

ANNEE 2025 – N°25 – 047

Amélioration des pratiques en maison de santé pluriprofessionnelle :
Une étude qualitative sur l'organisation des réunions de concertation
pluriprofessionnelles en Bourgogne-Franche-Comté

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 mai 2025 à 13 h 30

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien MANGE--TANTI

Né le 14/09/1995 à Montbéliard (FRANCE)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Dr Benoît DINET	Professeur Associé
Directeur de la thèse :	Dr Marcel BEURET	Docteur en Médecine
Juges :	Dr Aurore LEBEAU	Maître de Conférence Associé
	Dr Thomas RODRIGUEZ	Maître de Conférence Associé
	Dr Arnaud BLESSEMAILLE	Docteur en Médecine

ANNEE 2025 – N°25 – 047

Amélioration des pratiques en maison de santé pluriprofessionnelle :
Une étude qualitative sur l'organisation des réunions de concertation
pluriprofessionnelles en Bourgogne-Franche-Comté

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 mai 2025 à 13 h 30

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien MANGE--TANTI

Né le 14/09/1995 à Montbéliard (FRANCE)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Dr Benoît DINET	Professeur Associé
Directeur de la thèse :	Dr Marcel BEURET	Docteur en Médecine
Juges :	Dr Aurore LEBEAU	Maître de Conférence Associé
	Dr Thomas RODRIGUEZ	Maître de Conférence Associé
	Dr Arnaud BLESSEMAILLE	Docteur en Médecine

DIRECTION

Directeur
Directrice Adjointe
Directeur Adjoint/Doyen Pharmacie
Responsable des Services Administratifs

Professeur
Professeure
Professeur
Madame

Thierry
Marie-France
Lhassane
Carole

**MOULIN
SERONDE
ISMAILI
COINTEAU**

DEPARTEMENT MEDECINE

Directrice des Etudes
Assesseur 1er cycle
Assesseur 2ème cycle
Assesseur 3ème cycle
Coordonnateur Pédagogique - Chirurgie
Coordonnateur Pédagogiques - Médecine Générale

Professeure
Professeur
Professeur
Docteur (MCU)
Professeur
Professeur

Marie-France
Quentin
Guillaume
Elisabeth
Zaher
Benoît

**SERONDE
LEPILLER
BESCH
DE BUSTOS-MEDEIROS
LAKKIS
DINET**

DEPARTEMENT PHARMACIE

Doyen Pharmacie
Directrice des Etudes
Coordonnateurs Pédagogiques 3ème cycle

Professeur
Docteur (MCU)
Professeur
Professeure

Lhassane
Céline
Samuel
Virginie

**ISMAILI
BOUVIER-SLEKOVEC
LIMAT
NERICH**

DEPARTEMENT MAIEUTIQUE

Directrice Département

Madame

Marilia

GIRAULT (Sage-Femme)

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

Doyen Odontologie

Professeur (PAST)
Docteur (MCU)

Edouard
Dina

**EUVRARD
IANDOLO**

DEPARTEMENT SCIENCES DE LA REEDUCATION

Directeur Département
Coordonnateurs Pédagogiques - Orthophonie

Coordonnateur Pédagogique - Kinésithérapie
Coordonnatrice Pédagogique - Ergothérapie
Coordonnatrice Pédagogique - Psychomotricité
Coordonnateur Pédagogique - Orthoptie

Monsieur
Monsieur
Professeur
Monsieur
Madame
Madame
Monsieur

Alexandre
Guillaume
Eloi
Yoshimasa
Julie
Clémence
Pierre-Louis

**KUBICKI (MCF)
DUBOISDINDIEN (MCF)
MAGNIN
SAGAWA (MCF)
LAPREVOTTE (MAST)
VAILLIER (MAST)
BASSAND (MAST)**

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

Directrice Département
Coordonnateurs Pédagogiques - IPA

Coordonnateur Pédagogique - IBODE
Coordonnateur Pédagogique - IADE

Madame
Professeur
Docteur
Docteur
Professeur

Aline
Fabrice
Mathieu
Yann
Guillaume

**CHASSAGNE (MCF)
VUILLIER
BEREAU (MCU)
CHAUSSEY (MCU)
BESCH**

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE ET DE SIMULATION

Assesseurs

Docteur Professeur	Eléonore Kévin	BRUMPT (MCU) BOUILLET
-----------------------	-------------------	----------------------------------

DEPARTEMENT MANIPULATEUR RADIOLOGIE MEDICALE

Coordonnateur Pédagogique - DE MERM

Formatrice - DE MERM

Professeur Madame	Hatem Justine	BOULAHDOUR LEGAIN
----------------------	------------------	------------------------------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

Assesseur Recherche-Présidente

Professeure Professeur Professeure	Katy Frédéric Francine	JEANNOT OBERT GARNACHE-OTTOU
--	------------------------------	---

RELATION AVEC L'UNIVERSITE

Professeure	Virginie	WESTELL
-------------	----------	----------------

REPRESENTANTS DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Docteur Docteur	Karine Jean-Baptiste	BARDONNET ANDREOLETTI
--------------------	-------------------------	----------------------------------

CHARGES DE MISSION

Coordonnatrice - Relations Humaines de l'UFR

Professeure (Emérite)	Sylvie	NEZELOF
-----------------------	--------	----------------

Coordonnateurs - Formation Continue

Professeure (MCF) Professeur	Sylvie Laurent	BOBILLIER-CHAUMONT OBERT
---------------------------------	-------------------	-------------------------------------

Coordonnateur - Histoire de la médecine

Professeur	Laurent	TATU
------------	---------	-------------

Coordonnateurs - Relations Internationales

Professeur Docteur (MCU) Docteur (MCU) Docteur (MCU)	Frédéric Franck Oleg Irène	GRENOUILLET VERHOEVEN BLAGOSKLONOV GALLAIS SEREZAL
---	-------------------------------------	---

Coordonnateur-USB ALUMNI

Président Honoraire-USB ALUMNI

Professeur (Emérite) Professeur (Emérite)	Gilles Gabriel	CAPELLIER CAMELOT
--	-------------------	------------------------------

MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ONCOLOGIE	Monsieur Olivier	ADOTEVI
CHIRURGIE INFANTILE	Monsieur Frédéric	AUBER
DERMATOLOGIE	Monsieur François	AUBIN
IMMUNOLOGIE	Monsieur Jamal	BAMOULID
PNEUMOLOGIE	Madame Cindy	BARNIG
PSYCHIATRIE ADULTES	Madame Djamila	BENNABI
ANESTHESIE REANIMATION	Monsieur Guillaume	BESCH
ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Monsieur Frédéric	BIBEAU
NEURORADIOLOGIE et Thérapie endovasculaire	Madame Alessandra	BIONDI
ONCOLOGIE	Monsieur Christophe	BORG
MALADIES INFECTIEUSES	Monsieur Kevin	BOUILLER
MEDECINE NUCLEAIRE	Monsieur Hatem	BOULAHDOUR
MALADIES INFECTIEUSES	Madame Catherine	CHIROUZE
CHIRURGIE THORACIQUE & CARDIAQUE	Madame Sydney	CHOCRON
Cardiologie	Monsieur Romain	CHOPARD DIT JEAN
NEPHROLOGIE	Madame Cécile	COURIVAUD
PHARMACOLOGIE	Monsieur Siamak	DAVANI
HEMATOLOGIE	Monsieur Eric	DECONINCK
RADIOLOGIE VISCERALE	Monsieur Eric	DELABROUSSE
URGENCES SAMU	Monsieur Thibaut	DESMETTRE
HEPATOLOGIE	Monsieur Vincent	DI MARTINO
Chirurgie viscérale et digestive	Monsieur Alexandre	DOUSSOT
NEPHROLOGIE	Monsieur Didier	DUCLoux
BIOCHIMIE	Monsieur Jean-Paul	FEUGEAS
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE	Monsieur Patrick	GARBUIO
OPHTALMOLOGIE	Madame Anne-Sophie	GAUTHIER
PSYCHIATRIE ADULTES	Monsieur Emmanuel	HAFFEN
CHIRURGIE VISCERALE DIGESTIVE	Monsieur Bruno	HEYD
HYGIENE HOSPITALIERE	Monsieur Didier	HOCQUET
BACTERIOLOGIE	Madame Katy	JEANNOT
PNEUMOLOGIE	Madame Virginie	KAULEK WESTEEL
UROLOGIE	Monsieur François	KLEINCLAUSS
HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE	Monsieur Paul	KUENTZ
CHIRURGIE DIGESTIVE	Monsieur Zaher	LAKKIS
ANATOMIE - (CHIR ORTHOPEDIQUE)	Monsieur Daniel	LEPAGE
VIROLOGIE	Monsieur Quentin	LEPILLER
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Monsieur Aurélien	LOUVRIER
NEUROLOGIE	Monsieur Eloi	MAGNIN
MEDECINE INTERNE	Madame Nadine	MAGY-BERTRAND
Centre Méthodologie Clinique St-Jacques	Monsieur Frédéric	MAUNY
CARDIOLOGIE	Monsieur Nicolas	MENEVEAU
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE STOMATOLOGIE	Monsieur Christophe	MEYER
MEDECINE PHYSIQUE READAPTATION	Monsieur Fabrice	MICHEL
PARASITOLOGIE	Madame Laurence	MILLON
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Monsieur Nicolas	MOTTET
NEUROLOGIE	Monsieur Thierry	MOULIN
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE	Monsieur Laurent	OBERT
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE	Monsieur Andrea	PERROTTI
REANIMATION CHIRURGICALE (ref secrétaire 27/06/2017)	Monsieur Sebastien	PILI FLOURY
REANIMATION MEDICALE	Monsieur Gaël	PITON

RHUMATOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CHIRURGIE VASCULAIRE
ANESTHESIE REANIMATION
CARDIOLOGIE
ANATOMIE
O.R.L.
HEPATOLOGIE
NEUROCHIRURGIE
PEDIATRIE
E.F.S.
CIC-BT CHU St-Jacques
PSYCHIATRIE ADULTES
ANATOMIE
GASTRO-ENTEROLOGIE
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

PROFESSEURS EMERITES

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
MEDECINE LEGALE
NEUROCHIRURGIE
OPHTALMOLOGIE
PHYSIOLOGIE
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CHIRURGIE GENERALE
BIOLOGIE CELLULAIRE

ANATOMIE
BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
PSYCHIATRIE D'ADULTES
CARDIOLOGIE
IMMUNOLOGIE
RHUMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS

B.D.R.
PARASITOLOGIE
NEUROLOGIE (THERAPEUTIQUE)
GENETIQUE
ENDOCRINOLOGIE
PHYSIOLOGIE
ANATOMIE - IMAGERIE DIGESTIVE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE INFANTILE
VIROLOGIE
ONCOLOGIE MEDICALE
HEMATOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE

Monsieur	Clément	PRATI
Monsieur	Jean-Luc	PRETET
Monsieur	Rajeev	RAMANAH
Monsieur	Simon	RINCKENBACH
Monsieur	Emmanuel	SAMAIN
Madame	Marie-France	SERONDE
Monsieur	Laurent	TATU
Monsieur	Laurent	TAVERNIER
Monsieur	Thierry	THEVENOT
Monsieur	Laurent	THINES
Monsieur	Gérard	THIRIEZ
Monsieur	Pierre	TIBERGHIE
Monsieur	Eric	TOUSSIROT
Monsieur	Pierre	VANDEL
Monsieur	Fabrice	VUILLIER
Madame	Lucine	VUITTON
Madame	Lauriane	VULLIEZ COADY

Monsieur	Jean-Luc	BRESSON
Monsieur	Gilles	CAPELLIER
Monsieur	Jean-Luc	CHOPARD
Monsieur	Alain	CZORNY
Monsieur	Bernard	DELBOSC
Monsieur	Gilles	DUMOULIN
Monsieur	Dominique	FELLMANN
Monsieur	Georges	MANTION
Madame	Christiane	MOUGIN
Madame	Sylvie	NEZELOF
Monsieur	Bernard	PARRATTE
Monsieur	Patrick	PLESIAT
Monsieur		REGNARD
Monsieur	Christophe	ROUX
Monsieur	Daniel	SECHTER
Monsieur	François	SCHIELE
Madame	Dominique	VUITTON
Monsieur	Daniel	WENDLING

Madame	Clotilde	AMIOT
Madame	Anne-Pauline	BELLANGER
Monsieur	Matthieu	BEREAU
Madame	Oxana	BLAGOSKLONOV
Madame	Sophie	BOROT
Madame	Malika	BOUHADDI
Madame	Eléonore	BRUMPT
Monsieur	Paul	CALAME
Monsieur	Guillaume	CHARBONNIER
Monsieur	Yann	CHAUSSY
Monsieur	Alain	COAQUETTE
Madame	Elsa	CURTIT
Monsieur	Etienne	DAGUINDAU
Monsieur	Maxime	DESMARETS

DERMATO-VENEREOLOGIE
PSYCHIATRIE D'ADULTES ADDICTOLOGIE
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE
SAMU
NEUROLOGIE
PHARMACOLOGIE
DERMATOLOGIE
DERMATOLOGIE
CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE ET ESTHETIQUE
BACTERIOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE
ONCOLOGIE
RHUMATOLOGIE
HEPATOLOGIE
REANIMATION MEDICALE

ENSEIGNANTS ASSOCIES

MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)
ANESTHESIE REANIMATION (Professeur Associé)
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE (Professeur Associé)
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL (MCF Associé)
MEDECINE D'URGENCE (Professeur associé)
MEDECINE GENERALE (MCF Associé)
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)
MEDECINE GENERALE (MCF Associé)

PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
PHARMACOLOGIE
HEMATOLOGIE
PHARMACOGNOSIE
PHARMACIE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHIMIE ANALYTIQUE
CHIMIE ORGANIQUE
PHARMACIE CLINIQUE
SCIENCES DU MEDICAMENT
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PHARMACIE CLINIQUE
PHARMACIE GALENIQUE
CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEURS EMERITES

BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame	Irène	GALLAIS SEREZAL
Madame	Julie	GIUSTINIANI
Madame	Jennifer	LAGOUTTE RENOSI
Monsieur	François	LOISEL
Madame	Tania	MARX
Madame	Elisabeth	MEDEIROS
Monsieur	Patrice	MURET
Madame	Charlee	NARDIN
Monsieur	Fabien	PELLETIER
Madame	Isabelle	PLUVY
Madame	Anaïs	POTRON
Monsieur	Zohair	SELMANI
Monsieur	Antoine	THIERY-VUILLEMIN
Monsieur	Frank	VERHOEVEN
Monsieur	Delphine	WEIL VERHOEVEN
Monsieur	Adrien	WINISZEWSKI

Monsieur	Rémi	BARDET
Monsieur	Francis	BERTHIER
Madame	Anne-Lise	BOLOT
Monsieur	Benoît	DINET
Madame	Catherine	GAY
Monsieur	Marc-André	GOLTZENE
Monsieur	Abdo	KHOURY
Madame	Aurore	LEBEAU
Monsieur	Thierry	LEPETZ
Monsieur	José-Philippe	MORENO
Monsieur	Jean-Michel	PERROT
Monsieur	Thomas	RODRIGUEZ

Monsieur	Xavier	BERTRAND
Madame	Céline	DEMOUGEOT
Madame	Francine	GARNACHE OTTOU
Madame	Corine	GIRARD
Monsieur	Yann	GODET
Monsieur	Frédéric	GRENOUILLET
Monsieur	Yves	GUILLAUME
Monsieur	Lhassane	ISMAILI
Monsieur	Samuel	LIMAT
Monsieur	Frédéric	LIRUSSI
Monsieur	Dominique	MEILLET
Madame	Virginie	NERICH
Monsieur	Yann	PELLEQUER
Monsieur	Bernard	REFOUVELET
Madame	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI

Madame	Laurence	NICOD
--------	----------	-------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

BIOCHIMIE
PHARMACIE GALENIQUE
BIOCHIMIE
BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE
HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
CHIMIE PHYSIQUE ET MINERALE
PHARMACIE
PHYSIOLOGIE
SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES
CAMSP DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE
BIOCHIMIE / ISIFC
TOXICOLOGIE
PHYSIOLOGIE
PHARMACIE GALENIQUE
PHARMACOGNOSIE
PHARMACOLOGIE
SCIENCES BIOLOGIQUES
BIOMATHEMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
PHARMACOGNOSIE
PHARMACOLOGIE

Madame	Aurélie	BAGUET
Monsieur	Arnaud	BEDUNEAU
Monsieur	Laurent	BERMONT
Monsieur	Oleg	BLAGOSKLONOV
Madame	Céline	BOUVIER SLEKOVEC
Monsieur	Eric	CAVALI
Madame	Anne-Laure	CLAIRET
Madame	Sylvie	BOBILLIER CHAUMONT
Madame	Jeanne	GALAINÉ
Madame	Marie	KROEMER
Madame	Isabelle	LASCOMBE
Madame	Carole	MIGUET-ALFONSI
Monsieur	Johnny	MORETTO
Monsieur	Brice	MOULARI
Monsieur	Frédéric	MUYARD
Monsieur	Marc	PUDLO
Monsieur	Florian	RENOSI
Madame	Nathalie	RUDE
Monsieur	François	SENEJOUX
Madame	Perle	TOTOSON

ENSEIGNANTS ASSOCIES

PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT (PAST)
PHARMACIE CLINIQUE-OFFICINE (PAST)

Monsieur	Lionel	PAZART
Madame	Anne-Charlotte	GRILLON

ODONTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

DENTISTERIE RESTAURATRICE
PHARMACIE

Madame	Dina	IANDOLO
Monsieur	Gwénael	ROLIN

ENSEIGNANTS ASSOCIES

CHIRURGIE ORALE, PARADONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE
(Professeure Associée)
ODONTOLOGIE (MCF Associée)
CHIRURGIE ORALE (Professeur Associé)
DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES
(Professeur Associé)
ODONTOLOGIE (MCF Associé)
ODONTOLOGIE (Professeure Associée)
ENDODONTIE (Professeur Associé)

Madame	Chérine	ABDEL MALAK
Madame	Hélène	BIGEARD-JOUFFROY
Monsieur	Edouard	EUVRARD
Monsieur	Alfredo	IANDOLO
Madame	Sophie	PECHOUX
Madame	Christine	ROMAGNA
Monsieur	Thierry	ROOS

PROFESSIONS DE SANTE

MCF SCIENCES INFIRMIERES
MCF ASSOCIE SCIENCES INFIRMIERES
MCF ASSOCIE SCIENCES INFIRMIERES
MCF SCIENCES DE LA REEDUCATION ET DE READAPTATION -
KINESITHERAPIE
MCF SCIENCES DE LA REEDUCATION ET DE READAPTATION -
KINESITHERAPIE

Madame	Aline	CHASSAGNE
Madame	Virginie	HURTARD
Monsieur	Jean	MAILLET CONTOZ
Monsieur	Alexandre	KUBICKI
Monsieur	Yoshimasa	SAGAWA

MAST ERGOTHERAPIE
MAST ERGOTHERAPIE
MAST ERGOTHERAPIE

Madame JulieLAPREVOTTE

Madame AudeGONCALVES

Madame ElodieDAMBRINE

MAST ASSOCIE PSYCHOMOTRICITE
MAST ASSOCIE PSYCHOMOTRICITE
PSYCHOMOTRICITE

Madame ClémenceVAILLIER

Monsieur PierrickBOYER

Madame MathildePUIG

MCF ORTHOPHONIE

Monsieur GuillaumeDUBOISDINDIEN

MAST ORTHOPTIE

Monsieur Pierre-LouisBASSAND

AUTRES ENSEIGNANTS

PROFESSEURE AGREGÉE ANGLAIS
PROFESSEUR CERTIFIÉ ANGLAIS
PROFESSEUR CERTIFIÉ ANGLAIS
PROFESSEUR CERTIFIÉ ANGLAIS

Madame VanessaMARTIN

Monsieur Charles DaleSANTANA

Monsieur GulcinKABAKCI

Monsieur KeithBRAND

REMERCIEMENTS

À mon président du jury,

Monsieur le Professeur Benoît DINET.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse, et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Acceptez Professeur, l'expression très sincère de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Marcel BEURET.

Merci Marcel,
Merci d'avoir dirigé cette thèse,
Merci bien sûr pour tout le temps et l'énergie que tu m'as consacrés,
Mais aussi et surtout pour ton enseignement pointu, rigoureux et exigeant,
Merci pour ta bienveillance et tout ce que tu as su m'apporter au cours de ces années partagées ...

Aux membres du jury de cette thèse :

Madame le Docteur Aurore LEBEAU,

Je vous adresse mes remerciements et ma gratitude, pour l'intérêt que vous portez à mon travail, et pour votre disponibilité.

Monsieur le Docteur Thomas RODRIGUEZ,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse, et de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Monsieur le Docteur Arnaud BLESSEMAILLE,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour votre implication et pour votre aide au cours de ce travail

À ma Juju, je voulais te remercier d'être là dans les bons comme dans les mauvais moments. Mais avec toi il n'y a que des bons moments. Merci d'être là pour moi et de me soutenir au quotidien. Je t'aime.

À Marilou, le plus beau bébé du monde comme on dit chez nous.

À Numérobis, nous t'attendons avec impatience ! (Mais attend que je passe ma thèse quand même).

À Pimpinou ce petit warrior.

À mes parents, merci de m'avoir permis de faire ces études.

À ma marraine, Tatine, merci tout particulièrement pour ton aide dans ce travail de thèse

À mon parrain, Gillou, je sais que je peux toujours compter sur toi.

À ma famille, ma sœur Cam sans oublier Ant-Man. Mes oncles et tantes, Richard, Odile, Fabrice, Béa, J-P. Mes cousines, Héloïse et Maëlle. Mon cousin, le seul, l'unique, le vrai, Bastien, sans oublier Ambre.

À ma belle-famille, Sophie, Éric, Alicia, Cédric, la petite Jeanne, Léonie, Julien, sans oublier Nounours. Merci pour votre gentillesse et votre bienveillance.

À mes amis, Maé Va, Océ, Laulau, vous reprendrez bien un petit verre de Gewurtz ?
PS : Lauric j'en profite : Est-ce que tu voudrais bien accepter d'être mon témoin de mariage ?

À mes maîtres de stages, Ana-Maria, Sylvain, Marcel, Nathalie, Sophie, Jean-Pierre, Alexandre. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

Je remercie également :

Toute l'équipe de la maison de santé de Montenois.

Le cercle des thésards, et plus particulièrement, Marcel, Julien, Chékib, Maéva.

La FeMaSCo et toutes les personnes qui ont participé à ce travail de thèse.

Mes futures collègues, Nathalie, Sophie, Hélène, je suis ravi de rejoindre votre équipe.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
1. CONTEXTE	5
2. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE AMBULATOIRE.....	6
3. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES	6
4. LA REGION BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	12
MÉTHODE	15
1. TYPE D'ETUDE	15
2. POPULATION ETUDIEE	15
3. RECUEIL DES DONNEES.....	16
4. ANALYSE DES DONNEES	17
5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	18
RÉSULTATS	19
1. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS	19
2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	19
3. LES PROFESSIONNELS DECRIVENT UN BESOIN DE METHODOLOGIE	22
4. LES ROLES DE CHACUN MERITERAIENT D'ETRE MIEUX DEFINIS	37
5. CERTAINS ELEMENTS FACILITENT L'ORGANISATION DES RCP	41
6. UNE DEMARCHE QUALITE	45
DISCUSSION	47
1. DISCUSSION DES RESULTATS	47
2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	63
CONCLUSION.....	66
ANNEXES	68
BIBLIOGRAPHIE	77
TABLE DES MATIÈRES	82

ABRÉVIATIONS

ACI : Accords Conventionnels Interprofessionnels
ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
ALD : Affection de Longue Durée
ANS : Agence du Numérique en Santé
APMSL : Association des pôles et Maisons de Santé Libéraux
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALÉE : Action de Santé libérale en Équipe
BFC : Bourgogne-Franche-Comté
CdS : Centre de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
DAC : Dispositifs d'appui à la Coordination
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EIRL : Entrepreneur Individuel à Responsabilité Limitée
FeMaSCo-BFC : Fédération des Maisons de Santé et de l'exercice Coordonné de Bourgogne-Franche-Comté
HAS : Haute Autorité de Santé
LGC : Logiciel de Gestion de Cabinet
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe
PdS : Professionnel de Santé
RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
REQUA : Réseau Qualité en Santé Bourgogne-Franche-Comté
SEL : Société d'Exercice Libéral
SCM : Société Civile de Moyens
SCP : Société Civile Professionnelle
SEL : Société d'exercice libéral
SELASU : Société d'exercice libéral par actions simplifiée unipersonnelle
SELEURL : Société d'exercice libéral unipersonnelle à responsabilité limitée
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

INTRODUCTION

1. Contexte

En France, les soins de premier recours ont longtemps reposé sur un exercice libéral individuel avec une coordination limitée entre les professionnels de santé (1). Cependant, l'évolution des besoins de santé publique, marquée par le vieillissement de la population (2), l'augmentation des maladies chroniques (3), et le développement des accompagnements à domicile ont rendu indispensable une meilleure organisation des parcours de soins et une collaboration renforcée entre les acteurs de santé.

Depuis 2007, de nouvelles formes d'exercice regroupé, (4) telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), se sont développées. Elles visent à garantir un meilleur accès aux soins tout en favorisant les échanges et la coordination entre professionnels de santé (PS) pour optimiser la prise en charge des patients. (5,6)

Si les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en oncologie sont bien réglementées (7) (8) à l'inverse, plusieurs études mettent en évidence des freins à leur mise en œuvre dans les MSP. (9,10) Ces obstacles incluent un manque de méthodologie, des difficultés organisationnelles et une participation irrégulière des professionnels concernés (11). Il en résulte une grande variabilité dans le déroulement des RCP, allant de simples transmissions d'informations à des échanges structurés, formalisés et suivis dans le temps (12).

Nous souhaitons identifier les caractéristiques d'organisation des RCP au sein de plusieurs MSP en Bourgogne-Franche-Comté, dans une perspective de retour d'expérience et d'optimisation des pratiques. La mise en œuvre des RCP constitue en effet un indicateur socle des Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI), qui participe au financement des MSP. Nous souhaitons, proposer des pistes d'améliorations pour la mise en place des RCP au sein des MSP, afin que les acteurs impliqués puissent s'en saisir dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Peut-on dégager des axes d'amélioration pertinents qui permettraient d'initier efficacement une démarche qualité ?

2. Les différents modes d'exercice ambulatoire

2.1. L'exercice isolé

Dans ce cas le praticien exerce seul : il a le choix entre différents statuts :

- D'entrepreneur individuel à responsabilité limitée (EIRL)
- La création d'une société d'exercice libéral (SEL)
 - o SELASU : SEL par actions simplifiées unipersonnelles
 - o SELEURL : SEL unipersonnelle à responsabilité limitée

2.2. L'exercice regroupé

C'est un regroupement de professionnels de santé, pas forcément tous de la même discipline. Il existe différents statuts d'exercice en groupe (13) :

- La Société de fait : seul un contrat d'exercice en commun lie les médecins entre eux, sans valeur juridique opposable.
- La Société Civile Professionnelle (SCP) : Cette société civile regroupe 2 à 10 professionnels. Les honoraires sont perçus par la SCP qui règle toutes les charges afférentes à l'activité de la structure, puis le reliquat est partagé entre les associés selon une clé de répartition déterminée par eux.
- La Société Civile de Moyens (SCM) : les dépenses communes sont partagées, mais pas les honoraires. Il est possible de réaliser des investissements au nom de la SCM.
- La Société d'Exercice Libéral (SEL) : Les honoraires sont perçus par la société puis répartis.

2.3. L'exercice regroupé coordonné pluriprofessionnel

Il existe plusieurs formes de structures pluriprofessionnelles d'exercice coordonné : Les équipes de soins primaires (ESP), les centres de santé (CdS) et les MSP (14). Ce sont des structures sanitaires de premier recours, exerçant de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé. Les MSP sont toujours pluriprofessionnelles à l'inverse des centres de santé.

3. Les maisons de santé pluriprofessionnelles

3.1. Définition

Les MSP sont des structures de soins de premier recours qui réunissent des professionnels médicaux et paramédicaux. Elles reposent sur une coordination des soins, formalisée par un projet de santé.(15)

Selon l'article L.6323-3 du Code de la santé publique (CSP) créé en décembre 2007, une MSP est « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins de premier recours sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé ».(16)

Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle peut être :

- Mono-site : tous les professionnels travaillent dans un même lieu
- Multi-sites : les professionnels travaillent dans des lieux distincts et se coordonnent entre eux.

3.2. Statut juridique

Pour bénéficier des rémunérations pour ses actions collectives et de coordination, la MSP doit se constituer en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). La SISA est une forme juridique de société spécifique aux MSP (17), qui leur permet de percevoir les rémunérations spécifiques de l'ACI et de gérer des rémunérations d'équipe. Chaque équipe reste libre de constituer ou non une SISA, mais la création d'une SISA est nécessaire pour pouvoir bénéficier des rémunérations spécifiques de l'ACI

3.3. Les acteurs principaux des MSP

La MSP est une structure de proximité constituée de professionnels de santé libéraux dont à minima deux professionnels médicaux (dont au moins un médecin) et un auxiliaire de santé tel que cette catégorie est définie dans le CSP. Ce dernier distingue trois types de professions de santé : (18)

- Les professions médicales : médecins, chirurgiens-dentistes et sage-femmes.
- Les professions de la pharmacie : pharmaciens d'officine
- Les professions d'auxiliaires médicaux : aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, diététiciens.

Les professionnels qui ne sont pas considérés comme des professionnels de santé au titre du CSP (ostéopathes, psychologues, psychothérapeutes...), peuvent exercer au sein de la structure et être signataires du projet de santé.

3.4. Le projet de santé

Les articles L. 6323-1 et L. 6323-31 du CSP imposent aux MSP de se doter d'un projet de santé. Il est défini et porté par les professionnels de santé libéraux et est transmis pour information à l'agence régionale de santé (ARS). Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la MSP. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.(19)

Ce projet de santé doit définir un certain nombre de points : il est composé de 2 parties :

Le projet professionnel, qui présente l'organisation des professionnels au sein de la MSP :

- La composition de l'équipe (Métiers, temps de travail ou intervention ponctuelle, leader de l'équipe)
- La structuration juridique de l'équipe
- L'organisation de la pluriprofessionnalité (Système d'information, protocoles, temps de réunions)
- La démarche qualité et le développement pluriprofessionnel continu
- Une précision des maîtres et tuteurs de stage au sein de l'équipe, l'hébergement d'étudiants, les activités de recherches.

Le projet de soins qui témoigne de l'organisation des prises en charge :

- L'accès aux soins (conventionnement des professionnels de santé, accessibilité des personnes en situation de précarité ou de handicap)
- La continuité des soins (soins non programmés, amplitude horaire)
- La permanence des soins ambulatoires
- Les actions de santé prioritaires (thématiques de santé prioritaires avec des actions à mettre en place)
- Des activités spécifiques ou innovantes (télémédecine, éducation thérapeutique du patient)
- Des actions de santé publique

Le projet de santé est amené à évoluer, il peut être actualisé en fonction de l'évolution de la structure, des besoins de la population et du territoire.

3.5. L'Accord Conventionnel Interprofessionnel

L'ACI est un contrat signé avec l'Assurance Maladie et l'agence régionale de santé (ARS). C'est un contrat destiné aux maisons de santé constituées en SISA qui ont élaboré un projet de santé. Il attribue des rémunérations aux acteurs en fonction de l'atteinte d'indicateurs qui s'organisent en trois grands axes : (20)

- L'accès aux soins
- Le travail en équipe et la coordination
- Les systèmes d'information

Pour chacun de ces axes, des indicateurs déterminent le montant de la rémunération versée. Ils sont de 3 types :

- Les indicateurs socles prérequis : leur atteinte conditionne le déclenchement de la rémunération
- Les indicateurs socles : leur atteinte conditionne le calcul de l'avance versée
- Les indicateurs optionnels : la structure a le choix de s'engager ou non sur ces indicateurs

Depuis sa signature en 2017, l'ACI constitue un cadre structurant pour près de 1 953 MSP en 2023. Ces structures regroupent plus de 39 975 professionnels de santé. En 2023, l'ACI a permis à 98 % des MSP signataires d'atteindre les prérequis nécessaires pour bénéficier de la rémunération. (21)

3.5.1. Les indicateurs socles prérequis

3.5.1.1. L'accès aux soins

La MSP doit assurer des horaires d'ouverture : (22)

- De 8h à 20h en semaine
- Les samedis matin
- Pendant la période des congés scolaires.

La MSP doit organiser la prise en charge des patients pour des soins non programmés pendant les horaires d'ouverture.

La MSP doit rédiger, à l'échelle de sa structure et de sa patientèle, un plan de préparation en cas de déclenchement d'une crise sanitaire par les autorités compétentes.

3.5.1.2. Le système d'information

L'équipe doit mettre en œuvre un système d'information labellisé e-santé par l'Agence du Numérique en Santé (ANS). Il intègre les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement de la structure. Les dossiers des patients sont informatisés et partagés : au moyen d'habilitations différenciées entre les PS intervenant dans la prise en charge du patient.

3.5.2. Les indicateurs socles

Travail en équipe et coordination :

Cet indicateur se décline sous deux formes : L'organisation des RCP et l'élaboration de protocoles pluri professionnels.

3.5.2.1. Les protocoles pluri professionnels

Les équipes doivent élaborer ces protocoles pour la prise en charge et le suivi des patients nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé. Ils doivent :

- S'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés

- Être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires
- Être adaptés à chaque équipe
- Répondre à un vrai besoin
- Harmoniser les pratiques existantes
- Préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels

C'est un indicateur socle avec une atteinte progressive : pour être atteint au moins un protocole doit être réalisé.

3.5.2.2. L'organisation de RCP

Les structures de santé signataires de l'ACI doivent organiser au moins 6 RCP par an pour valider ce critère. Le calcul du nombre de dossiers à présenter en RCP doit correspondre à au moins 5 % des patients présentant une affection de longue durée (ALD) et des patients âgés de plus de 75 ans parmi ceux ayant choisi un des médecins de la MSP comme médecin traitant

Le **nombre** de cas à discuter (x) pour obtenir la rémunération maximale correspond à :

$$(x) = 0,05 \times (\text{Patientèle} < 75 \text{ ans en ALD} + \text{Patientèle} > 75 \text{ ans})$$

Les dossiers examinés lors des réunions peuvent également concerner des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD (23).

3.6. Les réunions de concertation pluriprofessionnelles

Le terme de RCP pour « réunion de concertation pluridisciplinaire » a vu le jour dans le plan cancer 2003-2007 qui visait à faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints d'un cancer d'une RCP (7). Selon la haute autorité de santé (HAS), « les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes professions dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment (24). Leur modalité d'organisation en oncologie sont bien définies en terme de fréquence, de coordination, de traçabilité et de contenu par le guide de la HAS (7).

Le terme RCP s'adapte en MSP pour « réunions de concertation pluriprofessionnelles ». Ces réunions sont beaucoup moins réglementées qu'en oncologie. Le guide des indicateurs ACI pour la rémunération des structures pluriprofessionnelles précise seulement : (22)

- Que ces réunions ont pour rôle de définir la stratégie de prise en charge du patient et de coordonner sa mise en œuvre par les différents professionnels.
- Que ces réunions doivent être formalisées par des comptes-rendus tenus à la disposition du médecin conseil (en cas de demande de celui-ci). Et que ces comptes rendus doivent être intégrés dans le dossier informatisé du patient sous une forme permettant une requête informatique et une alimentation du dossier médical partagé.

- La structure doit transmettre :
 - Le nombre de dossiers examinés à chaque RCP
 - Le calendrier des RCP sur l'année civile
 - Les comptes rendus des réunions

Le guide précise aussi une liste de pathologies dont les dossiers étudiés dans le cadre des RCP doivent faire l'objet :

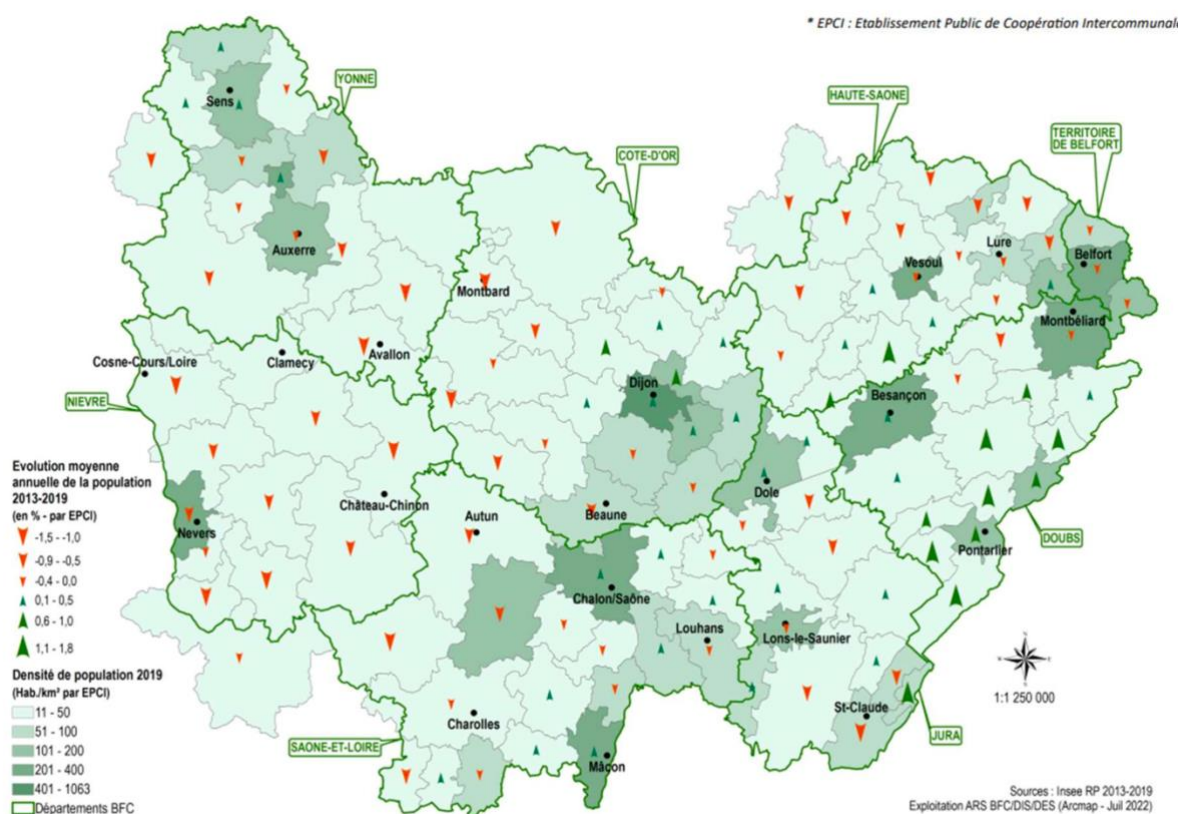
- affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, broncho pneumopathie chronique obstructive, asthme instable, troubles psychiques graves
- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif
- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialiste...) : Anti-vitamine K, insulinothérapie
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition...) plaies chroniques (escarres, ulcères veineux ou mixtes, plaies du diabétique) patients polypathologiques, soins palliatifs, suivi post accident vasculaire cérébral
- patients obèses
- grossesses à risque (pathologie sous-jacente, antécédents, grossesses multiples) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement, précarité, addictions)
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales, maltraitance intra familiale.

4. La région Bourgogne-Franche-Comté

4.1. Description de la région

Située au nord-est de la France, la région Bourgogne-Franche-Comté (BFC) forme un territoire de 47 800 Km². C'est l'une des régions les plus vastes de France mais avec une densité très faible, seulement 59 habitants au Km² (25). Elle est composée de 8 départements et de 3 829 communes, dont seulement 23 de plus de 10 000 habitants. Seules 2 villes dépassent les 100 000 habitants (Dijon et Besançon).

La région est majoritairement constituée de très vastes espaces peu denses (carte 1). La Bourgogne-Franche-Comté est la 1^{re} région rurale de France devant la Bretagne. Au 1^{er} janvier 2018, 55 % de la population régionale réside dans une commune rurale.(26)



Carte 1 : Densité et évolution en Bourgogne – Franche-Comté en 2019 – INSEE

Au 1^{er} janvier 2023, la population de la région est estimée à 2 786 300 habitants, soit 4,2 % de la population métropolitaine. En nombre d'habitants, cette région se positionne au onzième rang des régions les plus peuplées.

La population de la région est en baisse de depuis 2015 (-0,2 % par an). En France métropolitaine, le nombre d'habitants augmente de 0,3 % en moyenne par an sur cette même période.

La région se caractérise par un vieillissement prononcé des habitants. En 2023, Un quart de la population régionale a plus de 65 ans. Le vieillissement est plus marqué dans la région qu'en moyenne métropolitaine. Ce vieillissement de la population s'accompagne d'une demande croissante de soins et d'un besoin d'accompagnement des personnes âgées.

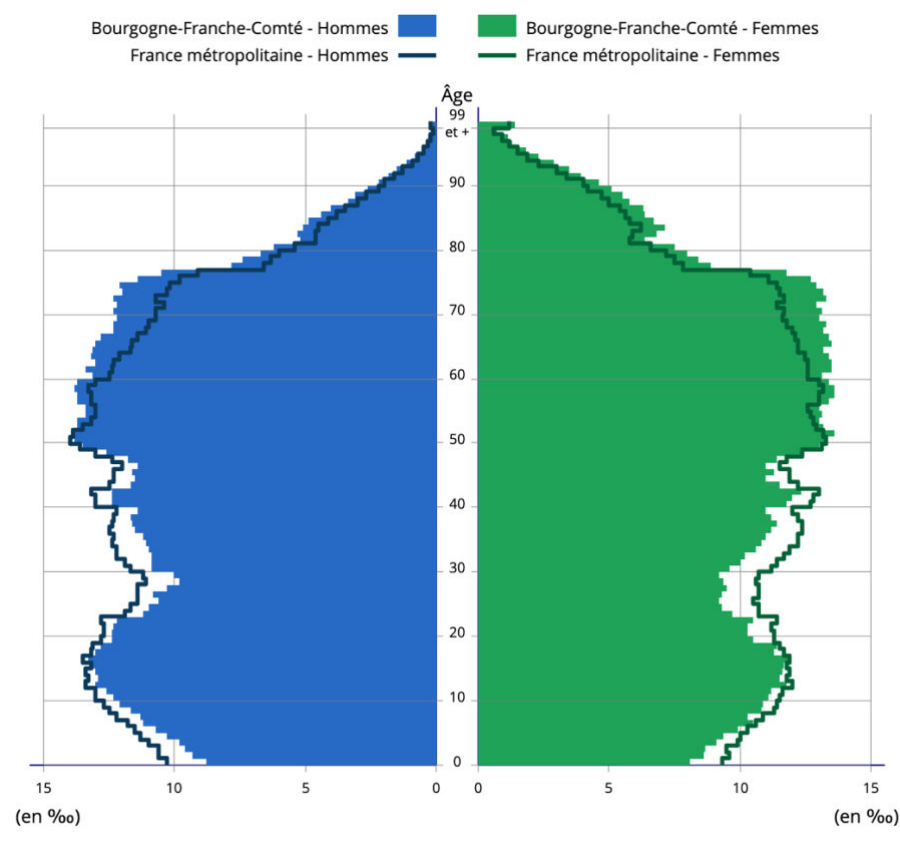


Figure 1 : Pyramide des âges en Bourgogne-Franche-Comté et en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2023

4.2. État de santé de la région

En BFC le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagnent d'un accroissement du nombre de décès : +7% en 7 ans. La BFC fait partie des régions où le taux de mortalité est le plus élevé. (27)

Toutes populations confondues, les principales causes de décès sont les mêmes qu'au niveau national : 28% sont liées à une tumeur et 25% à des maladies de l'appareil cardiovasculaire. Ces pathologies demandent une collaboration renforcée entre les acteurs de santé.

4.3. Accessibilité aux soins

L'offre médicale de la région présente une baisse ces dernières années. 76,1 % de la population de la région Bourgogne-Franche-Comté réside dans une zone à faible densité médicale. Actuellement, la France compte près de 2 500 MSP, souvent portées dans des zones peu denses, où elles sont particulièrement nécessaires. À l'inverse, les CdS sont davantage situés en milieu urbain, ne répondant que partiellement aux besoins des zones sous-dotées.

4.4. Les maisons de santé

Accompagnées par la Fédération des Maisons de Santé et de l'exercice Coordonné de Bourgogne-Franche-Comté (FeMaSCo-BFC) dans la création de projets d'exercice coordonné, les MSP sont bien réparties sur le territoire de BFC (Carte 2). Les deux tiers bénéficient de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) qui assure le financement des équipes par l'assurance maladie. En BFC la 100^{ème} MSP a été inaugurée sur la commune de Lure en 2018. En septembre 2024 la région comptait 163 MSP et 17 projets étaient en cours.

Entre 2008 et 2020 en France, 1300 MSP ont été créées, elles sont très majoritairement implantées dans les territoires médicalement défavorisés et ruraux. En décembre 2023, 2251 MSP étaient en fonctionnement (28). L'objectif du ministère de la santé est d'atteindre 4000 MSP en France d'ici 2027 (29).



Carte 2 : Les maison de santé pluriprofessionnelles en Bourgogne-Franche-Comté – septembre 2024 – ARS Bourgogne-Franche-Comté

MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens collectifs et entretiens individuels semi-dirigés avec analyse par comparaison constante selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée.

Cette approche, valide pour de faibles échantillons, semblait adaptée pour ce travail d'exploration et de compréhension des processus impliqués dans l'organisation des RCP en MSP.

L'objectif était de produire un modèle explicatif pour présenter les résultats.

2. Population étudiée

L'étude a été réalisée auprès des professionnels de santé et des coordinatrices de MSP ayant accepté de participer à l'enquête.

La population source comportait l'ensemble des professionnels de santé et des coordinatrices de MSP ayant de l'expérience dans l'organisation de RCP au sein de leur structure en BFC.

L'échantillonnage des populations étudiées a été réalisé de façon théorique. L'auteur de cette thèse s'est inspiré de l'analyse ouverte et axiale de chacun des entretiens pour recruter les participants suivants. C'est une démarche d'échantillonnage purement inductive.(30)

À chaque phase de recrutement une annonce par mail (Annexe 1) a été envoyée par l'intermédiaire de la FeMaSCo-BFC. Ce mail comportait une présentation de notre travail de thèse invitant les participants à un entretien collectif en présentiel dans les locaux de la FeMaSCo-BFC de Besançon ou en visioconférence. Il comportait un lien vers un questionnaire disponible sur le site Google Forms® (Un outil de création de formulaire en ligne), composé de 22 questions relatives aux caractéristiques des MSP et à l'organisation actuelle de leur RCP (Annexe 2)

Une première phase de recrutement s'est déroulée de mai à juin 2024 par l'intermédiaire de Monsieur Philippe LEVACHER, Directeur de la FeMaSCo-BFC, et Monsieur Thibault PASSAVANT, Chargé de mission de la FeMaSCo-BFC en Franche-Comté. Cette première étape nous a permis de réaliser nos deux premiers Focus Group. Une deuxième phase de recrutement s'est déroulée d'août à septembre 2024, orientée vers des MSP situées en Bourgogne et des MSP multisites. L'invitation par mail a été envoyée par l'intermédiaire de Monsieur Loïc FALCONNET, chargé de mission de la FeMaSCo-BFC en Bourgogne.

Le Directeur de la FeMaSCo-BFC nous a proposé un autre candidat, membre de l'association qui souhaitait participer à l'étude. Nous avons choisi de l'interroger sous la forme d'un entretien individuel par commodité de planification. Une troisième phase de recrutement s'est déroulée d'octobre à novembre 2024, orientée vers des MSP plus anciennes, et des MSP de plus grandes envergures. Lors de la dernière phase de recrutement, un seul candidat a été recruté ce qui nous a contraint à la réalisation d'un deuxième entretien individuel.

À chaque phase de recrutement le directeur de cette thèse a également contacté certains professionnels de son cercle de connaissances qu'il a recrutés par mail et / ou par téléphone.

À chaque phase de recrutement l'auteur de cette thèse a également contacté des MSP par téléphone par l'intermédiaire des secrétariats, ou par mail sur le même modèle que ceux envoyés par la FeMaSCo-BFC. Ces tentatives de recrutement se sont révélées infructueuses.

Pour la planification des entretiens collectifs, un mail avec un lien vers l'application Doodle® (Un outil de planification de réunion en ligne) était envoyé aux participants afin de déterminer un horaire commun.

Nous avons réalisé plusieurs focus groupes avec un faible nombre de participants faute de pouvoir réunir tous les participants sur le même focus group.

3. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés entre juin et décembre 2024. 15 personnes ont été interrogées, soit 4 entretiens collectifs et 2 entretiens individuels.

Nous avons réalisé un guide d'entretien en amont du premier entretien. Ce questionnaire était séparé en trois grandes parties : La préparation, le déroulement et le suivi des réunions de concertation. Chaque partie comportait plusieurs questions permettant de relancer le discours, si nécessaire. Le guide d'entretien a été enrichi de questions générées au fur et à mesure de l'analyse des entretiens : La version finale se trouve en annexe (annexe 3).

Les entretiens ont été conduits par deux investigateurs, Lucien MANGE--TANTI, l'auteur de cette thèse, et le docteur Marcel BEURET, le directeur de cette thèse. Les 4 entretiens collectifs ont été réalisés par les deux investigateurs, le Docteur BEURET avait le rôle de modérateur et l'auteur de cette thèse avait le rôle d'observateur. Les 2 entretiens individuels ont été réalisés par l'auteur de cette thèse seul.

Deux entretiens collectifs ont été réalisés en présentiel. En raison de l'éloignement géographique, deux entretiens collectifs et un entretien individuel ont été réalisés par visio conférence. Un entretien individuel a été réalisé par téléphone en raison du refus par le participant d'un appel vidéo. La raison de ce refus n'a pas été expliquée.

Des notes ont été prises lors des entretiens afin de retranscrire des éléments de communication non verbale pouvant être utiles à l'analyse. L'enregistrement vidéo a permis d'associer les verbatims à la bonne personne lors des focus groups

Les deux entretiens collectifs en présentiel ont été enregistrés par un dictaphone Olympus® WS-852 et un dictaphone Olympus® Note Corder DP-211, filmé avec un appareil NIKON® COOLPIX L830 et un caméscope ZOOM® Q2N Handy Vidéo Recorder 4K.

Les deux entretiens collectifs en visioconférence ont été enregistrés par l'application Streamlabs® (Un logiciel d'enregistrement gratuit) et un dictaphone Olympus® Note Corder DP-211 et filmé avec un appareil NIKON® COOLPIX L830.

Le premier entretien individuel a été enregistré par l'application Streamlabs®, et un dictaphone Olympus® Note Corder DP-211. Le deuxième entretien individuel a été enregistré par un dictaphone Olympus® Note Corder DP-211 et l'application « Dictaphone » disponible sur l'ordinateur de l'auteur de cette thèse.

Les enregistrements ont été écoutés seulement par l'auteur de cette thèse. La retranscription a été faite manuellement en conservant le ton, le rythme des entretiens, les onomatopées et les silences sans retouche. L'auteur a utilisé le site internet d'aide à la transcription oTranscribe.com.

Une fois la retranscription terminée, tous les enregistrements ont été supprimés. Les retranscriptions, anonymisées, étaient ensuite transférées dans un fichier Microsoft Word® à disposition du directeur de thèse.

4. Analyse des données

L'analyse qualitative est fondée sur le processus d'itération. L'étiquetage initiale des données de chaque entretien a été réalisé par l'auteur de cette thèse avec le logiciel NVivo® version 15 sur Mac. Martine Tanti, retraitée, a réalisé un double encodage en aveugle avec le logiciel TAGUETTE® (Un logiciel d'analyse de contenu qualitatif en ligne gratuit et libre) avant la mise en commun de ses analyses avec l'auteur de cette thèse sur NVIVO. Deux tiers de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation. Le logiciel TAGUETTE® a été utilisé en raison de sa facilité d'utilisation, de son accès en ligne qui permet une utilisation à distance, et de sa gratuité.

Les étiquettes issues des différents entretiens ont été articulées autour de propriétés et de catégories porteuses de sens dans le but de faire émerger un modèle explicatif. L'analyse axiale et l'analyse intégrative ont été réalisées conjointement lors de discussions entre l'auteur et le directeur de thèse.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Avant de débiter les entretiens, les investigateurs ont lu aux participants un document qui présentait le sujet de l'étude, les noms et les rôles des investigateurs. Il rappelait les dispositions légales concernant leurs données, l'anonymisation de celles-ci. L'accord à l'enregistrement audio et vidéo de l'entretien était validé à l'oral. Les entretiens étaient immédiatement transférés sur un ordinateur non relié à internet au retour à domicile puis effacés des appareils.

Le site internet oTranscribe® garantit que les fichiers audio ne sont pas exportés hors de l'ordinateur. Tous les entretiens ont été anonymisés durant la retranscription. Les noms propres ont été supprimés ainsi que tous les éléments qui auraient pu permettre l'identification des participants.

Notre étude non interventionnelle ne relevait pas de la loi Jardé.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre juin et décembre 2024. 15 personnes ont été interrogées au total. 4 entretiens collectifs et 2 entretiens individuels ont été réalisés. Les entretiens ont duré entre 24 minutes et 2h04.

Durée et compositions des Entretiens :					
Focus Group				Entretiens Individuel	
N°1	N°2	N°3	N°4	N°1	N°2
1h57	1h36	2h04	1h32	49 min	24 minutes
D1-D2-D3-D4	N1-N2	D5-D6-D7	D9-D10-D11-N3	D8	N4

2. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon était composé de 10 femmes et de 5 hommes, âgés de 32 à 57 ans.

Les participants étaient infirmier, médecin généraliste ou coordinatrice / coordinateur de MSP. (En raison de la plus forte représentation féminine de la profession en Bourgogne-Franche-Comté, nous emploierons par simplification uniquement le terme de coordinatrice dans cette étude).

Les critères de choix entre le territoire rural ou urbain ont été laissés à l'appréciation des participants.

2 participants avaient suivi une formation à l'organisation des RCP.

Toutes les MSP avaient adhéré aux ACI.

Ils représentaient des maisons de santé allant de 9 à 38 professionnels pour un total de 253 professionnels (Pour une médiane de 17 membres par équipe)

Les participants avaient en moyenne 7 années d'expérience dans la réalisation des RCP (avec une médiane de 5 années d'expérience).

Concernant D11 les données sont indisponibles en raison de son refus de répondre au questionnaire malgré les relances effectuées. Le motif du refus ne nous a pas été donné

	Sexe	Age	Fonction(s)	Type d'exercice	Date de création MPS	Mode d'exercice	Formation au RCP	Nombre de RCP par an	Adhésion ACI	Nombre de pro dans la MSP	Présence Coordo dans la MSP
D1	H	40	Infirmier, Coordinateur	Rural	2020	Salarié	Non	Plus de 8	Oui	9	Oui
D2	F	35	Coordinatrice	Rural	2019	Salarié	Oui	Plus de 8	Oui	18	Oui
D3	H	45	Coordinateur	Rural	2018	Salarié	Non	Plus de 8	Oui	25	Oui
D4	F	32	Infirmière, Coordinatrice	Rural	2021	Salarié	Non	Moins de 8	Oui	11	Oui
D5	F	54	Coordinatrice	Rural	2009	Salarié	Non	Plus de 8	Oui	18	Oui
D6	F	X	Coordinatrice	Rural	2012	Salarié	Oui	Plus de 8	Oui	27	Oui
D7	F	44	Coordinatrice	Rural	2018	Salarié	Non	Plus de 8	Oui	38	Oui
D8	F	57	Coordinatrice	Rural	2014	Salarié	Non	Plus de 8	Oui	14	Oui
D9	F	56	Coordinatrice	Urbain	2019	Salarié	Non	Plus de 8	Oui	18	Oui
D10	F	34	Coordinatrice	Rural	2018	Libéral	Non	Plus de 8	Oui	14	Oui
D11	F	X	Coordinatrice	X	X	X	X	X	Oui	X	Oui
N1	H	53	Médecin Généraliste	Rural	2014	Libéral	Non	Moins de 8	Oui	13	Oui
N2	H	34	Médecin Généraliste	Rural	2011	Libéral	Non	Plus de 8	Oui	10	Non
N3	H	53	Médecin Généraliste	Rural	2005	Libéral	Non	Plus de 8	Oui	23	Oui
N4	F	43	Médecin Généraliste	Rural	2013	Mixte	Non	Plus de 8	Oui	15	Oui

Animateur de la RCP	Nombre de dossier discuté par RCP	Information patient	Invitation patient	Années d'expérience en RCP	Invitation de pro extérieur à la MSP	Si Oui lesquels ?	Utilisation d'outils numérique	Si Oui lesquels ?	
Coordinateur	Entre 1 et 5	Non	Non	15	Oui	DAC	Oui	WEDA et Globule	D1
Coordinatrice	Entre 1 et 5	Oui	Non	10	Oui	Spécialistes (gériatre, Cardio, ...), partenaires (asso, DAC)	Oui	WEDA	D2
Coordinateur	Entre 6 et 10	Oui	Non	5	Non		Oui	WEDA	D3
Coordinatrice	Entre 6 et 10	Non	Non	1	Non		Non		D4
Médecin Généraliste	Entre 10 et 15	Non	Non	18	Non	SSIAD	Non		D5
Coordinatrice	Entre 6 et 10	Non	Non	2	Oui	PTA / DAC	Oui	Zoom	D6
Coordinatrice	Entre 1 et 5	Non	Non	1	Non		Non		D7
Coordinatrice, Médecin Généraliste	Entre 6 et 10	Oui	Non	5	Oui	Infirmière libérale	Oui	Logiciel métier (Chorus-Medilink) + Plexus	D8
Coordinatrice, Médecin Généraliste	Entre 15 et 20	Oui	Non	5	Oui	Spécialistes, organismes médico-sociaux	Oui	Logiciel métier	D9
Coordinatrice	Entre 10 et 15	Non	Non	9	Oui	DAC/SSIAD	Non		D10
X	X	X	X	X	X	X	X	X	D11
Médecin Généraliste	Entre 1 et 5	Oui	Non	4	Oui	DAC, parfois orthophonistes	Oui	WEDA	N1
Médecin Généraliste	Entre 6 et 10	Oui	Non	5	Non		Non		N2
Coordinatrice	Entre 6 et 10	Non	Non	19	Oui	Assistante sociale, PMI	Non		N3
Celui qui présente la situation	Entre 1 et 5	X	Non	11	Oui	DAC ou cabinet infirmier extérieur	Non		N4

3. Les professionnels décrivent un besoin de méthodologie

Les professionnels expriment le besoin d'un cadre structurant

« Pas nécessairement, la problématique elle peut être exposée [...] le moment venu, mais que [...] voilà qu'on sache que dans la réunion on va traiter, tel nombre de cas, et que du coup, ça parte pas dans, dans tous les sens quoi. Parce que il y a des moments où du coup on passe de, à partir d'un cas, on aille plutôt dans l'échange d'expériences [...] le cas qui aurait dû être traité devient l'occasion d'aborder une problématique médicale" quoi et donc on sort un peu du, du cadre d'une RCP » [N1]

Les professionnels insistent sur l'importance de s'accorder au préalable sur une définition commune des notions fondamentales

« Peut être effectivement déjà avant de, qu'est-ce qu'on appelle un cas complexe ? qu'est-ce qu'on appelle une RCP ? (Rire) alors je prends peut-être le problème à l'envers, mais je trouve que c'est extrêmement complexe » [D11]

Les professionnels expriment le besoin d'un référentiel méthodologique pour accompagner la mise en place des RCP

« Ce serait rassurant hein d'avoir un document vraiment qui trace, qui cadre [...] quand on n'a pas l'expérience et qu'on se lance dans ce genre d'animation, ce serait vraiment rassurant » [D1]

« Ouais, je pense qu'il faut pas partir du principe que tout le monde sait ce que c'est une RCP, et et va se couler dans un moule sans qu'on lui ait dit. Donc il pourrait y avoir une espèce de mode d'emploi de la RCP » [N1]

3.1. L'apprentissage des RCP repose principalement sur l'expérience collective de l'équipe

Une initiation souvent difficile pour les équipes novices

« Quand je suis arrivée, il y avait plus de coordinatrice, elle était partie à peu près 6 mois avant, euh donc il y'avait plus rien de fait. Et donc la première RCP que j'ai faite, je savais pas ce que je faisais, je savais pas, j'avais pas démarré la formation encore, donc on m'a dit bon ben on se retrouve et on parle des, on parle des patients, et c'est là que, c'est là que effectivement le fait que c'était au dernier moment, qu'il avait pas forcément les bonnes personnes pour parler des cas, dont les gens qui étaient là souhaitaient parler, donc c'est là qu'on a réfléchi [...] et qu'il y a eu la méthodologie que je vous ai donnée » [D6]

« C'est vrai qu'au tout début qu'on a mis en place les RCP c'était un peu compliqué, on savait pas comment s'organiser » [D10]

Une progression par ajustements successifs

« Je pense qu'il y a de toute façon une période d'observation où on arrive nous avec ben des des petites choses des, qu'on qu'on pense hein. Qu'on essaie de mettre en place, et après on observe et on s'adapte quoi » [D1]

« Mais on se dit à peu près on en a combien on voit combien de temps [...] Et puis, et puis on ajuste, ça fait 10 ans qu'on les fait maintenant c'est (rire) un petit peu rodé hein » [D8]

« Et puis ben comme on a déjà eu un, on a eu un conflit pour une première fois, bah c'était une nouvelle chose mais qui nous a fait beaucoup avancer en fait, puisqu'on a appris pas mal de choses. » [D4]

3.2. Les professionnels perçoivent les limites de leur progression empirique et soulignent la nécessité d'une aide technique pour améliorer leurs pratiques

Une aide structurante ...

« Je pense que le document, il pourrait être intéressant pour l'efficience de la, de la RCP euh parce que, bah nous on est en modulation encore enfin j'essaie de de re moduler au fur et à mesure, de voir un peu ce qui est, les tenants les aboutissants » [D4]

... Personnalisée à l'équipe

*« [A] Donc l'idée pourrait être d'avoir : une base de travail, qu'il faudrait...
[D4] Adaptable !*

[A] Euh voilà fin, en tout cas une discussion, un temps d'équipe sur : voilà ce que ce qu'on pourrait proposer comme organisation, valider des éléments ou les ajuster.

[D4] Oui »

3.3. Le repérage du cas complexe

3.3.1. Certains professionnels ont exploré et recherché une définition du « cas complexe »

« Il y a une définition quand même il me semble dans un, tout ce que j'ai pu me renseigner, du cas complexe euh, c'est les situations qui posent souci aux professionnels euh dans leur, discipline que ça soit infirmier et médecin ou kiné, tant sur le plan médical, euh tant sur le plan social, environnemental » [D7]

« Nous on a écrit un protocole pour la prise en charge de situation complexe et là on a défini par contre, la complexité, euh dans le cadre du protocole » [D2]

3.3.2. La définition du cas complexe repose sur l'appréciation subjective des professionnels

Les équipes s'accordent collectivement sur leur propre définition du cas complexe

« Je me rappelle d'une des premières réunions à la maison de santé [...] où un professionnel a posé la question quand même : Voilà qu'est-ce fin qu'est-ce qu'on a le droit de dire en gros ? Est-ce qu'on a le droit de de de parler de tous nos questions ? etc et là on avait échangé un petit peu euh la, là-dessus, en disant qu'effectivement à partir du moment où une situation nous posait soucis, on n'hésite pas à en faire part au groupe et que, que collectivement on allait pouvoir trouver des [...] pistes d'orientations appropriées » [D1]

Une définition volontairement simple pour englober la diversité des situations complexes et favoriser le consensus

« Alors la définition en tout cas c'est des situations où ça nous semble intéressant d'avoir un avis pluridisciplinaire, un avis de l'équipe, et euh c'est pour nous la définition alors c'est peut-être vague, trop vague. Euh on n'a pas fait de définition plus euh, plus large que ça » [N4]

« Oui, Moi je dirais que c'est, euh on est plutôt sur la complexité ressentie donc c'est difficile à définir parce [...] c'est pas forcément là, les pathologies qui sont complexes mais c'est plutôt le professionnel qui ressent la situation comme complexe » [D2]

« Sur les cas complexes nous, c'est pas des cas complexes, c'est des cas qui nous posent problème et j'ai envie de dire aussi [...] bien médical que social, je [...] trouve qu'il y a beaucoup de social » [N3]

C'est la perception du professionnel face à une difficulté de prise en charge qui définit le cas complexe, et non des critères propres au patient

« Donc à partir du moment où cette, ce professionnel de santé seul est en difficulté avec ce patient, euh d'une manière naturelle ! J'ai envie de dire comme ça, c'est un cas complexe » [D3]

« On n'a pas identifié des situations euh voilà qui, qu'on qu'on prenait et d'autres qu'on excluait. C'est vraiment chaque soignant qui dit bah là je suis en difficulté avec telle situation donc je, je souhaite en parler avec le groupe quoi » [N1]

« Alors nous on n'a pas euh franchement réfléchi à une définition en particulier je pense que ça vient naturellement c'est dès l'instant, où alors nous dans nos RCP on a des infirmiers, kiné, podologues et le cas complexe c'est dès l'instant où on a un patient qui pose souci à un professionnel de santé » [D5]

« Même chose pour nous c'est, on n'a pas défini de, de fonction de cas complexes à partir du moment où, euh, un professionnel de santé quelque'il soit est confronté à une problématique qui ne peut pas gérer tout seul » [D6]

Les cas complexes émergent principalement des échanges entre médecins et infirmières, acteurs majeurs des RCP

« Le jour-J arrive et là en fait euh quand on parle des cas complexes c'est souvent les infirmiers libéraux et les médecins qui mettent en avant des problématiques. C'est vraiment majoritairement eux à 90 % du temps » [D3]

« Enfin la plupart des cas, c'est des cas complexes, [...] c'est des, des cas qui concernent au moins 2 personnes présentes à la RCP. Au moins souvent généralement c'est un médecin plus un [...] Un autre professionnel de santé, généralement les infirmières » [N2]

3.3.3. Les critères de complexité s'inscrivent dans une approche « bio-psycho-sociale »

L'approche « bio » : des difficultés diagnostiques

« Y'a également des confrontations euh euh sur euh des orientations diagnostiques [...] Donc il n'y a pas que cet aspect psycho social, qui, je suis d'accord avec toi c'est ce qui prend la plus grosse part, mais, pour le coup moi il y a, il y a aussi pas mal de discussions voilà un petit peu plus [...] médico-centrées on va dire, donc voilà » [D1]

« Soit il demande de l'aide alors en termes de de connaissances voilà. Je suis en difficulté avec ça : comment ? Ou qu'est-ce que vous en pensez quoi ? » [D3]

Des enjeux psychologiques : l'addictologie

« Donc en fait euh. Bien souvent en plus c'est pas des dossiers de gens âgés, en plus, on on est en milieu rural nous, et il y a aussi un, la plupart des patients qui posent problème c'est des patients addict, voilà en addicto quoi » [D7]

« Ce sont euh 90 % du temps des difficultés d'ordre psychosocial, qu'est-ce que j'appelle psychosocial : c'est soit de l'ordre de l'addiction : alcoolisme, addiction etc. Soit de l'ordre de la : trouble cognitif de la démence, et donc un volet social » [D3]

Des problématiques sociales :

« C'est la personne enfin typiquement la personne âgée polypathologique chez qui les inf' vont tous les jours qu'on fait un petit point en RCP généralement » [N2]

« C'est pareil, je pense c'est, c'est souvent à domicile parce que ce sont souvent les infirmiers qui sont confrontés aux plus gros soucis » [D9]

« Alors la complexité elle est quand même souvent sociale, voilà complexité de maintien à domicile des des choses comme ça » [D11]

3.3.4. La RCP constitue un espace où les professionnels peuvent exprimer leurs difficultés et souffrances, même lorsque celles-ci ne correspondent pas à des cas complexes mais deviennent pesantes pour eux :

Pour exprimer une souffrance

« Je trouve que la RCP c'est le moment aussi où ils peuvent dire leurs difficultés, même si ça rentrerait pas dans cette définition. Dire bah là en fait moi j'en peux plus, mais c'est pas forcément complexe, enfin c'est juste que ça le devient pour eux » [D4]

Les professionnels valorisent la RCP comme un espace de libre expression, où chaque membre peut partager ses idées et ses préoccupations

« J'crois pas que j'aurais pu venir avec un cadre comme ça et dans cet espace qui est quand même un espace de de liberté et d'expression de l'équipe et de l'individu aussi enfin il y a un équilibre entre tout ça et voilà » [D1]

La RCP représente une opportunité de mettre à jour l'information de tous les acteurs impliqués dans le soin du patient, facilitant ainsi la transmission d'éléments importants, même en l'absence de problème immédiat

« Pi peut y avoir, ça peut être aussi euh sans qu'il y ait, enfin, de problème euh à visée informative, je pense parce que là ça va être les vacances, ça arrive par exemple à la dernière RCP, même si y'a pas de problème, à l'instant "T" mais le dire aux autres, ben je vais pas être là, la semaine prochaine mais il y a potentiellement euh machin [...] qui est susceptible de merder la semaine prochaine pendant que je suis pas là » [N2]

Les professionnels de santé ont besoin d'une grande liberté d'expression

« Donc c'est une définition assez élargie parce que, on peut pas dire : ah ben non on rentre pas dans la liste, la personne ne rentre pas dans la petite case donc on ne traite pas ... ça serait ridicule » [D8]

« Mais est-ce que finalement ça ne va pas restreindre peut-être les professionnels de santé à parler de ce que lui estime être un cas complexe si dit on inscrit quelque chose entre guillemets. Si on fait une définition générale, c'est ma crainte » [D3]

3.4. La planification des RCP

3.4.1. Une planification permet d'augmenter la participation

Un créneau régulier préalablement défini, assure une meilleure mobilisation des participants et une organisation plus fluide

« On avait par contre du mal à organiser les [...] RCP de façon régulière [...] donc pour qu'elles soient plus régulières on a réussi à trouver un créneau mensuel défini à l'avance. Maintenant c'est tous les derniers vendredis de chaque mois [...] Parce que sinon ils oubliaient ils savaient plus quel jour c'était » [D8]

« C'est tout le temps le même jour. C'est tout le temps le lundi, sur le temps de midi, en gros entre 12h45 et 14h00 » [D2]

L'anticipation est de rigueur

« Nous on a une salle de réunion aussi au sein de la maison de santé donc c'est assez facile pour planifier. Les réunions, les RCP elles sont planifiées 6 mois à l'avance. Fin là par exemple j'ai déjà tout planifié jusqu'à la fin de l'année comme ça les professionnels, ils peuvent bloquer dans leurs agendas » [D2]

« Moi je fais les réunions tous les 6 mois, donc le premier janvier, le premier juillet, ils ont les réunions pour pour 6 mois, et de la même manière on fait pas, on fait pas juillet août, et euh les réunions c'est pas en plein milieu d'un pont c'est pas pendant les vacances scolaires, voilà c'est

programmé en fonction du du, des calendriers, les vacances scolaires, des, des jours fériés et tout ça » [D6]

La tenue des RCP respecte les congés estivaux

« Euh bah en fait comment, on n'en fait pas pendant les vacances scolaires, donc non moi je, qui ai des enfants, je prends des vacances scolaires mais on sait que les vacances scolaires il y aura toujours des professionnels manquants » [D7]

« En général, c'est le premier lundi du mois, mais, comme il y a les vacances scolaires on peut pas forcément pendant les vacances scolaires des fois c'est décalé » [D2]

La tenue des RCP doit respecter l'équilibre entre le temps de travail et le temps personnel, en intégrant des créneaux qui n'alourdissent pas la charge de travail des professionnels

« Après ça dépend de aussi de l'organisation, parce que moi personnellement toute façon on fait entre midi et deux pis je reste sur place entre midi et deux donc, je le vois pas comme un temps de travail additionnel, parce que de toute façon, je suis à la maison de santé le midi donc si y a pas réunion moi je fais autre chose, on fait de l'administratif, de la compta, ou des visites » [N2]

3.4.2. Augmenter la fréquence des réunions permettrait de gagner en efficience

Une RCP mensuelle est insuffisante

« Tous ces patients qui y'a une problématique à un moment donné, ça ne peut pas attendre une RCP qui se fait une fois par mois donc en fait ils l'ont déjà abordé, donc en RCP ben on n'a pas de cas parce que ça a été abordé, ça a été géré, c'est juste que c'est pas tracé. J'ai dit faudrait que je sois dans la boucle quand vous partagez ça, un mail ou voilà un message enfin quelque chose que je puisse au moins tracer ce, qu'il y a eu un échange, qui a eu... un souci dans la prise en soin en tout cas de ce patient » [D7]

La traçabilité des informations échangées en dehors des RCP doit être formalisée

« Effectivement, j'suis d'accord il y a vraiment beaucoup [...] de petites RCP comme ça qui se font peut-être entre 2 ou 3 professionnels et on passe à travers [...] c'est vrai que j'ai un médecin qui pense à le noter à chaque fois, dans le dossier patient sous l'onglet RCP, mais c'est vrai qu'on en loupe, on en loupe pas mal quand même. Des choses qui sont dans le couloir, alors en plus quand on a plus de, plus d'une dizaine de, de lieux de cabinet, des fois c'est à la pharmacie quand y'en a deux qui se croisent » [D6]

« En fait ces RCP il y a, à la fois je pense ce qu'on attend sur le plan institutionnel de la réunion de coordination, formalisée, avec les comptes rendus voilà des choses comme ça. Et puis des temps qui sont plus informels, mais qui, ben quelque part pourraient faire l'objet d'une RCP, mais c'est pas dans les, enfin c'est pas une dynamique évidente à mettre en place si vous voulez » [D11]

« Si toutefois on discute en temps informel donc pas en temps de RCP formalisée une situation et ben du coup il y a un des professionnels qui décrit la problématique euh et les puis les

propositions. Et après on retranscrit derrière dans WEDA, quand même, comme si ça avait été discuté en RCP pour quand même avoir le suivi de cette situation. » [D2]

Des RCP plus fréquentes permettent plus d'adaptabilité

« (D5) Donc, effectivement nous le truc c'est que on, on se voit quand même toutes les semaines donc ... [...] C'est quand même pas la même chose !

(A) Si on n'a pas pu discuter d'un dossier à un moment donné il est reporté à la semaine suivante c'est ça le...

(D5) Oui tout à fait ! oui ! »

3.5. La préparation des RCP

L'intégration des RCP dans un temps d'échange pluriprofessionnel plus large nuit au bon fonctionnement des RCP

« Donc après quand on a nos réunions, mensuelles, on fait une réunion par mois, et qu'on arrive à notre chapitre cas clinique, donc personne n'a rien à dire, et il m'arrive d'interpeller voilà, un médecin ou une infirmière en lui disant mais l'autre fois tu m'as sollicité pour un patient, est ce que t'as envie d'en parler et voilà ça amène les gens à en parler » [D11]

Certaines situations complexes méritent une préparation

« En tant que coordo je trouve ça serait plus, plus confortable. Euh pour pouvoir justement poser les choses et puis préparer éventuellement savoir un peu connaître la situation » [D4]

« Si tu penses que la situation euh peut nécessiter un, l'intervenant extérieur par exemple : social ou autre, il faut que tu le saches avant ? [A] Oui ! mais là en général, on me sollicite, c'est fait, quand même en général [D1] »

« Donc ça leur permet je leur dis bon bah voilà il faut prochaine réunion, il faudra voilà, il faudra prévoir, donc du moins, prévoir ou si vous avez des cas cliniques, à un petit peu complexe, prévoir une liste et donc ça leur laisse le temps déjà de préparer un petit peu le dossier » [D9]

Organiser le programme de la RCP semble un objectif pertinent

« Des fois ça rebondit un peu dans tous les sens. Et c'est pas simple des fois de revenir sur le cas initial et dire mais là on parlait de de telle situation quoi. Donc je pense que euh, il me semble que ce serait mieux enfin d'avoir listé clairement les patients avant de commencer la réunion, savoir de qui on va parler enfin voilà il y aurait ce travail à faire, qui pour l'instant, n'est pas vraiment fait » [N1]

3.5.1. Lister les patients à présenter est gage d'efficacité

« Des fois ça se fait un peu à la volée aussi donc euh ça serait enfin en tout cas pour non c'est plus constructif, donc à chaque fois je dis : "pouvez-vous dire quelles sont les personnes auxquelles on pourrait échanger " » [D4]

« Ça peut partir un peu dans tous les sens, parce que le, le partant d'un cas ben on va se retrouver à à évoquer plusieurs cas, et ça (rire) ça des fois ça rebondit un peu dans tous les sens. Et c'est

pas simple des fois de revenir sur le cas initial et dire mais là on parlait de de telle situation quoi. Donc je pense que euh, il me semble que ce serait mieux enfin d'avoir listé clairement les patients avant de commencer la réunion, savoir de qui on va parler enfin voilà il y aurait ce travail à faire, qui pour l'instant, n'est pas vraiment fait » [N2]

3.5.2. Établir un ordre du jour (ODJ) améliore l'efficacité des RCP

L'ODJ optimise la mobilisation des professionnels

« Tous les professionnels reçoivent les comment, la liste des patients, et du coup savent s'ils sont concernés ou pas et ça peut même d'ailleurs permettre à d'autres professionnels de se dire bah effectivement ce patient là je l'ai vu et j'aurai quelque chose à dire sur ce patient. Et ce qui fait qu'ils viennent se greffer à la, à la RCP alors que potentiellement ils n'ont pas eux-mêmes nommé de patients, ou pas été demandés à être présent à la RCP pour évoquer tel patient » [D6]

« Et donc nous c'est de 13h30 à 14h30 en gros, il y a un ordre du jour donc si on a marqué sur l'ordre du jour dossier patient, on sait qu'on a en gros 1 h pour en parler, si un jour on a quelque chose de, de particulier la RCP c'est 13h30 à 14h00 » [D6]

L'ODJ favorise la prise de parole

« Comme des fois, on enfin y'a pas d'ordre, on dit bah qui c'est qui qui veut commencer, alors souvent il y a un petit moment de flottement, enfin personne ne dit rien ça a du mal à démarrer, puis une fois que ça a démarré, ben des fois c'est plus très organisé, effectivement ça part un peu [...] dans tous les sens » [N2]

« Il y a quelque chose comme ça de de l'ordre du démarrage, où on sent que c'est plus facile une fois qui y'en a un qui a pris la parole et exposé sa situation bah va voilà les gens enfin rebondissent, et puis finalement ça se met en place, mais vraiment le démarrage de la réunion est, il est quand même assez... voilà on sent assez périlleux » [D11]

L'identification préalable de la problématique clarifie les débats

« Il y a des fois on voit que c'est une situation complexe, mais en fait on sait pas quelle est la demande derrière. Donc pareil questionner en disant mais enfant quel est ton, quel est le besoin de ton patient ? quel est ton besoin à toi ? » [D4]

3.6. La conduite des RCP doit être formalisée

La conduite des RCP est difficile à organiser

« Je pense qu'on n'est pas très bon, et euh ça tient à plein de choses mais au fait qu'on n'est pas très justement structuré, et discipliné pour essayer de faire, de formaliser bien les choses. » [N1]

« On n'est pas loin de 38 professionnels hein. Pareil il y a plusieurs sites, euh les RCP en général on est 25, plus de 20 autour de la table, donc [...] ma difficulté aussi c'était de [...] gérer la prise de notes, il faut gérer la prise de parole il faut gérer voilà. Donc ça c'est un petit peu compliqué » [D7]

3.6.1. Les professionnels ont besoin de discipline

La durée des RCP est bornée par les activités des professionnels ...

« On mange en même temps, parce que c'est sur le temps de 12h00, euh donc en fait c'est 12h30 à 14h00 généralement et ça finit un petit peu plus tôt parce que y a, y'a les consultations qui sont juste derrière. Donc généralement on fait 12h30 -13 h -13h15 » [D7]

« C'est pas une question de temps sur le cas, c'est plus une question de temps entre le moment où ils terminent leurs consultations à midi et demi et ils doivent reprendre en général entre 14h30 et 15h. C'est plus ça qui définit en fait le temps pris sur les cas complexes et comme (D1) euh en général euh quand un professionnel de santé s'assoit lorsqu'il arrive à la réunion il dit : "bah voilà j'ai un problème avec euh, un ou une patiente" et c'est tout de suite on part là-dessus, c'est la priorité. » [D3]

... mais les limites des RCP ne sont pas respectées

« Alors on n'est on n'est pas limité en durée de chaque cas mais on l'a fin, la réunion dure une heure, donc après y'en a ils reprennent leurs consultations [...] des fois ça déborde il y en a certains qui restent et puis on continue de parler encore pendant plus d'une heure... (rire) » [D10]

3.6.2. La RCP peut être adossée à d'autres réunions pluridisciplinaires

« Une semaine avant euh l'ordre du jour est dedans il y'a en général 4 chapitres : Une partie qui est propre au fonctionnement de la maison de santé, euh une partie sur les ACI et une partie cas complexes » [D3]

« Une fois par mois, ou par six semaines je sais plus, on a la réunion qui est dédiée RCP. Mais là aussi ça pose ça peut poser un peu de problème parce que, euh s'il y a des problématiques de de MSP à gérer ça peut vite venir empiéter la réunion de RCP » [D1]

Associer les RCP à d'autres réunions permet d'augmenter la participation...

« [A] Le fait que ce soit associé à d'autres éléments ? à d'autres d'autres, en fait vous faites, vous faites plusieurs réunions dans une réunion ?

[D4] Ouais ! Euh non c'était vraiment un souhait pour ne pas multiplier les réunions [...] Et d'adhérer au maximum »

... mais la tenue des RCP doit alors primer sur les autres réunions

« Ça m'est arrivé de faire des réunions aussi que, uniquement sur euh sur des sur des cas complexes quoi si si si vraiment après je sais que j'ai ça à dire en 5 minutes pour de tout ce que j'ai à passer comme info sur les missions diverses, les actions de santé, les protocoles etc [...] Tout le reste mais je vais donner quand même priorité au patient de toute façon quoi » [D1]

3.6.3. Les équipes s'auto disciplinent

Une hiérarchisation des dossiers s'opère selon l'importance de la situation

« Ça arrive que euh euh on, les professionnels viennent me voir aussi en début de réunion en disant euh oui moi j'ai une situation j'aimerais vraiment qu'on ait le temps d'en discuter bon ben pareil, on l'évoque en premier et puis c'est, ça se fait un peu naturellement aussi par-là de prioriser. Si la situation elle est vraiment un peu sur le feu ou bien si ça peut attendre si on a le temps d'en discuter en fin de réunion ou pas quoi, Voilà. » [D2]

« Et vraiment si euh si j'ai des pro en début de réunion enfin ils savent qu'ils peuvent l'exprimer quoi, si euh vraiment y'a des grosses demandes sur des dossiers patients ils me le diront tout de suite en me disant : "ah on en profite que tout le monde est là, on commence par ça si ça t'embête pas » [D1]

Le temps d'étude accordé à chaque cas est inégal

« sur le respect du temps de parole ou des fois c'est un peu compliqué, parce qu'on peut passer presque 20 min sur une situation, alors on en a besoin, mais y en a qui me disent bah faut qu'on accélère parce que moi je voudrais parler aussi de mes patients, mais à la fois on réfléchit aussi en même temps tous ensemble donc il y a aussi des fois des temps un peu blanc mais parce que on ben on prend en compte les éléments qu'on vient de nous dire, on réfléchit et on rebondit aussi en cherchant des solutions » [D10]

« Au début de réunion on se dit oui j'en ai un peu, j'en ai beaucoup, j'en ai pas beaucoup donc en début de réunion on sait si si pas le nombre exact forcément mais, mais on se dit à peu près on en a combien on voit combien de temps [...] Et puis, et puis on ajuste » [D8]

3.6.4. Il persiste une carence dans la rigueur de présentation

L'absence de présentation structurée des cas nuit à la pleine efficacité des RCP

« Je crois vraiment qu'il faudrait que, la personne qui présente le cas fasse comme si de toute façon, personne ne connaît le cas, et fait une vraie présentation, et explique la problématique. Et [...] on a fait des RCP avec le DAC. Et quand le DAC était là par exemple, la présentation, il y'en avait pas ! C'est en fait le DAC parle au médecin qui suit [...] Mais en fait tous les autres participants, ne savent pas de qui on parle, ne savent pas la problématique, ils peuvent pas du tout euh participer à l'échange. » [N1]

La présentation du dossier mériterait d'être formalisée

« Il y'a pas de vrai cas présenté, ils nous disent en voilà les grandes lignes bah : âge, où ils habitent, pathologie, souvent, bah situation familiale, les aides déjà en place s'ils le savent mais on on prépare pas de dossiers en amont » [D10]

3.7. Les comptes rendus de réunion

La retranscription des débats est problématique

« Là aussi ça manque de formalisme, c'est euh, parce que, bah ça rejoint le reste vu que, vu que ça part des fois un peu dans tous les sens ben pour, pour noter pour essayer de mettre en forme, ce qui se dit pour euh, pour euh, pour créer un peu un, un compte rendu de RCP c'est des fois un peu laborieux quoi » [N1]

« Et donc moi je, euh effectivement il se dit beaucoup de choses dans ces réunions mais je fais pas le compte rendu en même temps, c'est pas possible euh pour moi, donc je prends mes petites notes, je le fais rapidement après la réunion pour que rien ne m'échappe » [D5]

L'organisation facilite la retranscription

« On va dire que quand on est un peu plus discipliné on réussit à faire les RCP en un temps, avec vraiment le compte rendu au fur et à mesure. Mais si ça part trop dans tous les sens, bah le scribe il peut pas (rires) il peut pas tout écrire » [N1]

3.7.1. Tracer les discussions permet une meilleure prise en charge

La traçabilité des débats permet l'opposabilité des discours, assure la sérénité de ceux-ci

« Moi je le mets parce que en fait au début je mettais que les conclusions au tout tout début on a commencé à bosser ensemble. Et qu'est-ce ce que ça a provoqué c'est parfois des incompréhensions voir des méconnaissances, de la discussion de du du contenu de l'échange, qui crée des tensions derrière, donc en fait on s'est rendu compte hein à terme qu'il fallait vraiment être très précis dans les retranscriptions parfois dire : "tu avais dit ça" ou "il avait dit ça" et parfois ça calme tout de suite les tensions : "Ah bah oui en effet c'est vrai j'avais oublié" » [D3]

La traçabilité permet la vérification des décisions prises

« Il y a aussi le fait que si on se dit bon on re discute la situation sur 2 mois, 3 mois pour voir où on en est. Est-ce qui s'y a des choses qui ont été mises en place (D3 tousse) bah 3 mois après c'est bien de se, enfin souvent quand on reprend une situation d'il y a 3 mois c'est moi-là qui dit bah voilà vous rappelez y a 3 mois on a discuté cette situation voilà ce qu'on avait dit et puis voilà ce qu'on avait proposé. Euh (rire) si je note pas ce qu'on avait dit euh je me rappelle pas toujours donc c'est aussi ça mais c'est aussi utile » [D2]

Les RCP sont tracées et accessibles aux professionnels du groupe

« Alors moi c'est directement dans le logiciel santé, après s'il y a un médecin par exemple ça le concerne, ou un autre professionnel qui n'est pas là, euh bah je lui fais un petit post-it, on a moyen de faire des post it, et je dis : voilà ben il a été vu en réu, en RCP, ton ton patient, que tu, il puis, il puisse aller voir, et, voir qu'elle était la problématique quoi ! » [D7]

« Nous le compte rendu il est dans notre logiciel métier, dans la partie RCP il y a tous les tous les comptes rendus des des RCP [...] S'ils veulent savoir, ils ont accès dans, ils ont tous accès » [D10]

3.7.2. La retranscription est soumise à validation des participants ...

... qui ont un droit de correction

« Ça m'est déjà arrivé qu'on me dise "Ah bah là t'as mis ça mais c'était pas exactement ça". Bah on réajuste, et puis [...] ça se fait assez naturellement » [D1]

Sinon, la validation est actée par défaut

« Par contre quand je l'envoie, je leur demande si, ça leur paraît être le reflet de ce qu'on a échangé, et que s'ils ne sont pas ok qu'ils hésitent pas à me dire parce que j'ai peut-être mal tourné les choses quoi [...] avant je demandais l'aval mais ça prend beaucoup de temps donc du coup maintenant, je le fais comme ça. [D4]

3.7.3. L'archivage des RCP est inégalement réalisé

« il y a pas de détails sur les, ni les, patients cité, ni les éléments qui ont été donnés, mais y'a systématiquement un compte-rendu pour dire : tel mardi, le thème c'était ça, il y avait telle personne de présente, et il y a eu tant de de personnes, tant de dossiers étudiés ouais » [N4]

Des outils facilitent la consultation les comptes rendus

« Je suis un tableau Excel là. [...] je marque sur la feuille euh, pour chaque patient la date la date. Donc la date de RCP, c'était la date saisie dans dans notre logiciel métier, comme c'est instantané normalement c'est la même date. [...] Euh le le nom du patient, son sexe, son âge le, sa pathologie principale, le motif mais alors vraiment en un mot » [D8]

« N'importe qui peut aller voir euh sur le planning des réunions, euh et quand tu cliques sur la réunion il a la liste des patients qui a été abordé » [N1]

3.8. Le suivi des actions

3.8.1. Le suivi des décisions n'est pas systématisé ...

« On en revoit, je sais qu'on en revoit mais c'est pas systématiquement, euh enfin disons la la la programmation du du suivi n'est pas systématiquement enregistrée ou tracée » [D8]

« De façon, protocolaire, non, mais dans la pratique j'ai envie de dire c'est presque obligatoire parce que, encore une fois on est devant des situations qui sont difficiles, soit ça va mieux effectivement on n'en reparle pas, soit ça va pas mieux et j'ai envie de dire quasiment systématiquement, si c'est infirmière [...] elle va dire mais non ça n'a pas marché ou on l'a pas réglé enfin » [N3]

3.8.2. ... Mais les cas complexes reviennent naturellement en RCP

« Surtout bah avec le DAC, comme finalement chaque fois elle reparle un peu de tout ceux qu'elle suit, finalement on, il y en a beaucoup on va, on va revenir dessus hein » [N4]

« je demande déjà s'il y a en priorité des patients que les professionnels veulent évoquer, donc c'est souvent le DAC qui qui rapporte des situations alors c'est suite à la dernière RCP en fait on reparle souvent des mêmes patients, parce que on a la continuité » [D10]

« Oui parce que je trouve quand même que y a, allez, pas des centaines, mais il y a quelques dizaines de patients où finalement on s'aperçoit... que sur les dernières années ils sont revenus très régulièrement [N3]

3.8.3. Le suivi des décisions semble important

« Et puis moi pareil je re inscris euh les patients pour une RCP, souvent à 3 mois pour voir un peu où ça en est, qu'est-ce qui a été mis en place, suivant ce qu'on avait discuté pendant la RCP » [D2]

« En fait à chaque, cas euh patient, dont on parle en équipe euh je demande à chaque fois à l'équipe : "dans combien de temps voulez qu'on en reparle ?" et "qu'est-ce qui va se passer dans ce laps de temps" ? et "qui va s'en occuper" ? donc c'est souvent le médecin, le kiné, ou l'infirmière libérale, majoritairement. Qui disent ben ok je vais contacter le [...], je sais pas voilà. Et puis je vais voir si ça ça va marcher » [D3]

« Et même en cinq secondes, c'est on a vu là le mois dernier tel patient est ce que c'est résolu : oui - non. Si c'est résolu voilà on en parle plus mais mais mais voilà oui [...] parce que sinon on peut retrouver un patient 4 mois après avec la même problématique qui n'a pas été résolue » [D8]

3.8.4. La vérification de la mise en œuvre des décisions est de la responsabilité des professionnels de santé

« Moi je enfin j'estime que c'est après de la responsabilité, pour le coup, des pros de santé, de dire bah est-ce que ce qu'on a décidé mis en place est-ce que, est-ce que ça se fait ? [...] Parce que sinon je je, ce serait trop pour moi » [D1]

« [A] Est-ce que pour la fois suivante, vous, vous allez regarder dans le, dans le, dans le dossier, si ça a bien été fait ? Ou euh ...

[D7] Bah non, mais j'ai pas le, ou enfin je veux dire à un moment donné, c'est la responsabilité aussi du professionnel de le faire je, je je vais pas voir si le médecin il a fait son job quoi ! »

3.9. La place du patient dans les RCP

Le patient n'est pas informé systématiquement de l'examen de son dossier en RCP

« C'est vrai qu'on on n'a pas l'habitude de d'informer les patients quand on va discuter euh forcément des dossiers » [D1]

L'information du patient n'est pas tracée

« C'est pas écrit mais, on moi je sais que je le dis régulièrement bah voilà je suis revenue avec votre médecin et j'ai le même dossier médical j'ai accès à votre dossier médical, le même secret professionnel, c'est plutôt de façon informelle je dirais que c'est que c'est fait » [D4]

« Quand les gens viennent ici, il y a un petit laïus comme quoi euh, si nécessaire des, des situations peuvent être évoquées en plus pluri-professionnels pour, pour faire avancer des situations hein et que, et ça arrive aussi qu'on les ait prévenus d'avance, en leur disant : ben on va prendre un temps avec l'équipe pour, pour évoquer votre situation » [D8]

« Les patients sont informés qu'on fonctionne avec un, un comment, un logiciel partagé que les professionnels ont accès à leur dossier. Euh en amont les patients peuvent être effectivement informés qu'on va parler un petit peu de leur, bah de de leur cas » [D9]

L'affichage en salle d'attente du fonctionnement général de RCP a valeur d'information patients

[A] Est-ce que vous les tenez au courant de la tenue ? du résultat où ?

[D5] Non mais je je crois que par principe, et ça doit être affiché quelque part chez nous, qu'à partir du moment où on consulte en maison de santé [...] On est d'accord à ce que le dossier soit partagé avec des gens qui font partie de la maison de santé.

Les résultats de discussions ne sont pas systématiquement partagés avec le patient

« Je leur fais pas un retour systématiquement euh après la RCP, éventuellement à la consultation suivante on va en rediscuter » [N1]

« Après forcément on va plutôt faire un retour aux patients en disant : "bah voilà on a discuté et puis" [...] Par la personne qui a présenté le cas, oui, Je pense pas que ce soit systématique (rires) » [D2]

Il n'est pas question que le patient participe aux RCP

« [A] La place, de la présence, du patient ou de l'aidant en RCP ? est-ce que ça a été débattu ? [...] »

[D2] Bon après je me rappelle quand on l'avait, on l'avait évoqué

[D3] Ouais ouais. C'était non. Ouais

[D2] C'était vraiment non [...]

[D4] Bah non je crois ça nous est même par venu à l'idée »

Les patients sont rassurés que leurs dossiers soient discutés en RCP

« Ils sont plutôt contents qu'on échange autour de leur cas, les patients. Je leur fais pas un retour systématiquement euh après la RCP, éventuellement à la consultation suivante on va en rediscuter » [N1]

3.10. Habilitation des participants et sécurisation des données

3.10.1. La place des étudiants dans les RCP

Seulement les étudiants en santé sont admis en RCP

« J'ai eu le cas encore le mois dernier ou bah enfin non pas le mois dernier, il y a 15 jours, où il y avait il y avait des étudiants y avait beaucoup de de secondes qui étaient en stage avec des pros de santé qui les ont pris sur des stages de 15 jours on m'a demandé en fait la participation d'un élève de 2^{nde} à une à une RCP, donc ce à quoi j'ai répondu, ben non c'est pas possible quoi hors de questions » [D1]

La participation des étudiants aux RCP nécessite des garanties

- Un livret d'accueil :

« Alors j'ai fait toute, toute une procédure on va dire euh d'accueil des nouveaux, que ce soit des des remplaçants, des nouveaux professionnels, et même des étudiants, il y a un livret d'accueil » [D8]

« Non non les étudiants sont pas signataires de la charte. Ils ont un livret d'accueil, quand ils arrivent, avec un certain nombre de de recommandations enfin voilà. Mais effectivement on les fait pas signer un document c'est, là aussi c'est un peu tacite » [N1]

- Une convention de stage

« Nous c'est la même chose, les étudiants en santé ils sont conviés aussi [...] il me semble quand même que dans les conventions de stage c'est précisé [...] qu'ils sont soumis au secret professionnel » [D1]

3.10.2. Certaines participations font débat

Les pratiquants de soins non conventionnels n'ont pas accès aux dossiers médicaux

« Alors nous c'est particulier parce qu'on a des professions euh type sophrologue naturopathe [...] Chiropracteur. [...] elle a dit d'elle-même qu'elle ne viendrait pas et les deux autres euh enfin l'équipe médicale paramédicale leur ont demandé de ne pas venir. Parce qu'ils étaient, enfin ils partent du principe que ce sont les gérants SISA conventionnés par l'assurance maladie qui doivent faire les RCP. Ça s'est, ça s'est très bien passé elles ont parfaitement compris » [D3]

« Il y avait un hypnothérapeute euh, qui aurait aimé être, voilà, il pouvait avoir des patients par exemple je sais pas sur une prise en charge du tabac par hypnose. [...] qui lui voulait être dans le truc sauf que les médecins étaient réticents, et que c'était non » [D7]

Il faut sécuriser les habilitations à participer aux RCP

- Dans le règlement intérieur

« En gros c'est que les professionnels de santé, il faut qu'ils se mettent d'accord, de qui ils acceptent de qui ils acceptent pas, que ça soit écrit dans un règlement intérieur. Voilà » [D7]

« Après il y a des professions euh qui ne sont pas dans le droit commun, type psychologue, et puis ostéopathe, mais euh on a convenu de toute façon on a mis dans le règlement intérieur et dans la charte qu'il fallait respecter le secret professionnel en venant aux réunions » [D2]

- Dans une charte

« Après il y a des professions euh qui ne sont pas dans le droit commun, type psychologue, et puis ostéopathe, mais euh on a convenu de toute façon on a mis dans le règlement intérieur et dans la charte qu'il fallait respecter le secret professionnel en venant aux réunions » [D2]

« Oui oui. On a une charte et puis c'est c'est c'est ça reste un secret médical c'est un secret partagé hein » [D8]

4. Les rôles de chacun mériteraient d'être mieux définis

4.1. Le champ d'action de la coordinatrice dans la RCP mérite d'être précisé

4.1.1. Les rôles des coordinatrices sont très variés

Il y a un arbitrage sur le temps et les missions de la coordinatrice

« Dans toutes les maisons de santé c'est divers et varié là, les, les missions qui sont confiées à une coordinatrice, il n'y a pas de fiche de poste pareille [...] Y'en a qui vont faire du RH, y'en a qui en font pas, vraiment c'est, les missions sont vraiment, en fonction de ce qu'a décidé l'équipe et ce qu'elle attend. Et c'est comme les profils, les profils de coordinatrice sont, sont vraiment divers et variés. » [D7]

« Après nous ça nous interroge des fois en disant oui il a une part mais ça reste quand même 1 h de coordination prise pour ça, est ce que, il faut vraiment qu'elle soit là à chaque fois ou pas, ça nous interroge » [N4]

« Chaque équipe est différente parce que je le vois au niveau des coordinatrices hein elles leur rôle dans les RCP est très différent d'une équipe à l'autre aussi » [D8]

4.1.2. Les coordinatrices ont un rôle prépondérant dans la tenue des RCP

« Ben nous, comme d'habitude on se repose beaucoup sur notre coordinatrice [...] qui organise absolument tout, qui anime, qui passe la parole voilà [...] Elle fait tout » [N3]

- La présence d'une coordinatrice est structurante pour la RCP :

Les coordinatrices planifient les réunions

« C'est notre coordo' qui à l'année en fait hein alors je sais pas si elle met tout un an mais au moins 6 mois à l'avance, toutes les réunions [...] aussi bien [...] de RCP que de [...] SCM que enfin tout quoi » [N3]

Les coordinatrices préparent les RCP

« Pour la préparation donc moi je suis seule en tant que coordinatrice pour la préparation » [D10]

« Donc moi ben donc ouais c'est c'est donc moi qui prépare un petit peu, qui prépare tout » [D9]

Les coordinatrices assurent la prise de notes

« J'écoute, faut que je prenne des notes, donc en fait taper en même temps, écouter, cadrer. Non du coup j'ai encore le bloc-notes, je note, je retrace tranquille après mon bureau tout ce qui est RCP, voilà » [D7]

Les coordinatrices organisent le suivi des dossiers

« Et puis moi pareil je re inscris euh les patients pour une RCP, souvent à 3 mois pour voir un peu où ça en est, qu'est-ce qui a été mis en place, suivant ce qu'on avait discuté pendant la RCP.

- Le remplacement de la coordinatrice en cas d'absence doit être anticipé :

« Nous euh, moi il y a quand même les RCP même si je suis pas là. Je les préviens à l'avance, le leur dis, je serai pas là ce jour-là, donc après ils se répartissent, il n'y a pas de référent donc c'est en général, bah un des professionnels qui se dit bon bah ok c'est moi qui remplis. Alors du coup ils font pas [...] directement sur le logiciel avec le compte rendu de la réunion, ils reprennent la trame, bah celle que je laisse dans les locaux pour les plutôt les RCP informelles. Et puis ils décrivent les situations et puis après moi, c'est moi qui retranscris quand je suis de nouveau là » [D2]

« L'avantage d'avoir, l'avantage d'avoir la visio, c'est que, parce que le problème quand ils se, quand je suis pas là, c'est pas que la réunion se fasse, parce que elle se fait, c'est la retranscription. Dans [...] le logiciel et donc comme du coup à chaque fois y a une réunion zoom qui est déclenchée, elle est enregistrée [...] Ce qui fait que moi je revisionne et euh... je retape, je retape ce qui a été, ce qui a été dit, pour euh pour chaque patient » [D6]

4.1.3. Les coordinatrices ont une charge de travail excessive dans les RCP

« je, j'arrive pas, il y a des fois je suis, pourtant je suis multitâches hein ! Mais y a des fois je peux être que mono tâche, dans ce cas-là, parce que j'écoute, faut que je prenne des notes, donc en fait taper en même temps, écouter, cadrer. Non du coup j'ai encore le bloc-notes, je note, je retrace tranquille après mon bureau tout ce qui est RCP, voilà » [D7]

4.2. Une répartition des tâches s'impose

Les rôles de secrétaire de séance et d'animateur sont très importants

*« [N2] mais après s'il y a déjà un modérateur et un ce secrétaire. C'est déjà pas mal.
[N1] Ouais ouais je pense que ce serait déjà un, un beau travail. [...]
[N2] Ouais parce que le secrétaire il a déjà beaucoup à faire »*

4.2.1. Un animateur rendrait la RCP plus efficace

« je me dis vraiment que tout, toute la difficulté c'est [...] les règles de départ quoi, c'est de respecter la parole de chacun [...] pas tous répondre en même temps, enfin moi je trouve notre problématique elle est là pour l'instant » [N1]

Il faut recentrer la discussion sur la problématique

« Moi, quand je vois que une personne, c'est trop long, et puis que je vois qu'il y a une ou deux autres personnes qui cherchent la parole. Je dis attends (E) laisse voir parler (M) parce que ça fait un petit moment qu'elle essaie de parler. Je fonctionne comme ça d'une manière un peu "gentille" » [D3]

« Il y a vraiment beaucoup beaucoup de choses à dire, à voir ensemble donc, voilà c'est : les gens se voient pas ils sont contents de se voir, donc de se raconter un petit peu leur vie et puis après faut tout de suite recadrer, et puis bah passer sur du pro » [D1]

« Donc dès que je sens le, que ça part sur autre chose ou que le débat à, dévie, ou qu'on n'est plus centré euh sur le cas patient, ben j'essaie de les garder on part pas trop loin là ! (En faisant un signe stop de la main) on reprend bien ! on reprend bien le cas » [D6]

Certaines coordinatrices ne se sentent pas légitime en RCP

« Nous notre coordinatrice n'assiste jamais aux RCP. Elle considère que tout ce qui est, quand il y a du du médical pur et tout ça elle, elle souhaite pas y participer » [N1]

« Par contre moi j'ai pas du tout un rôle de de, de cadrage de l'équipe, pas du tout [...] c'est compliqué hein la la place de la coordinatrice dans, dans une équipe. J'ai j'ai tenté de le faire une fois, je le ferai plus jamais hein, parce que je j'men souviens encore [...] C'est pas à moi de le faire, je suis pas professionnelle de santé, ce n'est pas à moi de le faire » [D5]

Les médecins sont en posture d'autorité.

« Je pense que ça se fait naturellement, c'est le médecin forcément quand vous avez une équipe de médecins, et de paramédicaux c'est c'est le médecin, de toute façon.[...] quand il y a un coût de ouais on va dire quand y a un coup de gueule à donner c'est le médecin qui donne chez nous, forcément » [D5]

« Après généralement c'est quand mon leader est là, c'est le leader qui qui s'il voit que je suis un peu dans la galère [...] Il reprend mais généralement voilà ça se fait c'est c'est le leader [...] c'est généralement, le même, médecin » [D7]

4.2.2. Un secrétaire de séance est indispensable

La prise de note est difficile et oblige des notes manuscrites

« Sur sur la prise de note moi je, enfin voilà, j'ai une des maisons de santé où c'est c'est, c'est ma collègue secrétaire du coup qui, qui prend les notes et qui m'envoie après le le le un brouillon compte-rendu, voilà que je puisse faire une synthèse pour le, pour le compte rendu, ouais. » [D1]

« Et donc moi je, euh effectivement il se dit beaucoup de choses dans ces réunions mais je fais pas le compte rendu en même temps, c'est pas possible euh pour moi, donc je prends mes petites notes, je le fais rapidement après la réunion pour que rien ne m'échappe, je fais je fais mes petites notes » [D5]

4.3. Le rôle déterminant du médecin dans la RCP

4.3.1. Bien que la pluridisciplinarité soit mise en avant par les équipes ...

Les regards croisés ouvrent le champ des solutions construites collectivement

« Je coordonnais avant une autre maison de santé, [...] on s'était dit que finalement, [...] Très souvent très régulièrement, le ... la meilleure piste d'orientation qui était trouvée, c'était par un professionnel qui était complètement extérieur à la problématique quoi. Souvent enfin on voilà si des médecins, infirmiers, avaient le nez dans une problématique sociale, ben c'était la kiné qui allait avoir un petit éclair en disant bah tient vous avez peut-être pensé à.., c'était cette vision un petit peu externe comme ça et [...] ça faisait avancer la situation » [D1]

« Dans la réflexion en fait de l'équipe parce que là c'est [...] l'intérêt d'une RCP c'est de réunir euh l'ensemble des professionnels, de plusieurs euh professions différentes. Donc qui suivent un patient, euh en commun et dans la prise en soin de ce patient il y'a des problématiques et c'est relayé justement par la suite à, une plateforme d'appui justement qui gère les cas complexes par exemple. Ou à, ou à un service d'aide à domicile fin, c'est la suite en fait, que le professionnel ne va pas forcément tout seul y penser » [D7]

« La démarche est pas, est pas tellement de formuler la problématique, mais de de voir quelles ressources on va avoir, quelle quelle solution pourrait émerger du groupe. Et et c'est du coup, c'est l'expérience des uns et des autres qui va pouvoir marcher en disant bah tiens moi j'ai déjà j'ai déjà contacté telle personne dans dans ces situations-là, donc là [...] on demande un peu quelles seraient les ressources des uns des autres quoi » [N1]

« C'est vraiment plutôt une aide, c'est des propositions, une aide, hein y'a et et après on voit si on arrive à les mettre en place ou pas, mais ça, il n'y a pas de choses tranchées sur, euh sur les ouais faut partir sur je sais pas, sur telle solution » [N4]

La représentation des professions prime sur la représentation individuelle

« On travaille aussi on a [...] des cabinets avec plusieurs personnes dedans, donc c'est vrai que quand on a par exemple quatre, quatre kinés et cinq kinés bon s'il en manque un ou deux c'est pas dramatique quoi, on arrive toujours à avoir au moins un professionnel représenté » [D9]

« En général nous on a un cabinet infirmier de 3 infirmières il y en a toujours au moins une qui est là » [D10]

4.3.2. ... la présence du médecin référent du patient est incontournable pour l'équipe

« [D7] C'est déjà arrivé je crois en avril [...] quand il y a très peu de médecins le problème c'est que les professionnels paramédicaux, l'intérêt pour euh de la RCP, c'est de voir les médecins. Donc une RCP sans médecin...

[D6] ça sert à rien !

[D7] Voilà ! Voilà ! Donc en fait là au mois d'avril on avait annulé parce qu'il y avait entre des congés, des absences, maladie et tout, voilà »

4.3.3. Même si une conduite à tenir n'est pas toujours obtenue en une seule RCP ...

« Ça nous arrive de dire bah : « on sait pas » en fait hein, sur des cas, on sait pas. Donc après on en on en rediscute, on réfléchit et on peut en discuter la fois d'après » [N3]

« il y a des réunions des fois [...] on a parlé de peut-être 5 patients, mais bah on sait pas ce qu'on va faire, donc des fois c'est un peu frustrant parce qu'on se dit mince on a l'impression de pas avancer, puis en fait à une ou deux RCP plus tard, ça avance on revient sur ces situations, on a d'autres éléments et, et ça avance mais on n'y a pas toujours des solutions directement » [D10]

4.3.4. ... la décision finale revient au médecin traitant

« La décision elle appartient au médecin traitant. En fait, on, dans le, on note toutes les propositions puis après c'est lui qui [...] en fait entre guillemet un peu ce qu'il en veut » [D2]

« Des fois il y a plusieurs options [...] mais voilà elles sont, tu fais ça ou tu fais ça, tu vois ce que tu peux faire. Après c'est après en général c'est le médecin traitant qui décide, enfin voilà qui tranche pour son cas [...] avec l'avis de ses collègues » [D8]

4.4. La participation de la secrétaire de la MSP aux RCP

L'apport de la secrétaire est spécifique et complémentaire des autres participants

« Moi je découvre les cas en RCP, c'est que, que la secrétaire c'est différent elle, elle les a aussi au téléphone donc elle, elle connaît quand même les patients, et donc elle, elle va avoir le suivi derrière parce qu'elle va savoir si le médecin, il va aller le voir en visite à domicile suite à la RCP » [D10]

« Et puis la 2e chose c'est que elle, elle à la connaissance aussi euh, de la manière dont les gens vont appeler, vont prendre rendez-vous, comment ils sont disponibles, finalement connaître des liens familiaux par ce biais là... et puis pouvoir des fois répondre différemment au téléphone » [N4]

La secrétaire facilite la coordination des soins

« Des fois c'est elle qui va, qui va rappeler parce qu'après la réunion on a choisi de s'organiser différemment avec les infirmiers, et bien elle va participer à faire le lien, rappeler les différentes personnes. Alors donc essentiellement les secrétaires sont là pour ça » [N4]

5. Certains éléments facilitent l'organisation des RCP

5.1. La convivialité

La RCP est un moment de cohésion

« Parce que vraiment c'est tellement nouveau, et ils apprécient tellement de venir bosser ensemble sur ce temps-là, manger ensemble, parler des patients, parler des missions etc. Que pour l'instant ils n'ont jamais posé la question de d'une indemnisation » [D3]

« ils ont fait le choix en fait, ils préféreraient qu'on continue à cultiver ce côté convivial en disant bah on mange ensemble et puis on on paie, par contre on s'indemnise pas encore en plus euh le repas quoi. » [D1]

La convivialité est bénéfique aux équipes

« Au-delà de la RCP c'est aussi un moment de cohésion d'équipe, fin de de de de pouvoir se retrouver, aussi. Et, donc on a, nous on met en place un buffet, on a un buffet et on mange en même temps, parce que c'est sur le temps de 12h00 » [D7]

5.2. Une salle et du matériel dédiés

« Euh bah nous on a une salle de réunion aussi au sein de la maison de santé donc c'est assez facile pour planifier. Les réunions, les RCP elles sont planifiées 6 mois à l'avance » [D2]

« Moi j'ai vécu du nomadisme (rire) pendant quelques années sur une des maisons de santé parce qu'il y avait pas, comme c'est une maison de santé multi-sites, y'avait pas de salle de réunion donc c'était quand même bien, bien bien compliqué à gérer, ça revient vite. C'est vrai qu'on aime bien quand même avoir des routines en fait pour, pour l'organisation des RCP » [D1]

5.2.1. Avoir une salle dédiée est un élément facilitant

Des repères fixes et des automatismes structurants facilitent l'organisation et la participation aux RCP

« Alors nous c'est toujours au même endroit, dans une salle de réunion qui est aussi mon bureau donc euh (rire) voilà donc bon ben le la salle est toujours en configuration réunion, les gens ont tous des places » [D5]

« La réunion donc elle se elle se déroule toujours la même, au même endroit donc elle a elle, a la salle de réunion qui est déjà tout en place avec chaise table, et tout. On a un vidéoprojecteur, on a un ordinateur » [D9]

« Euh nous au niveau du lieu on a une salle aussi dans la maison de santé mais qui nous appartient pas, elle appartient à la mairie, donc je dois juste m'assurer que euh bah je puisse la réserver, donc je la réserve et si elle est dispo bah c'est ok » [D4]

« Nous oui on a un ordinateur pour la coordination qui reste en salle de réunion donc euh, c'est celui-là qui est utilisé pour les RCP, et pi, il y a un vidéoprojecteur aussi s'il y a besoin de projeter quelque chose, c'est, ça c'est moi qui installe avant » [D2]

5.2.2. Des outils de gestion

Des outils numériques facilitent la préparation des RCP

« Et les médecins ou les paramédicaux qui sont confrontés à une situation qu'ils aimeraient qu'on discute en RCP, ils me l'envoient bah par WEDA aussi, en post-it en disant là voilà j'aimerais aborder cette situation en RCP, voilà la problématique, brièvement. » [D2]

« Alors avant j'invitais par mail avec l'ordre du jour, bon comme il n'y a pas de nom de patient, en vrai c'était réglé. Et depuis début de l'année j'ai un logiciel de coordination, plexus, donc je pré, je, j'enregistre ma réunion et, il valide leur présence directement » [D7]

Certains outils facilitent la planification

« [O] vous utilisez plexus aussi également ?

[D8] Oui c'est ça c'est cet outil-là [...] qui permet de de rentrer de faire bah de planifier les projets, les groupes de personnes sur [...] les réunions ou les dates, je sais pas moi dates d'atelier périnat' ou voilà les dates, les les dates d'intervention des des professionnels sur la sortie publique ou autre. »

L'absence d'un outil pluridisciplinaire unique complique la coordination entre professionnels de santé

« il y a le logiciel partagé, qui est celui des médecins, sauf que, alors les pharmacies on a ouvert les droits puisque en fait ils rentrent des données maintenant avec les ouvertures quand même de plus en plus de de droit de pratiques des pharmaciens. Pour le suivi du patient. Euh il il et eux ils y vont beaucoup, il y a des infirmiers qui vont aussi beaucoup dans ce logiciel mais les kinés, et des, certains infirmiers n'y vont jamais. » [D7]

« C'est c'est une vraie problématique ça, c'est très compliqué parce que pour les autres professionnels que les médecins ça veut dire ouvrir un logiciel en plus, et ça veut dire, par exemple qu'un, qu'un orthophoniste va, avoir fait son bilan et va avoir, va devoir le remplir 2 fois. C'est à dire sur son logiciel métier à lui, et, sur le logiciel de coordination. Il y en a beaucoup que ça gonfle et qui ne enfin qu'au bout des moments qui ne veulent plus le faire par question de de temps, de, de praticité, de flemme. » [D6]

Certains outils de gestion facilitent le calcul des indemnisations ...

« Mais en fait à la fin moi je faisais des notes d'honoraires et puis je, je règle les professionnels, mais, après après, ce qui est bien dans plexus c'est comme je valide, l'émargement en ligne ben sûr plexus [...] Maintenant ça me génère les, notes d'honoraires directement » [D7]

... et le suivi des dossiers

« Quand on parle de ça, je dis c'est au mois d'octobre. Je prends mon agenda je vais directement sur le mois d'octobre et je dis il faudra parler de Madame machin. [...] et quand, une semaine avant je prépare l'ordre du jour, ben je vois de quel patient en fait on doit parler c'est toute une organisation voilà » [D3]

5.3. Récompenser les participants

5.3.1. L'absence d'indemnisation financière n'est pas un frein à l'engagement des participants.

« C'est vrai qu'on en n'a jamais parlé, le côté indemnisation en fait. Et ils sont jamais, il y'en a personne qui m'a déjà posé la question en disant "bah pourquoi on est payé pour venir". Parce que vraiment c'est tellement nouveau, et ils apprécient tellement de venir bosser ensemble sur

ce temps-là, manger ensemble, parler des patients, parler des missions etc. Que pour l'instant ils n'ont jamais posé la question de d'une indemnisation » [D3]

« C'est pareil, nous non plus je, pas d'indemnisation, et ça ça ça ça bloque pas au niveau de la présence » [D9]

5.3.2. L'indemnisation financière reconnaît et valorise l'investissement des professionnels

« C'est pas ce qui anime les gens, enfin je veux dire, il ne pense pas qu'à la fin de l'année ils auront leur truc. Mais n'empêche quand on donne le chèque, ben je te rejoins, ils disent : "ah bah oui c'est sympa", "bah oui du coup, je me suis, oui c'est vrai que je me suis investi" et voilà. » [D1]

« Bah nous comme c'était une première année, ils étaient surpris d'être indemnisés et du coup ben ça leur a fait du bien je crois de se dire ben en fait c'est valorisé, mon investissement. Enfin, c'était un peu à l'inverse il elle enfin plus elle. Elle faisait l'investissement et puis après bon on a dit bah voilà c'est indemnisé je t'ai fait le virement. "Mais virement de quoi ?" bah tu t'es investi ! "Ah ok, ben je le faisais pas pour ça" mais du coup ça valorise mon travail et tout l'investissement que je mets il est-il est acté et donc du coup ça, ça fait du bien » [D4]

5.3.3. Les modalités d'indemnisation varient selon les équipes :

→ Une rémunération au taux horaire :

« Alors tous les professionnels qui sont indemnisés ce sont les libéraux, tous les autres par exemple le DAC le SSIAD, secrétaire, coordinatrice nous c'est sur notre temps de travail, on n'est pas indemnisé en plus hein » [D10]

« La coordinatrice a les fiches d'émargement de toutes les réunions avec tous les thèmes, et elle va regarder le le nombre de réunions effectuées, et puis elle multiplie on va dire c'est un tarif horaire une réunion comme ça, on considère que c'est 1 h, c'est à peine plus mais on la met sur [...] Et on elle multiplie par 50,00€ et ça lui fait une somme allouer à la fin aux professionnels concernés » [N4]

→ Une rémunération forfaitaire

Nous c'est euh, euh l'année dernière tous les membres de l'équipe ont eu une prime : la même. Euh et le, l'état d'esprit de l'équipe c'est de se dire : ben chacun s'investit, chacun s'investit, vient au RCP, participe à des actions chacun fait un peu sa part quoi. On met dans un pot commun et tout le monde a la même prime, on compte pas les heures de chacun. Après pour l'instant ! ça marche. » [D2]

5.3.4. La récompense peut-être non financière et collective

Financement d'équipement ou aménagement de la MSP

« Bah on n'a pas de rémunération, directe, alors après ça fait partie, enfin ça contribue à obtenir l'ACI, donc je pense qu'avec l'ACI on va dire qu'on se fait des beaux cadeaux communs quand même. Que ça soit en termes de matériel pour le la MSP, alors que ça soit matériel médical paramédical, à la réfection des locaux » [N2]

Financement de moment de convivialité

« Euh ça dépend oui, mais la plupart, la plupart du temps oui, voilà, il y a des fois on fait des petits repas ou on se dit chacun emmène ou voilà. Mais c'est oui en général c'est quelque chose qu'on prend sur nos budgets en tout cas ouais » [D1]

6. Une démarche qualité

6.1. Il faut interroger le fonctionnement de la RCP

En recueillant la satisfaction par un audit des participants

« De mon côté, euh comment, je j'ai l'impression que le, notre format de de RCP convient pas forcément à tout le monde, mais c'est qu'un ressenti donc je pense essayer de voir chaque pro [...] pour voir quels étaient ses besoins exactement. Pour la par rapport à la maison de santé pour, pour que ça réponde au mieux sur le, la forme et le contenu, euh à la fois de la maison de santé mais du coup je me dis que les RCP aussi » [D4]

« je pense que ce ça pourrait être assez constructif, de se dire bah, voilà à votre avis [...] Comment vous voyez les RCP ? A votre avis c'est bien comme ça ? Qu'est-ce qu'il faudrait changer ? Qu'est-ce que voilà avoir un peu ce, un temps de méthodo' moi ça me paraîtrait super intéressant » [N1]

En questionnant la place de la coordinatrice dans ce champ d'action

« Si on devait réfléchir sur quelque chose moi à mon avis c'est la place du coordinateur, où est-ce qu'elle est ? là-dedans. Plus que sur une trame ou sur une méthodo etc. Parce que finalement est-ce que c'est vraiment à nous de, de porter la démarche qualité, ou alors est-ce que c'est à nous d'insuffler la démarche qualité auprès de professionnels de santé » [D3]

Les échanges en RCP peuvent identifier des dysfonctionnements et initier une démarche d'amélioration des pratiques

« Parce que je suis aussi dans l'échange, j'écoute, il y a plein de choses qui se disent [...] dans la pratique, euh ça peut aboutir tient il y a une problématique en fait, à, alors ça y a peut-être quelque chose qui va pas là, si on arrive à ça, euh du coup on trace, ouais ouais, vous voyez c'est un cheminement en fait [...] Ça va aboutir à à des réflexions d'équipe, sur une organisation d'équipe aussi, sur une façon de communiquer ! de l'équipe » [D7]

6.2. Le questionnement permet de prendre conscience de ses erreurs

La notion de nombre cible de dossiers annuels traités n'est pas toujours comprise

« Contraintes ACI sont autres hein, c'est plus de 75 ans c'est à maladies chroniques. [...] Bien souvent en plus c'est pas des dossiers de gens âgés, en plus, on on est en milieu rural nous, et il y a aussi un, la plupart des patients qui posent problème c'est des patients addict » [D7]

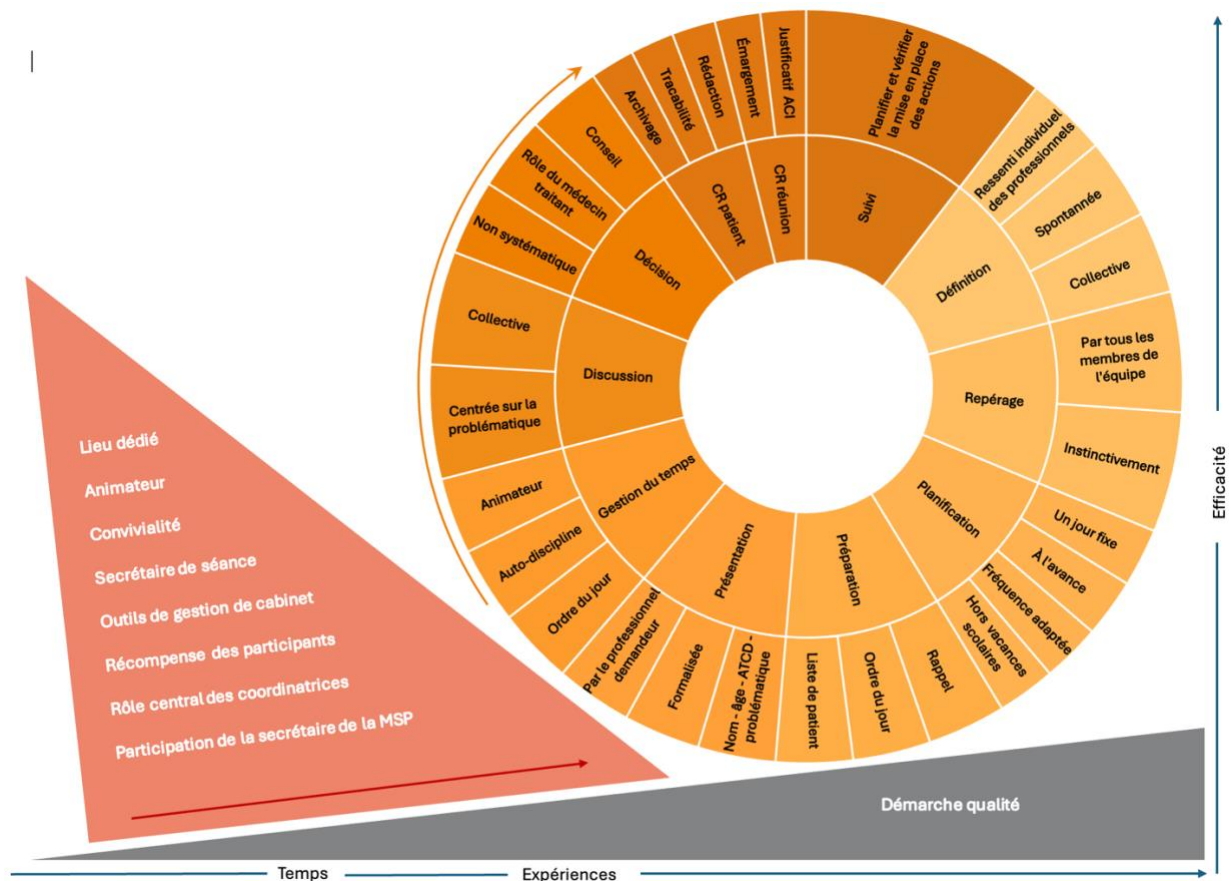
« c'est vrai qu'au tout début qu'on a mis en place les RCP c'était un peu compliqué, on savait pas comment s'organiser, donc moi j'avais fait une liste de, de mon logiciel de tous les patients en ALD de plus de 75 ans, je me souviens et je citais tous les noms et on disait non lui ça va lui ça va lui ça va pas » [D10]

« il y a une grosse confusion en fait la cible c'est 5% des patients en ALD ou plus de 75 ans [...] ça c'est la cible pour le calcul du nombre de cas à avoir mais c'est pas la cible des patients à voir en RCP on ne voit pas que les plus de 75 ans en ALD » [D8]

DISCUSSION

1. Discussion des résultats

1.1. Modélisation de la méthodologie d'organisation des RCP en MSP



Notre modèle explicatif s'inspire de la roue de William Deming, (31) un outil de référence de la représentation de la démarche qualité en management et de la gestion de projet. Cette illustration soutient le principe que l'expérience constitue une source précieuse d'amélioration continue. Elle propose de faire évoluer une pratique par l'enchaînement répétitif de quatre phases : Planifier → Faire → Vérifier → Ajuster.

Ce modèle nous paraît particulièrement pertinent pour présenter notre analyse des RCP dans les MSP de BFC, où notre étude confirme la carence de structuration méthodologique dans leur organisation.

La roue que nous proposons illustre un ensemble d'étapes clés qui sous-tendent la dynamique d'organisation des RCP. Elle symbolise le processus itératif, selon lequel chaque réunion constitue une nouvelle occasion de progresser. Le mouvement circulaire

vers la droite représente l'accumulation d'expériences et la progression vers une meilleure efficacité. À chaque phase, il s'agit de vérifier les pratiques et de les ajuster, conformément à la logique d'amélioration continue, représentée par la pente ascendante grise en bas du schéma.

À gauche, la cale rouge-orange figure les facteurs facilitateurs : les conditions concrètes qui soutiennent la mise en œuvre des RCP (lieu dédié, animation, outils de gestion, implication des secrétaires, etc). Elle joue un rôle de stabilisateur, empêchant les retours en arrière dans l'organisation des réunions.

Ce modèle met ainsi en évidence non seulement les étapes nécessaires à une organisation efficiente des RCP, mais aussi les leviers pratiques et humains qui favorisent leur ancrage dans les dynamiques de groupe de soins pluriprofessionnels.

1.2. Des difficultés

1.2.1. Un besoin de méthodologie

Un cadre organisationnel embryonnaire s'est mis en place, de manière informelle, à partir des expériences individuelles acquises lors des stages professionnalisants, des parcours professionnels antérieurs, des partages d'expériences inter-équipes : autres réunions pluridisciplinaires, de staffs hospitaliers ou de RCP d'oncologie, rencontres régionales ou nationales organisées par les fédérations de maisons de santé.

Dans ce contexte, la présence au sein de l'équipe d'un référent RCP, plus particulièrement une coordinatrice, apparaît comme un levier essentiel.

Cela est d'autant plus vrai si cette personne a bénéficié d'une formation spécifique, comme celle proposée dans le cadre du programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACT) de l'école des hautes études en santé publique (EHESP) (32) : Ou si elle possède une expérience de la démarche qualité, du management (par exemple en tant que cadre de santé) ou des dynamiques pluriprofessionnelles. Notamment via l'association action de santé libérale en équipe (Asalée) qui favorise la coopération entre les médecins et les infirmières (22,33).

Par ailleurs, les exigences réglementaires de l'ACI ont contraint les équipes à renforcer leur structuration. Ces exigences ont introduit la notion de « complexité » des situations cliniques, et imposé des critères quantitatifs et qualitatifs : un nombre minimal de réunions, un volume de cas étudiés, la traçabilité des comptes rendus et leur archivage dans le système d'information.

Malgré ce cadre imposé, de nombreux professionnels expriment le besoin d'un référentiel méthodologique pour guider la mise en place et le pilotage des RCP. Aujourd'hui encore, leur organisation repose sur une démarche empirique et adaptative, nourrie par l'expérience collective et des ajustements progressifs. Toutefois, les difficultés persistantes et les blocages évolutifs dans l'amélioration de ces pratiques témoignent des limites de cette approche empirique. C'est d'ailleurs un constat partagé, parfois de façon implicite, par des participants eux-mêmes, qui reconnaissent le besoin d'un appui méthodologique ou la recherche d'outils permettant d'optimiser leur fonctionnement.

Le cadre encore hésitant, enrichi par l'expérience mais limité par l'empirisme ouvre la voie à la formalisation d'une démarche qualité structurée en réponse à l'attente structurelle des équipes pluriprofessionnelles.

1.2.2. Une organisation du suivi des cas complexes encore inaboutie

L'organisation du suivi des décisions prises en RCP reste peu systématisée. La formalisation de ces décisions en plans d'action opérationnels, incluant leur décomposition en actions concrètes, l'attribution d'un responsable pour chacune, ainsi que la définition de délais adaptés permettrait une mise en œuvre plus efficace. Une telle

structuration faciliterait également une évaluation différée de la réalisation et de la pertinence de ces actions. Lors de la RCP, le temps estimé de réalisation et un délai cible pourraient être déterminés pour permettre la programmation d'un rappel ou d'un point de suivi.

Il revient naturellement aux professionnels de santé d'assurer la mise en œuvre des décisions cliniques prises en RCP. En revanche, certaines tâches comme le suivi administratif ou l'évaluation du déploiement des actions pourraient être confiées à un personnel dédié, tel qu'une coordinatrice ou un agent administratif. Le développement d'un outil simple de planification et de suivi faciliterait cette étape et en améliorerait la lisibilité.

Notre étude montre que les coordinatrices sont fortement sollicitées pour cette mission de suivi. Pourtant, elles expriment souvent un sentiment d'illégitimité, se percevant dans un rôle de "gendarme" qu'elles jugent inconfortable. Comme le suggère le guide de la coordinatrice « Une personne qui exerce une fonction de coordination au sein d'une équipe de soins primaires a besoin du soutien du Leader et de la reconnaissance de toute l'équipe pour exercer ses missions en toute légitimité » (35).

Cette perception peut freiner leur implication, d'autant que les professionnels de santé eux-mêmes peuvent redouter une pression sociale ou le jugement lié à un éventuel retard dans la mise en œuvre des décisions collectives. Cela peut altérer leur engagement ou limiter leur participation.

Il semble essentiel de concevoir une organisation bienveillante et respectueuse des marges de liberté professionnelle, où le suivi des décisions ne soit pas vécu comme un contrôle, mais comme un accompagnement constructif, permettant d'identifier les freins et d'adapter les modalités d'application selon les situations.

1.2.3. La place du patient dans les RCP : un positionnement difficile entre exigences éthiques, légales et réalités de terrain

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi de ne pas aborder les RCP réalisées directement au chevet du patient, comme elles peuvent déjà exister entre professionnels référents, en situation de soins palliatifs, par exemple.

L'implication du patient dans la tenue d'une RCP à son sujet reste, dans les faits, marginale. Dans les équipes enquêtées, le patient est rarement informé, encore moins invité à y participer. Son consentement spécifique n'est pas recueilli, et le compte-rendu de la concertation ne lui est généralement pas transmis. Dans le meilleur des cas, une synthèse orale lui est rapportée par un professionnel de santé impliqué dans la réunion.

La majorité des MSP interrogées précisent toutefois, dans leur charte d'accueil ou leur dossier d'information, que leur fonctionnement repose sur un partage des données entre professionnels. Néanmoins, les enquêtes annuelles menées auprès des usagers par la

FeMaSCo BFC en partenariat avec le Réseau Qualité (REQUA) révèlent une réception très inégale de cette information par les patients. (36)

Ce faible niveau d'implication peut en partie s'expliquer par le peu de développement, en soins primaires, de la représentation des usagers et de la culture de la démocratie sanitaire. Pourtant, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre le droit des patients à être informés, consultés et associés aux décisions qui les concernent. Cette vision est bien exposée par S.BUFFET et P. VUATToux (37) qui rappellent que la démocratie en santé repose sur la reconnaissance de ces droits fondamentaux.

Dans le cadre des ACI, l'implication des usagers ne constitue qu'un indicateur optionnel (20), limitant l'incitation réelle pour les structures à mettre en œuvre des outils d'évaluation de la satisfaction, des actions de décision partagée ou des démarches de co-construction des parcours.

Par ailleurs, une réticence peut exister chez certains professionnels à impliquer directement le patient dans ces espaces de concertation. Les RCP sont perçues comme un temps à part, permettant d'exprimer librement des ressentis, des difficultés, voire une certaine souffrance professionnelle, sans mettre en péril la relation thérapeutique ou l'image perçue par le patient. L'étude d'Estryn-Behar a montré qu'une communication active entre tous les acteurs, un soutien psychologique régulier et une « gouvernance partagée » permet construction collective du travail [...] et ainsi diminuer le risque de burn-out (38).

À la différence des RCP d'oncologie, centrées sur des décisions strictement médicales, les RCP en MSP peuvent viser d'autres objectifs variés :

- Assurer une transmission entre professionnels
- Harmoniser les pratiques autour d'une pathologie chronique
- Construire des actions de santé publique
- Résoudre des problèmes spécifiques de coordination
- Ou encore renforcer la dynamique collective de l'équipe.

Ces finalités, souvent empreintes de dimensions psychosociales, vont au-delà de la stricte approche biomédicale. La présence du patient est alors perçue, à tort ou à raison, comme un frein à la liberté de parole du professionnel. Elle introduit également une contrainte organisationnelle supplémentaire.

Des compromis restent néanmoins possibles. Par exemple, le recours à une visio-conférence, comme cela se pratique dans certaines RCP, pourrait permettre d'impliquer le patient tout en préservant un temps spécifique d'échange entre professionnels. À défaut de sa participation directe, l'optimisation de l'information donnée au patient et la traçabilité du partage d'informations au sein de la MSP devraient constituer un objectif prioritaire.

1.2.4. Habilitations et sécurisation des données : La dimension sécuritaire

Concernant l'habilitation à participer aux RCP, les équipes sont confrontées à un paradoxe : elles doivent concilier la volonté d'une représentation professionnelle large avec les exigences strictes liées au respect du secret médical.

Pour sécuriser les échanges, les équipes ont souvent recours à un engagement écrit, formalisé dans le règlement intérieur, notamment lorsque la participation concerne des professions non réglementées.

Il est essentiel qu'une concertation collective ait lieu en amont, lors de l'élaboration du projet de santé, afin de définir précisément quelles professions non réglementées ou intervenants sociaux peuvent être habilités à participer aux RCP, dans le respect du cadre déontologique et juridique.

Un manque de sécurisation des données est souvent constaté comme l'absence d'utilisation d'un canal de messagerie sécurisé et l'absence d'anonymisation des comptes-rendus.

Actuellement le règlement européen sur la protection des données (RGPD) est en cours d'assimilation par les PS, sensibilité à la problématique, par la médiatisation des cas de cybermenaces impliquant les structures de soins et les appels à la vigilance des forces de l'ordre et des fédérations (39,40). Les professionnels peinent encore à adopter des comportements conformes à celles-ci.

Au vu des conséquences liées au non-respect de ces règles de droit, il semble important que ces problématiques fassent l'objet d'une démarche qualité, impliquant le délégué à la protection des données (DPO) (41) ayant pour fonction d'assurer la mise en conformité de la structure au RGPD de la structure et les conclusions de ce travail être intégrées au règlement intérieur.

1.2.5. Une répartition des missions d'animation à structurer

Notre étude met en évidence que les professionnels en charge de l'animation des RCP cumulent souvent plusieurs responsabilités : animation des échanges, régulation du temps de parole, gestion du temps global, prise de notes et rédaction des comptes rendus... Une répartition de ces tâches, basée sur les compétences et les appétences de chacun, mériterait d'être discutée au sein de chaque équipe, dans un objectif d'efficacité. L'attribution d'une mission ne doit pas limiter la participation réflexive du professionnel à la concertation. Il semble opportun de mieux explorer le lien entre rôle dans la RCP et fonction au sein des équipes.

1.2.5.1. La coordinatrice : une fonction à clarifier en RCP entre accompagnement technique et surcharge implicite

Les équipes s'appuient largement sur les coordinatrices qui expriment parfois un sentiment de surcharge. Leur rôle en RCP, souvent peu défini, varie en fonction des besoins spécifiques de chaque équipe. Le guide de la coordination en soin primaire (42) recommande d'élaborer une fiche de poste adaptée à chaque structure, à l'issue d'une réflexion collective. Cette démarche pourrait être utilement transposée aux RCP.

Certaines coordinatrices expriment une forme de souffrance liée à une surcharge implicite. Les missions qui leur sont attribuées s'étendent parfois à tout ce qui ne relève pas des compétences cliniques des PS, sans remise en question de cette répartition. Bien que leur rôle en RCP soit souvent technique, leur expérience notamment lorsqu'elles sont d'anciennes professionnelles de santé leur permet aussi d'apporter un éclairage clinique ou organisationnel précieux.

Ce cumul de tâches peut exposer à un risque d'épuisement. Pourtant, cette surcharge reste rarement discutée dans les équipes.

1.2.5.2. La modération : un rôle stratégique à confier à un leader reconnu

L'animation des RCP regroupe plusieurs fonctions clés : cadrage, distribution équitable de la parole, gestion du temps... Cumulée à la prise de notes, cette charge devient difficilement tenable, notamment pour les coordinatrices. Ce rôle peut être partagé ou tournant, en fonction des compétences et des disponibilités.

En matière de discipline et de régulation des échanges, les professionnels perçus comme « figures d'autorité » (souvent les médecins leaders) peuvent soutenir la coordinatrice. Ce soutien est essentiel pour maintenir un climat respectueux et structuré.

La formation à l'animation de groupe ou à la prise de parole en public, proposées par la FeMaSCo-BFC (43) pourrait renforcer les compétences d'animation et ainsi faciliter l'engagement des professionnels dans ces rôles. Néanmoins, il conviendra de préserver un équilibre : une structuration excessive pourrait heurter le besoin de spontanéité et de liberté d'expression des participants.

1.2.5.3. Le rôle du professionnel référent dans la prise de décision

Contrairement aux RCP en oncologie, fondées sur des décisions médicales opposables et collectives, les RCP en MSP aboutissent plus souvent à des propositions consultatives. Elles visent à accompagner un professionnel dans la résolution d'une problématique, plus qu'à imposer une solution. Le médecin traitant reste souverain dans l'application des décisions.

La diversité des professionnels présents enrichit l'analyse et la réponse collective. Le processus repose sur une discussion collégiale, sans nécessaire recherche de

consensus. En l'absence d'accord, un vote peut être proposé, mais sans caractère contraignant. Une étude a mis en évidence ce cercle vertueux entre les échanges pluriprofessionnels renforcés par l'interconnaissance au bénéfice du patient (44).

Une formalisation minimale (procédure de décision, rôle du vote, trace écrite des propositions) pourrait clarifier ce processus, tout en respectant la souplesse nécessaire à ce type de concertation.

1.2.5.4. La participation des secrétaires au RCP : entre efficacité et reconnaissance

Les secrétaires jouent déjà un rôle essentiel dans l'organisation des MSP, notamment par leurs actions sur l'orientation et la prise des rendez-vous des patients, l'accueil physique et dans la gestion administrative (45). Leur participation aux RCP, bien que rarement évoquée, mérite réflexion.

Leur présence pourrait faciliter la prise de notes, la gestion administrative des décisions, et apporter une connaissance souvent fine des contextes sociaux et logistiques des patients. Elle peut habilement faciliter la coordination des PS. L'étude de C. Fournier va aussi dans ce sens : « Les secrétaires jouent, dans certaines maisons, un rôle important dans la circulation des informations entre professionnels pour faciliter à la fois la gestion de la MSP et le parcours de soins des patients » (46)

Des guides en oncologie recommandent d'ailleurs systématiquement leur présence en RCP (47) (48). À ce jour, leur implication dans les RCP en soins primaires reste peu explorée. Pourtant, leur contribution pourrait optimiser le fonctionnement et l'efficacité de ces réunions, tout en valorisant leur rôle au sein des équipes.

1.3. Des initiatives d'amélioration réussies

Les équipes ont construit collectivement une ébauche de cadre méthodologique, enrichi des expériences vécues ou partagées.

1.3.1. La définition des cas complexes

Les PS se sont interrogés sur la définition du cas complexe, certains jusqu'à proposer un protocole afin d'établir le niveau de complexité d'une situation justifiant sa présentation au groupe (Annexe 4). La plupart des PS défendent une définition délibérément simple du « cas complexe » pour englober la diversité des situations. La complexité de la situation repose uniquement sur l'appréciation subjective des professionnels. Fondée sur l'expérience partagée, cette évaluation prend en compte les dimensions biopsychosociales propres à l'approche globale du soin de premier recours. Selon le témoignage des interrogés, les dimensions psychosociales prédominent dans l'évaluation de la complexité.

Ainsi est considérée complexe toute situation qui conduit à une difficulté vécue par le professionnel de santé qui ressent le besoin de partager sa problématique à la recherche de solutions collectives.

Ce qui soulève un paradoxe entre le besoin de cadrage et le besoin de liberté d'expression. La recherche d'une définition consensuelle témoigne d'une velléité méthodologique des équipes.

Une série de pathologies étudiées dans le cadre des RCP a été listée dans le guide des indicateurs des ACI (20) mais n'est pas prise en compte par les PS qui la juge trop limitante. Une thèse portant sur les échanges pluriprofessionnels dans les MSP confirme que « les profils de situations patients discutés en pluriprofessionnalité dépassaient la liste privilégiée [...] de l'ACI ». (49)

Les professionnels valorisent la RCP comme un espace de libre expression, où le professionnel est autorisé à se libérer dans le respect de l'éthique de groupe. Cette écoute bienveillante renforce la cohésion d'équipe.

1.3.2. La planification

Les PS recherchent des repères stables. Une planification anticipée, avec un jour fixe (ex : le 1er vendredi du mois) favorise les automatismes, améliore la participation et renforce l'efficacité grâce à une meilleure préparation. La séquence du midi apparaît comme la plus acceptable pour la majorité des équipes, car elle est moins perçue comme un temps de travail additionnel.

Les équipes s'accordent également sur la nécessité d'éviter la programmation des RCP pendant les périodes de vacances scolaires, notamment estivales, en raison d'une participation souvent réduite des PS. Ces périodes exposent également à l'absence possible de la coordinatrice ou d'un référent, qui complexifie l'organisation de la RCP.

Bien que la fréquence des RCP soit généralement établie, notre étude révèle une grande disparité dans le rythme adopté. Celui-ci peut être schématisé selon deux logiques opposées : la fréquence et l'adaptabilité.

→ Les réunions moins fréquentes (inférieures ou égales à une par mois) semblent favoriser la participation en limitant le nombre de réunions. Elles conviennent particulièrement aux situations chroniques à faible évolutivité. Toutefois, elles ne sont pas adaptées aux cas nécessitant des prises de décisions rapides. Ce type de fonctionnement favorise le recours à des échanges interprofessionnels spontanés, souvent informels, qui échappent à la concertation collective et à la traçabilité, une dimension pourtant valorisée dans les démarches ACI. Ils sont parfois dénommés « RCP sauvages » par les équipes pour tous ces critères.

→ À l'inverse, les réunions plus fréquentes (plus d'une par mois) permettent un suivi rapproché des situations à évolution rapide et offrent une meilleure adaptabilité dans la gestion des cas. Dans ce modèle, les RCP sont souvent adossées à d'autres réunions

pluriprofessionnelles (vie sociale, réunions SCP, SCM, SISA, formations internes, etc.). Ce regroupement de réunions traduit une volonté d'économie de moyens et de limitation du nombre de temps collectifs, perçus par les PS comme du temps de travail supplémentaire pouvant nuire à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Dans ces organisations, la priorisation entre les réunions n'est généralement pas formalisée, mais la priorité est le plus souvent accordée aux RCP, les autres activités constituant la variable d'ajustement.

La fréquence des RCP doit donc être définie collectivement par l'équipe, afin de trouver le modèle le plus structurant, en adéquation avec ses objectifs, ses contraintes d'acceptabilité et sa dynamique de groupe.

Le guide de la HAS recommande que l'organisation des RCP soit formalisée, avec un rythme clairement établi, adapté à la spécialité et à l'activité (50). En oncologie, par exemple, une fréquence minimale de deux RCP par mois est préconisée. Le guide des ACI impose quant à lui un seuil de valorisation d'au moins six RCP par an.

Dans les faits, la plupart des équipes dépassent ce minimum. Les MSP ont su s'adapter et les professionnels semblent avoir trouvé un équilibre entre le temps personnel et professionnel qui leur est propre. La recherche de cet équilibre est un objectif des PS (51,52).

Toutes les MSP consacrent aux RCP un temps allant d'une à deux heures, même si des débordements sont possibles. Bien que la question n'ait pas été posée spécifiquement, l'analyse des verbatims a permis d'observer les rapports entre la fréquence et la durée des RCP.

	Durée des RCP	Fréquence
D2	1h15	1 / MOIS
D3	1h30 – 2h00	2 / MOIS
D5		1 / MOIS
D6	1h30	1 / MOIS
D8	1h- 1h30	1 / MOIS
D9	1h30	1 / MOIS
D10	1h00 – 1h30	1 / MOIS
M1	1h00	1 / MOIS
M3	1h00	2 / MOIS
M4		1 / MOIS

Il est à noter que la durée des réunions ne semble pas corrélée à leur fréquence : une fréquence plus élevée n'induit pas nécessairement une durée plus courte.

1.3.3. La retranscription des débats

Les RCP font l'objet d'une traçabilité systématique : un compte rendu individuel est intégré au dossier patient, le rendant accessible aux professionnels impliqués, tandis qu'un compte rendu global est archivé de manière informatisée. Notre étude montre que cette structuration est souvent mise en place en réponse aux exigences des critères ACI. (20)

Cela soulève une interrogation : s'agit-il d'une réelle volonté d'amélioration de la qualité, ou d'une réponse motivée par la perspective de rémunération liée à l'ACI ?

La retranscription peut être :

- Synchrone, directement dans le dossier patient, facilitée par des outils de gestion des RCP intégrés au logiciel de gestion de cabinet (LGC)
- Asynchrone, nécessitant une prise de notes pendant la réunion, puis une rédaction ultérieure.

Il est recommandé de désigner une personne spécifiquement en charge de la fonction de secrétaire de séance. Cette tâche, chronophage et exigeante en concentration, est difficilement cumulable avec une autre fonction. En cas de retranscription asynchrone, celle-ci doit être réalisée rapidement afin de limiter les pertes d'informations.

Notre étude met en évidence l'importance accordée par les professionnels à cette traçabilité, qui permet de revenir sur les échanges en cas de désaccord ultérieur concernant les débats ou les décisions prises.

1.4. Proposition d'amélioration

1.4.1. La préparation des RCP, incontournable volet d'amélioration de la qualité

Plusieurs éléments renforcent l'efficacité de cette préparation :

- L'organisation préalable du programme de la RCP permet de structurer la réunion et de définir ses objectifs.
- L'identification des cas complexes et la liste des patients à présenter constituent un gage de clarté et de fluidité.
- La formulation en amont de la problématique pour chaque situation facilite les échanges et recentre les discussions sur les besoins spécifiques.

En l'absence de cette phase préparatoire, plusieurs professionnels signalent un temps de flottement en début de réunion, durant lequel la prise de parole peut s'avérer difficile. Une meilleure structuration en amont contribuerait à réduire ce temps d'hésitation et à améliorer la dynamique collective.

Il paraît donc pertinent de mettre en place une méthode de préparation à l'image des RCP d'oncologie (7). L'envoi d'un ordre du jour, accompagné d'une liste claire des cas à présenter quelques jours avant la réunion, permettrait :

- D'anticiper la collecte des informations cliniques pertinentes
- De mobiliser les personnes ressources adéquates selon les problématiques évoquées,

Et ainsi de gagner en efficacité lors de la RCP.

Cependant, il est important de souligner que présenter un cas perçu comme difficile peut être vécu comme un aveu d'impuissance ou d'incapacité, générant une certaine

réticence, en particulier chez les professionnels moins expérimentés. La prise de parole dans ce contexte peut s'avérer malaisée, surtout lors des premières participations.

L'acculturation progressive à la méthode RCP, par une présentation claire de son fonctionnement, ainsi qu'un accompagnement lors des premières préparations de cas, peut atténuer ce sentiment d'inconfort et favoriser une participation plus sereine et constructive.

1.4.2. La valorisation des RCP « sauvages »

Les équipes reconnaissent l'importance de la traçabilité de ces échanges interprofessionnels particuliers qui permettraient de valoriser ce travail collaboratif souvent informel. Toutefois, elles soulignent le manque d'outils adaptés, rendant cette traçabilité difficile à mettre en œuvre au quotidien. Une grande partie de ces échanges échappe à toute formalisation et est perdue en termes de valorisation et de mémoire collective.

Certaines équipes ont développé leurs propres outils de recueil, souvent artisanaux, pour pallier ce manque. D'autres ont mis en place un recueil à posteriori : lors de la RCP mensuelle, les professionnels sont appelés à revenir sur les temps d'échange interprofessionnels qu'ils ont eus dans le mois, afin d'en assurer une traçabilité rétrospective et d'en reconnaître la valeur en termes de concertation.

Il serait nécessaire de renforcer la culture du traçage des situations complexes, même en dehors du cadre formel des RCP. Cela suppose :

- D'acculturer les professionnels à l'importance de cette démarche
- De mutualiser les outils déjà créés par certaines équipes
- De mobiliser les éditeurs de logiciels métiers afin qu'ils développent des solutions mobiles, simples et intuitives, facilitant une saisie rapide et intégrée dans le quotidien des soins

1.4.3. La présentation des cas

Il persiste une carence dans la structuration des présentations de cas, ce qui nuit à l'efficacité optimale des RCP. L'absence de formalisme dans l'exposé des situations cliniques peut limiter la qualité des échanges et restreindre l'implication de certains participants.

Notre étude met en évidence un consensus sur l'intérêt d'une présentation structurée : chaque professionnel amené à présenter un cas devrait formuler clairement la problématique, de manière concise et organisée. En règle générale, le professionnel de santé à l'origine de la demande de concertation expose la situation.

La présentation de chaque cas devrait à minima inclure :

- Le nom et l'âge du patient
- Ses antécédents pertinents
- Le contexte clinique ou social
- La problématique à discuter.

Cette structuration permet de mettre l'ensemble des participants au même niveau d'information, en particulier ceux qui ne connaissent pas le patient. Elle favorise ainsi une implication active de tous les professionnels et réduit le risque que certains deviennent de simples spectateurs, avec un possible décrochage attentionnel.

1.4.4. Favoriser l'auto-discipline

Le respect de la durée des RCP se heurte à des contraintes professionnelles concrètes, notamment en raison de l'inscription de ces réunions sur le temps de la pause méridienne des professionnels de santé. Dans les faits, les limites temporelles fixées ne sont que rarement respectées. L'adéquation entre le nombre de dossiers à traiter et la durée de la réunion reste complexe à atteindre.

On observe également une variabilité de l'autodiscipline au cours de la réunion : généralement faible en début de séance, elle tend à s'intensifier à mesure que le temps s'écoule, dans une tentative de rattraper le retard accumulé. Un meilleur respect des horaires de début, couplé à une discipline collective plus rigoureuse, permettrait une meilleure adaptation au temps imparti.

Actuellement, les équipes n'imposent aucune restriction explicite quant au nombre de cas traités ou au temps consacré à chacun. La priorisation des dossiers repose essentiellement sur une confiance mutuelle et une autodiscipline implicite, dont l'efficacité dépend largement de la dynamique du groupe.

Il apparaît nécessaire de rappeler régulièrement des règles de fonctionnement simples pour permettre l'émergence de cette autodiscipline. L'annonce, en début de séance, de la durée totale prévue et du temps moyen estimé par dossier pourrait aider à structurer les échanges, tout en assurant à chaque participant que son dossier sera bien examiné. La désignation d'un "gardien du temps", chargé d'assurer le respect de ces repères temporels et d'alerter le groupe en cas de dérive, est une piste à envisager sérieusement par les équipes.

Plus globalement, comme rappelé aux points 2.5 et 4.2, il serait pertinent de formaliser les différentes fonctions d'animation au sein des RCP (coordinatrice, modérateur, secrétaire de séance, etc.) ainsi que le déroulé type de la réunion. La thèse de C. Gérard souligne aussi que « le cadre formalisé des réunions, notamment des RCP pourrait aider les PS à échanger » (34).

Enfin, la signature d'une charte d'engagement, ou l'intégration de ces règles de fonctionnement dans le règlement intérieur des maisons de santé, pourrait contribuer à renforcer l'adhésion collective.

La liaison en visioconférence sécurisée, via une plateforme soutenue par les autorités compétentes, représente également une piste à développer pour faciliter l'adhésion notamment de personnes ressources et optimiser l'efficacité de ces temps de concertation.

1.5. Des leviers de réussite

1.5.1. Des équipes mûres au changement de paradigme

Pour qu'un changement soit accepté, il faut généralement que les dysfonctionnements soient à la fois significatifs et répétés. Aujourd'hui, certains dysfonctionnements sont bel et bien identifiés par certaines équipes. Beaucoup de professionnels de santé reconnaissent les limites de l'approche empirique qui a jusqu'à présent prévalu dans leur organisation. Ils expriment clairement le souhait de dépasser cette méthode, désormais perçue comme en bout de course, et de s'engager dans une démarche plus structurée, fondée sur des outils éprouvés et un accompagnement méthodologique.

Ils admettent la nécessité d'un soutien technique pour faire évoluer leurs pratiques et relancer une dynamique d'amélioration continue. Certaines équipes se sont déjà emparées du problème et sont parvenues à mettre en place des améliorations pour contrer ces dysfonctionnements.

D'autres équipes continuent à reproduire des modes de fonctionnement peu efficaces, parfois par habitude, parfois par manque de perspective. Pour ces professionnels moins matures, il est essentiel de faire preuve de pédagogie afin d'expliquer la fin d'un cycle et de démontrer le bien-fondé de ce changement de paradigme dans l'amélioration de leur pratique

La démarche qualité, répond souvent à des exigences institutionnelles. Les autres modalités d'amélioration restent quant à elles moins développées. Mais on remarque des semblants de méthode qui démontrent des capacités internes d'appropriation de la démarche qualité. L'introduction d'une démarche qualité pourrait constituer un levier pertinent pour impulser cette transformation.

La démarche qualité fait partie des indicateurs optionnels du guide des ACI, le premier niveau de ce critère suggère de désigner un référent qualité dans chaque structure en charge d'identifier un objectif d'amélioration, d'animer, et de suivre cette démarche auprès des équipes. Cet axe de travail ne semble pas reconnu pour l'instant mais pourrait être un premier levier d'amélioration. (22)

1.5.2. Une aide structurante ... personnalisée à l'équipe

Les axes d'optimisation identifiés dans ce travail, ainsi que les recommandations formulées, constituent une base de réflexion destinée à accompagner les équipes dans la construction d'un nouveau cadre méthodologique. Toutefois, cette démarche ne saurait être imposée de manière uniforme. Chaque équipe doit pouvoir s'approprier ces éléments, les adapter à ses réalités de terrain, et définir ses propres critères méthodologiques en fonction de ses objectifs et de ses spécificités.

Comme le suggère le modèle de Kolb dans le processus d'apprentissage, l'expérimentation reste indispensable, c'est en cumulant les expériences et en utilisant leurs conclusions qu'on peut enclencher une démarche qualité. Selon Kolb, les savoirs,

les savoir-faire et les savoir-être ne deviennent de véritables connaissances qu'à partir du moment où ils sont mobilisés, confrontés à la réalité, puis analysés de manière réflexive. (53) L'appropriation progressive du changement passe donc par une mise en pratique concrète, suivie d'un retour d'expérience collectif.

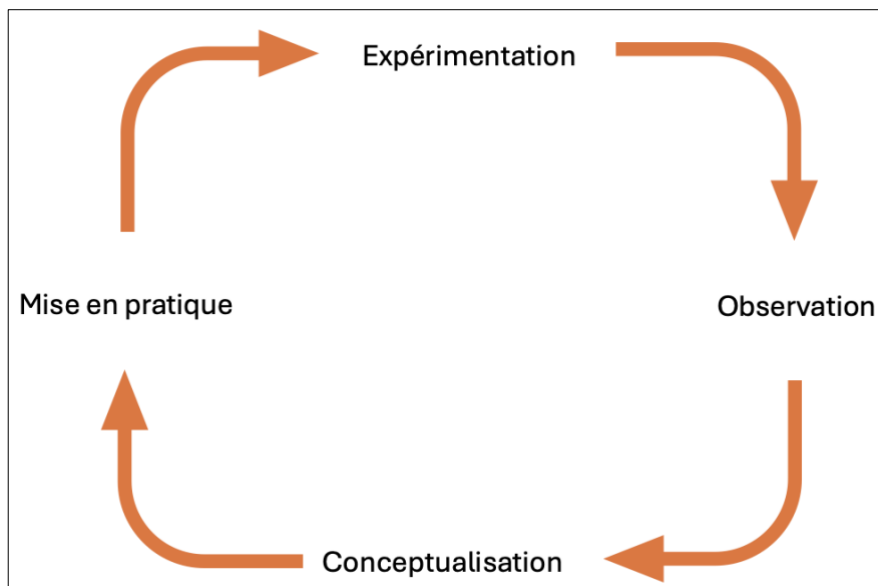


Schéma n°2 : Les quatre phases de l'apprentissage selon Kolb

1.5.3. Des fondamentaux à respecter, au service d'une politique de changement :

→ Des leviers de sens et de valeurs

Les RCP s'inscrivent dans une dynamique collective, où la convivialité occupe une place centrale. Ce climat bienveillant favorise la cohésion des équipes et renforce l'implication des professionnels de santé. Le cadre des RCP, souvent associé à la prise collective du repas, devient ainsi un espace de partage d'idées, de réflexion conjointe et de construction collective, en parfaite cohérence avec les principes de la démarche qualité.

Au-delà de cette dimension relationnelle, le respect de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle apparaît comme un enjeu majeur à prendre en compte dans l'élaboration du nouveau cadre méthodologique. Une étude de 2018 de A. Nguyen qui porte sur l'exercice coordonné en MSP confirme que « la bonne ambiance et la convivialité entre collègues, optimisent la qualité de vie et facilitent les échanges entre professionnels de santé » (54).

→ Des leviers concrets pour faciliter l'adhésion

Pour alléger la charge de travail liée à l'organisation des RCP, l'utilisation d'outils numériques, notamment ceux permettant l'automatisation de certaines tâches, représente un axe de progression significatif. Disposer d'une salle équipée (matériel informatique, vidéoprotection, accès aux dossiers partagés, etc.) constitue également un

gain de temps et de ressources humaines. Nombreuses sont les équipes qui choisissent d'investir une partie des rémunérations forfaitaires ACI dans ces équipements, dans une logique de professionnalisation et de pérennisation du dispositif.

→ Reconnaître l'engagement : éthique et équité ... et légalité

Bien que la rémunération ne soit pas une attente prioritaire des soignants, leur engagement dans les RCP mérite d'être reconnu. Ce besoin de reconnaissance s'exprime davantage sous forme symbolique et collective que dans une logique strictement financière.

Les modalités de valorisation varient selon les équipes, mais traduisent toutes une volonté commune de récompenser l'investissement fourni. Parmi les pratiques recensées :

- Prise en charge des repas pendant les RCP
- Compensation financière du temps passé
- Acquisition de matériel commun (système d'information, équipements partagés)
- Financement d'un temps administratif dédié à la coordination
- Soutien à l'organisation de temps conviviaux
- Aménagement de l'espace de la MSP

Lorsqu'une compensation financière est mise en place, elle repose sur l'idée d'une perte de revenu et prend des formes diverses : forfait horaire, prime annuelle (par exemple par le biais d'un partage du reliquat ACI en fin d'exercice) ou taux horaire prédéfini. Ce type de dispositif s'inscrit dans un cadre légal (55).

Une volonté éthique se dégage clairement : celle de rémunérer de façon équitable tous les professionnels libéraux impliqués, quelles que soient leurs disciplines. Une étude de Cécile Fournier sur les nouveaux modes de rémunération en MSP le souligne (46) : « On constate dans toutes les MSP, à des degrés divers, une recherche d'équité dans la manière de rémunérer les professionnels non-médecins en diminuant les écarts de revenus ».

Toutefois, cette logique de répartition collective se heurte au cadre fiscal, qui considère cette rémunération comme une compensation de perte de revenus. À ce titre, la rémunération doit refléter les différences de revenus entre professionnels, et ne peut donc être uniforme (56).

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Originalité de l'étude

Bien que les RCP en MSP aient déjà fait l'objet de plusieurs travaux, notre étude semble être la première à se concentrer spécifiquement sur la méthodologie d'organisation adoptée par les équipes pluriprofessionnelles au sein des MSP.

Notre objectif initial était de dégager un consensus méthodologique autour de l'organisation des RCP, en recourant à une méthode Delphi. Cependant, nous n'avons pas pu réunir un nombre suffisant de participants disposant du niveau d'expertise requis et prêts à s'investir dans cette démarche. Face à cette limite, nous avons réorienté notre approche vers une analyse qualitative des retours d'expérience concernant le déroulement organisationnel des RCP.

Les entretiens menés ont mis en lumière une grande variabilité des pratiques et un besoin fort de personnalisation des modalités organisationnelles, exprimé par les professionnels interrogés. Ces constats nous amènent à penser que la recherche d'un consensus strict en matière de méthodologie n'était probablement pas adaptée, tant les pratiques sont ancrées dans des contextes locaux et des dynamiques d'équipe spécifiques.

2.2. Échantillonnage

Les participants étaient recrutés par mail ou par téléphone par le Directeur de la FeMaSCo-BFC Monsieur Philippe LEVACHER, ou par l'intermédiaire des chargés de mission de la FeMaSCo-BFC, Monsieur Thibault PASSAVANT et Monsieur Loïc FALCONNET, ou du directeur de thèse le Docteur Marcel BEURET. Ce mode de recrutement, reposant en partie sur des liens professionnels ou affectifs préexistants, peut avoir introduit un biais de recrutement.

L'un des points forts de cette étude réside néanmoins dans la participation de professionnels engagés et expérimentés dans l'organisation des RCP. Toutefois, notre démarche n'a pas permis d'intégrer la perspective d'autres acteurs, tels que les participants occasionnels ou les invités extérieurs, notamment les membres des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), qui participent régulièrement à certaines RCP.

Le recrutement fondé sur le volontariat a probablement induit un biais de sélection : les MSP ayant une pratique structurée et fonctionnelle des RCP se sont montrées plus enclines à participer, tandis que les équipes rencontrant des difficultés ont pu être sous-représentées. Certaines d'entre elles ont exprimé un sentiment d'illégitimité à participer, en raison de leur faible expérience ou d'un ressenti de désorganisation. Il a donc été nécessaire de rassurer et d'accompagner ces équipes afin de faciliter leur inclusion dans

l'étude. D'autres structures, restées sans réponse, pourraient avoir partagé ce même sentiment.

Enfin, parmi les refus explicitement formulés, la durée prévisionnelle des entretiens (1h30 à 2h00) a été évoquée comme un obstacle, jugée trop contraignante pour des professionnels déjà fortement sollicités.

2.3. Recueil des données

Nous avons souhaité étudier dans son intégralité l'organisation des RCP dans chaque structure. Toutefois, le rythme relativement soutenu de l'animation des entretiens a pu limiter la réflexion des participants et restreindre la profondeur de leurs réponses.

L'animation, en prenant du temps pour répartir la parole, a également pu orienter les participants dans leurs réponses, créant ainsi un biais d'investigation. Ce biais a été corrigé lors des entretiens suivants, après un debriefing des premiers focus groupes.

La méthode de recueil par focus groupes a permis, par la confrontation directe des participants, de faire émerger des idées variées, parfois inattendues. Toutefois, la réalisation des entretiens en visioconférence a pu restreindre ces moments de débat et limiter les échanges. De plus, le faible nombre de participants lors de certains focus groupes, dû à des contraintes de disponibilité sur des créneaux horaires communs, a freiné la dynamique de groupe. Cependant, l'organisation de plus petits groupes et d'entretiens individuels a permis une expression plus spontanée et intime des participants.

Dans un souci de respecter l'engagement temporel, l'animation a parfois pris une direction plus directive que prévu, ce qui a pu limiter la spontanéité des prises de parole. Le rythme soutenu n'a pas toujours été propice à une expression libre et fluide des idées.

Lors du premier focus groupe, un participant a dû écourter son intervention en raison d'un impératif personnel, ce qui a entraîné l'interruption de l'entretien. Bien que la durée de ce focus groupe (1h57) ait été jugée satisfaisante, cet événement a pu entraîner une perte de données.

2.4. Analyse des données

Le guide d'entretien semi dirigé a permis de structurer le déroulement des séances, suivant un ordre chronologique des RCP, ce qui a facilité la compréhension et l'engagement des participants.

Deux entretiens collectifs ont été réalisés en visioconférence, en raison de difficultés logistiques pour réunir les participants en un même lieu, ce qui a facilité l'acceptation de l'étude. L'utilisation de l'image a permis de capter également le langage non-verbal, ajoutant ainsi une dimension supplémentaire à l'analyse des échanges.

La saturation des données n'a pas été clairement atteinte. Lors du dernier entretien, un seul participant n'a pas apporté de nouvelles informations. Nous avons clos les entretiens en raison de l'impossibilité de recruter d'autres participants dans les délais impartis.

Il convient de noter qu'il s'agissait d'une première expérience de recherche qualitative pour l'auteur de cette thèse, ce qui a pu introduire un biais d'analyse. De plus, un biais d'interprétation existe inévitablement en raison du caractère subjectif de l'analyse des données, bien que celui-ci ait été partiellement atténué par le double encodage et la triangulation des données que nous avons réalisés.

Enfin, les relations antérieures entre certains participants et l'animateur dans certains focus groupes ont pu introduire un biais de courtoisie, où les participants ont pu se sentir incités à adopter des comportements conformes à des attentes sociales ou professionnelles plutôt qu'à exprimer leurs opinions de manière totalement libre.

CONCLUSION

Notre étude qualitative a permis d'explorer les modalités d'organisation des RCP dans plusieurs MSP de Bourgogne-Franche-Comté. En interrogeant 15 référents d'équipes pluriprofessionnelles, représentant 253 professionnels de santé, et en analysant leurs verbatims par une méthode inspirée de la théorisation ancrée, nous avons pu mettre en lumière des pratiques riches et variées.

La structuration des RCP apparaît comme une réponse évolutive à un double niveau de contraintes : Interne, en lien avec les besoins organisationnels des professionnels, et externe, sous l'effet des exigences réglementaires. Les équipes ont ainsi développé des modalités empiriques d'organisation, souvent efficaces, comme en témoigne leur conformité aux attendus de l'ACI.

Toutefois, notre travail montre que cette méthode empirique atteint aujourd'hui ses limites. Les professionnels expriment une forme d'impasse : leur insatisfaction face aux difficultés rencontrées, notamment d'ordre méthodologique, et l'absence de solutions clairement identifiées qui génèrent frustration, parfois découragement.

Sur la base de cette analyse et en accord avec la théorie de Kolb, selon laquelle la démarche qualité passe par l'accumulation et l'analyse des expériences, nous formulons l'hypothèse qu'une telle démarche, permettrait de réenclencher une dynamique vertueuse. En d'autres termes, structurer les RCP dans une logique d'amélioration continue pourrait relancer leur efficacité et l'appropriation de la démarche qualité.

Notre étude identifie plusieurs leviers favorables à cette évolution :

- Une forte attente d'évolution de la part des professionnels de santé
- Une pratique empirique finalement proche d'une démarche qualité
- La possibilité de créer une « boîte à outils » méthodologique partagée
- La personnalisation de la démarche (adaptée aux besoins, au rythme et aux choix des équipes)
- Le respect des valeurs collectives : convivialité, liberté d'expression et de choix, équilibre vie professionnelle / vie personnelle
- Le rôle clé que peut jouer la FeMaSCo-BFC dans l'accompagnement (formation, outils, personnes ressources)
- Et enfin, la possibilité de valoriser les actions entreprises par les équipes.

À partir de ces constats, nous proposons plusieurs axes d'amélioration concrets face aux difficultés exprimées :

- Préparation des RCP :
 - o Inscription anticipée des patients pour constituer une liste claire des situations à aborder
 - o Formalisation systématique de la problématique pour chaque cas présenté.

- Animation des RCP :
 - Définition d'une présentation minimale commune à chaque situation
 - Clarification des rôles de l'animation selon les besoins de l'équipe
 - Réflexion sur l'intégration de la secrétaire dans le dispositif.
- Suivi des RCP :
 - Développement d'une culture de la traçabilité, y compris des « RCP sauvages »
 - Mise en place d'une évaluation annuelle simple (type audit de satisfaction) en lien avec la roue de Deming.

Une fois cette dynamique d'amélioration réactivée et consolidée, il pourrait être judicieux d'étendre cette méthode aux domaines réglementaires moins investis par les professionnels : la sécurisation des données, la démocratie sanitaire, ou encore le droit à l'information du patient.

La fédération régionale pourrait avoir un rôle majeur à jouer en soutenant cette montée en qualité, notamment par la création d'un outil méthodologique d'audit et de suivi inspiré d'un arbre à solutions.

ANNEXES

Annexe 1 : Mail de présentation

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis Lucien MANGE--TANTI, interne en médecine générale à la faculté de Besançon. Je réalise, pour ma thèse, une étude qui concerne la méthodologie d'organisation et de tenue des RCP dans les maisons de santé en Bourgogne-Franche-Comté.

En effet, la prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé du soin ambulatoire constitue un axe majeur du travail en équipe des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Elle favorise l'optimisation des parcours patients, l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients. La réunion de concertation pluri professionnelle est un outil fondamental de la coordination en MSP.

À l'inverse des RCP d'oncologie qui elles sont bien codifiées, plusieurs études soulignent une carence méthodologique dans la réalisation des RCP en MSP.

Notre étude a pour but de définir précisément le cadre des RCP. L'objectif principal de notre étude est d'identifier les caractéristiques des RCP sur plusieurs MSP de Bourgogne-Franche-Comté afin d'aboutir à un protocole d'organisation de ces RCP.

Pour répondre à cette problématique nous avons choisi une méthode d'études par entretiens collectifs (Focus Groups). Celle-ci consiste en un débat collectif, d'un panel d'experts :

Est défini comme expert tout professionnel de santé ou coordinateur de MSP ayant de l'expérience dans l'organisation de RCP au sein de sa structure

Ainsi, votre participation en tant qu'expert impliquera de participer à un entretien collectif d'une durée de 1h30 à 2h dont la date et le lieu reste à définir

En espérant que ce travail attirera votre attention et que vous accepterez de participer à cette réflexion.

Je vous serais très reconnaissant d'accepter de participer à cette étude.

Merci de me confirmer votre participation par mail à l'adresse suivante : lucien.mange-tanti@orange.fr en y joignant une adresse mail de contact ainsi qu'un numéro de téléphone.

Lucien MANGE--TANTI

Travail de Thèse Dirigé par le Docteur Marcel BEURET

Annexe 2 : Questionnaire de préparation au focus group :

1 - Quel est votre Nom – Prénom :

Réponse : _____

2 - Quel est votre âge :

Réponse : _____

3 - Quel est votre sexe ?

☐ Homme

☐ Femme

4 - Quelles sont vos fonctions dans la MSP ?

☐ Médecin généraliste

☐ Infirmier

☐ Kinésithérapeute

☐ Pharmacien

☐ Coordinateur

☐ Autre...

Réponse : _____

5 - Depuis combien d'années exercez-vous ?

Réponse : _____

6 - En quelle année fut créée votre MSP ?

Réponse : _____

7 - Est-ce que votre MSP a adhéré à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ?

☐ Oui

☐ Non

8 - Combien y a-t-il de professionnels de santé dans votre MSP ?

Réponse : _____

9 - Depuis combien d'années participez-vous aux RCP consacrées aux patients complexes ?

Réponse : _____

10 - Avez-vous suivi une formation destinée à l'organisation d'une RCP ?

☐ Oui

☐ Non

11 - Dans quel milieu exercez-vous ?

☐ Rural

☐ Urbain

12 - Quel est votre mode d'exercice ?

- ☐ Libéral
- ☐ Salarié
- ☐ Mixte

13 - Combien de RCP sont organisées chaque année ?

- ☐ Moins de 8
- ☐ Plus de 8

14 - Est-ce qu'une coordinatrice / un coordinateur est présent dans votre MSP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

15 - Qui anime la RCP dans votre MSP ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Coordinateur
- ☐ Infirmier
- ☐ Autre ...

Réponse : _____

16 - Combien de dossiers sont étudiés par RCP en moyenne ?

- ☐ Entre 1 et 5
- ☐ Entre 6 et 10
- ☐ Entre 10 et 15
- ☐ Entre 15 et 20

17 - Êtes-vous globalement satisfait de l'organisation actuelle de vos RCP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

18 - Invitez-vous des professionnels extérieurs à la MSP au RCP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

19 - Si Oui, lesquels ? Réponse : _____

20 - Est-ce que vous informez le patient de la tenue de la RPC ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

21 - Est-ce que le patient est invité à participer à la RCP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22 - Utilisez-vous des outils numériques d'aide à l'organisation des RCP ? Si oui, lesquels ?

Réponse : _____

Annexe 3 : Guide d'entretien

Bonjour,

Nous vous remercions de votre présence ici dans le cadre de notre travail de thèse concernant la méthodologie d'organisation des RCP en maison de santé pluri professionnels en Bourgogne-Franche-Comté.

Le groupe d'étude consiste à discuter, entre nous, de votre mode de fonctionnement en matière d'organisation des RCP. Notre recherche bibliographique montre que la méthodologie existe en milieu hospitalier mais beaucoup moins en ambulatoire. Nous nous intéresserons à votre expérience dans la préparation, le déroulement et le suivi des réunions de concertation pluri professionnelles (RCP) dans le but de déterminer une méthodologie qui correspond aux besoins et exigences du travail ambulatoire

Nous sommes deux pour animer cette réunion avec des rôles différents. Le Docteur BEURET sera le modérateur avec pour fonction principale d'animer le groupe. J'aurai un rôle d'observateur avec une fonction de prise de notes.

Nous tenons à vous rappeler l'importance de chacune de vos interventions pour que l'on puisse recueillir le plus d'idées possibles. Toutes les informations vont être enregistrées en fichier audio et vidéo pour permettre une analyse ultérieure. Ces informations seront traitées de façon anonyme.

Si vous venez à évoquer des noms de patients ou des lieux, nous les rendrons anonymes lors de la retranscription de la séance.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Demande verbale d'autorisation d'enregistrement et d'exploitation des données audio.

Chacun se présente à tour de rôle en donnant son nom, son prénom, sa profession et son lieu d'exercice. Nous leur demandons de suivre la phrase « Je m'appelle X, je travaille dans la MSP de X, en tant que X ».

En amont de la RCP : La préparation	La construction de l'objet :	Au préalable, avez-vous défini collectivement le cas complexe ? Comment repérez-vous un cas complexe ? par qui, comment ? Qui centralise les demandes ? sous quelle forme ? Comment est exposée la problématique ? Avez-vous défini des limites à la RCP ? en termes de nombre de cas, et de durée de RCP ? Comment est hiérarchisé la présentation des cas ?
	Le management des activités et des professionnels :	Quel est le lieu de vos réunions ? Quelles sont vos ressources matérielles et humaines ? Comment circulent les informations relatives aux RCP ? (Programmation, date, lieu) Comment assurez-vous la sécurité des données ? Existe-t-il un référent des RCP ? Comment assurez-vous la suffisance du nombre de participants et la gestion des présences ? (Convocation, ordre du jour) Qui est habilité à participer aux RCP ? Est-ce que des personnes extérieures à la MSP sont invitées ? Comment veillez-vous à la confidentialité des données ?

Pendant la réunion : Le déroulement	Avez-vous un document décrivant votre mode de fonctionnement dans le règlement intérieur ? Comment assurez-vous la gestion des présences ? Est-ce que vous attribuez des rôles à certains participants ? (Animateur, modérateur, secrétaire de séance) Comment organisez-vous la répartition des temps de parole ? Comment s'organise la prise de décision collective et finale ? Existe-t-il des règles ? Comment organisez-vous la traçabilité des discussions ? Comment les professionnels absents aux RCP obtiennent-ils les informations ? Quelle est la place du patient au RCP ? Quel est son niveau d'information ?
Après la RCP : Le suivi	Comment est réalisé l'archivage des données ? Comment mettez-vous en œuvre le plan d'action pour la prise en charge du patient ? Comment suivre les actions mises en place ? Est-ce qu'une évaluation est réalisée en termes de démarche qualité ? Comment est assuré le recueil des données des ACI ?

Les questions ajoutées :

- Assurez-vous la traçabilité des discussions qui se font en dehors des RCP ? Avec quels outils ?
- Est-ce que la secrétaire de votre MSP participe aux RCP ? Quel est son rôle ?

Annexe 4 : Protocole Situation complexe (Proposé dans la MSP de D2 et anonymisé)

Cadre conceptuel :

Tableau synoptique des types de complexités dans les soins et leur définition : complexité des cas, complexité des soins, complexité des besoins

Les différents axes de la complexité dans les soins	Éléments de compréhension
Complexité des cas « Capacités du patient »	Ensemble de conditions et de troubles manifestés par un patient, d'un point de vue médical, socio-économique, santé mentale et comportemental. Sont souvent associés les termes : Comorbidité, polypathologies, multimorbidité. Ensemble de conditions et de troubles manifestés par un patient (gravité de la maladie et l'acuité du patient).
Complexité des soins « Charge de travail »	Ensemble des acteurs composant un système de prise en charge et réalisant des prestations d'aide et de soins. La complexité des soins est souvent utilisée comme synonyme d'intensité des soins ou de charge de travail infirmier.
Complexité des besoins	Caractéristiques du système de prise en charge engagé pour un patient qui utilise une part disproportionnée des ressources sanitaires humaines ou financières (besoins en services de santé : besoin de soins infirmiers, médicaux, chirurgicaux, de thérapies, d'équipements par exemple).

Dépistage et suivi : par qui, pour qui et pourquoi ?

Professionnels concernés	Population cible	Objectifs
Infirmières libérales Infirmières en Pratique Avancée (IPA) Médecins généralistes (MG) Acteurs de terrain (DAC/SSIAD/CCAS...)	Patient faisant parti de la MSP Pas de limite d'âge	Anticiper les problématiques de maintien à domicile Eviter les ruptures de soins Eviter l'épuisement des aidants ou du cercle de soins

Diagnostic de complexité :

Le COMID

Nom du patient :

Date de l'évaluation :

Facteurs de complexité		OUI	NON
Facteurs Santé médicale	Plusieurs maladies chroniques (>2) et/ou symptôme(s) inexpliqué(s)		
	Douleurs chroniques		
	Allergie et/ou intolérance médicamenteuse		
	Polymédication (>5)		
	Troubles cognitifs		
Facteurs Socio-économiques aggravant l'état de santé	Difficultés financières et/ou incapacité à supporter financièrement des prestations d'aide et de soins et/ou de traitements et/ou de moyens auxiliaires et/ou de transports et/ou d'alimentation.		
	Absence ou épuisement du proche aidant et/ou tensions familiales		
	Faible niveau de littératie* (lié à des problèmes d'alphabétisation et/ou barrière linguistique et/ou culturelle)		
	Isolement social		
	Logement inadapté et/ou barrière environnementale		
Facteurs Santé mentale aggravant l'état de santé	Dépression et/ou idées suicidaires		
	Maladie psychiatrique et/ou troubles psychiques (délires, hallucination, etc.)		
	Addiction		
	Anxiété ou angoisse rendant le tableau clinique confus		
	Fonctions mentales variant au cours de la journée		
Facteurs Comportement aux du patient	Sollicitations récurrentes du réseau primaire et/ou secondaire		
	Communication ambivalente et/ou conflictuelle avec l'un des membres du réseau primaire et/ou secondaire		
	Inquiétude face à ses symptômes et/ou état de santé et/ou aux informations médicales reçues		
	Agressivité (verbale et/ou physique) ou mutisme		

	Résistance ou opposition aux soins, qu'elles soient actives ou passives		
Facteurs Instabilité	Dégradation récente de l'état de santé ressentie par le client		
	Changement global du degré d'indépendance (AVQ/AIVQ) lors du dernier mois		
	Période de transition Exemples : annonce diagnostic, retour hospitalisation, décès proche aidant, divorce, travail, etc.		
	Changement aigu des capacités cognitives		
	Non prévisibilité de l'état de santé Exemples : apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique, plaies, douleurs, etc.		
Facteurs Relatifs aux intervenants et système de soins	Multitude d'intervenants dans le réseau secondaire (médecin traitant, spécialiste, soignant, curateur, etc.)		
	Absence ou faible degré de partenariat entre les différents intervenants du réseau primaire et/ou secondaire		
	Incohérence thérapeutique et/ou perte de sens dans la prise en charge du point de vue du professionnel		
	Problème d'assurance Exemples : limitation du remboursement de prise en charge		
	Lourdeur émotionnelle et/ou physique de la prise en charge ressentie par les membres du réseau secondaire (médecins, soignants)		
TOTAL DE OUI			

- Un score inférieur à 5 peut être considéré comme une situation non complexe
- Un score entre 6 et 9 peut être considéré comme à risque de complexité
- Un score supérieur à 10 peut être considéré comme complexe

BIBLIOGRAPHIE

1. N° 1132 - Rapport d'information de M. Marc Bernier déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>
2. Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978 [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
3. adsp n° 72 - Les maladies chroniques [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=112>
4. Moyal A. Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes. *Revue française de science politique*. 2019;69(5-6):821-43.
5. Prosper S. Favoriser l'égalité d'accès aux soins de qualité par la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*. 1 juin 2015;(5):139-48.
6. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 2 janv 2025]. Les maisons de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
7. reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf
8. Solé G. Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) - Objectifs et principe de fonctionnement. *Med Sci (Paris)*. 1 nov 2018;34:23-5.
9. Beaucourt C, Kustos I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. *Gestion et management public*. 20 oct 2014;24(2):61-79.
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. Ramond-Roquin A, Allory E, Fiquet L. La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. *Revue française des affaires sociales*. 2020;(1):125-41.

12. Mélanie F, Cloé R. Analyse descriptive des réunions de concertation pluriprofessionnelles du Pôle Santé du Sud-Ouest Mayennais.
13. Exercice ambulatoire [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 31 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/apres-linternat/exercer/exercice-ambulatoire/>
14. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 31 mars 2025]. L'exercice coordonné. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
15. L'exercice coordonné en Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. 2022 [cité 30 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/lexercice-coordonne-en-bourgogne-franche-comte>
16. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000017833749/2007-12-22
17. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 1 avr 2025]. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
18. Livre Ier : Professions médicales (Articles L4111-1 à L4163-10) - Légifrance [Internet]. [cité 30 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006140625/2020-10-03
19. Chapitre III bis : Maisons de santé. (Article L6323-3) - Légifrance [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000017744180/#LEGISCTA000017833753
20. Rémunération des maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
21. AvecsanteNA A. Lancement des négociations ACI MSP : une étape clé pour l'avenir des structures de santé pluriprofessionnelles - AVECSanté Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2024 [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://avecsantena.fr/lancement-des-negociations-aci-msp-une-etape-cle-pour-lavenir-des-structures-de-sante-pluriprofessionnelles/>

22. Guide-indicateurs-ACI-MSP-2023.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Guide-indicateurs-ACI-MSP-2023.pdf>
23. aci-jo.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/IMG/pdf/aci-jo.pdf>
24. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire
25. 102017_chiff7cbb.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2024]. Disponible sur: https://bourgogne-franche-comte.dreets.gouv.fr/sites/bourgogne-franche-comte.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/102017_chiff7cbb.pdf
26. Bourgogne-Franche-Comté - Première région rurale de France - Insee Flash Bourgogne-Franche-Comté - 123 [Internet]. [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5360632>
27. Bilan démographique 2022 : un nombre de naissances historiquement bas - Insee Analyses Bourgogne-Franche-Comté - 110 [Internet]. [cité 30 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7634992#graphique-figure2>
28. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 10 avr 2024]. Les maisons de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
29. Plan d'action 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles.
30. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire - Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger - Global Media Sante - Grand format - Librairie Gallimard PARIS [Internet]. [cité 23 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.librairie-gallimard.com/livre/9782919616374-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante-le-guide-pour-reussir-sa-these-ou-son-memoire-jean-pierre-lebeau-isabelle-aubin-auger/>
31. Burger-Helmchen T, Raedersdorf S. 46. La roue de Deming. Pro en. 2018;154-5.
32. PACTE Soins primaires - Coordinateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires : Mention MSP-CDS | EHESP [Internet]. [cité 12 avr 2025]. Disponible sur: <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/pacte-soins-primaires-coordonateur-de-regroupements-pluri-professionnels-de-soins>
33. Asalée [Internet]. [cité 12 avr 2025]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>
34. <https://dune.univ->

angers.fr/fichiers/14007446/2019MCEM10543/fichier/10543F.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007446/2019MCEM10543/fichier/10543F.pdf>

35. 2_-Guide-du-Coordo-MSP_AVECsante-2021.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: https://avecsante.fr/wp-content/uploads/2024/07/2_-Guide-du-Coordo-MSP_AVECsante-2021.pdf

36. FeMaSCo-BFC. ENQUÊTES USAGERS DES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNÉ.

37. Buffet S, Vuattoux P, Baudier F, Peseux Y, Magnin-Feysot C, Perrot JM. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire: Constats, limites et perspectives. *Santé Publique*. 8 oct 2014;26(4):433-41.

38. Masson E. EM-Consulte. [cité 12 avr 2025]. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/706107/linterdisciplinarite-diminue-t-elle-la-souffrance->

39. esante.gouv.fr [Internet]. [cité 12 avr 2025]. Cybersécurité accélération et Résilience des Etablissements (CaRE). Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/cybersecurite>

40. Franceinfo [Internet]. 2024 [cité 12 avr 2025]. Plus de 750 000 patients victimes d'un vol de leurs données de santé lors d'une cyberattaque d'un établissement francilien. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/plus-de-750-000-patients-victimes-d-un-vol-de-leurs-donnees-de-sante-lors-d-une-cyberattaque-d-un-etablissement-francilien_6912764.html

41. Devenir délégué à la protection des données [Internet]. [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/devenir-delegue-la-protection-des-donnees>

42. 2_-Guide-du-Coordo-MSP_AVECsante-2021.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2025]. Disponible sur: https://avecsante.fr/wp-content/uploads/2024/07/2_-Guide-du-Coordo-MSP_AVECsante-2021.pdf

43. Formations proposées par la FeMaSCo BFC [Internet]. Femasco bfc. [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.femasco-bfc.fr/accompagnement/formations/>

44. 10543F.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2025]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007446/2019MCEM10543/fichier/10543F.pdf>

45. Zalmaï D. Maisons de santé pluri professionnelles: attentes, réalités et perspectives. Étude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains.

46. Fournier et al. - Dynamiques professionnelles et formes de travail p.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>
47. PS1_PU_01_01_GUIDE_DE_BONNES_PRATIQUES_RCP_DCC.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2018/11/PS1_PU_01_01_GUIDE_DE_BONNES_PRATIQUES_RCP_DCC.pdf
48. CHARTE-fonctionnement-des-RCP-3C-Oncoleire-07102022-Version-finale.docx.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: <https://3c.onco-aura.fr/oncoleire/wp-content/uploads/sites/9/2023/06/CHARTE-fonctionnement-des-RCP-3C-Oncoleire-07102022-Version-finale.docx.pdf>
49. 10543F.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007446/2019MCEM10543/fichier/10543F.pdf>
50. reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf [Internet]. [cité 22 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf
51. Pierrat J. Être médecin généraliste au quotidien: une quête de sens et d'équilibre: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes franc-comtois. 2024;
52. Lemonnier R, Aubry P. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France: une revue systématique de la littérature.
53. Autissier D, Metais-Wiersch E, Peretti JM. Outil 47. Le modèle de Kolb. BàO La Boîte à Outils. 2019;122-3.
54. NGUYEN-Article_MEDECINE.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2025]. Disponible sur: http://diu-soignerlessoignants.fr/wp-content/uploads/2019/03/NGUYEN-Article_MEDECINE.pdf
55. Décret n° 2022-375 du 16 mars 2022 fixant les modalités de fonctionnement des communautés professionnelles territoriales de santé. 2022-375 mars 16, 2022.
56. VÉRAN A. Indemnités de pertes de revenus : doit-on tenir compte des horaires d'activités de chaque professionnel de santé ? [Internet]. HOUDART & ASSOCIÉS. 2022 [cité 13 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.houdart.org/indemnites-de-pertes-de-revenus-doit-on-tenir-compte-des-horaires-dactivites-de-chaque-professionnel-de-sante/>

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
1. CONTEXTE	5
2. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE AMBULATOIRE.....	6
2.1. <i>L'exercice isolé</i>	6
2.2. <i>L'exercice regroupé</i>	6
2.3. <i>L'exercice regroupé coordonné pluriprofessionnel</i>	6
3. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES	6
3.1. <i>Définition</i>	6
3.2. <i>Statut juridique</i>	7
3.3. <i>Les acteurs principaux des MSP</i>	7
3.4. <i>Le projet de santé</i>	8
3.5. <i>L'Accord Conventionnel Interprofessionnel</i>	8
3.5.1. Les indicateurs socles prérequis	9
3.5.2. Les indicateurs socles	9
3.6. <i>Les réunions de concertation pluriprofessionnelles</i>	10
4. LA REGION BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	12
4.1. <i>Description de la région</i>	12
4.2. <i>État de santé de la région</i>	13
4.3. <i>Accessibilité aux soins</i>	14
4.4. <i>Les maisons de santé</i>	14
MÉTHODE	15
1. TYPE D'ETUDE	15
2. POPULATION ETUDIEE	15
3. RECUEIL DES DONNEES.....	16
4. ANALYSE DES DONNEES	17
5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	18
RÉSULTATS	19
1. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS	19
2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	19
3. LES PROFESSIONNELS DECRIVENT UN BESOIN DE METHODOLOGIE	22
3.1. <i>L'apprentissage des RCP repose principalement sur l'expérience collective de l'équipe</i>	22
3.2. <i>Les professionnels perçoivent les limites de leur progression empirique et soulignent la nécessité d'une aide technique pour améliorer leurs pratiques</i>	23
3.3. <i>Le repérage du cas complexe</i>	23
3.3.1. Certains professionnels ont exploré et recherché une définition du « cas complexe »	23
3.3.2. La définition du cas complexe repose sur l'appréciation subjective des professionnels	23
3.3.3. Les critères de complexité s'inscrivent dans une approche « bio-psycho-social »	25
3.3.4. La RCP constitue un espace où les professionnels peuvent exprimer leurs difficultés et souffrances, même lorsque celles-ci ne correspondent pas à des cas complexes mais deviennent pesantes pour eux : 25	
3.4. <i>La planification des RCP</i>	26
3.4.1. Une planification permet d'augmenter la participation.....	26
3.4.2. Augmenter la fréquence des réunions permettrait de gagner en efficience	27
3.5. <i>La préparation des RCP</i>	28
3.5.1. Lister les patients à présenter est gage d'efficacité	28
3.5.2. Établir un ordre du jour (ODJ) améliore l'efficience des RCP	29
3.6. <i>La conduite des RCP doit être formalisée</i>	29
3.6.1. Les professionnels ont besoin de discipline	30
3.6.2. La RCP peut être adossée à d'autres réunions pluridisciplinaires	30
3.6.3. Les équipes s'auto disciplinent.....	30
3.6.4. Il persiste une carence dans la rigueur de présentation	31

3.7.	<i>Les comptes rendus de réunion</i>	31
3.7.1.	Tracer les discussions permet une meilleure prise en charge	32
3.7.2.	La retranscription est soumise à validation des participants	32
3.7.3.	L'archivage des RCP est inégalement réalisé	33
3.8.	<i>Le suivi des actions</i>	33
3.8.1.	Le suivi des décisions n'est pas systématisé	33
3.8.2.	... Mais les cas complexes reviennent naturellement en RCP	33
3.8.3.	Le suivi des décisions semble important	34
3.8.4.	La vérification de la mise en œuvre des décisions est de la responsabilité des professionnels de santé	34
3.9.	<i>La place du patient dans les RCP</i>	34
3.10.	<i>Habilitation des participants et sécurisation des données</i>	35
3.10.1.	La place des étudiants dans les RCP	35
3.10.2.	Certaines participations font débat	36
4.	LES ROLES DE CHACUN MERITERAIENT D'ETRE MIEUX DEFINIS	37
4.1.	<i>Le champ d'action de la coordinatrice dans la RCP mérite d'être précisé</i>	37
4.1.1.	Les rôles des coordinatrices sont très variés	37
4.1.2.	Les coordinatrices ont un rôle prépondérant dans la tenue des RCP	37
4.1.3.	Les coordinatrices ont une charge de travail excessive dans les RCP	38
4.2.	<i>Une répartition des tâches s'impose</i>	38
4.2.1.	Un animateur rendrait la RCP plus efficace.....	38
4.2.2.	Un secrétaire de séance est indispensable	39
4.3.	<i>Le rôle déterminant du médecin dans la RCP</i>	40
4.3.1.	Bien que la pluridisciplinarité soit mise en avant par les équipes	40
4.3.2.	... la présence du médecin référent du patient est incontournable pour l'équipe	40
4.3.3.	Même si une conduite à tenir n'est pas toujours obtenue en une seule RCP	41
4.3.4.	... la décision finale revient au médecin traitant	41
4.4.	<i>La participation de la secrétaire de la MSP aux RCP</i>	41
5.	CERTAINS ELEMENTS FACILITENT L'ORGANISATION DES RCP	41
5.1.	<i>La convivialité</i>	41
5.2.	<i>Une salle et du matériel dédiés</i>	42
5.2.1.	Avoir une salle dédiée est un élément facilitant	42
5.2.2.	Des outils de gestion	42
5.3.	<i>Récompenser les participants</i>	43
5.3.1.	L'absence d'indemnisation financière n'est pas un frein à l'engagement des participants.....	43
5.3.2.	L'indemnisation financière reconnaît et valorise l'investissement des professionnels	44
5.3.3.	Les modalités d'indemnisation varient selon les équipes :	44
5.3.4.	La récompense peut-être non financière et collective.....	44
6.	UNE DEMARCHE QUALITE	45
6.1.	<i>Il faut interroger le fonctionnement de la RCP</i>	45
6.2.	<i>Le questionnaire permet de prendre conscience de ses erreurs</i>	45
	DISCUSSION	47
1.	DISCUSSION DES RESULTATS	47
1.1.	<i>Modélisation de la méthodologie d'organisation des RCP en MSP</i>	47
1.2.	<i>Des difficultés</i>	49
1.2.1.	Un besoin de méthodologie	49
1.2.2.	Une organisation du suivi des cas complexes encore inaboutie	49
1.2.3.	La place du patient dans les RCP : un positionnement difficile entre exigences éthiques, légales et réalités de terrain	50
1.2.4.	Habilitations et sécurisation des données : La dimension sécuritaire.....	52
1.2.5.	Une répartition des missions d'animation à structurer	52
1.3.	<i>Des initiatives d'amélioration réussies</i>	54
1.3.1.	La définition des cas complexes	54
1.3.2.	La planification.....	55
1.3.3.	La retranscription des débats	56
1.4.	<i>Proposition d'amélioration</i>	57
1.4.1.	La préparation des RCP, incontournable volet d'amélioration de la qualité	57
1.4.2.	La valorisation des RCP « sauvages »	58
1.4.3.	La présentation des cas.....	58
1.4.4.	Favoriser l'auto-discipline	59

1.5.	<i>Des leviers de réussite</i>	60
1.5.1.	Des équipes mûres au changement de paradigme	60
1.5.2.	Une aide structurante ... personnalisée à l'équipe.....	60
1.5.3.	Des fondamentaux à respecter, au service d'une politique de changement :	61
2.	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	63
2.1.	<i>Originalité de l'étude</i>	63
2.2.	<i>Échantillonnage</i>	63
2.3.	<i>Recueil des données</i>	64
2.4.	<i>Analyse des données</i>	64
CONCLUSION		66
ANNEXES		68
BIBLIOGRAPHIE		77
TABLE DES MATIÈRES		82

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

Présentée par : Lucien MANGE--TANTI

Né(e) le : 14/09/1995

à : Montbéliard

Et ayant pour titre : Amélioration des pratiques en maison de santé pluriprofessionnelle : une étude qualitative sur l'organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelle en Bourgogne Franche Comté

Vu,

Besançon, le 14/04/2025

Le Président de jury de Thèse,



Dr Benoît DINET, Professeur Associé

Vu et approuvé,

Besançon, le 23/04/2025

Le Directeur de l'UFR Santé,

Le Professeur Thierry MOULIN



NB : le directeur de l'UFR Santé ne peut être tenu responsable des idées et propos défendus dans ce mémoire de thèse

RÉSUMÉ

NOM Prénom : MANGE--TANTI Lucien

Thèse soutenue le : 13 mai 2025 à 13h30

Titre de la thèse : Amélioration des pratiques en maison de santé pluriprofessionnelle : Une étude qualitative sur l'organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelles en Bourgogne-Franche-Comté

Résumé :

Introduction : Des obstacles méthodologiques freinent les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) en maison de santé pluriprofessionnelles (MSP). L'objectif est d'explorer l'organisation des RCP de MSP en Bourgogne-Franche-Comté (BFC).

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 professionnels de MSP organisant des RCP. Échantillonnage théorique, par itération. Analyse inspirée de la théorisation ancrée. Double encodage et triangulation des données.

Résultats : L'organisation actuelle des RCP, construite de manière empirique, montre ses limites. Les difficultés exprimées soulignent le besoin d'un cadre méthodologique. Des leviers existent pour initier un changement par une démarche qualité structurée.

Discussion : L'amélioration de l'organisation des RCP répond à des pressions à la fois internes (attentes des participants) et externes (exigences réglementaires).

Conclusion : L'optimisation des RCP gagnerait en efficacité par une démarche qualité adaptée aux besoins des équipes, favorisant son appropriation. Intégrée, cette méthode pourrait servir de socle aux améliorations requises par les exigences réglementaires, comme la sécurité des données et la démocratie sanitaire.

Mots-clés :

- Réunion de concertation pluriprofessionnelle
- Maison de santé pluriprofessionnelle
- Méthodologie
- Guide
- Protocole d'organisation
- Bourgogne-Franche-Comté