur accompagnement.

En Occitanie, les MSP se sont déployées rapidement, de moins de 10 en 2010 à 233 en 2020 (24). Ces chiffres sont encourageants pour le développement de l'ECP. La Haute-Garonne compte 42 MSP en juin 2022. La cartographie départementale et à Toulouse en mai 2023 (25) se trouve en annexe (annexe 2).

Néanmoins, si l'effectif régional de médecins généralistes entre 2013 et 2018 (annexe 3) exerçant en cabinet individuel diminue de 12 %, cela ne profite pas complètement à

l'exercice regroupé (+2,2 %), mais plutôt à l'activité de remplacement (+44 %) et en établissements privés (+35,2 %) (26).

Concernant les autres professionnels, les IDE sont très présents dans les MSP dès le début de leur création. Ainsi en 2021, 99,5 % des MSP ont un infirmier dans leur équipe (27).

En revanche, ces dernières années, l'intégration effective des pharmaciens et des MKDE en structure coordonnée est limitée (respectivement à 20 % et à moins de 5 %) (28,29).

En Occitanie, 93 % des MSP étudiées comprennent au moins un IDE dans leur équipe, 77 % un MKDE et 23 % un pharmacien (26).

Bien que l'ECP semble constituer une solution d'avenir et soit promue par les politiques de santé, certains professionnels restent réticents à s'y engager. De plus, regrouper des professionnels de santé ne suffit pas toujours à les faire travailler ensemble, l'ECP entre les différents acteurs n'étant pas forcément naturel ni évident (30).

L'ECP étant une activité nouvelle pour les professionnels de santé, et de surcroît dans ce contexte de développement rapide et récent des MSP et CPTS, il semble pertinent d'analyser les freins et leviers de cette modalité d'exercice.

Mon objectif principal est donc de recueillir auprès de quatre groupes de professionnels de santé, médecins généralistes, IDE/infirmiers en pratique avancée ou IPA, MKDE et pharmaciens, les freins et leviers à l'ECP en structure d'exercice coordonné en métropole toulousaine.

II. MÉTHODE

A. Design

Nous avons choisi, pour répondre à notre objectif d'étude, la technique du groupe nominal (31).

Cette méthode a été conçue à l'origine pour structurer les discussions de groupe afin que les participants puissent partager et comparer leurs expériences, et parvenir à un consensus avec une contribution égale (32,33).

Les sessions de la technique du groupe nominal consistent à présenter une question spécifique à un petit groupe de participants qui rédigent individuellement une liste d'éléments de réponse. Les participants sont ensuite invités à partager leur liste, à tour de rôle. Les réponses du groupe sont présentées à tous les participants au fur et à mesure. Une fois que la liste de chaque participant a été partagée, une phase de discussion est réalisée pour clarifier la signification de certains éléments ou pour regrouper ceux ayant un sens similaire. Ensuite, chaque participant évalue les réponses en les notant en fonction de leur importance par rapport à la question posée.

B. La population

Nous avons choisi parmi les professionnels concernés par l'ECP quatre professions : médecins généralistes, IDE/IPA, MKDE et pharmaciens.

Nous avons contacté les présidents de CPTS de la métropole toulousaine (Providence, Rive Gauche, Canal Garonne, Nougaro XIII XV et Toulouse Nord) pour avoir une liste de soignants de ces quatre professions, impliqués dans l'ECP, ainsi que des médecins remplaçants exerçant en structure coordonnée.

Les participants étaient tous intéressés par l'ECP.

C. Les critères d'inclusion

Ont été inclus les professionnels de santé, dont les médecins remplaçants, exerçant en structure coordonnée en métropole toulousaine : médecins généralistes, IDE/IPA, MKDE, pharmaciens.

La participation à cette étude était volontaire et les professionnels invités par courrier électronique. Tous les participants ont donné leur consentement écrit et ont eu la possibilité de poser des questions sur l'étude.

D. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion s'appliquaient aux professionnels de santé n'exerçant pas en structure pluriprofessionnelle en métropole toulousaine.

E. Le recueil des données

Quatre sessions de groupes nominaux ont été organisées entre décembre 2023 et mars 2024, regroupant chacune des membres de la même profession (médecins généralistes, IDE/IPA, MKDE et pharmaciens), avec quatre à huit participants par groupe (au total, 23 professionnels ont participé). Les réunions duraient en moyenne 60 minutes.

Un modérateur exerçant en tant que médecin généraliste, exerçant en MSP et ayant l'expérience de l'ECP, a animé tous les groupes.

Les réunions ont suivi une procédure standardisée, en plusieurs étapes : (33)

La session débute par une introduction afin de s'assurer de la compréhension mutuelle des définitions et de la procédure. Dans le contexte de l'étude, le terme d'ECP renvoie au regroupement de différentes professions au sein d'une même structure, MSP ou CPTS, partageant un projet de santé commun pour y apporter une réponse adaptée et cohérente.

Deux questions ont ensuite été posées aux participants pour l'identification des freins, puis des leviers : « Quels sont les facteurs qui, selon vous, rendent difficile ou constituent des obstacles à l'ECP ? » et « Quels sont les facteurs, qui selon vous, facilitent l'ECP ? ».

Chaque participant a dressé une liste individuelle de réponses, par écrit (étape 1). Ils disposaient de 5 à 10 minutes pour noter autant d'idées différentes que possible en réponse à la question posée.

Ensuite, les participants ont énoncé à tour de rôle à voix haute les réponses qu'ils avaient écrites. L'exercice s'est poursuivi jusqu'à ce que tous les participants aient avancé l'ensemble de leurs idées.

Si des éclaircissements s'avéraient nécessaires pour mieux comprendre les idées mentionnées, il était demandé au participant de développer.

Il a été demandé de ne pas répéter les réponses qui correspondaient mot pour mot à celles citées par les autres participants, mais de partager celles qui semblaient différer, même de façon minime.

Au fur et à mesure qu'elles étaient partagées, une liste a été constituée avec les réponses retranscrites mot à mot sur ordinateur pour être visibles par les participants et permettre un enregistrement numérique.

Le groupe a ensuite discuté de cette liste afin de clarifier la signification de chaque énoncé, et a pu décider de modifier ou de fusionner certains points (étape 2). Le but était de reformuler les idées peu claires, d'en ajouter de nouvelles, de supprimer ou de fusionner celles qui se superposaient, ou de séparer les idées individuelles ayant de multiples composantes en plusieurs.

La phase de vote est individuelle et anonyme et a été réalisée en deux temps :

Chaque participant a d'abord choisi parmi les énoncés inscrits ceux qui répondaient, selon lui, le mieux à la question. Le nombre d'énoncés à choisir a été déterminé par le nombre d'énoncés produits par le groupe (34).

Tableau 1 : Nombre d'énoncés à choisir lors du vote individuel et anonyme

Nombre d'énoncés retenus après clarification	Nombre d'énoncés à retenir pour le vote	Poids accordé pour chaque énoncé du plus important au moins important.
12 et moins	5	5, 4, 3, 2 et 1
13 - 15	6	6, 5, 4, 3, 2 et 1
16 - 18	7	7, 6, 5, 4, 3, 2 et 1
19 - 21	8	8, 7, 6, 5, 4, 3, 2 et 1
22 et plus	9	9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2 et 1

Il a été demandé ensuite aux participants d'ordonner leurs choix par ordre d'importance, du plus important au moins important, en leur demandant d'indiquer le poids accordé en face de chaque énoncé.

Par exemple, en choisissant neuf énoncés, l'énoncé le plus important reçoit un poids de 9, le deuxième en ordre d'importance se voit accorder un poids de 8, et ainsi de suite jusqu'au dernier énoncé choisi par le participant qui obtient le poids d'1 point. Le modérateur s'est assuré qu'il n'y avait aucune confusion de la part des participants.

F. Analyse des données

1. Pour chaque groupe de professionnels

La réunion terminée, une liste pondérée et personnelle d'énoncés pour chaque participant est obtenue.

Un cumul de la pondération des énoncés pour tout le groupe a ensuite été obtenu en additionnant les pondérations reçues pour chaque énoncé. Il était alors intéressant de savoir pour chacun des énoncés le poids total accordé par le groupe ainsi que le nombre de participants qui l'avait choisi.

2. Pour une synthèse des quatre groupes de professionnels

L'analyse combinée des différents freins et leviers recueillis auprès des différents groupes pour produire une liste unique pour les quatre groupes de professionnels a ensuite été réalisée d'après les recommandations de l'article « Steps to analysing multiples-group NGT data » d'AD van Breda (35). Ce document fournit les lignes directrices pour l'analyse des données de groupes multiples, en combinant des techniques d'analyse de données qualitatives (analyse de contenu) et quantitatives (classement).

Une première analyse a été effectuée pour les freins (annexe 4). Le même procédé pour les leviers a ensuite été utilisé, non détaillé car la procédure était identique.

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de la population

Concernant la session des médecins généralistes, sept médecins ont participé (parmi lesquels quatre médecins travaillant en MSP, deux médecins avec projet de MSP, et un médecin remplaçant exerçant en MSP).

Pour la session des infirmiers, huit participants étaient présents (trois IPA dont un étudiant, et cinq IDE). Six travaillaient également en MSP.

Pour la session des MKDE, quatre professionnels ont accepté de participer, dont trois travaillaient également en MSP.

Pour la session des pharmaciens, quatre participants étaient présents (un participant travaillant en MSP et un participant avec un projet de MSP en cours).

Le profil détaillé des participants est précisé en annexe (annexe n°5).

B. Freins et leviers à l'ECP

En réponse aux questions « Quels sont les freins et quels sont les leviers à l'ECP ? », les professionnels de santé tous groupes confondus ont initialement générés 83 freins et 85 leviers (annexe 6). 37 freins et 46 leviers ont été votés à l'issue des quatre sessions.

Les 9 premiers freins et leviers identifiés par le groupe sont listés ci-dessous.

Tableau 2 : Cumul des résultats des 9 premiers freins choisis par les médecins généralistes

Numéro de l'énoncé :	Poids accordé par les médecins généralistes au total :	Nombre de participants ayant choisi cet énoncé :	Rang :
N°3 : Manque de temps et de disponibilité	45	7	1
N°8 : Absence de projet de soins	28	5	2
N°5 : Manque de motivation	26	3	3
N°11 : Personnalités incompatibles	23	4	4
N°9 : Visions et valeurs différentes	23	3	4
N°6 : Divergence d'objectifs	20	5	5
N°12 : Lourdeur administrative	17	4	6
N°16 : Manque de communication	15	2	7
N°2 : Absence d'habitude de travail en ECP	14	3	8
N°13 : Absence de valorisation financière	13	3	9
N°14 : Manque de formation	13	3	9

Tableau 3 : Cumul des résultats des 9 premiers leviers choisis par les médecins généralistes

Numéro de l'énoncé	Poids accordé par les médecins généralistes au total	Nombre de médecins généralistes ayant choisi cet énoncé	Rang
N°6 : Partage de valeurs de soins	42	6	1
N°5 : Bien se connaître personnellement	30	5	2
N°19 : Partage de la charge de travail	30	5	2
N°1 : Efficience du parcours de soins	29	5	3
N°2 : Communication efficace	28	5	4
N°4 : Meilleure continuité des soins pour le patient	22	3	5
N°9 : Leader de projet proactif et à l'écoute de tous les PS	17	3	6
N°21 : Gain de temps pour le médecin	16	4	7
N°20 : Limitation des erreurs médicales	14	4	8
N°11 : Acquisition et amélioration des compétences	13	2	9

Les 9 premiers freins et leviers identifiés par le groupe sont listés ci-dessous.

Tableau 4 : Cumul des résultats des 9 premiers freins choisis par les IDE/IPA

Numéro de l'énoncé	Poids accordé par les IDE/IPA au total	Nombre d'IDE/IPA ayant choisi cet énoncé	Rang
N°5 : Communication inefficace	36	6	1
N°18 : Difficultés d'utilisation des outils (logiciel métier, dossier partagé)	34	5	2
N°15 : Surcharge de travail	33	5	3
N°2 : Manque de disponibilité et de temps des médecins	28	4	4
N°12 : Manque de motivation	22	6	5
N°3 : Confusion des rôles	21	4	6
N°9 : Méconnaissance de l'offre de soins (ressources, spécialités médicales disponibles)	19	3	7
N°6 : Manque de reconnaissance des auxiliaires médicaux	17	4	8
N°19 : Se heurter à de fortes personnalités, difficulté des médecins à partager le pouvoir	17	2	8
N°13 : Manque de stabilité dans la pratique, turnover important des équipes	16	3	9

Tableau 5 : Cumul des résultats des 9 premiers leviers choisis par les IDE/IPA

Numéro de l'énoncé	Poids accordé par les IDE/IPA au total	Nombre d'IDE/IPA ayant choisi cet énoncé	Rang
N°13 : Attractivité du travail en CPTS (amélioration du parcours et des prises en charge)	37	5	1
N°6 : Amélioration de la prise en charge globale du patient	31	5	2
N°21 : Incitations financières	21	5	3
N°3 : Développement des compétences	19	4	4
N°27 : Enrichissement mutuel	19	3	4
N°12 : Exercice en MSP (prises en charge plus concrètes pour les patients)	17	3	5
N°18 : Outil commun/interopérabilité entre les différents outils	16	4	6
N°11 : Bien connaître les PS dans le réseau	16	2	6
N°4 : Formation pluriprofessionnelle	14	4	7
N°14 : Amélioration de la dynamique d'équipe avec le regroupement des PS	14	2	7
N°19 : Partage humain	13	3	8
N°16 : Investissement dans d'autres domaines	13	3	8
N°10 : Apport de son expertise	12	3	9
N°8 : Se rassurer, ne pas se sentir isolé	12	3	9
N°25 : Faire des propositions innovantes	12	3	9
N°9 : Leadership	12	2	9
N°1 : Avoir un consensus de recueil de données clinique, protocoles de soins adaptés	12	2	9

Les 7 premiers freins et leviers identifiés par le groupe des MKDE sont listés ci-dessous.

Tableau 6 : Cumul des résultats des 7 premiers freins choisis par les MKDE

Numéro de l'énoncé	Poids accordé par les MKDE au total	Nombre de MKDE ayant choisi cet énoncé	Rang
N°3 : Manque de temps et de disponibilité	24	4	1
N°4 : Communication problématique (médecin difficilement joignable)	16	4	2
N°2 : Méconnaissance des compétences des autres professionnels de santé	14	2	3
N°16 : Absence de rémunération à certains temps pluriprofessionnels	12	3	4
N°17 : Dépense d'énergie, surcharge mentale et de travail	11	3	5
N°5 : Manque de support pour communiquer, absence d'outils communs	9	2	6
N°7 : Méconnaissance des autres professionnels de santé sur le plan personnel	5	1	7

Tableau 7 : Cumul des résultats des 7 premiers leviers choisis par les MKDE

Numéro de l'énoncé	Poids accordé par les MKDE au total	Nombre de MKDE ayant choisi cet énoncé	Rang
N°1 : Attractivité du travail en structure pluriprofessionnelle (CPTS, MSP)	22	4	1
N°6 : Réunions facilitant la communication	12	4	2
N°5 : Logiciel commun, facilitant la communication	12	3	1
N°14 : Partage des projets de soins	9	3	3
N°13 : Développement de nouvelles pratiques (CPTS)	9	2	3
N°2 : Proximité géographique	8	2	4
N°3 : Type de pathologie particulière/complexes poussant à l'ECP (fibromyalgie)	8	2	4
N°10 : Avoir de bonnes pratiques professionnelles (envoi de courriers, évaluations, bilans)	7	2	5
N°7 : Avoir des dossiers médicaux communs avec les IDE lors des passages à domicile (traitements, rendez-vous), pour avoir une vision globale	6	2	6
N°12 : Sentiment d'appartenance à une structure	6	1	6
N°4 : Amélioration de la qualité des prises en charge	5	1	7

Les 7 premiers freins et leviers identifiés par le groupe des pharmaciens sont listés ci-dessous.

Tableau 8 : Cumul des résultats des 7 premiers freins choisis par les pharmaciens

Numéro de l'énoncé	Poids accordé par les pharmaciens au total	Nombre de pharmaciens ayant choisi cet énoncé	Rang
N°7 : Méconnaissance des métiers	15	3	1
N°3 : Lourdeur administrative	13	2	2
N°1 : Indisponibilité du médecin, entraînant une perte du temps	12	4	3
N°2 : Méésentente/Sensibilité différente de chacun	12	3	3
N°15 : Temps non rémunéré	10	2	4
N°6 : "Réunionite aigue"	9	2	5
N°9 : Incompétence	7	1	6
N°11 : Logiciels métier des MSP inadaptés aux pharmaciens	6	2	7
N° 4 : Lourdeur de la structure	6	1	7

Tableau 9 : Cumul des résultats des 6 premiers leviers choisis par les pharmaciens

Numéro de l'énoncé	Poids accordé par les pharmaciens au total	Nombre de pharmaciens ayant choisi cet énoncé	Rang
N°2 : Communication facilitée par l'expérience et la connaissance du territoire/patiente par les PS	17	3	1
N°6 : Patient au centre du traitement et de la prise en charge, meilleure efficacité	11	2	2
N°11 : Appel prioritaire pour modifier l'ordonnance	9	2	3
N°3 : Gestion des patients compliqués, plus intéressant	8	3	4
N°13 : Nouvelles missions du pharmacien	8	3	4
N°4 : Bien se connaître sur le plan humain	8	3	4
N°7 : Rapidité de la prise en charge	7	2	5
N°9 : Connaissance des rôles et donc des difficultés des autres PS	5	1	6

Les énoncés regroupés en thèmes lors de l'analyse combinée des résultats sont présentés ci-dessous.

Tableau 10 : Thématiques concernant les freins

I. Facteurs individuels	II. Facteurs inter-individuels : éléments interactionnels	III. Facteurs organisationnels
A. Résistance au changement : - Manque de motivation (MG) - Manque de motivation (IDE) - Surcharge de travail (IDE) - Dépense d'énergie, surcharge mentale et de travail (MKDE)	A. Méconnaissance des rôles des PS et de l'offre de soins : - Confusion des rôles (IDE) - Méconnaissance des compétences des autres PS (MKDE) - Méconnaissance des métiers (Pharmaciens) - Méconnaissance de l'offre de soins (IDE)	A. Manque de ressources humaines : - Manque de temps et de disponibilité (MG) - Manque de disponibilité et de temps des médecins (IDE) - Manque de stabilité dans la pratique, turnover important (IDE) - Manque de temps et de disponibilité (MKDE) - Indisponibilité du médecin, entraînant une perte de temps (Pharmaciens)
B. Absence d'expérience pluriprofessionnelle antérieure : - Absence d'habitude de travail en ECP (MG)		B. Absence d'objectifs communs : - Divergence d'objectifs (MG)
	C. Méconnaissance des acteurs sur le plan personnel : - Méconnaissance des autres PS sur le plan personnel (MKDE)	C. Financement inadéquat : - Absence de valorisation financière (MG) - Absence de rémunération à certains temps pluriprofessionnels (MKDE) - Temps non rémunéré (Pharmaciens)
	D. Différences de culture : - Personnalités incompatibles (MG) - Se heurter à de fortes personnalités, difficultés des médecins à partager le pouvoir (IDE) - Visions et valeurs différentes (MG) - Mésentente/sensibilité différente de chacun, entraînant une coopération difficile en MSP (Pharmaciens)	D. Outils de communication inefficaces : - Difficultés d'utilisation (logiciel métier, dossier partagé) (IDE) - Logiciels métier des MSP inadaptés à la profession (Pharmaciens) - Manque de support pour communiquer, absence d'outils communs (MKDE)
	E. Pouvoir déséquilibré en lien avec la hiérarchie traditionnelle : - Manque de reconnaissance des auxiliaires médicaux (IDE)	E. Manque d'outils pour structurer les soins : - Absence de projet de soins (MG)
	F. Manque de communication : - Manque de communication (MG) - Communication inefficace (IDE) - Communication problématique (médecin difficilement joignable) (MKDE)	F. Absence de formation : - Manque de formation (MG)
	G Dépréciation des compétences des autres PS : - Incompétence (Pharmaciens)	

Abréviations : MG = Médecins généralistes ; PS = professionnels de santé

Tableau 11 : Thématiques concernant les leviers

I. Facteurs individuels : La conviction des bénéficiaires de l'EPC, motivations	II. Facteurs inter-individuels (compétences collaboratives, déterminants du travail en équipe)	III. Facteurs organisationnels
<p>A. Bénéfices pour le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficacité du parcours de soins (MG) - Meilleure continuité des soins pour le patient (MG) - Limitation des erreurs médicales (MG) - Amélioration de prise en charge globale du patient (IDE) - Amélioration de la qualité des prises en charge (MKDE) - Patient au centre du traitement et de la prise en charge, meilleure efficacité (Pharmaciens) - Rapidité de la prise en charge (Pharmaciens) 	<p>A. Rôles définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bien connaître les PS dans le réseau (IDE) - Connaissance des rôles des PS et donc des difficultés des autres PS (Pharmaciens) 	<p>A. Outils et moyens communicationnels facilités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outil commun, interopérabilité entre les différents outils (IDE) - Logiciel commun, facilitant la communication (MKDE) - Appel prioritaire pour modifier l'ordonnance (Pharmaciens) - Réunions permettant d'échanger sur les patients, facilitant la communication (MKDE)
<p>B. Bénéfices, attentes et motivations pour le professionnel de santé :</p> <p><u>1) Sur le plan pratique :</u></p> <p>a) Libérer du temps</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partage de la charge de travail, être moins surchargé (MG) - Gain de temps pour le médecin (meilleure disponibilité pour les patients complexes) (MG) <p>b) Gestion de cas complexes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type de pathologie, particulière/complexes poussant à l'ECP (fibromyalgie) (MKDE) - Gestion des patients compliqués, plus intéressant (Pharmaciens) 	<p>B. Connaissance des autres PS, sur le plan personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bien se connaître personnellement (MG) - Bien se connaître sur le plan humain (Pharmaciens) 	<p>B. Attractivité du travail en structure pluriprofessionnelle (MSP/CPTS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attractivité du travail en CPTS : plus grande ouverture pour améliorer les prises en charge, en réorganisant les parcours de soins (IDE) - Attractivité du travail en structure (CPTS et MSP) (MKDE) - Exercice coordonné en MSP avec ESP : prises en charge plus concrètes pour les patients (IDE)
<p><u>2) Sur le plan théorique et des compétences :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisition et amélioration des compétences, formation continue, valorisation de l'exercice (MG) - Développement des compétences des PS en les échangeant, les partageant (IDE) - Formation pluriprofessionnelle, tutorat (IDE) - Investissement des PS dans d'autres domaines, faire des liens (IDE) <p><u>3) Sur le plan humain :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enrichissement mutuel entre PS, développement des interactions. (IDE) - Partage humain, avoir des temps conviviaux (IDE) - Se rassurer, ne pas se sentir isolé (IDE) - Sentiment d'appartenance à une structure, richesse d'un réseau (MKDE) 	<p>C. Culture partagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partage de valeurs de soins communes (MG) 	<p>C. Outils et pratiques pour structurer les soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement de nouvelles pratiques (CPTS) (MKDE) - Nouvelles missions du pharmacien pour lancer de nouvelles coopérations (Pharmaciens) - Avoir un consensus de recueil de données cliniques, développement de protocoles de soins adaptés (IDE) - Partage des projets de soins (MKDE) - Avoir de bonnes pratiques professionnelles, avec l'envoi de courriers, évaluations, et bilans (MKDE) - Avoir des dossiers médicaux en commun pour les patients avec les IDE lors des passages à domicile pour avoir une vision globale du patient (MKDE)
	<p>D. Communication de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication efficace (MG) - Communication facilitée par l'expérience/l'antériorité sur le territoire (meilleure connaissance du territoire/patientèle par les PS) (Pharmaciens) 	<p>D. Leadership :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leader de projet proactif et à l'écoute de tous les PS (MG) - Leadership (IDE)
	<p>E. Cohésion/dynamique d'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la dynamique d'équipe avec le regroupement des PS (IDE) - Faire des propositions innovantes dans les prises en charge (IDE) - Apport de son expertise à la prise en charge (IDE) 	<p>E. Financement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incitations financières (IDE)
		<p>F. Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proximité géographique (MKDE)

Les résultats à l'issue de l'analyse combinée sont présentés dans les tableaux ci-dessous. Le ou les énoncés correspondant(s) sont notés en face de chaque thème et les professionnels concernés inscrits entre parenthèses. Les tableaux complets sont insérés en annexe (annexe 7 et 8).

Tableau 12 : Classement des 3 premiers freins regroupés en thèmes après analyse combinée

Thème	Top3.1	Top3.2	Rang
IIIA Manque de ressources humaines : manque de temps (MG, MKDE), indisponibilité du médecin qui fait perdre du temps (Pharmaciens)	3	15	1
IA Résistance au changement : manque de motivation (MG), surcharge de travail (IDE/IPA)	2	13	2
IIA Méconnaissance des rôles et métiers des PS (MKDE, Pharmaciens)	2	13	2
IIF Manque de communication : inefficace (IDE/IPA), problématique (MKDE)	2	13	2
IID Différences de culture : mésentente et sensibilité différente de chacun (Pharmaciens)	1	9,5	3
IIIB Difficultés administratives : lourdeur (Pharmaciens)	1	9,5	3
IID Outils de communication inefficaces : difficultés d'utilisation des logiciels métier, dossier partagé (IDE/IPA)	1	9,5	3
IIIE Manque d'outils pour structurer les soins : absence de projets de soins (MG)	1	9,5	3

Tableau 13 : Classement des 3 premiers leviers regroupés en thèmes après analyse combinée

Thème	Top3.1	Top3.2	Rang
IA Être convaincu des bénéfices pour le patient : efficacité du parcours (MG), amélioration de la prise en charge globale du patient, meilleure efficacité (IDE/IPA, Pharmaciens)	3	15,5	1
IIIA Outils et moyens communicationnels : logiciels communs et réunions (MKDE), appel prioritaire (Pharmaciens)	3	15,5	1
IIIC Outils et pratiques pour structurer les soins : partage des projets de soins, développement de nouvelles pratiques (MKDE)	2	13,5	2
IIIB Attractivité du travail en structure pluriprofessionnelle en CPTS et MSP (IDE/IPA, MKDE)	2	13,5	2
IB1a Motivations du PS sur le plan pratique : libérer du temps, en partageant la charge de travail (MG)	1	10	3
IIIB Connaissance des autres PS sur le plan personnel (MG)	1	10	3
IID Communication de qualité, facilitée (Pharmaciens)	1	10	3
IIIC Culture partagée : valeurs de soins communes (MG)	1	10	3
IIIE Financement : incitations financières (IDE/IPA)	1	10	3

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats

Les résultats montrent que les principaux freins (les trois premiers freins votés dans chaque groupe) sont globalement similaires entre les quatre groupes de professionnels.

C'est le cas pour le manque de temps au niveau organisationnel, frein prédominant, relevé chez les médecins généralistes, MKDE et pharmaciens, le manque de motivation au niveau individuel chez les médecins généralistes et la surcharge de travail en lien avec l'ECP chez les IDE/IPA (avec un ECP perçu négativement), la méconnaissance des rôles chez les MKDE et pharmaciens et enfin le manque de communication chez les IDE/IPA et MKDE, sur le plan interindividuel.

Les principaux leviers sont également pour la plupart communs aux professionnels, avec la conviction sur le plan individuel que l'ECP apporte des bénéfices au patient selon les médecins généralistes, IDE/IPA et pharmaciens, la possession d'outils et moyens communicationnels efficaces (réunions, logiciels et appel prioritaire) pour les MKDE et pharmaciens, et l'attractivité du travail en structure pluriprofessionnelle pour les IDE/IPA et MKDE sur le plan organisationnel. Ce dernier résultat se rapproche du vote des MKDE concernant la possession d'outils et pratiques pour structurer les soins (avec le partage de projets de santé et le développement de nouvelles pratiques) sur le plan organisationnel.

Les deux leviers prédominants à l'issue du classement combiné sont d'ordre individuel (avec la conviction que l'ECP soit positif pour le patient), et organisationnel (avoir des outils et moyens communicationnels efficaces).

B. Analyse thématique

1. Le temps

a. Le manque de temps est perçu comme un frein à l'ECP

Ces résultats sont concordants avec la littérature, le manque de temps correspondant à un obstacle majeur à l'ECP (36–42). Dans une étude interrogeant les professionnels sur les points positifs et négatifs de l'exercice en MSP, le point négatif prédominant apparaît être son caractère chronophage (43).

➤ Le caractère chronophage de l'ECP

- *Temps de coordination*

La participation aux réunions de coordination peut, entre autres, être chronophage et entraîner une crainte de « réunionite ». Les professionnels doivent effectivement se rendre disponibles pendant leurs horaires de travail, en dégageant du temps dans leur journée pour se rendre aux différentes réunions dont l'intérêt n'est pas forcément bien perçu par certains, et qui les éloignent du soin. De plus, les emplois du temps différents et chargés des membres de l'équipe peuvent entraîner des difficultés à trouver des créneaux appropriés. La planification des réunions pourrait néanmoins permettre aux professionnels de pouvoir anticiper et s'adapter.

- *Charge administrative*

La lourdeur administrative peut également représenter un obstacle à l'ECP et est relevée à plusieurs reprises dans la littérature et notamment dans d'autres travaux de thèses (44,45,37,39,46).

Dans une étude portant sur l'état des lieux de l'intégration des pharmaciens en MSP (47), ces derniers mentionnent des difficultés administratives importantes (lourdeurs et sentiment de perte de temps majeure) concernant l'utilisation des protocoles pluriprofessionnels.

En plus de consacrer déjà 12% de leur temps de travail à des tâches administratives (48), les médecins généralistes interrogés pour une enquête quantitative portant sur l'état des lieux de l'exercice des médecins en MSP en Occitanie ne perçoivent pas d'allègement des tâches administratives, mais déplorent au contraire leur surcharge (26).

L'ECP peut donc être perçu comme une surcharge de travail auprès de professionnels de santé ayant déjà un emploi du temps bien rempli.

➤ Conséquences du manque de temps

- *Un manque de disponibilité pour les professionnels entraînant un manque de communication*

Le manque de temps, relatif au caractère chronophage de l'ECP, avec une surcharge de temps hors soins, entraîne également un manque de disponibilité.

Les différents groupes de professionnels de santé déplorent l'indisponibilité du médecin généraliste, occupé en consultation et surchargé, qui n'a donc pas le temps de communiquer avec eux. Ces résultats se retrouvent dans plusieurs revues de littérature (49,39,40).

- Manque de motivation

La motivation des professionnels à s'engager à l'ECP doit donc être réelle et suffisante dès le départ avec la constitution du projet de santé, qui requiert en effet une très forte implication sur la durée. La charge de travail découlant de l'ECP peut donc nuire à sa participation sur le long terme (50). La motivation est pourtant un prérequis essentiel à sa réussite et à sa pérennité (51,39,42).

En concordance avec les résultats d'une thèse identifiant les freins et leviers au montage des MSP en Franche-Comté (52), le manque de motivation des professionnels a été le frein prépondérant.

Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de ce manque de motivation de la part des professionnels qui ne souhaitent pas forcément travailler en équipe pour raisons personnelles ou encore en raison de frais de fonctionnement plus élevés qu'en cabinet individuel.

Les structures coordonnées sont créées à l'initiative des professionnels de santé et la réussite des projets en MSP et CPTS dépend de leur degré d'implication et de motivation. Si celui-ci n'est pas effectif, il peut conduire à l'échec du projet ou à un allongement considérable du temps de montage de la structure (52).

b. L'ECP a pourtant pour objectif de libérer du temps médical

L'ECP, avec le partage de la charge de travail entre professionnels de l'équipe, vise pourtant à libérer du temps médical, notamment pour la prise en charge des patients complexes. Ces données sont concordantes avec la perception des médecins généralistes interrogés dans plusieurs publications, notamment à l'étranger (53–55).

C'est le cas notamment avec les IPA (56). Tout en gardant la responsabilité du suivi des patients confiés à l'IPA, l'objectif pour le médecin généraliste est de se concentrer sur la prise en charge de situations plus lourdes et complexes, nécessitant plus de surveillance (17).

Un essai randomisé a pourtant mis en évidence que les IPA ne réduisent pas la charge de travail des médecins généralistes (57). Effectivement, ceci peut s'expliquer par le fait que les IPA ne se substituent pas aux médecins, mais fournissent une gamme de services plus large qu'auparavant et travaillent plutôt en complémentarité avec le médecin généraliste, sans le remplacer. Les médecins généralistes interrogés sur leurs représentations à propos du dispositif IPA soulignent la richesse de cette complémentarité, un moyen pour certains d'améliorer la prise en charge des patients (56).

De plus, les temps de réunion, et notamment les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP), bien qu'estimés chronophages, ont justement pour objectif de limiter les pertes de temps en essayant de trouver des solutions ou des pistes entre professionnels. En effet, les RCP regroupent les différents soignants pour prendre des décisions dans le but de prodiguer la meilleure prise en charge possible pour le patient (58). Elles peuvent également constituer une solution pour pallier les difficultés du manque d'accessibilité du médecin occupé en consultation.

c. Solution envisageable : le rôle du coordinateur

Le rôle de coordinateur en structure coordonnée est obligatoire et primordial afin de surmonter ces problématiques de temps et de surcharge. Celui-ci accompagne les professionnels dans la gestion administrative et financière de la structure pour leur faire gagner du temps (59). Il élabore et suit notamment le budget prévisionnel, planifie les réunions, gère les plannings et communique avec les institutions (60).

2. La connaissance des professionnels

a. Sur le plan professionnel, une méconnaissance des rôles et métiers est un frein à l'ECP

Se connaître professionnellement signifie se familiariser avec les rôles et les responsabilités de chacun (61). Les membres de l'équipe doivent savoir ce qu'ils peuvent attendre les uns des autres (les professionnels susceptibles d'apporter leurs expertises aux prises en charge, ou ce qu'ils sont autorisés à faire, leurs limites et responsabilités (62)). D'après le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle pour une pratique efficace décrit par D'Amour et al (63), cette dernière n'est possible que si cette condition de base est remplie.

➤ Perception des professionnels

En concordance avec nos résultats, les publications, notamment étrangères, soulignent que certains groupes de professionnels, IPA (64,38,65), pharmaciens (53,66,67) et MKDE (36,45,37), perçoivent une méconnaissance de leurs rôles, en particulier de la part des médecins généralistes.

Cela peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes ne soient pas familiers avec le dispositif IPA, concept relativement récent en France, ou encore avec les nouvelles missions du pharmacien (68) (qui ont évolué, notamment dans les domaines de la prévention, de l'éducation et du suivi). Concernant les MKDE, la formation limitée des médecins

généralistes dans le domaine de la médecine physique peut entraîner une méconnaissance des techniques spécifiques utilisées.

- La méconnaissance des rôles en lien avec un manque d'acceptation de ces derniers, frein à l'ECP

Le manque de clarté des rôles est souvent associé dans la littérature à une absence d'acceptation et de reconnaissance de ces derniers par les professionnels. Les médecins généralistes craignent notamment un risque de concurrence par empiètement sur leurs rôles propres (56). Cela concerne notamment le dispositif IPA (56,69), les nouvelles missions des pharmaciens (68) et l'expérimentation de l'accès direct des MKDE (36). Dès lors, des différends peuvent survenir au sein de l'équipe et venir entraver le développement de l'ECP (36,28).

b. Sur le plan personnel

En complémentarité de la connaissance des rôles et métiers des autres professionnels, se connaître sur le plan personnel contribue à créer un sentiment de confiance mutuelle et représente un levier essentiel à l'ECP (53,63,71).

c. La connaissance professionnelle et personnelle permet une relation de confiance

Afin d'établir une relation de confiance au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, les soignants doivent se connaître aussi bien professionnellement que personnellement (63,70,49,40). La communication ne peut qu'en être facilitée. De plus, l'investissement dans les relations pluriprofessionnelles peut contribuer à améliorer la satisfaction personnelle (40).

Cette relation de confiance repose sur le partage de valeurs (fondées sur le respect mutuel) et d'objectifs communs (39) qui peuvent favoriser l'adhésion des professionnels à l'ECP.

Les objectifs communs sont orientés vers le patient, mais il est également nécessaire de prendre en compte des intérêts divers et l'asymétrie de pouvoir des différents membres de l'équipe (63). La problématique du partage du pouvoir est un frein, mais ce dernier peut être surmonté. La littérature montre d'ailleurs que des relations de pouvoir équilibrées (ou encore une « proximité cognitive ») entre les différents membres de l'équipe favorisent l'ECP, à l'inverse de relations hiérarchiques marquées (70).

d. Solutions envisageables pour une meilleure connaissance mutuelle

La littérature souligne que le développement de bonnes relations au sein de l'équipe nécessite de s'organiser et d'investir du temps (56,49,55,40), en privilégiant plutôt une interaction directe (50). Plusieurs exemples dans ce sens sont cités dans les publications, tant chez les médecins généralistes assistant aux consultations des MKDE afin d'améliorer leurs connaissances (40) que pour les IPA qui passent du temps avec les autres membres de l'équipe afin qu'ils comprennent leurs rôles et formation.

Les réunions d'information pour clarifier les rôles sont également des solutions possibles (50), tout comme le développement de protocoles ou encore la réalisation de brochures d'information.

Passer du temps entre professionnels est fondamental pour apprendre à se connaître et améliorer les relations en réduisant les conflits notamment, et établir une relation de confiance au sein de l'équipe (72).

3. La communication

La littérature cite fréquemment la communication comme l'un des facteurs influençant le plus l'ECP (53,70,73,50).

a. Une communication inefficace freine l'ECP

Un manque ou une mauvaise communication (qu'elle soit peu claire, irrégulière, incohérente ou inadaptée) entre les différents professionnels a un impact négatif sur les soins dispensés et les prises en charge (38).

➤ Communication problématique

La diversité langagière peut être considérée comme une source de confusion et un obstacle à l'ECP. C'est le cas par exemple entre médecins généralistes et MKDE. Plusieurs études rapportent une communication limitée avec l'utilisation d'une terminologie inadéquate par les médecins, entraînant une mauvaise description des symptômes des patients et la réalisation de prescriptions inadaptées (36,45,40). S'entendre sur un langage commun semble donc important.

Ces éléments soulignent également, comme discuté ci-dessus, l'importance, pour favoriser l'ECP, de s'investir dans les partenariats professionnels afin de connaître les compétences et capacités de chacun (42).

➤ Des difficultés avec le partage de l'information

Depuis la loi Fourcade de 2011 (74) est autorisé le partage de l'information médicale entre les professionnels travaillant en équipe, sous réserve du consentement des patients.

Le système d'information (SI) est un outil nécessaire à la mise en pratique de l'ECP et à la coordination des prises en charge. Néanmoins, les professionnels peuvent rencontrer des difficultés à son utilisation (75). De plus, une analyse sur les MSP en France montre qu'en 2017, sur 587 structures, seulement 11 % en disposent (10). Le partage du SI entre professionnels n'est donc pas généralisé. Concernant les pharmaciens, sur dix-sept logiciels aujourd'hui labellisés en France par l'Agence du Numérique en Santé (ANS), sous le label « e-santé Logiciel Maisons de santé », un seul prévoit explicitement l'accès à la profession (76). Ce manque d'accès à l'information et aux dossiers médicaux a été identifié comme un obstacle à l'ECP.

b. Une communication efficace, un levier à l'ECP

➤ Une communication efficace passe par une communication régulière

La régularité de la communication entre professionnels est un facteur important pour l'ECP, plusieurs modèles de communication efficaces sont cités en ce sens dans la littérature (53,77,50,78,55).

Il s'agit des contacts réguliers et directs entre professionnels, en face à face, par téléphone ou messagerie électronique. La littérature indique que l'utilisation de cette dernière pourrait améliorer l'efficacité de la communication, en augmentant la fréquence et la qualité de l'interaction pluriprofessionnelle (70,40). Son utilisation permettrait aussi de contourner la problématique du temps.

Les interactions peuvent être formelles, avec les réunions, notamment les RCP (en présentiel ou distanciel) qui, en plus de favoriser l'apprentissage des rôles et compétences des professionnels, comme énoncé précédemment, permettent le partage de la prise de décision et l'établissement d'objectifs communs en élaborant un plan de soins. Ces réunions s'appliquent particulièrement à la discussion de cas complexes nécessitant l'intervention de plusieurs disciplines (53,63,70,65,49).

Les interactions informelles (particulièrement lors des pauses méridiennes ou tout au long de la journée avec la possibilité de communiquer brièvement, mais fréquemment) sont également importantes et considérées comme facilitatrices à l'ECP (39,50,71). Il s'agit d'un

des éléments le plus déterminant pour un ECP réussi (79,73). Un tableau blanc, physique ou numérique, partagé et régulièrement mis à jour dans un espace commun, peut aussi être un outil important (73).

Néanmoins, le regroupement et la proximité géographique ont été peu cités lors des groupes nominaux et votés seulement par les MKDE. En concordance avec la littérature, il ne s'agit effectivement pas d'une condition obligatoire (45). Pour des raisons de commodité et de charge de travail, les réunions en distanciel peuvent aussi bien être privilégiées tout comme la communication électronique, citée ci-dessus (71).

➤ L'apport d'une communication efficace à l'ECP

Une communication ouverte et bidirectionnelle joue un rôle essentiel dans le développement de l'ECP (38,65,41) et peut, si elle est fréquente et respectueuse, contribuer à réduire la confusion et le chevauchement des rôles, ainsi que le manque de connaissance et de confiance dans les compétences de l'autre (73,50).

Selon une revue de littérature (42), une meilleure communication entre les professionnels conduit à une meilleure coordination, à une approche des besoins plus centrée sur le patient et à une plus grande satisfaction professionnelle.

Afin que les membres de l'équipe communiquent de manière efficace et cohérente, la littérature identifie la nécessité d'un soutien (61). En structure coordonnée, le rôle du leader est tout particulièrement important afin de faire fonctionner l'équipe et l'amener vers ses objectifs (59).

4. La conviction par les professionnels des bénéfices de l'EPC pour les patients

a. Perception des professionnels

Véritable moteur pour les professionnels (80,81,50,49,39,82), la perception des bénéfices pour les patients de l'ECP conduit à des soins de meilleure qualité. Mais certains professionnels peuvent freiner ce mode d'exercice, en doutant de l'efficacité de l'ECP, comme cela apparaît dans la littérature (39,49).

b. L'ECP améliore la qualité des soins

Plusieurs publications étrangères démontrent pourtant l'amélioration de la qualité des soins en lien avec l'ECP (amélioration des soins fournis aux patients, des objectifs de santé, de la satisfaction professionnelle et des patients) (83,70,54,84-87,50,88,72,89,40,41). Les

collaborations entre médecins, pharmaciens et IDE augmentent de manière significative l'adhésion aux traitements ainsi que la sécurité en prévenant les erreurs médicamenteuses, et diminuent les hospitalisations. En France, les médecins travaillant en MSP ont des pratiques jugées de meilleure qualité pour le suivi des patients diabétiques, la vaccination, le dépistage et la prévention des risques iatrogéniques (87).

- Par une meilleure prise en charge globale notamment pour les patients complexes et chroniques

La prise en charge centrée sur le patient désigne le fait que la coordination se mette en place dans une perspective holistique. Celle-ci prend en compte les dimensions physiques, émotionnelles, sociales, familiales et culturelles ainsi que l'expérience et le vécu du patient. (7). La littérature est concordante et les professionnels interrogés sur l'ECP perçoivent une plus grande efficacité via la fourniture de soins holistiques (45,54,90).

En structure pluriprofessionnelle, le « pharmacien correspondant », désigné par le patient, peut, avec l'accord du médecin, renouveler des traitements chroniques et ajuster, si besoin, leur posologie. En combinant les compétences du médecin et du pharmacien, l'évaluation et la prescription peuvent se révéler plus efficaces. Des bilans de médication de bonne qualité peuvent permettre au patient de mieux comprendre son traitement, ce qui se traduit par une meilleure observance et une moindre iatrogénie (91,49). Un impact positif sur l'état de santé des patients apparaît pour les patients chroniques, avec l'amélioration des résultats en lien avec le diabète et l'hypertension artérielle (66,92).

En MSP, l'intervention coordonnée du pharmacien et du médecin généraliste, des IDE et des MKDE peut faciliter aussi la prise en charge globale du patient chronique (68).

Cette nouvelle dynamique de coordination permet donc le repérage et le renforcement des soins auprès des patients complexes et chroniques (83).

Depuis le début des années 1990, les systèmes de santé dans différents pays se trouvent tout comme en France confrontés aux défis du développement des maladies chroniques et à la croissance des dépenses de santé (10). Dans ce contexte, le développement d'une pratique plus collective des professionnels de santé s'est mis en place dans la plupart des pays, avec notamment des centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires (93).

Les PCMH aux États-Unis par exemple, reposent essentiellement sur la prise en charge des patients par une équipe pluriprofessionnelle sous la direction d'un médecin pilote. Les évaluations de ce modèle montrent une augmentation de la qualité des soins et une réduction

des hospitalisations (94). Ces structures sont basées sur le Chronic Care Model (CCM), modèle de coordination de la prise en charge des patients, considérée comme une référence internationale (95). Expérimenté dans de nombreux pays (Pays-Bas, Danemark, Canada, Suisse, Allemagne), ses impacts cliniques ont largement faits leurs preuves (96).

- Par un gain d'efficacité du parcours avec une meilleure continuité des soins

En concordance avec la littérature, l'ECP faciliterait les parcours des patients et accentuerait la vigilance des professionnels aux risques de rupture de continuité des soins (45). Plusieurs facteurs contribuent à fluidifier le parcours : proposer de meilleurs soins articulés entre eux, éviter une mauvaise orientation, faire gagner du temps au patient, raccourcir les délais de prise en charge (notamment avec la mission du pharmacien correspondant (68)).

Les CPTS jouent un rôle dans l'orientation des patients et le suivi des parcours (93). Le pharmacien peut garantir un premier recours et participer à l'efficacité du parcours de soins dans la zone géographique de la CPTS (68).

Les MSP démontrent une meilleure productivité (volume de service fourni en regard des ressources utilisées (97)) que les cabinets isolés, ainsi qu'un recours moins fréquent aux soins spécialisés et des dépenses pharmaceutiques moins élevées.

Une étude questionnant les médecins généralistes concernant leurs représentations sur le dispositif IPA met en évidence que ceux-ci, en complémentarité du médecin, pourraient permettre une amélioration de la continuité des soins avec un gain de sécurité (69). Néanmoins, les médecins interrogés dans cette même étude se questionnent sur les risques de l'altération de la relation de soins par la diminution de la fréquence des contacts avec les patients (ce qui pourrait limiter la qualité du parcours de soins), mais aussi de possibles doubles discours et avis contradictoires donnés.

En ce qui concerne les MKDE, la « loi RIST » (98) publiée en mai 2023, permet la prise en charge des patients en accès direct dans le cadre de structures d'exercice coordonné. L'objectif est de dégager du temps médical pour les médecins prescripteurs et raccourcir les délais d'accès aux MKDE afin de limiter les pertes de chances pour le patient (29). Des études internationales ont montré que le concept était soutenu par les médecins généralistes (99,100). La prise en charge des patients souffrant de troubles musculosquelettiques (TMS) par des MKDE en accès direct s'est avérée efficace et sûre et a permis d'améliorer l'accès aux soins dans de nombreux pays tels que l'Australie, le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni, tout en maintenant la satisfaction des patients (101).

5. Le travail en structure d'exercice coordonné

a. L'attractivité du travail en structure coordonnée

Les différents éléments cités précédemment rendent service aux patients, mais également aux professionnels. Ils correspondent aussi à des motivations pouvant amener ces derniers à rejoindre les structures coordonnées, théâtre de l'ECP.

Les structures pluriprofessionnelles permettent, en plus de concilier les objectifs d'une plus grande efficacité et efficience par le partage des informations, ressources et compétences, de répondre aux intérêts des professionnels qui aspirent toujours plus à exercer en groupe et à équilibrer vie personnelle et vie professionnelle (102). Les professionnels recherchent effectivement de meilleures conditions de travail, en particulier en évitant l'isolement.

Les aspirations professionnelles des jeunes médecins valident la stratégie « Ma Santé 2022 » en faveur de l'ECP (103). Les MSP leur offre des facilités d'exercice avec la présence de nombreux professionnels à proximité et permet de favoriser leur insertion et leur installation.

Le travail en structure coordonnée est apprécié des professionnels et peut être ainsi une source importante de motivation. C'est le cas notamment en CPTS, par une facilitation de l'adressage aux correspondants, une circulation plus simple des informations et une mise en relation facilitée avec les structures médico-sociales (17).

Les MSP également, permettent, en matière de délivrance de soins, d'améliorer l'offre de proximité en élargissant les plages horaires pour favoriser l'accessibilité et la continuité des soins, en fournissant un plateau technique plus performant, et avec un travail en réseau de proximité. Elles répondent de plus à des enjeux d'équité dans l'accès géographique aux soins et de lutte contre les inégalités de santé (10).

L'élaboration du projet de santé en MSP et CPTS peut également représenter une motivation pour les professionnels, la nécessité d'une réflexion collective contribuant à créer une dynamique d'équipe (45).

b. Mais une intégration partielle de certains professionnels :

Néanmoins, l'intégration de certaines professions en structure coordonnée reste partielle. Plusieurs éléments peuvent être cités, dont une méconnaissance de l'ECP (104) (non cités par les professionnels de notre étude car déjà engagés dans l'ECP), un partage de l'information limitée entre professionnels (90), ou encore une rémunération peu adaptée (105).

C. Forces et limites

1. Forces

a. Etude d'actualité

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'il s'agit d'un sujet d'actualité, dans un contexte de déploiement récent des structures coordonnées (MSP et CPTS), moteur de l'ECP. Bien que les dispositifs pluriprofessionnels soient étudiés à l'étranger depuis plusieurs années, ces derniers ne sont pas en tout point comparables avec notre système de soins et le travail en structure coordonnée (MSP et CPTS). Les résultats de ces études ne sont donc pas directement transposables. Dans ce contexte récent, peu de données sont disponibles en France. Il était donc intéressant de recueillir les freins et leviers des principaux professionnels concernés par cette modalité d'exercice.

b. Méthodologie

La technique du groupe nominal constitue une méthodologie originale et intéressante, qui a permis d'aboutir à un point de vue collectif et à une pluralité de réponses dans un délai relativement court, pour ensuite les hiérarchiser.

L'utilisation de cette méthode a permis au cours des sessions l'expression égalitaire du point de vue de chaque participant, principal avantage par rapport aux autres méthodes de groupes. En fournissant un cadre structuré, cette technique minimise l'influence de certains participants avec une personnalité plus « dominante ».

c. Références bibliographiques

La concordance de nos résultats avec la littérature peut également représenter un point fort.

2. Limites

a. Population étudiée

Les professionnels ayant participé à notre étude étaient tous volontaires lors du recrutement, ce qui a pu entraîner un biais de sélection. De même, les participants recrutés étaient des professionnels intéressés ou déjà engagés dans un ECP, ce qui a pu favoriser leur participation et influencer leurs réponses.

De plus, les participants recrutés sont des professionnels de santé de la métropole toulousaine, ce qui limite l'extrapolation des résultats à l'ensemble des professionnels du territoire national et notamment ceux exerçant en milieu rural.

Un faible nombre de participants (inférieur à cinq notamment pour les groupes de MKDE et pharmaciens) représentant un faible nombre de MSP et CPTS (et donc une diversification imparfaite), a pu limiter la qualité et la diversité des réponses obtenues. Il est possible que certains éléments potentiellement importants n'aient pas été identifiés.

b. Analyse

La méthode pour l'analyse des données de groupes multiples conseillait de réaliser une étape supplémentaire optionnelle après celle de la thématisation (lors de laquelle les freins et leviers ont été regroupés en thèmes distincts), ayant pour objectif de renforcer la fiabilité inter-évaluateurs. Il s'agissait de faire vérifier les énoncés regroupés en thèmes par des tierces personnes afin de s'assurer de la pertinence de la thématisation et des affirmations inscrites dans les thèmes. Cette étape n'a pas été réalisée.

D. Perspectives

Notre étude portait sur l'identification des freins et leviers à l'ECP par quatre groupes de professionnels, que sont les médecins généralistes, les IDE/IPA, les MKDE et les pharmaciens, au sein de MSP et CPTS.

Nos résultats peuvent servir de base de réflexion et apporter des pistes d'amélioration aux décideurs politiques ainsi qu'aux professionnels qui travaillent actuellement au sein d'une équipe coordonnée ou aspirant à en former une.

Des études supplémentaires sont essentielles afin d'approfondir la connaissance des freins et leviers identifiés, notamment avec un échantillon plus important. Recueillir le point de vue des patients sur l'ECP, ainsi que celui d'autres professionnels des soins primaires, voire secondaires, non traité dans cette étude, pourrait également être utile et intéressant, et permettrait une analyse plus complète et plus fine, tout comme la réalisation d'études en milieu rural.

Des travaux supplémentaires permettraient également de préciser les solutions à mettre en place face aux freins identifiés, envisageables à la fois sur le plan individuel, inter-individuel ou encore organisationnel, pour guider les décideurs et professionnels vers un ECP facilité.

Bien que la littérature, notamment anglo-saxonne, étudie les dispositifs pluriprofessionnels depuis plusieurs années, il serait également intéressant d'approfondir la recherche portant sur l'ECP au sein des structures coordonnées de notre système de santé, MSP et CPTS, afin de mieux en connaître les spécificités.

La mise en place d'une formation pluriprofessionnelle pour les étudiants dans chaque filière pourrait s'envisager, afin de permettre la familiarisation avec cette modalité d'exercice et de rappeler son utilité lors des prises en charge.

V. CONCLUSION

« L'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – doit devenir l'exception à l'horizon 2022 ». Telle était l'ambition exprimée dans le plan « Ma Santé 2022 (12) ».

L'exercice en structure coordonnée (MSP et CPTS), avec un travail pluriprofessionnel concentré autour d'un projet de santé commun, a pour objectif de répondre aux nouveaux défis auxquels est confronté le système de santé. Dans un contexte de déploiement récent des structures coordonnées, il semblait opportun de se tourner vers les professionnels de santé en soins primaires afin d'identifier les principaux freins et leviers de cette nouvelle modalité d'exercice.

S'engager dans l'ECP, bien que celui-ci ait démontré ses bénéfices, n'est pourtant pas simple. Il s'agit d'un processus dynamique constitué d'interactions complexes et qui prend du temps pour être efficace. De plus, l'ECP n'émerge pas forcément spontanément et regrouper plusieurs professionnels de santé pour les faire travailler ensemble ne signifie pas obligatoirement que ceux-ci puissent créer une équipe pluriprofessionnelle effective.

Nos résultats peuvent servir de base de réflexion afin d'améliorer l'ECP. Les professionnels interrogés dans notre étude partagent les principaux freins et leviers à l'ECP. Le manque de temps et de motivation, la méconnaissance des rôles par les professionnels et le manque de communication sont les principaux freins, tandis que la perception des bénéfices de l'ECP pour le patient, avoir des outils et moyens de communication efficaces ainsi que l'attractivité du travail en structure pluriprofessionnelle (MSP et CPTS) avec le développement de nouvelles pratiques pour structurer les soins représentent les principaux leviers.

Afin de poursuivre l'essor de l'ECP et de permettre son développement effectif, il semble donc nécessaire de prendre en compte les freins des professionnels afin de les minimiser voire d'y remédier, ainsi que de renforcer les outils, notamment communicationnels, et le partage d'informations. Un soutien et un accompagnement des professionnels, avec les rôles cruciaux de coordinateur et de leader, semble également important ainsi qu'une formation plus systématique afin d'apprendre aux soignants à se coordonner et à travailler ensemble.

Toulouse, le 14 mai 2024

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS




Vu, le Président du Jury
Pr. Benjamin DUSTRIC

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023 [cité 12 mai 2024]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medecale-2023>
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes>
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. 09/2022 [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communiqué-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
4. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
6. AVECsanté [Internet]. [cité 12 mai 2024]. C'est quoi l'exercice coordonné ? Disponible sur: <https://avecsante.fr/cest-quoi-lexercice-coordonne/>
7. Fishman-Bosc A, Leveau E, Crelerot-Klopfenstein S, Gentile S, Colson S. Clarification de concept : la coordination appliquée au domaine des soins. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. juin 2016;2(2):77-86.
8. De Haas PD. La MSP aujourd'hui : quels retours d'expérience ? Le collègue des économistes, mars 2015 n°2;
9. Bras PL. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. Réorganiser les soins de premier recours ; les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis [Internet]. 2011 [cité 14 avr 2024]; Disponible sur: https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/CAIRN/_b64_b2FpLWNhaXJuLmluZm8tUE9TXzQyMV8wMDI3/reorganiser-les-soins-de-premier-recours-nbsp-les-maisons-medicales-centrees-sur-le-patient-aux-etat
10. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique. 2017;164(4):887-902.
11. DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 12 mai 2024]. Les maisons de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

12. DGS_Laetitia.B, Pauline.J. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 19 nov 2023]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
13. Article 64 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913243
14. Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722
15. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 28 avr 2024]. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>
16. AVECSanté [Internet]. [cité 19 nov 2023]. C'est quoi l'exercice coordonné ? Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/cest-quoi-lexercice-coordonne/>
17. Leicher C. CPTS et territoire. Regards. 2019;56(2):81-92.
18. Berwick DM. Launching accountable care organizations--the proposed rule for the Medicare Shared Savings Program. N Engl J Med. 21 avr 2011;364(16):e32.
19. Hesselink G, Vernooij-Dassen M, Pijnenborg L, Barach P, Gademan P, Dudzik-Urbaniak E, et al. Organizational culture: an important context for addressing and improving hospital to community patient discharge. Med Care. janv 2013;51(1):90-8.
20. DGOS_Marie.R. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 12 mai 2024]. La mission « Tour de France des CPTS ». Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/la-mission-tour-de-france-des-cpts>
21. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/Trajectoires-pour-de-nouveaux-partages-de-competences-entre-professionnels-de.html>
22. FCPTS. Cartographie des CPTS en région [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/la-cartographie/cartographie-des-cpts-en-region/>
23. A D. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 12 mai 2024]. Plan d'action : 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/plan-d-action-4-000-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
24. Maisons de santé pluriprofessionnelles en Occitanie [Internet]. 2020 [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-en-occitanie>
25. Médecin d'Occitanie [Internet]. [cité 9 mai 2024]. MSP – Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/maison-de-sante-pluriprofessionnelle/>

26. Etat des lieux des MSP en Occitanie [Internet]. [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2021/03/URPS-enquete-exercice-medecins-MSP.pdf>
27. Évolution de la profession et de la formation infirmières [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/Evolution-de-la-profession-et-de-la-formation-infirmieres.html>
28. CNOP [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Cahier thématique n°10 - Coopération interprofessionnelle. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-cahiers-thematiques/cahier-thematique-n-10-cooperation-interprofessionnelle2>
29. Bruant-Bisson A, Laffon P, Marty M. Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie.
30. Sicotte C, D'Amour D, Moreault MP. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*. 1 sept 2002;55(6):991-1003.
31. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health*. mars 1972;62(3):337-42.
32. Harvey N, Holmes CA. Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus. *Int J Nurs Pract*. avr 2012;18(2):188-94.
33. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm*. 2016;38:655-62.
34. Grenier J, Lagarde M. La technique du groupe nominal (TGN), une méthode de cueillette des données à connaître. Actes du Colloque de l'Association de la recherche au collégial. 2000;
35. Van Breda. Steps to analysing multiple-group NGT data. 2005 [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/292746636_Steps_to_analysing_multiple-group_NGT_data
36. Dadgar H, Seyedi Vafae M, Khorasanchi A, Kordestani Moghadam P. Barriers and facilitators of integrating physiotherapy into primary health care settings: A systematic scoping review of qualitative research. *World J Nucl Med* [Internet]. 23 oct 2023 [cité 12 nov 2023]; Disponible sur: <http://eprints.lums.ac.ir/4490/>
37. Maharaj S, Chung C, Dhugge I, Gayevski M, Muradyan A, McLeod KE, et al. Integrating Physiotherapists into Primary Health Care Organizations: The Physiotherapists' Perspective. *Physiotherapy Canada*. avr 2018;70(2):188-95.
38. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Family Practice*. 22 déc 2017;18(1):110.
39. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care*. 21(2):32.

40. Sørensen M, Stenberg U, Garnweidner-Holme L. A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *Int J Integr Care*. 18(3):13.
41. Sudeshika T, Deeks LS, Naunton M, Peterson GM, Kosari S. Interprofessional collaboration within general practice teams following the inclusion of non-dispensing pharmacists. *J Pharm Policy Pract*. 21 mars 2023;16(1):49.
42. Van Dongen JJJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA, Daniëls R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract*. 28 mai 2016;17:58.
43. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. *Santé Publique*. 2015;27(4):539-46.
44. Hénocque M. L'exercice en Maison de Santé Pluriprofessionnelle : enquête qualitative auprès des professionnels de santé de trois Maisons de santé de la Somme. 2014
45. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. 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. (Les rapports de l'IRDES).
46. Zalmai D. Maisons de santé pluri professionnelles: attentes, réalités et perspectives. Étude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains. 2016
47. Le Corre T, Fournier JP. Rôle des pharmaciens d'officine dans les protocoles des maisons de santé pluriprofessionnelles en 2020 : étude descriptive transversale multi-méthodes. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. nov 2022;80(6):988-94.
48. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;
49. Pype P, Mertens F, Helewaut F, Krystallidou D. Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Serv Res*. 20 juill 2018;18(1):570.
50. O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS One*. 18 mai 2017;12(5):e0177026.
51. Kechichian A, Desmeules F, Girard P, Pinsault N. Acceptability of a task sharing and shifting model between family physicians and physiotherapists in French multidisciplinary primary healthcare centres: a cross-sectional survey. *Fam Med Community Health*. 16 juin 2022;10(2):e001644.
52. Cairey-remonnay C and Bruchon S, Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de santé pluriprofessionnelles en Franche-Comté. 2012 [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://scanr.enseignementsup-recherche.gouv.fr/person/idref161803571>
53. Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general

- practitioners-A systematic review. *Health Soc Care Community*. juill 2019;27(4):e189-212.
54. Gualano MR, Bert F, Adige V, Thomas R, Scozzari G, Siliquini R. Attitudes of medical doctors and nurses towards the role of the nurses in the primary care unit in Italy. *Prim Health Care Res Dev*. juill 2018;19(4):407-15.
 55. Sangaletti C, Schweitzer M, Peduzzi M, Zoboli E, Soares C. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 1 nov 2017;15:2723-88.
 56. Aumaréchal L, Lebeau JP, Lebleu M. Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes. *Recherche en soins infirmiers*. 2022;150(3):66-78.
 57. Laurant MGH, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Sibbald B, Grol RPTM. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ*. 17 avr 2004;328(7445):927.
 58. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire
 59. MACSF.fr. [cité 16 avr 2024]. Porteur, leader, coordinateur : focus sur 3 acteurs-clés de la MSP. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/exercer-en-groupe/porteur-leader-coordinateur-3-acteurs-cles-de-la-msp>
 60. Le coordinateur en maison de santé ou CPTS, pourquoi faire appel à lui ? [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.femasif.fr/le-coordinateur-maison-de-sante-ctps/>
 61. Makowsky M, Schindel T, Rosenthal M, Campbell K, Tsuyuki R, Madill H. Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: A qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *Journal of interprofessional care*. 1 mars 2009;23:169-84.
 62. Duijn S, van Dijk-de Vries A, Scherpbier-de Haan ND, Dolmans DH, Muris JW, van Bokhoven MA. Reaching consensus on GP interprofessional competencies: a nominal group study. *BJGP Open*. 6(3):BJGPO.2021.0243.
 63. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of interprofessional care*. 1 juin 2005;19 Suppl 1:8-20.
 64. Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 27 nov 2019;20(1):163.
 65. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*. sept 2015;71(9):1973-85.
 66. Harris S, Mills E, Venables RH, Bradley F, White S. Developing consensus on the principles and key actions for collaborative working between general practices and

- community pharmacies: a modified eDelphi study. *BMJ Open*. 21 sept 2023;13(9):e074023.
67. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 13 juill 2023;23:750.
 68. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
 69. Aghnatiou M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique*. 2021;33(4):547-58.
 70. Grant A, Kontak J, Jeffers E, Lawson B, MacKenzie A, Burge F, et al. Barriers and enablers to implementing interprofessional primary care teams: a narrative review of the literature using the consolidated framework for implementation research. *BMC Prim Care*. 12 janv 2024;25:25.
 71. Seaton J, Jones A, Johnston C, Francis K. Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. *J Interprof Care*. 2021;35(2):217-28.
 72. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Family Practice*. 5 sept 2013;14(1):132.
 73. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. juill 2015;52(7):1217-30.
 74. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2011-940 août 10, 2011.
 75. Naiditch M. Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? *Revue française des affaires sociales*. 2020;(1):237-62.
 76. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Les solutions labellisées e-santé. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/offres-services/label-esante/solutions-labellisees>
 77. Deslauriers S, Toutant ME, Lacasse M, Desmeules F, Perreault K. Integrating Physiotherapists into Publicly Funded Primary Care: A Call to Action. *Physiother Can*. 2017;69(4):275-6.
 78. Saint-Pierre C, Herskovic V, Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Fam Pract*. 27 mars 2018;35(2):132-41.
 79. Drummond N, Abbott K, Williamson T, Somji B. Interprofessional primary care in academic family medicine clinics: Implications for education and training. *Canadian Family Physician*. 1 août 2012;58(8):e450-8.

80. Bardet JD, Vo TH, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. sept 2015;11(5):602-22.
81. Hämel K, Vössing C. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim Health Care Res Dev*. sept 2017;18(5):492-506.
82. Supper I. Cooperation between health professionals in primary care for chronic diseases : application to type 2 diabetes [Internet] [phdthesis]. Université de Lyon; 2019 [cité 17 févr 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03289006>
83. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins.: La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 1 févr 2017;11(1):18-21.
84. Legault F, Humbert J, Amos S, Hogg W, Ward N, Dahrouge S, et al. Difficulties Encountered in Collaborative Care: Logistics Trumps Desire. *J Am Board Fam Med*. 1 mars 2012;25(2):168-76.
85. MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 24 nov 2013;13(1):486.
86. Morgan KH, Barroso CS, Bateman S, Dixson M, Brown KC. Patients' Experiences of Interprofessional Collaborative Practice in Primary Care: A Scoping Review of the Literature. *J Patient Exp*. déc 2020;7(6):1466-75.
87. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. 2015;
88. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 juin 2017;2017(6):CD000072.
89. Shaw A, de Lusignan S, Rowlands G. Do primary care professionals work as a team: A qualitative study. *Journal of interprofessional care*. 1 sept 2005;19:396-405.
90. Vernus AL, Catala O, Supper I, Flaujac N, Letrilliart L. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens : un état des lieux. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. nov 2016;74(6):463-72.
91. Buttard A, Macé F, Morvan L, Peyron C. Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ? *Journal de gestion et d'économie de la santé*. 2019;1(1):92-109.
92. Dähne A, Costa D, Krass I, Ritter CA. General practitioner–pharmacist collaboration in Germany: an explanatory model. *Int J Clin Pharm*. 1 août 2019;41(4):939-49.
93. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/Deploiement-des-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante.html>
94. Grumbach K, Grundy P. A Review of the Evidence from Prospective Evaluation Studies in the United States.

95. Yatim F, Sebai J. Coopération inter-organisationnelle dans le domaine de la santé. Le cas des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en France. *Gestion et management public*. 2021;9 / 3(3):47-69.
96. Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, Yam C, Poon CM, Chung RY, et al. Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *Int J Cardiol*. 1 mai 2018;258:279-88.
97. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique*. 2009 ;21(hs1):27-38.
98. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1). 2023-379 mai 19, 2023.
99. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy*. 1 sept 2008;94(3):236-43.
100. Igwesi-Chidobe CN, Bishop A, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*. juin 2021;111:31-9.
101. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil*. juin 2021;43(12):1637-48.
102. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. mai 2022. [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20MG_BAT.pdf
103. Le dossier d'information « Ma santé 2022 » - Un engagement collectif : Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires. Mai 2019. [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf
104. Goubet N, Brillon B, Vaillant V, Fevrier N. Les freins et les leviers à l'intégration des kinésithérapeutes dans les CPTS, une étude préliminaire. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 mars 2023;23(255):23-4.
105. Moyal A, Fournier C. Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. *Les Tribunes de la santé*. 2022 ;71(1):33-45.

Annexe 3 : Evolution de l'effectif de médecins généralistes selon le mode d'exercice en Occitanie entre 2013 et 2018

Effectif médecin	2013	2018	Évolution en 5 ans
Ensemble	9603	9888	+3,0%
Hôpital public	1289	1244	-3,5%
Établissement privé	273	369	+35,2%
Centre de santé	75	91	+21,3%
Cabinet individuel	2813	2475	-12,0%
Cabinet de groupe, société	2994	3059	+2,2%
Prévention	411	442	+7,5%
Autres	965	953	-1,2%
Remplacements	783	1130	+44,3%

Annexe 4 : Etapes de l'analyse des données de groupes multiples

Au cours d'une première étape, les énoncés choisis par les participants de chaque groupe lors de la dernière étape de la session du groupe nominal ont été saisis dans une feuille de calcul, afin de créer une liste unique combinée de freins. Une première colonne nommée « groupe » indique le numéro du groupe (1 pour les médecins généralistes, 2 pour les infirmiers/IPA, 3 pour les masseurs-kinésithérapeutes et 4 pour les pharmaciens) et une seconde, nommée « énoncé » indique les énoncés choisis, en face du numéro du groupe correspondant.

Les données sont ensuite classées par groupe et par ordre croissant, de sorte que les données du groupe 1 sont toutes en haut de la liste, puis celles du groupe 2 et ainsi de suite.

Dans une deuxième étape, les énoncés de chaque groupe sont classés pour identifier les trois freins les plus importants, pour chaque groupe. Les trois affirmations les plus importantes de chaque groupe sont donc identifiées par un « x » inscrit en face de chaque énoncé, dans une troisième colonne, nommée « Top 3 ».

La troisième étape correspond à l'analyse qualitative du contenu (thématisation).

Les freins recueillis à l'issue des différentes sessions sont ensuite regroupés en thèmes distincts, afin de faciliter ensuite l'interprétation des données.

Différents thèmes ont été créés, en veillant à ce que chaque énoncé puisse s'inscrire de manière significative dans un seul et unique thème. Les thèmes généraux créés ont ensuite été divisés en plusieurs sous-thèmes plus spécifiques.

Les thèmes sont ensuite inscrits dans une liste, et se voient attribuer chacun un numéro et une définition. Cette liste de thèmes représente les questions que les groupes dans leur ensemble ont soulevées en réponse à la question posée.

La réorganisation de certains énoncés, thèmes et définitions, a été réalisée à plusieurs reprises afin que les énoncés inscrits dans chaque thème soient concordants et qu'ils soient correctement décrits par les définitions.

Une quatrième colonne nommée "thème" est donc créée sur la feuille de calcul initiale, indiquant le numéro du thème en face de chacun des énoncés correspondants.

Les données sont ensuite classées en fonction de la colonne du thème, par ordre croissant.

La quatrième et dernière étape correspond à l'analyse quantitative. Il s'agit de calculer l'importance relative des thèmes générés pour l'ensemble de l'échantillon, en calculant des rangs pour tous les groupes combinés. Un classement est donc réalisé, « Top3 », afin de classer les thèmes respectivement en fonction de leur importance. Il en résulte donc une liste consolidée et hiérarchisée de thèmes.

Une deuxième feuille de calcul est donc créée avec une première colonne « thème » (avec le numéro et le nom du thème).

Une deuxième colonne est tout d'abord ajoutée, intitulée « Top3 1 », avec le nombre de fois où un "x" a été inscrit dans la précédente feuille de calcul pour chaque énoncé, en fonction du thème (ce qui revient à identifier pour chaque thème le nombre d'items les plus importants, classés dans les trois premiers votes finaux de chaque groupe).

Les données sont ensuite classées en fonction de la colonne « Top3 1 », par ordre croissant. Une nouvelle colonne, « Top3 2 » est ajoutée à côté de celle-ci afin de calculer les rangs. Dans cette dernière colonne, les chiffres 1, 2, 3, etc. sont tapés jusqu'à la fin de la liste des thèmes. Ces chiffres sont ensuite convertis en rangs, en comparant les chiffres de la colonne « Top3 1 » avec les chiffres inscrits dans la colonne « Top3 2 ».

Si certaines affirmations adjacentes ont reçu le même score dans la première colonne, les scores de la colonne « Top3 2 » sont ajustés pour ces énoncés. En effet, lorsque ce classement aboutit à des valeurs ex-aequo, leur rang moyen leur est attribué.

Par exemple, la suite de données classées suivante : 0,10, 13, 13, 20, 45 sera rangée de cette manière : 1, 2, 3.5, 3.5, 5, 6 (car la valeur « 13 » a pour rang aussi bien « 3 » que « 4 », et donc pour rang moyen 3,5).

Les notes de la colonne « Top3 2 » pour ces énoncés en fonction de cette moyenne sont ensuite modifiées et le même procédé est appliqué en suivant, s'il existe plusieurs énoncés ayant les mêmes scores dans la colonne « Top3 1 ».

Finalement, les données sont ensuite classées en ordre décroissant pour la colonne « Top3 2 ». Les scores les plus élevés sont ainsi les plus importants.

Ainsi, le thème apparaissant en tête de liste selon le classement « Top 3 » correspond au thème auquel les groupes sont le plus attachés (les participants peuvent voter pour dix énoncés, mais seuls les premiers sont les plus importants pour eux).

Annexe 5 : Profil des participants

Profession	Sexe	Age	MSP	CPTS
Médecin généraliste	F	>50 ans	En projet	Canal Garonne
Médecin généraliste	H	>50 ans	Oui	Nougaro XIII XV
Médecin généraliste	F	Entre 35 et 50 ans	Oui	Nougaro XIII XV
Médecin généraliste	H	>50 ans	Projet	La Providence
Médecin généraliste	H	< 35 ans	Oui	La Providence
Médecin généraliste	F	Entre 35 et 50 ans	Oui	La Providence
Médecin généraliste remplaçant	F	< 35 ans		
IDE	F	>50 ans	Oui	Nougaro XIII XV
IDE	F	Entre 35 et 50 ans	Oui	Nord Toulousain
IDE	F	>50 ans		Nord Toulousain
IDE	F	>50 ans		Canal Garonne
IDE	F	Entre 35 et 50 ans	Oui	Rive Gauche
IPA	F	Entre 35 et 50 ans	Oui	Nougaro XIII XV
IPA	F	Entre 35 et 50 ans	Oui	La Providence
IDE/étudiant IPA	H	Entre 35 et 50 ans	Oui	La Providence
MKDE	F	Entre 35 et 50 ans		Canal Garonne
MKDE	F	Entre 35 et 50 ans	Oui	Nougaro XIII XV
MKDE	H	Entre 35 et 50 ans		La Providence
MKDE	H	>50 ans	Oui	Nougaro XIII XV
Pharmaciens	H	>50 ans	Oui	Nougaro XIII XV
Pharmaciens	F	>50 ans		Nougaro XIII XV
Pharmaciens	F	Entre 35 et 50 ans		Rive Gauche
Pharmaciens	H	>50 ans	Projet	Rive Gauche

- Sexe : 65% de femmes et 35% d'hommes
- Age : 48% des participants avaient entre 35 et 50 ans ; 43% plus de 50 ans et 9% moins de 35 ans
- Exercice en CPTS : 96% faisaient partie d'une CPTS
- Exercice en MSP : 70% faisaient partie en MSP (dont 19% avaient un projet), 30% n'y travaillaient pas.

Annexe 6 : Liste des freins et leviers initiaux des professionnels

Les médecins généralistes ont généré 25 freins et 26 leviers, listés ci-dessous :

Liste des freins identifiés par les médecins généralistes :

1. Perte d'indépendance professionnelle
2. Absence d'habitude de travail en ECP.
3. Manque de temps et de disponibilité.
4. Habitude de travail isolé.
5. Manque de motivation.
6. Divergence d'objectifs.
7. Méconnaissance de son territoire.
8. Absence de projet de soins.
9. Visions et valeurs différentes.
10. Mésentente sur le fonctionnement de la structure, entraînant une coordination inefficace.
11. Personnalités incompatibles.
12. Lourdeur administrative.
13. Absence de valorisation financière.
14. Manque de formation.
15. Méconnaissance du sujet et du projet.
16. Manque de communication.
17. Méconnaissance du travail des autres professionnels de santé.
18. Éloignement géographique.
19. Méconnaissance des professionnels de santé de la structure.
20. Savoir gérer le stress et l'anxiété des autres professionnels de santé.
21. Risque de sur-sollicitation, dominance médicale dans la décision.
22. Cadre juridique flou, qui engage sa responsabilité ?
23. Méconnaissance des bénéfices de l'ECP pour le professionnel de santé ou pour le patient.
24. Sensation de perte de contrôle de la situation.
25. Place de l'IPA pour le médecin, méconnaissance du rôle.

Liste des leviers identifiés par les médecins généralistes :

1. Efficience du parcours de soins du patient.
2. Communication efficace.
3. Mise en commun des coûts humains, matériels et financiers.
4. Meilleure continuité des soins pour le patient.
5. Bien se connaître personnellement.
6. Partage de valeurs de soins communes.
7. Souhait de partager ses compétences et connaissances.
8. Connaissance des métiers de chacun, amélioration des connaissances et compétences du métier.
9. Leader de projet proactif et à l'écoute de tous les professionnels de santé.
10. Noyau dur et motivé de professionnels de santé autour du leader.
11. Amélioration des compétences et acquisition de compétences nouvelles, formation continue, valorisation de l'exercice.
12. Satisfaction du travail en équipe.
13. Entraide mutuelle.
14. Diversification de l'activité.
15. Avoir des antécédents de partenariat.
16. Avoir eu un modèle préexistant.
17. Regroupement de professionnels de santé de compétences différentes en structure coordonnée.
18. Avoir une bonne connaissance de l'offre de soins du territoire.
19. Partage de la charge de travail, être moins surchargé.
20. Limitation des erreurs médicales.
21. Gain de temps pour le médecin, meilleure disponibilité pour les patients complexes.
22. Protocoles de soins.
23. Attractivité pour l'installation.
24. Sentiment de sécurité pour le patient, pris en charge par une équipe solide.
25. Enrichissant de connaître le point de vue de l'autre.
26. Importance du coordinateur et de la logistique.

Le groupe des IDE/IPA a généré 25 freins et 29 leviers :

Liste des freins identifiés par les IDE/IPA :

1. Contexte démographique médical actuel, avec manque de professionnels de santé dans certains secteurs.
2. Manque de disponibilité et de temps des médecins, surchargés.
3. Confusion des rôles, méconnaissance des champs d'action des professionnels de santé et des possibilités.
4. Méconnaissance de la nomenclature (NGAP), des actes. Mauvaise façon de rédiger les ordonnances par les médecins, méconnaissance de la possibilité de renouvellement d'ordonnance par les IDE.
5. Communication inefficace (discours différent entre les différents professionnels de santé).
6. Manque de reconnaissance des auxiliaires médicaux.
7. Manque de disponibilité (notamment laboratoires d'analyse, horaires contraints).
8. Méconnaissance du fonctionnement et des compétences des autres professionnels de santé et des structures. Appréhension de l'IPA notamment, par méconnaissance de la spécialité.
9. Méconnaissance de l'offre de soin (spécialités disponibles dans le secteur, ressources).
10. Compétences « volées », par les pharmaciens notamment (vaccination)
11. Crainte du compérage, « vol » de patientèle.
12. Manque de motivation à s'impliquer dans le réseau de soins.
13. Manque de stabilité dans la pratique (remplacement, arrêts maladie des professionnels de santé), toute profession confondue, turnover important des équipes, donc moindre implication.
14. Manque de rémunération.
15. Surcharge de travail.
16. Manque d'adhésion au même projet de soins.
17. Evolution sociétale et des mentalités des professionnels de santé (moins corvéable), priorité à la vie personnelle.
18. Difficulté d'utilisation des outils (logiciel métier, dossier partagé).
19. Se heurter à de fortes personnalités, difficulté des médecins à céder les responsabilités, partager le pouvoir.
20. Ne pas savoir travailler en équipe.
21. Domination médicale, hiérarchie marquée.
22. Esprit de compétition entre les différents professionnels de santé.

23. Ne pas bien se connaître entre professionnels de santé.
24. Manque de confiance dans la relation entre professionnels de santé.
25. Divergence d'opinions.

Liste des leviers identifiés par les IDE/IPA :

1. Avoir un consensus de recueil de données cliniques, développer des protocoles de soins adaptés.
2. Communication et échanges entre professionnels de santé efficaces.
3. Développement des compétences des professionnels de santé et les échangeant, les partageant.
4. Formation pluriprofessionnelle, tutorat.
5. Avoir une relation de confiance, reconnaissance de la compétence de l'IDE par les professionnels de santé.
6. Amélioration de la prise en charge globale du patient.
7. Meilleure compréhension de la maladie et de la prise en charge.
8. Se rassurer en tant que professionnel de santé, ne pas se sentir isolé.
9. Leadership.
10. Apport de son expertise à la prise en charge.
11. Bien connaître les professionnels de santé dans le réseau.
12. Exercice coordonné en MSP avec ESP : prise en charge plus concrète pour les patients.
13. Attractivité du travail en CPTS : plus grande ouverture pour améliorer les prises en charge, en réorganisant les parcours de soins.
14. Amélioration de la dynamique d'équipe avec le regroupement des professionnels de santé.
15. Avoir un annuaire de connaissances.
16. Investissement des PS dans d'autres domaines, faire des liens.
17. Dégager du temps via les aides techniques et outils numériques adaptés.
18. Avoir un outil commun, interopérabilité entre les différents outils.
19. Avoir des temps conviviaux, partage humain.
20. Organisation interprofessionnelle pour différentes actions (vaccinations notamment)
21. Incitations financières.
22. Avoir une astreinte d'entraide.
23. Confronter les différents points de vue et les analyser en équipe.
24. Reconnaissance des compétences.

25. Faire des propositions innovantes dans les prises en charge.
26. Accepter l'autre, les différents jugements, permet d'évoluer.
27. Enrichissement mutuel entre professionnel de santé, développement des interactions.

Le groupe des MKDE a généré 17 freins et 16 leviers :

Liste des freins identifiés par les MKDE :

1. Pratique isolée, échanges inexistant.
2. Méconnaissance des compétences des autres professionnels de santé.
3. Manque de temps et de disponibilité.
4. Communication problématique (médecin difficilement joignable).
5. Manque de support pour communiquer (absence de mail), absence d'outils communs.
6. Manque de données cliniques pour les patients.
7. Méconnaissance des autres professionnels de santé sur le plan personnel.
8. Crainte de déranger.
9. Méconnaissance des outils de communication sécurisés.
10. Manque de confiance en soi, crainte du jugement vis-à-vis des médecins.
11. Manque d'effectif des professionnels de santé, longs délais d'attente, difficultés à joindre les professionnels de santé.
12. Séparation entre santé de ville et hospitalière (libéral/salariat), difficulté de communication.
13. Méconnaissance des modalités de prescription et de langage commun.
14. Indicateurs contraignants imposés par l'Assurance Maladie.
15. Manque de légitimité à refaire une prescription inadaptée.
16. Absence de rémunération à certains temps pluriprofessionnels.
17. Dépense d'énergie, surcharge mentale et de travail.

Liste des leviers identifiés par les MKDE :

1. Attractivité du travail en structure pluriprofessionnelle (CPTS, MSP).
2. Proximité géographique.
3. Type de pathologie particulières poussant à l'ECP (fibromyalgie).
4. Amélioration de la qualité des prises en charge.
5. Avoir un logiciel commun, qui facilite la communication.
6. Réunions, permettant d'échanger sur les patients, communication facilitée.

7. Avoir des dossiers médicaux en commun pour les patients avec les IDE lors des passages à domicile (traitements, rendez-vous), pour avoir une vision globale.
8. Rencontres entre les différents professionnels de santé au domicile des patients.
9. Patients facilitateurs de liens, satisfait, facilitant les échanges entre professionnels.
10. Avoir de bonnes pratiques professionnelles, avec l'envoi de courriers, évaluations et bilans.
11. Liens amicaux préexistants, se connaître.
12. Appartenance à une structure, richesse d'un réseau.
13. Développement de nouvelles pratiques (CPTS).
14. Partage des projets de soins.
15. Se rencontrer à l'occasion des formations.
16. Bénéficier du savoir collectif, vis-à-vis des instances, des projets qu'on peut mener.

Le groupe des pharmaciens a généré 16 freins et 14 leviers.

Liste des freins identifiés par les pharmaciens :

1. Indisponibilité du médecin, entraînant une perte de temps.
2. Mésentente/sensibilité différente de chacun, entraînant une coopération difficile en MSP.
3. Lourdeur administrative.
4. Lourdeur de la structure.
5. Éloignement géographique (multisite, lieux à trouver, mauvaise accessibilité).
6. « Réunionite aigüe ».
7. Méconnaissance des métiers.
8. Méconnaissance des médicaments.
9. Incompétence.
10. Rupture des médicaments, méconnaissance des professionnels de santé, manque d'information/communication, ruptures non protocolisées.
11. Logiciels métier des MSP inadaptés aux pharmaciens. Absence de logiciel transversal.
12. Pas de MSP ni de CPTS active (« désert médical »).
13. Ordonnances non conformes (lisibilité, absence du numéro ADELI, , oublis des signatures rejet de l'Assurance Maladie).
14. Manque de temps.
15. Temps non rémunéré.
16. Absence de médecins impliqués validant les nouvelles missions du pharmacien.

Liste des leviers identifiés par les pharmaciens :

1. Efficacité de la prise en charge.
2. Communication facilitée par l'expérience/l'antériorité sur le territoire (meilleure connaissance du territoire/patientèle par les PS).
3. Gestion des patients compliqués, plus intéressant.
4. Bien se connaître, affinités, amitiés, sur le plan humain.
5. Accessibilité, Proximité géographique.
6. Patient au centre du traitement et de la prise en charge, meilleure efficacité.
7. Rapidité de la prise en charge.
8. Proximité intellectuelle, objectifs et visions similaires.
9. Connaissance des rôles et donc des difficultés des autres professionnels de santé.
10. Priorité de l'appel pour modifier l'ordonnance.
11. Prospérité économique.
12. Lisibilité de l'ordonnance (écriture, ordinateur).
13. Nouvelles missions du pharmacien pour lancer de nouvelles coopérations.

Annexe 7 : Classement des freins regroupés en thèmes après analyse combinée (Top 3)

Thème	Top3 1	Top3 2	Rang
IIIA Manque de ressources humaines : manque de temps (MG, MKDE), indisponibilité du médecin qui fait perdre du temps (Pharmaciens)	3	15	1
IA Résistance au changement : manque de motivation (MG), surcharge de travail (IDE/IPA)	2	13	2
IIA Méconnaissance des rôles et métiers des PS (MKDE, Pharmaciens)	2	13	2
IIIF Manque de communication : inefficace (IDE/IPA), problématique (MKDE)	2	13	2
IID Différences de culture : mésentente et sensibilité différente de chacun (Pharmaciens)	1	9,5	3
IIIB Difficultés administratives : lourdeur (Pharmaciens)	1	9,5	3
IID Outils de communication inefficaces : difficultés d'utilisation des logiciels métier, dossier partagé (IDE/IPA)	1	9,5	3
IIIE Manque d'outils pour structurer les soins : absence de projets de soins (MG)	1	9,5	3
IIIC Financement inadéquat : absence de valorisation, de rémunération à certains temps pluriprofessionnels (MG, MKDE, Pharmaciens)	0	4	4
IB Absence d'habitude de travail en pluriprofessionnalité (MG)	0	4	4
IIC Méconnaissance des acteurs sur le plan personnel (MKDE)	0	4	4
IIB Absence d'objectifs communs : divergence d'objectifs (MG)	0	4	4
IIE Pouvoir déséquilibré en lien avec la hiérarchie traditionnelle : manque de reconnaissance des auxiliaires médicaux (IDE/IPA)	0	4	4
IIG Dépréciation des compétences des autres PS : incompétence : Pharmaciens	0	4	4
IIIF Absence de formation (MG)	0	4	4

Annexe 8 : Classement des leviers regroupés en thèmes après analyse combinée (Top 3)

Thème	Top3. 1	Top3. 2	Rang
IA Être convaincu des bénéfices pour le patient : efficience du parcours (MG), amélioration de la prise en charge globale du patient, meilleure efficacité (IDE/IPA, Pharmaciens)	3	15,5	1
IIIE Outils et moyens communicationnels : logiciels communs, réunions (MKDE), appel prioritaire (Pharmaciens)	3	15,5	1
IIID Outils et pratiques pour structurer les soins : partage de projets de soins, développement de nouvelles pratiques (MKDE)	2	13,5	2
IIIC Attractivité du travail en structure pluriprofessionnelle en CPTS et MSP (IDE/IPA, MKDE)	2	13,5	2
IB1a Motivations du PS sur le plan pratique : libérer du temps, en partageant la charge de travail (MG)	1	10	3
IIIB Connaissance des autres PS sur le plan personnel (MG)	1	10	3
IID Communication de qualité, facilitée (Pharmaciens)	1	10	3
IIA Culture partagé : valeurs de soins communes (MG)	1	10	3
IIIB Financement : incitations financières (IDE/IPA)	1	10	3
IB2 Motivations du PS sur le plan théorique et des compétences : acquisition et développement de nouvelles compétences (IDE/IPA)	0	4	4
IB3 Motivations du PS sur le plan humain : enrichissement mutuel, temps conviviaux, sentiment d'appartenance (IDE/IPA, MKDE)	0	4	4
IIIE Cohésion et dynamique d'équipe : regroupement des PS, propositions innovantes, apporter son expertise (IDE/IPA)	0	4	4
IB1b Motivations du PS sur le plan pratique : gestion des cas complexes avec type de pathologie poussant vers la pluriprofessionnalité, plus intéressant (MKDE)	0	4	4
IIIC Rôles définis : connaissance des rôles des autres PS (IDE/IPA, Pharmaciens)	0	4	4
IIIA Leadership (MG, IDE/IPA)	0	4	4
IIIF Environnement : proximité géographique (MKDE)	0	4	4

AUTEUR : Clémence FOURNET

TITRE : FREINS ET LEVIERS A L'EXERCICE COORDONNE PLURIPROFESSIONNEL :
ETUDE EN GROUPE NOMINAL AUPRES DE QUATRE GROUPES DE PROFESSIONNELS DE
SANTE EN METROPOLE TOULOUSAIN

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine Toulouse Purpan - le 13 juin 2024

RESUME

Introduction : L'exercice coordonné pluriprofessionnel (EPC) en structure coordonnée ; maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ; est relativement récent en France et est encouragé par les politiques de santé ces dernières années afin de répondre aux défis auxquels est confronté notre système de santé. Néanmoins, sa mise en place n'est pas toujours évidente.

Objectif principal : Identifier les freins et leviers à l'EPC auprès de professionnels travaillant en structure coordonnée.

Matériel et méthode : La méthode du groupe nominal a été utilisée pour interroger quatre groupes de professionnels travaillant en structure coordonnée : médecins généralistes (MG), infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et en pratique avancée (IPA), masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat (MKDE) et pharmaciens, entre décembre 2023 et mars 2024.

Résultats : Les principaux freins et leviers identifiés sont globalement similaires entre les groupes de professionnels. Les principaux freins sont organisationnels (manque de temps), individuel (manque de motivation) et interindividuels (méconnaissance des rôles des professionnels et manque de communication). Les principaux leviers sont individuel (conviction des bénéfices de l'EPC pour les patients) et organisationnels (avoir des outils et moyens communicationnels efficaces et l'attractivité du travail en structure coordonnée, MSP et CPTS).

Conclusion : La connaissance des freins et leviers à l'EPC est essentielle et peut permettre de développer des solutions afin de rendre sa mise en place effective. Cette étude peut servir de base de réflexion et guider les professionnels ainsi que les décideurs politiques afin de permettre un EPC réussi.

Mots-Clés : Exercice coordonné pluriprofessionnel, structure d'exercice coordonné, maison de santé pluriprofessionnelle, communauté professionnelle territoriale de santé, professionnels de santé, soins primaires, frein, levier.

BARRIERS AND FACILITATORS TO COORDINATED MULTIPROFESSIONAL GROUP PRACTICE: NOMINAL
GROUP STUDY AMONG FOUR GROUPS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN TOULOUSE METROPOLE

ABSTRACT

Introduction: Coordinated multi-professional group practice (MGP) in coordinated structures; French multiprofessional health homes (MHH) and territorial professional health communities (TPHC); is relatively recent in France and has been encouraged by healthcare policies in recent years to meet the challenges facing our healthcare system. Nevertheless, its implementation can be challenging.

Main objective: To identify the barriers and facilitators to MGP among professionals working in coordinated structures (MHH,TPHC).

Material and method: The nominal group method was used to survey four groups of professionals working in coordinated structures: general practitioners (GPs), registered nurses (RN)/advanced practice nurses (APN), physiotherapists and pharmacists, between December 2023 and March 2024.

Results: The main barriers and facilitators identified are overall similar between groups of professionals. The main barriers were organizational (lack of time), individual (lack of motivation) and inter-individual (lack of knowledge of professionals' roles and lack of communication). The main facilitators are individual (belief in the benefits of MGP for patients) and organizational (having effective communication tools and resources, and the attractiveness of working in coordinated structures, MHH and THPC).

Conclusion: Knowledge of the barriers and facilitators to MGP is essential to its implementation, and can be useful to develop solutions, tools or guidelines to make it effective. This study can be used as a basis for reflection and guide professionals and political decision-makers in developing a successful MGP.

Keywords: Coordinated multi-professional group practice, coordinated practice structure, multi-professional health homes, territorial professional health communities, healthcare professionals, primary care, barrier, facilitator

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France