



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quelles sont les attentes et les aspirations des Médecins Généralistes,
Pharmaciens, Biologistes, Chirurgiens Dentistes dans la mise en place
effective du pôle de santé dans la ville de Hem?**

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2015 à 18h
Au Pôle Formation
Par Mathieu Perche

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Lacroix Dominique

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Delaporte Emmanuel

Monsieur le Professeur Lerouge Patrick

Madame le Docteur Aelbrecht Brigitte

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Lefebvre Jean-Marc

Avertissement

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

Liste des abréviations

ALPS	Association Locale de Professionnels de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
B	Biologiste
ENMR	Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
ETP	Education Thérapeutique de Patients
D	Dentiste
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
M	Médecin
MSP	Maison de Santé Pluri professionnelle
P	Pharmacien
PDS	Pôle de Santé
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Préambule

Cette recherche consiste en un travail exploratoire de la population d'un pôle de santé urbain en voie de constitution après signature d'un contrat entre l'Agence Régionale de Santé et la ville de Hem.

Deux travaux de thèse ont été réalisés. L'un sur les professionnels médicaux (présenté ici) et l'autre sur les professionnels paramédicaux.

Ces travaux ont fixé les attentes de la population soignante étudiée selon la même méthode; les résultats dépendent de ce que la population regroupe des acteurs médicaux ou paramédicaux; cela explique des recoupements à un taux élevé entre les deux thèses alors que les data bases sont bien différentes ainsi que leurs résultats.

L'ensemble des deux populations se fondant vers un même objectif commun, les deux discussions présentent également de nombreux points de convergence.

Par contre les résultats et attentes des deux populations des deux data bases nous permettent en liaison avec un travail juste antérieur concernant les chirurgiens dentistes du secteur de faire progresser la cohorte des soignants de la ville vers une meilleure collaboration autour des patients.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes	4
I. Le choix de la méthode : les entretiens collectifs	4
II. Description de la méthode	5
a. L'échantillonnage.....	5
b. L'élaboration du guide d'entretien qualitatif	5
c. L'élaboration du questionnaire quantitatif	6
d. Organisation logistique des groupes de discussion	6
III. Analyse des données	8
Résultats	9
I. Représentation du pôle de santé pour les professions médicales	9
a. Un regroupement de professionnels de santé.....	9
b. Un exercice de soins de premier recours	9
c. Une équipe de soins « sans les murs », qui n'ont pas fait le choix de construire un bâtiment ensemble.....	9
d. Une organisation sur un territoire donné	10
e. Un projet de santé commun	10
f. Des financements publics, une volonté politique.....	10
g. Méconnaissance du pôle pour certains professionnels.....	10
II. Les attentes des professionnels médicaux quant à la mise en place d'un pôle de santé à Hem.....	10
a. Améliorer la pratique des soins	10
b. Améliorer la collaboration entre professionnels de santé.....	11
c. Bénéficier de nouveaux modes de rémunération valorisant l'activité et non plus le nombre d'actes.....	11
d. Favoriser la prévention et l'éducation du patient	12
e. Devenir un partenaire visible du soin secondaire.....	13
f. Améliorer les conditions de vie des professionnels et lutter contre le burn out	13
g. Attirer les jeunes professionnels.....	14
h. Etre un lieu de formation	14
i. Répondre aux attentes des patients	14
III. Les craintes des professionnels et les freins à la mise en place d'un pôle de santé	15
a. L'investissement nécessaire à l'intégration d'une telle structure semble très important.....	15
b. Peur de la lourdeur administrative liée au fonctionnement intrinsèque du PDS	15
c. Peur de la perte d'une partie de leur chiffre d'affaires	16
d. La fin de l'exercice libéral	16
e. Inquiétude liée à la définition floue des professionnels pouvant faire partie de PDS	17
f. Manque d'intérêt du PDS	17

IV. Les idées pour améliorer la coopération entre professionnels	17
a. Création du métier de coordonnateur du PDS	17
b. Dossier électronique partagé.....	18
c. Echange des numéros de téléphone et des mails.....	18
d. Réunions de concertation pluri professionnelles	18
e. Permettre la continuité des soins	19
f. Accompagnement personnalisé des patients en situation complexe	19
g. Charte éthique	19
h. Maîtrise de stage et accueil d'étudiant	20
Discussion.....	21
I. Les limites de l'étude	21
a. Biais liés au recrutement	21
b. Biais inhérent à la dynamique de l'entretien collectif.....	21
II. Les forces de l'étude.....	22
a. La qualité du modérateur.....	22
b. Les bonnes conditions du déroulement des entretiens	22
c. L'analyse des réunions au fur et à mesure et la modification du guide d'entretien.	22
III. Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature.	23
Conclusion	26
Références bibliographiques	27

RESUME

Contexte : De nouveaux enjeux épidémiologiques tels que le vieillissement de la population, le développement de maladies chroniques et les modifications de la démographie médicale rendent indispensable une réorganisation des soins de premier recours. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de juillet 2009 fait du développement des maisons et des pôles de santé pluridisciplinaires une priorité. Le projet de pôle de santé (PDS) pour la ville de Hem a été validé officiellement en 2014 par l'Agence Régionale de la Santé, cependant, sa mise en place n'est pas encore effective. Quelles sont les attentes et les aspirations des professionnels de santé médicaux dans la mise en place du PDS de la ville de Hem ?

Méthode : Ce travail est une étude qualitative basée sur des entretiens de groupes semi structurés. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et ont fait l'objet d'un codage thématique.

Résultats : Les professionnels attendaient que le PDS réponde aux besoins des patients en permettant une prise en charge globale, coordonnée et centrée sur le patient. Ils souhaitaient également que ce lieu d'échange et de convivialité améliore leur qualité de vie privée et professionnelle. Ils y voyaient un moyen de réduire leur isolement et de lutter contre le risque d'épuisement professionnel. Le PDS devait aussi s'inscrire dans une démarche de santé publique en favorisant la prévention et l'éducation thérapeutique grâce à de nouveaux modes de rémunération. Enfin, le PDS devait être un lieu de formation pluri professionnel, d'accueil des étudiants et de recherche dans le domaine des soins primaires. Les craintes liées à la mise en place d'un PDS étaient surtout liées à la peur du manque de temps, à la complexité administrative et à la difficulté d'envisager les modalités d'un mode de fonctionnement collectif chez des professionnels ancrés dans une « culture libérale ».

Conclusion : L'identification des cultures, des aspirations, des représentations et des craintes des professionnels médicaux de la ville de Hem est un premier pas vers la mise en place du PDS à Hem.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, l'offre de soins de premier recours connaît des mutations profondes sous la pression conjuguée des besoins de la population particulièrement marqués dans les zones sous dotées en offre de soin primaire, des attentes des professionnels de santé et de la démographie médicale. Le déploiement des maisons puis des pôles de santé pluriprofessionnels voire pluridisciplinaires correspond aux attentes de cette nouvelle offre de soins de premier recours. Les professionnels de santé peuvent y exercer dans un environnement adapté à une pratique modernisée de leur exercice. Les patients y apprécient la continuité et la permanence des soins de proximité dans un contexte qui allie le soin, l'enseignement de la discipline et de plus en plus la recherche en soin ambulatoire.

Dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) de 2009 (1) et du pacte territoire-santé de 2012 (2), les gouvernements successifs réaffirment leur volonté de développer de nouvelles structures pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires pour le soin primaire ambulatoire. Ces structures sont composées principalement des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et des pôles de santé (PDS).

Le point de départ de ces nouvelles structures est lié aux expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) des professionnels de santé destinées à enrichir le parcours et l'offre de soins. En effet, la rémunération actuelle des professionnels de santé par le paiement à l'acte ne permet pas le développement de pratiques de soins innovantes. Ainsi, depuis 2010, il existe une montée en puissance des maisons et pôles de santé qui ont permis une diffusion de nouvelles prises en charge de premier recours, toujours dans une approche pluri professionnelle, d'éducation thérapeutique, de suivi personnalisé, de partage des actes et d'échanges entre professionnels(3).

Actuellement en France, près de 150 structures pluriprofessionnelles de premier recours réparties sur l'ensemble du territoire sont concernés par ce nouveau mode d'exercice. Dans la région Nord Pas de Calais, 9 structures ont vu le jour et sont composées de 5 MSP (Aniche, Steenvoorde, Laventie, Sin le Noble, Fruges) et 4 PDS (Lille Moulins, Solesmes, Marly, Maubeuge).

Depuis de nombreuses années, les professionnels de santé hémis cherchent à se rapprocher pour travailler en groupe. En 1985, une Association Locale de Professionnels de Santé (ALPS) a été créée, regroupant les professionnels libéraux

d'Hem, de Sailly-lez-Lannoy et de Forest-sur-Marque. Le pôle de santé issu de cette structure existe officiellement depuis le printemps 2014 dans le cadre juridique du Contrat Local de Santé ; il fait suite à la Charte de santé signée entre la municipalité et l'Agence Régionale de Santé Nord Pas de Calais (ARS) en 2013.

Cependant, pour que la mise en place des pôles de santé soit effective, la mobilisation des différents professionnels de santé est indispensable. Le but de ce travail était de dynamiser la création du projet de pôle de santé dans la ville de Hem, en recueillant les attentes et les aspirations des professionnels médicaux localement représentées pour la mise en place effective du pôle de santé à Hem.

MATERIELS ET METHODES

I. Le choix de la méthode : les entretiens collectifs

La méthode des entretiens collectifs est utilisée dans les travaux de recherche qualitative pour recueillir les données. Elle est née aux Etats-Unis où elle porte le nom de focus group et a été utilisée pour la première fois après la seconde guerre mondiale. Elle était au départ utilisée dans les techniques de marketing afin de recueillir les attentes des consommateurs en vue d'améliorer l'attractivité des produits. Cette méthode a été utilisée en recherche universitaire au début des années quatre-vingt pour répondre à des questions sociologiques concernant la santé. Elle est adaptée à la recherche en soins primaires car elle permet le recueil qualitatif d'informations et d'opinions sur des thèmes variés.

Un focus group est un groupe de discussion semi-structuré composé d'un animateur neutre modérant la discussion, d'un ou plusieurs observateurs qui collectent les informations et de personnalités diverses qui échangent sur un nombre limité de questions définies à l'avance dans un guide d'entretien.

Cette technique d'échange permet de créer une dynamique de groupe, d'explorer, de stimuler et de faire émerger différentes idées et points de vue. Elle favorise la discussion autour d'opinions controversées entre les participants. Elle permet également de faire émerger des idées nouvelles et parfois inattendues permettant ainsi d'explorer des domaines de réflexion inconnus (4)(5).

L'objectif du travail était d'évaluer les attentes, les craintes, les besoins, les pratiques et le ressenti des professionnels de santé de la ville d'Hem dans la mise en place d'un Pôle de Santé dans leur ville. La méthode des entretiens collectifs s'est donc imposée comme la plus adaptée pour y répondre.

II. Description de la méthode

a. L'échantillonnage

Il a été constitué de groupes de discussion. La sélection des participants a été réalisée en vue de refléter la réalité et d'obtenir le maximum de témoignages possibles selon la théorie de l'échantillonnage raisonné à variation maximale. Le but était de faire émerger tous les points de vue sur le sujet.

Les groupes étaient composés d'un animateur (modérateur), de deux observateurs (les chercheurs), de quatre à cinq participants répartis par échantillonnages raisonnés pour représenter les différents professionnels de santé médicaux de la ville d'Hem.

Ces derniers étaient représentés par des Médecins généralistes, des Pharmaciens et des Chirugiens dentistes.

b. L'élaboration du guide d'entretien qualitatif

Les entretiens collectifs nécessitaient l'élaboration préalable d'un guide d'entretien. Il permet de définir précisément le déroulement de la séance. Il est reproductible entre chaque séance. Il permet d'organiser les différents points du débat, tout en respectant le temps imparti. Il est évolutif et peut être adapté à l'intérieur de l'entretien, après l'entretien et au fur et à mesure du déroulement de l'étude si besoin.

Il a été élaboré et a été remis à l'animateur avant chaque séance. Il comprenait la question de recherche, les modalités d'animation du focus group, le nombre de participants, sa durée, l'heure et la date de l'entretien. Il était demandé à l'animateur d'assurer le caractère anonyme des données et de valoriser l'importance de la participation personnelle de chacun. Le but était de recueillir un éventail d'idées divergentes et non pas d'obtenir un consensus. L'animateur disposait d'une trame de questions ouvertes, cohérentes, neutres, simples et faciles à comprendre, clôturées par une demande de renseignements sociologiques quantitatifs sur les participants. Les questions étaient formulées sous forme de questions ouvertes (Annexe 1) (6).

Avant de poser la deuxième question, l'animateur faisait un bref rappel des textes de loi concernant les pôles de santé (loi HPST « Hôpital, patients, santé, territoire » LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40). Le guide d'entretien

comportait une trame de questions ouvertes complémentaires afin de relancer le débat si besoin. Il était prévu que l'animateur fasse une synthèse finale des discussions, permettant ainsi la validation par les participants des principales idées recueillies et d'ajouter d'éventuelles précisions ou des concepts oubliés.

Comme souvent dans les recherches qualitatives, une adaptation du guide d'entretien a été nécessaire au fur et à mesure des focus group.

c. L'élaboration du questionnaire quantitatif

Le questionnaire quantitatif servait au recueil des caractéristiques des participants. Il a été recueilli, au sein d'un questionnaire simple, court et anonyme les données concernant l'âge, le sexe, la durée moyenne d'installation, le mode d'exercice (seul ou en groupe).

d. Organisation logistique des groupes de discussion

1. Recrutement des participants

Les professionnels de santé ont été contactés par téléphone parmi l'ensemble des professionnels exerçant à Hem. Ils ont été appelés de manière aléatoire à partir de l'annuaire téléphonique de la ville. Les participants étaient recrutés sur la base du volontariat.

Au départ, quatre groupes avaient été prévus. Ils devaient réunir un membre représentant chaque profession (un médecin, un pharmacien, un biologiste, un chirurgien dentiste).

Trois entretiens collectifs ont été nécessaires pour arriver la saturation des données.

2. Déroulement des focus group

Les entretiens ont eu lieu lors de soirées d'avril à juillet 2015. Ils se sont déroulés au sein du cabinet des Docteurs Brigitte Aelbrecht et Jean-Marc Lefebvre à Hem. Ils commençaient à 20h30 pour une durée de 1h30 à 2 heures.

Ils ont été animés par le même modérateur, le Dr François Roman, médecin généraliste à Hem. Les deux observateurs présents pour s'assurer du bon déroulement des entretiens collectifs étaient les deux internes chargés du projet.

3. La constitution des groupes

Le premier groupe était composé de quatre professionnels de santé parmi lesquels figuraient un médecin généraliste, un pharmacien, un chirurgien dentiste et un biologiste. Il s'est déroulé le 24 avril 2015, et a duré 1h30.

Le deuxième groupe a eu lieu le 29 mai 2015, et était composé de quatre professionnels de santé qui étaient un médecin généraliste, un biologiste, un chirurgien dentiste et un pharmacien. Il a duré 1h30.

Le troisième groupe a eu lieu le 23 juillet 2015 pour une durée de 1h30. Il était composé d'un médecin généraliste, deux pharmaciens et d'un chirurgien dentiste.

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes interrogées

	Profession	Sexe	Age (années)	Durée d'exercice (années)	Mode d'exercice
M1	Médecin	M	55	24	Groupe
P1	Pharmacien	M	38	12	Groupe
D1	Chirurgien Dentiste	M	51	22	Seul
B1	Biologiste	M	47	17	Groupe
M2	Médecin	F	42	4	Groupe
P2	Pharmacien	F	47	17	Groupe
D2	Chirurgien Dentiste	M	36	3	Groupe
B2	Biologiste	F	47	10	Groupe
M3	Médecin	F	54	21	Groupe
P3	Pharmacien	M	36	7	Groupe
P4	Pharmacien	F	53	27	Groupe
D3	Chirurgien Dentiste	M	35	3	Groupe

III. Analyse des données

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, trois ont été nécessaires. Ils ont été enregistrés filmés intégralement avec l'accord des participants puis retranscrits *ad integrum* par les deux investigateurs du projet. Pour respecter l'anonymat, chaque participant prenait la parole en s'identifiant par une lettre et un chiffre. Les éléments non verbaux ont également été retranscrits. Les enregistrements ont ensuite été détruits comme les investigateurs s'y étaient engagés auprès des participants.

Après retranscription du premier entretien, le logiciel d'analyse qualitative QSR Nvivo 10 a permis de coder phrase par phrase l'intégralité des verbatims. Après analyse du premier entretien, le guide d'entretien a été modifié pour l'entretien suivant. Le guide d'entretien était donc évolutif entre chaque réunion. Chacun des investigateurs a réalisé une analyse catégorielle thématique de manière individuelle. Les analyses ont ensuite été mises en commun pour aboutir à un codage homogène (triangulation des données). En cas de désaccord, le verbatim était relu pour définir un code commun. A la fin de chaque analyse, les codes ont été regroupés en thèmes et catégories.

RESULTATS

I. Représentation du pôle de santé pour les professions médicales

a. Un regroupement de professionnels de santé

Le PDS était défini par les professionnels de santé médicaux comme « un regroupement de professionnels de santé » (B2). Il consistait en « une réunion de plusieurs professions médicales et paramédicales » (M3). Le but était d'« intégrer le plus de professionnels » (P1) possibles. La notion de « coordination » (P4, D3) était unanime.

b. Un exercice de soins de premier recours

Le PDS correspondait à un regroupement de « professionnels libéraux » (P4). C'était une réunion de professionnels de soins de premier recours, « de soins primaires » (M1) : « C'est [donc] un groupe pluriprofessionnel qui peut prendre en charge [...] de manière pluriprofessionnelle les patients de la ville » (B1).

c. Une équipe de soins « sans les murs », qui n'ont pas fait le choix de construire un bâtiment ensemble

Dans cette structure, les professionnels n'étaient « pas obligés d'être chacun dans le même lieu » (M1). Ils pouvaient « rester chacun dans [leur] structure, « continuer à travailler dans [leurs] murs » (B1). Le PDS leur évoquait une « structure juridique » (B1), « quelque chose d'administratif » (M1). Les professionnels connaissaient la nécessité de mettre en place une « SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) » (P2) pour faciliter leur exercice au sein d'un tel regroupement de professionnels.

d. Une organisation sur un territoire donné

Les professionnels mettaient en avant la notion d' « entité territoriale » (M1), de « regroupement [...] sur un même secteur » (M1), « sur un canton donné, une ville et les [villages] autour » (D2). Les PDS étaient pour eux une « réponse à la problématique de[s] désert[s] médica[ux] » (B1).

e. Un projet de santé commun

L'objectif était « aussi de faire des statistiques [et] de trouver les besoins de la population » (M3). Cette vision globale permettrait de réaliser « des projets de soins » (M1) et de « se coordonner pour que le patient ait tous les soins [nécessaires] » (P4) en rapport avec sa pathologie. Ces projets communs seraient validés « par l'ARS » (M1).

f. Des financements publics, une volonté politique

Le financement, « la prise en charge » (M1) de tels projets pourrait se faire par l'ARS.

g. Méconnaissance du pôle pour certains professionnels

La notion de PDS « rest[ait] encore assez floue » (M2) pour certains professionnels. Ils se demandaient comment cela allait se concrétiser « dans leur pratique quotidienne » (M2).

II. Les attentes des professionnels médicaux quant à la mise en place d'un pôle de santé à Hem

a. Améliorer la pratique des soins

Pour « rendre service au mieux au malade » (D1), les professionnels proposaient « une mise en commun des savoirs de chaque spécialité » (D1). Ils mettaient l'accent sur une harmonisation de la formation des professionnels pour

uniformiser le discours tenu au patient et « ne pas donner de conseils contradictoires » (P2). Le but serait de créer « un protocole de soins en commun pour un type de pathologie bien déterminé » (P1).

Cela permettrait d' « avoir tous le même discours et de travailler en coordination » (P2).

Les professionnels mentionnaient également la nécessité d'une évaluation par les autorités de santé pour ces nouvelles pratiques de soin : « on aurait des comptes à rendre, bien sûr » (P2).

b. Améliorer la collaboration entre professionnels de santé

Le PDS « facilit[erait] [la] communication » (M2) entre professionnels. Il servirait « à s'organiser autour des patients pour coordonner la prise en charge » (M3).

La « connaiss[ance entre] professionnels » (P1) permise par le PDS entrainerait une simplification des « relations [et] des échanges » (P1). Cela éviterait les « tensions » (P1) qui se créent parfois quand il faut rediscuter d'une prise en charge. D'autant plus qu'à l'heure actuelle « en ville chacun travaill[ait] de son côté, il n'y [avait] pas de coordination » (P2).

Les professionnels évoquaient « la notion de délégation [ou plutôt de redistribution] de compétences » (M1). Le PDS serait l'occasion d'un travail collaboratif qui permettrait une redéfinition des champs de métiers. Les professions seraient « décloisonn[ées] » (M1) et « imbriquée[s] » (P2) les unes entre les autres.

c. Bénéficiaire de nouveaux modes de rémunération valorisant l'activité et non plus le nombre d'actes

Le PDS serait un moyen de favoriser de nouveaux modes de rémunération. En effet, les professionnels se sentaient « coincés par l'idée de l'acte libéral où il faut être en face du patient pour être rémunéré » (M1). Ils attendaient du PDS que le « temps d'échange [pour discuter d'un cas] soit indemnisé » (M1). « Ils mériter[aient] d'être reconnus dans ce temps d'optimisation des compétences [...] [dans] ces moments de rencontre entre professionnels » (M1). Ils pensaient donc que ces « temps de réunion [...] qui font évoluer positivement la pratique [...] pourraient être pris en charge [et] indemnisés » (M1).

Le PDS permettrait d'intégrer « des professionnels de santé qui a priori [ne bénéficiaient] pas d'un remboursement [par la sécurité sociale] » (P1), comme les « psychologues », les « nutritionnistes » ou encore les « podologues » (P1). Ces professions « qui [étaient financées] à l'hôpital mais pas en ville » (M1).

Enfin, « l'éducation thérapeutique [pourrait être] rémunérée » (M1). Ainsi, les professionnels se sentiraient « reconnus pour le temps passé » (P2), pour « l'éducation [qu'ils faisaient] déjà mais gratuitement » (P2).

d. Favoriser la prévention et l'éducation du patient

Le PDS « serait [un endroit où on aurait] plus de choses à proposer [aux patients] dans le cadre de leur maladie, par exemple [...] des ateliers où ils appren[draient] à gérer leur traitement » (M2). Les professionnels mettaient en avant les projets d' « éducation thérapeutique » (P4). Ceux qui avaient déjà une expérience dans ce domaine trouvaient cela « très intéressant » (P4). Ils « voyai[ent] que les [patients] accrochaient, [qu'ils venaient d'une séance à l'autre et [qu'ils faisaient des progrès dans [la gestion de leur maladie chronique] » (P4). Les professionnels souhaitaient proposer des séances d'éducation thérapeutique (ETP) pour les maladies chroniques qu'ils rencontraient le plus dans leur patientèle : « le diabète » (P4), « la [maladie] d'Alzheimer » (P3), « le cancer » (P3), « l'asthme » (P3).

Ils souhaitaient « travailler en groupe dans l'intérêt du patient » (M2). Le but serait « une prise en charge plus globale [du patient] » (M3) qui intégrerait « l'activité physique, la diététique » (P1), etc. « [en plus] des médicaments » (P1). Pour eux, le travail « en groupe apport[erait] beaucoup plus [que le travail individuel] » (P2) réalisé actuellement en consultation. « L'expérience de chacun [étant] enrichissante, [les patients] pourr[aient] dire les erreurs qu'ils ont faites aux autres » (P2). Le patient se sentirait moins seul face à sa maladie, les professionnels pensaient que « tout cela déboucherait sur une meilleure observance des traitements » (P2), une meilleure compréhension de la maladie et une meilleure prévention des complications (P1).

Les professionnels trouvaient important que « le patient signe un protocole [de soin l'engageant à] participer aux ateliers » (P2).

Ils bénéficieraient d'une formation spécifique pour participer à ces séances qui seraient rémunérées (P2).

e. Devenir un partenaire visible du soin secondaire

Les professionnels avaient à cœur « de montrer à l'hôpital qu'[ils] étai[ent] capables d'organiser des soins à domicile entre professionnels de la ville » (P2). En effet, ils se sentaient « exclus » (P2) par « le système Santély HAD » (P2, P3) au retour des patients à domicile suite à une hospitalisation duquel ils avaient l'impression d'être « complètement shuntés » (P3). Le PDS « pou[rrait] se substituer à [l'HAD] et les patients pourraient continuer à garder leurs professionnels habituels [même] pour les soins lourds » (P3). Le PDS permettrait de « coordonner [...] les passages infirmiers, des aides soignants, la livraison de médicaments au domicile, le lien avec le médecin traitant, etc. [Il serait] une espèce de coquille de soignants fiables et disponibles qui communiqu[eraient] entre eux » (P3).

Le PDS pourrait également servir « d'interlocuteur [avec] l'hôpital en cas de problème » (P2). Il constituerait « un groupe qui connaît bien ses patients » (P2) et un partenaire visible du soin secondaire.

f. Améliorer les conditions de vie des professionnels et lutter contre le burn out

Le PDS permettrait au praticien « de sortir un peu de l'isolement » (M3). Les professionnels de santé avaient parfois l'impression de travailler « dans leur coin » (M3). Le fait de travailler en groupe permettrait de « discuter entre [professionnels] ce qui les rassur[erait] » (D2).

Il simplifierait les échanges entre professionnels et permettrait de « passer beaucoup moins de temps » (P1) à obtenir une réponse aux questions pouvant se poser pour un patient donné. Les professionnels se sentiraient « beaucoup plus détendu[s] » dans de telles conditions de travail et pourraient « passer plus de temps avec le patient » (P1).

Le PDS améliorerait également leurs conditions de vie privée. Certains professionnels culpabilisaient de « partir en vacances [...] [car] les patients av[aient] le sentiment d'être abandonnés » (M2). Il permettrait d'améliorer la continuité des soins. Les professionnels pensaient que « les patients [seraient] moins revendicateurs s'ils sav[aient] qu'ils av[aient] la possibilité de consulter un médecin

travaill[ant] » (M2) de la même façon et ayant accès à son dossier médical au sien du PDS.

g. Attirer les jeunes professionnels

Le PDS est une structure qui « donn[erait] plus envie de s'installer » (M2) que l'exercice libéral isolé. Les professionnels pensaient que « les jeunes médecins qui s'install[aient] aujourd'hui aspir[aient] à travailler à plusieurs » (M2). Du fait de leur formation hospitalière, « travailler en groupe ét[ait] plus rassur[ant] pour [eux] » (M2). Ils considéraient que le PDS était très « attractif pour les jeunes » (M2).

h. Etre un lieu de formation

Le PDS serait un lieu d'échange idéal pour former les futurs professionnels et notamment « le[s] futur[s] médecin[s] » qui sont de « futur[s] prescripteur[s] » (P1). En leur donnant l'occasion de découvrir les conditions de travail des différentes professions, le futur médecin apprend à mieux renseigner ses ordonnances et à fournir certaines informations qui font gagner beaucoup de temps au destinataire. Cela serait vraiment profitable à la fois pour le tuteur et à la fois pour l'étudiant (P1).

i. Répondre aux attentes des patients

Pour les patients, ce type d'organisation serait « rassurant » (P2). Ils se sentiraient en confiance avec des professionnels qui communiqueraient entre eux et qui se connaîtraient. Les patients semblaient également très demandeurs des nouveaux types de prise en charge. Ceux qui avaient pu bénéficier de séances d'ETP étaient « très contents [et] ét[aient] même tristes quand ça s'arrêt[ait] » (P4).

Les professionnels soulignaient que la mise en place du PDS était faite avant tout « dans l'intérêt du patient » (P2).

III. Les craintes des professionnels et les freins à la mise en place d'un pôle de santé

a. L'investissement nécessaire à l'intégration d'une telle structure semble très important

La crainte du « manque de temps » (P4) était dominante chez les professionnels. Ceux-ci craignaient que l'intégration au PDS soit une activité très chronophage dans leur emploi du temps déjà surchargé.

Ils soulignaient également les difficultés de changement « par rapport à [leur] propre organisation » (P3), notamment pour les professionnels installés depuis longtemps.

Enfin, le temps de formation nécessaire à la pratique de l'ETP leur semblait important : « mais ce n'est pas rien 40 heures quand même ! » (M2).

b. Peur de la lourdeur administrative liée au fonctionnement intrinsèque du PDS

Les professionnels craignaient « la complexité administrative qui [allait] venir s'ajouter » (B1) à leur travail. Ils avaient « peur » (B1) d'être « dépassés par les contraintes » (M2). Ils pensaient que le projet de PDS pourrait échouer « s'il y [avait] trop de contraintes administratives » (M2).

Les professionnels soulignaient le coût d'un tel projet pour la collectivité et « ne compren[ai]ent pas pourquoi [l'ARS] ne propos[ait] tout simplement pas de faire de nouveaux actes de nomenclatures » (M1). Pour eux, une « modification des actes [de la sécurité sociale] permettr[ait] le remboursement des actes qui ont fait leurs preuves depuis 20 ans » (M1) comme l'intervention d'un « nutritionniste », d'« une psychologue », d'« une diététicienne » ou encore d'« un podologue » (M1) pour une prise en charge globale des patients.

De plus, ils pensaient que la création de nouveaux actes de nomenclatures serait universelle « sur tout le territoire » (M1).

c. Peur de la perte d'une partie de leur chiffre d'affaires

Les professionnels pensaient que la redistribution des compétences pouvait leur faire perdre du travail. Certains actes, comme la vaccination par les pharmaciens, faisaient polémique chez les syndicats des médecins : « attention, danger, ils vont vous piquer votre boulot » (M1). De même, l'éducation thérapeutique faisait partie de ces missions des pharmaciens et ils étaient rémunéré pour l'accomplissement des ces missions : « est-ce que l'ETP ne va pas empiéter [sur nos missions]? » (P4).

Le travail en groupe semblait difficilement compatible avec l'exercice « libéral » (M3), les professionnels avaient peur de « la concurrence » (M3), du « détournement de patientèle » (P4). Ils notaient que leurs propres patients seraient accompagnés par d'autres confrères lors des séances d'ETP et craignaient donc que « leurs clients soient détournés » (P4).

d. La fin de l'exercice libéral

Les professionnels avaient peur du « risque d'ingérence » (D1). Puisque leur activité au sein du PDS serait rémunérée directement par l'ARS, ils craignaient que cet « organisme supérieur [...] contrôl[erait] toute leur activité » (D1) : « c'est comme un patron qui a le droit de regard sur ses salariés. Normalement, c'est le patient qui doit avoir [ce] droit de regard sur ce qu'on lui fait » (D1). Ils craignaient que l'intégration dans le PDS signe « la mort » (D1) de leur exercice libéral et le début d'un salariat.

Ils redoutaient de se voir imposer un mode de fonctionnement et « ét[aient] en difficulté par rapport à un [exercice] protocol[isé] » (M1) : « c'est bien là le danger, je ne vois pas comment une société savante de soins secondaires va pouvoir définir comment les professionnels de soins primaires doivent travailler ! On n'est pas sur la même population ! » (M1). Les participants craignaient de perdre leur liberté d'exercice.

e. Inquiétude liée à la définition floue des professionnels pouvant faire partie de PDS

La question récurrente au cours des réunions était : « qui intègre le PDS ? » (P1). Pour certains participants, « il fall[ait] que tout le monde y adhère [...], que ce soit [un lieu] où tout le monde puisse s'investir » (M3).

Les personnes ne faisant pas partie du pôle risqueraient d'être mises à l'écart : « ça serait dommage qu'il y en ait qui n'adhèrent pas et qui se retrouvent tout seul dans leur coin » (M3).

Les professionnels souhaitaient que ceux ne faisant pas partie du PDS ne soient pas « exclus » (M3) ni « discrédités » (M1). La communication entre professionnels, faisant partie du PDS ou non, devait être maintenue (M3).

f. Manque d'intérêt du PDS

Certains professionnels avaient déjà un « réseau » (P4) de connaissances fourni et « sav[aient] orienter les patients [en fonction de leur pathologie] » (P4). Les professionnels « ne [se sentaient] pas demandeurs pour l'instant [car] ils av[aient] l'habitude de travailler ensemble et s'appeler en cas de soucis » (P4). Ils mentionnaient une dynamique préexistante « [à] Hem depuis déjà quelques années [notamment] avec [la création] de l'ALPS » (P1).

Le PDS aurait un intérêt « dans les régions démedicalisées » (P4). A Hem, « les gens [auraient] déjà tout ce qu'il faut ! » (P4).

IV. Les idées pour améliorer la coopération entre professionnels

a. Création du métier de coordonnateur du PDS

« Ce qui manqu[ait] en ville, c'é[ta]it un coordonnateur de soins pour les patients compliqués » (M3). Les participants proposaient la création d'un nouveau métier qui permettrait « l'organisation », « la coordination » et « la gestion administrative » (B1). Cette personne pourrait être « un ingénieur de santé [...] ou quelqu'un [du PDS] qui a[urait] moins de [travail] et qui pourr[ait] y consacrer du

temps. Il serait rémunéré, [et serait l'équivalent] d'un cadre de santé à l'hôpital » (P2). Il serait « un moteur » (B1).

Les professionnels avaient conscience que la coordination « demand[ait] beaucoup de travail [...] et de motivation » (B1).

Ils proposaient également l'existence d' « une personne référente par patient » (P4). « Cette personne [...] transmettr[ait] aux autres [intervenants] » (P4) les différentes informations concernant le déroulement des soins d'un patient. Elle ne serait pas forcément un médecin mais plutôt le professionnel intervenant le plus chez ce patient (P4).

b. Dossier électronique partagé

Les professionnels aimeraient « avoir accès au dossier médical du patient [...] pour ne pas donner de conseils contradictoires » (B1) et mieux connaître le parcours de soins du patient. Ils aimeraient qu'il soit accessible et qu'il puisse être enrichi par l'ensemble des professionnels intervenants pour un même patient (P3, B1).

Ils mettaient l'accent sur « la sécurisation des données » (P1). Les différents supports évoqués étaient « la carte vitale » (P2), ou encore « une base de donnée en ligne » (P1). Les participants « attend[aient] avec impatience la venue du dossier médical partagé » (P2).

c. Echange des numéros de téléphone et des mails

L'échange des numéros de téléphone étaient essentiel selon les participants : « dès qu'il y a un souci, on appelle » (P4). Pour les patients ayant de multiples intervenants, l'existence d'une fiche de liaison regroupant les coordonnées de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge leur paraissait indispensable.

d. Réunions de concertation pluri professionnelles

Pour les professionnels, « décroisonner la formation » (B1) et « voir le quotidien de l'autre [...] [était] fondamental » (M1) : « quand on est au courant des problématiques de l'autre c'est forcément beaucoup plus simple de travailler [ensemble] » (P1). Ils souhaiteraient organiser « des réunions [pluri professionnelles]

sur un thème bien précis [...] qui rassembl[eraient] le maximum de personnes [afin de donner] des informations ponctuelles et pratiques » (M2). Ils aimeraient sensibiliser les prescripteurs à « [leurs] difficultés au quotidien [...] : parfois, [ce sont] des choses simples qui facilitent la vie de chacun » (P1). Ils proposaient des « groupes d'échanges de pratiques inter professionnels » (M1).

Le fait « que les réunions [soient] animées dans le cadre du PDS [serait] motiv[ant]. Souvent [...], après une journée bien chargée, [ils] n'a[vaient] pas le courage d'aller en réunion. Mais là, [ils] intègr[eraient] directement à leur planning les réunions proposées dans le cadre du PDS » (B2).

e. Permettre la continuité des soins

Les professionnels souhaitaient mettre en place « un support [qui] pourrait être rempli [au fur et à mesure], un dossier médical viv[ant] que chacun [pourrait] enrichir » (B1) afin d'assurer la continuité des soins et la traçabilité dans le suivi des patients, notamment à domicile.

En cas d'absence d'un des professionnels, le fait d'appartenir à un PDS permettrait de réorienter le patient vers d'autres personnes travaillant de la même façon et ayant accès au dossier médical du patient (M2).

f. Accompagnement personnalisé des patients en situation complexe

La coordination inhérente au PDS « permett[rait] d'avoir un meilleur soin, un meilleur échange sur les patients » (P1). Cela entraînerait une médecine personnalisée avec une prise en charge globale et pluri professionnelle des patients notamment les cas les plus difficiles.

g. Charte éthique

Les échanges autour des patients se feraient dans la confidentialité et le respect du secret médical. Les données partagées ne le seraient que « s'il y a un intérêt thérapeutique pour le patient » (P1).

h. Maîtrise de stage et accueil d'étudiant

« La maîtrise de stage pluri professionnelle » (M1) et l'accueil d'étudiants dans les différents cabinets et officines permettraient une formation optimale des futurs professionnels de santé et leur donneraient une vision plus globale du soin de premier recours.

DISCUSSION

I. Les limites de l'étude

a. Biais liés au recrutement

Le recrutement a été réalisé selon un échantillonnage raisonné à variation maximale. Nous avons appelé successivement différents professionnels médicaux pris au hasard dans l'annuaire téléphonique. Plusieurs professionnels ont refusé l'invitation en raison d'une indisponibilité ou plus rarement par désintérêt pour le sujet. Il aurait cependant été intéressant de recueillir leur opinion sur la mise en place du pôle de santé à Hem. De plus, sur l'ensemble des participants ayant accepté l'invitation, on a pu noter que la majorité d'entre eux faisaient partie de l'ALPS, une association dynamique de professionnels de santé libéraux de la ville. Un biais de sélection lié au fait que les interviewés étaient des gens motivés, se rendant disponibles et étant intéressés par le sujet a donc pu se produire.

De plus, toutes les catégories de professionnels médicaux n'ont pas pu être représentées. En effet, les sages femmes n'ont pu participer à aucun des entretiens.

b. Biais inhérent à la dynamique de l'entretien collectif

Dans les groupes, certains participants étaient très à l'aise à l'oral, d'autres participants étaient plus introvertis. Le modérateur y veillait et redistribuait régulièrement la parole pour que chacun puisse s'exprimer et réduire au maximum le biais lié à l'existence d'un leader.

II. Les forces de l'étude

a. La qualité du modérateur

Le modérateur était expérimenté et neutre. Il avait l'habitude d'animer des groupes d'échange et redistribuait au mieux la parole pour favoriser l'expression de tous. Il encourageait l'expression des idées personnelles sans orienter les participants. La même personne a animé l'ensemble des entretiens collectifs.

b. Les bonnes conditions du déroulement des entretiens

Les entretiens se déroulaient dans une ambiance conviviale, autour d'un apéritif dînatoire, ce qui permettait la libération de la parole. Les participants ne se connaissaient pas forcément, mais des présentations étaient faites au début de chaque rencontre. L'enregistrement n'a pas perturbé la dynamique du groupe. Une caméra discrète était placée au fond de la salle et la destruction du film était assurée après la retranscription anonymisée des données. Les participants arrivaient avec des idées spontanées et non préparées à l'avance. Le nombre d'interviewés était au maximum de cinq, ce qui permettait à chacun de s'exprimer.

c. L'analyse des réunions au fur et à mesure et la modification du guide d'entretien.

Afin de diminuer le biais d'interprétation, les verbatims ont été codés en binôme. Les divergences de codages ont été discutées afin de trouver un accord au plus près du sens du texte. La triangulation de l'analyse a été effectuée à la fin de chaque interview. Cela a permis de faire évoluer au fur et à mesure le guide d'entretien. La décision d'arrêter les entretiens a été prise lors de l'arrivée à la saturation des données.

III. Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature.

Les professionnels de la ville de Hem percevaient de nombreux avantages à la création d'un pôle de santé pluri professionnel à Hem. Ils attendaient que ce type de structure :

- réponde aux besoins des patients, notamment grâce à une prise en charge globale, permise par la coordination des professionnels entre eux. Il en résulterait une amélioration de la qualité des soins avec une prise en charge personnalisée centrée sur le patient.
- améliore leurs conditions de vie. La diversification des activités au sein du pôle et la sensation d'être moins isolés permettraient de réduire le risque d'épuisement professionnel. Pour les professionnels de santé, ce lieu convivial, permettant une meilleure conciliation entre la vie privée et professionnelle serait attractif pour l'installation des jeunes à la fin de leurs études.
- réponde aux enjeux de santé publique. Les professionnels de la ville de Hem aspiraient à participer aux programmes de prévention et d'éducation. Ils espéraient pouvoir bénéficier d'un nouveau mode de rémunération pour accorder plus de temps aux actions de santé publique mais également pour favoriser l'intervention de professionnels jusqu'ici peu remboursés (diététiciens, psychologues, podologues, etc.).
- soit un lieu de formation et de recherche en soins primaires.

Ils évoquaient également certaines réticences quant à la mise en place pratique du pôle. Ils craignaient :

- de manquer de temps et d'être débordés. Ils évoquaient leurs difficultés à changer leur organisation quotidienne, notamment pour les professionnels exerçant depuis longtemps.
- la lourdeur administrative liée au fonctionnement intrinsèque du pôle
- la perte de chiffre d'affaires. Ils souhaitaient que le temps investi dans le PDS soit valorisé financièrement.
- de perdre le mode de fonctionnement souple qu'offre l'exercice libéral.

Au total, les professionnels étaient motivés par les avantages offerts par un tel type de structure mais des questions sur les modalités pratiques restaient en suspens et étaient source d'inquiétude.

La recherche bibliographique a été réalisée après l'analyse de l'ensemble des entretiens. Le but était de ne pas « polluer » nos entretiens et l'analyse avec des idées préconçues venant de l'extérieur.

Les aspirations des professionnels médicaux de la ville de Hem se rapprochaient très fortement de celles retrouvées dans la littérature(7) (8).

Les leviers pour la construction d'un pôle de santé sont la volonté les professionnels de travailler en groupe, la capacité à construire des projets communs répondant aux besoins de la population, le souhait de décloisonner les professions de santé du secteur primaire, de redistribuer les compétences afin de faciliter la collaboration des différents acteurs. La coordination des prises en charge et la collaboration des professionnels de santé sont la pierre angulaire du PDS. Il s'agit avant tout d'un lieu d'échanges favorisant l'émergence de projets répondant aux besoins locaux identifiés, mais aussi aux compétences et aux souhaits des professionnels concernés. L'usage des nouveaux modes de rémunérations favorise la mise en place de l'ETP et répond aux missions de santé publique. Les soignants se sentaient valorisés par la participation aux actions d'éducation et de prévention. La relation avec les patients, demandeurs d'informations claires et d'autonomisation, était améliorée. La pérennisation de ce type de structure était favorisée par la coexistence d'un leader charismatique (capable de rassembler autour d'un projet, le leader joue un rôle de fédérateur et est capable de mobiliser les énergies autour d'un projet collectif) et d'une gouvernance collégiale : ainsi, les décisions sont prises en concertation, et chacun est incité à s'engager dans le projet (9) (10) (11).

Les freins à la mise en place de structures pluriprofessionnelles retrouvées dans la littérature correspondaient aux principales craintes relevées lors de l'étude. La complexité juridique, administrative et financière nécessitait un accompagnement des structures naissantes. La rémunération n'était souvent pas à la hauteur du temps passé à la construction d'actions collectives. Les études soulignaient également que l'étanchéité des formations initiales des professionnels freinait la mise en œuvre du travail pluri professionnel. Les médecins résistaient encore à redistribuer les compétences et à effectuer un nouveau partage des frontières professionnelles.

Enfin, des transformations culturelles sont encore nécessaires. L'articulation entre «culture libérale » et «culture collective » prend toute son importance pour réussir à allier autonomie individuelle et culture collective.

Au total, les PDS créent une proximité dans la pratique professionnelle et un pluri professionnalisme dans la prise en charge des patients. Ils constituent en cela un outil adapté à la réorganisation des soins primaires. Cependant, ces structures sont encore récentes et leur mise en place parfois complexe. Leur pérennisation nécessite un accompagnement personnalisé et un engagement financier des pouvoirs publics.

CONCLUSION

L'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques, le vieillissement de la population et la modification de la démographie médicale mettent à nu les insuffisances de l'organisation actuelle des soins primaires en France. Face à ce constat, les lois successives tendent à restructurer les soins de premier recours pour une prise en charge efficiente et de qualité des patients. Pour ce faire, les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels sont un outil conçu en appui à la réorganisation des soins ambulatoires. Ils permettent un exercice coordonné et protocolé dans un secteur géographique donné avec des missions de santé publique (12) (13).

Le travail de recherche présenté a permis de recueillir les aspirations mais aussi les craintes relatives à la mise en place du pôle de santé de la ville de Hem. L'écoute des besoins des professionnels est indispensable pour leur adhésion à un tel projet. Nous avons pu grâce à ces entretiens identifier les cultures professionnelles et les représentations des professionnels.

Lors des entretiens, les participants soulignaient le rôle clé de la connaissance mutuelle des métiers afin d'assurer une meilleure collaboration. Les études ont montré en effet que le cloisonnement des métiers est un des freins majeurs au travail pluri professionnel. Deux universitaires de Médecine Générale et 15 maîtres de stage travaillant en ville, une expérimentation concernant les étudiants en médecine et leur apprentissage collaboratif est envisagée sous peu avec les étudiants en pharmacie officinale ; d'autres projets émergeront avec les autres métiers. L'initiation au travail de collaboration dès la formation médicale initiale devrait commencer dès 2016 pour donner aux autres métiers de soin primaire ambulatoire la place qu'ils méritent.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi HPST, publication au JO du 22/07/2009, texte 1 | Legifrance [Internet]. [Consulté le 4 juillet 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244
2. Pacte Territoire-Santé, communiqué de presse du 13 décembre 2012 [Internet]. [Consulté le 4 juillet 2015]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_engagements_-_pacte_Territoire-Sante_DP_VDef.pdf
3. Agence Régionale de Santé. Objectifs d'expérimentation des nouveaux modes de rémunération [Internet]. [Consulté le 4 juillet 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Objectifs-des-experimentations.103716.0.html>.
4. Touboul, P. Recherche Qualitative: La méthode des Focus Group, guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Département de Santé Publique CHU de Nice. [Internet] [Consulté le 13 décembre 2014]. Disponible sur: http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf.
5. Aubin-Auger, I.; Mercier, A.; Baumann, L.; Lehr-Drylewicz, A-M.; Imbert, P.; Letriliart, L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008; 84:142-5
6. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. "Qu'est-ce qu'une Maison et un Pôle de Santé?" [Internet]. [Consulté le 6 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>
7. Juilhard, JM.; Crochemore, B.; Touba, A.; Vallancien, G. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Rapport à la demande de Mme Roselyne Bachelot, Mme Fadela Amara, M. Hubert Falco, 1^{er} octobre 2009.

8. Fournier, C.; Frattini, M-O.; Naiditch, M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluri professionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération. *Questions d'économie de la santé* 2014; 200:1-8.
9. Afrite, A.; Bourgueil, Y.; Daniel, F.; Couralet, P-E; Chevillard, G. L'impact du regroupement pluri professionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. *Questions d'économie de la santé* 2013; 189:1-6.
10. EHSP, Module interprofessionnel de santé publique. Les maisons et pôles de santé: des outils pour faire du premier recours et des acteurs un segment indispensable à la politique de santé publique. [Internet] [Consulté le 4 octobre 2015]. Disponible sur: http://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/mip/groupe_29.pdf
11. Mousquès, J ; Daniel, F. L'impact de l'exercice regroupé pluri professionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centre de santé participant à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. *Questions d'économie de la santé* 2013; 211:1-6.
12. Bourgueil, Y.; Marek, A.; Mousquès, J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé* 2009; 141:1-6.
13. Baudier, F.; Bourgueil, Y.; Evard, I.; Gautier, A.; Le Fur, P.; Mousquès, J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé* 2010; 157:1-6.

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien

I. Présentation du travail

a. Contexte

Le déploiement des pôles de santé pluriprofessionnels correspond aux attentes d'une nouvelle offre de soins de premier recours. Les professionnels de santé peuvent y exercer dans un environnement adapté à une pratique modernisée de leur exercice. Les patients y apprécient la continuité et la permanence des soins de proximité.

Dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST), le gouvernement réaffirme sa volonté de développer de nouvelles structures de développement pluri professionnelles pour le soin primaire ambulatoire. Ces structures sont composées principalement des maisons de santé pluri professionnelles et des pôles de santé.

Cependant, pour que la mise en place des pôles de santé soit effective, la mobilisation des différents professionnels de santé est indispensable.

L'objectif de ce travail est de dynamiser la création du projet de pôle de santé dans la ville de Hem. Ce pôle de santé existe officiellement depuis le printemps 2014 dans le cadre juridique du Contrat Local de Santé ; il fait suite à la Charte de santé signée entre la municipalité et l'Agence Régionale de Santé Nord Pas de Calais (ARS) en 2013.

b. Question

Quelles sont les attentes et les aspirations de tous les professionnels de santé de la ville de Hem pour la mise en place effective du pôle de santé? Quelles connaissances ont-ils de ce type de structure et des avantages qu'elle peut procurer?

c. Méthode

Afin de débattre du sujet, il a été choisi de réaliser des entretiens collectifs avec l'ensemble des professionnels de santé concernés.

Les membres intéressés par le projet des professions médicales (médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens dentistes) et paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures podologues) de la ville ont été sollicités.

Quatre entretiens ont été prévus ; ce nombre sera adaptable en fonction de l'obtention de la saturation des données.

Les données issues de ces entretiens bénéficieront d'une étude thématique permettant l'analyse de ces données qualitativement.

Le recueil des données sera parfaitement anonyme. Les données sociodémographiques concernant les participants (profession, sexe, âge) et motivation quant à la mise en place du projet seront également tracées.

d. Résultats attendus et analyse

Au terme de cette étude, il sera possible de mettre en évidence les aspirations et les réticences des professionnels à la mise en place du pôle de santé.

L'objectif est de dynamiser le projet de pôle de santé dans la ville de Hem et de faciliter sa mise en place.

II. Définition d'un pôle de santé pluri professionnel par la loi HPST.

Les pôles de santé sont définis par la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST (article L6323-4 du Code de Santé Publique) :

«Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours [...], le cas échéant de second recours [...], et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire [...]. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Les soins de premiers recours sont définis par l'article L1411-11 de la même loi:

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'Agence Régionale de Santé au niveau territorial [...]. Ces soins comprennent :

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé. »

III. Organisation du focus group

a. Sur le plan matériel

Les entretiens auront lieu au cabinet des Docteurs Brigitte Aelbrecht et Jean-Marc Lefebvre, sur une période allant d'avril à juillet 2015. Ils se dérouleront dans la salle d'attente du cabinet où tous les participants pourront se voir. L'animateur sera assis avec les participants et pourra disposer de notes ainsi que du guide d'entretien. Les entretiens seront filmés et l'ensemble des enregistrements sera détruit après leur retranscription. Les observateurs (les internes investigateurs du projet) se tiendront un peu à l'écart et observeront l'ensemble des éléments non verbaux. L'ensemble des enregistrements sera anonyme.

b. Participants

Il y aura entre 4 et 6 professionnels de santé exerçant tous à Hem et faisant partie pour leur grande majorité de l'ALPS.

c. Déroulement de la séance

Les entretiens commenceront à 20h30 pour une durée d'1h30 à 2h. Les observateurs présenteront les grandes lignes de leur projet. Ils demanderont à chaque participant de préciser leur profession, leur sexe, leur âge, la date de leur installation ainsi que leur mode d'exercice.

Avant de parler, chaque professionnel dira un numéro qui lui sera attribué au début de la séance.

d. Rôle de l'animateur

L'animateur aura pour rôle d'encadrer le débat en donnant la parole à chaque participant. Il dirigera également les débats en abordant point par point les questions qui suivent, et clarifiera les éventuelles interrogations des participants.

IV. Questions ouvertes à aborder

a. Pour vous, qu'est-ce qu'un pôle de Santé ?

Il faut laisser s'exprimer librement les participants, puis rappeler brièvement les définitions du législateur, leur demander s'ils ont des choses à ajouter ou des remarques.

b. Qu'attendez-vous de la mise en place d'un pôle de santé dans la ville de Hem ?

Points à aborder

1. Notion de délégation et de collaboration dans les tâches en soin?
2. Partage des informations concernant les patients? Logiciel de patientèle en commun ?
3. Amélioration des conditions de vie privée et professionnelle, évitant ainsi le « burn out » professionnel ?
4. Attractivité : arrivée de jeunes professionnels de santé qui plébiscitent l'exercice en groupe ?
5. Redistribution de compétences ? Redéfinition des champs de métiers ?
6. La personne coordonnant les soins doit-elle être nécessairement un médecin ?
7. Travail pluri professionnel ou pluri disciplinaire ?
8. Actes de prévention rémunérés ?

c. Quelles sont vos craintes concernant ce projet ?Points à aborder

1. Financement ? Alternatives au paiement à l'acte ?
2. Manque de temps ?
3. Adaptation règlementaire du partage d'information ?
4. Changement de mentalité des professionnels de santé ?
5. Peur d'exclusion des professionnels ne faisant pas partie du pôle ?
6. Direction du pôle ? Par un administratif ou un médical ?

d. Quelle expérience avez-vous en matière de coordination entre professionnels de santé ?**e. Que proposeriez-vous pour améliorer la coordination dans la prise en charge des patients ?**

1. Mise en place de protocoles thérapeutiques : prise en charge personnalisée et/ou prise en charge identique selon un référentiel pour une pathologie donnée ?
2. Réunions de concertation mono ou pluridisciplinaires, interprofessionnelles
3. Moyens de communication rapide entre professionnels de Santé ? (échange de mail, de numéro de téléphone,...)
4. Continuité des soins,
5. Education thérapeutique des patients, êtes-vous prêts à vous y former avec une rémunération telle qu'elle est prévue par l'ARS et l'URPS ? Connaissez-vous ces institutions ?
6. Maîtrise de stage,
7. Utilisation des alertes informatiques pour la relance des patients dans le dépistage et la prévention,
8. Etablissement et contenu d'une charte éthique visant à des prises en charge uniformisées des patients pour des pathologies données selon les référentiels en vigueur.

V. Fin de la séance

La séance se termine après moins de 2 heures de débat de préférence. Une collation sera proposée aux participants.

Annexe 2 : Verbatim de l'entretien collectif du 24 avril 2015

Modérateur : Bon, on va essayer d'y aller. Première question : pour vous qu'est-ce qu'un pôle de santé?

P1 : on tourne dans quel sens ? (Rires) Justement, moi ma question, c'est qu'est-ce que c'est qu'un pôle de santé ? J'ai besoin d'apprendre un petit peu ce que c'est. D'après ce que j'ai compris c'est quelque chose qui réunit... c'est une entité qui réunit différents corps de métiers liés à la santé.

B1 : c'est multidisciplinaire

P1 : c'est multidisciplinaire, oui

Modérateur : essayer de dire à chaque fois...

B1 : B Biologiste !

Modérateur : parce que comme ça ils peuvent s'y retrouver.

M1 : Parce que sinon Nvivo, va ... (fait un geste de moulinage avec les mains) (Rires) J'ai rien dit ! (Rires) c'est le médecin qui parlait là sur Nvivo. Comme ça ils s'y retrouveront après ! (Rires)

B1 : ils vont prendre des notes et après ça va pas aller (en regardant les observateurs)

D1 : (se lève pour aller vers le dictaphone) celui qui déconne c'est le médecin ! (Rires)

M1 : Bon, Jean-Marc tu peux rentrer chez toi ! (Rires)

Modérateur : on n'est pas sorti... (Rires) on n'est pas couché !

M1 : pôle santé... on entend parfois des collègues hospitaliers parler responsables de pôles. C'est un terme dans ma représentation qui remplace le terme de chef de service, quelque chose comme ça. Euh... à part ça... pfff ! C'est vrai que ça pourrait être beaucoup de choses mais ça m'évoque ça.

D1 : moi, je n'en ai absolument aucune idée. J'attends de cette réunion d'être éclairé.

B1 : donc c'est un groupe de professions multidisciplinaires qui peut prendre en charge justement de manière multidisciplinaire des patients de ville euh... comme ça pourrait se passer à l'hôpital où il peut y avoir l'intervention de différentes professions au lit d'un malade, quoi, je veux dire. Donc un peu le même système que le système hospitalier qui pourrait être mis en ville.

M1 : le décliner en ville quoi.

B1 : Oui.

Modérateur : quand on vous présente le pôle de santé sur la ville de Hem, qu'est-ce que ça évoque pour vous en fait ?

D1 : c'est une mise en commun des savoirs de chaque spécialité pour rendre service au mieux au malade.

B1 : euh... donc là on parle de ville de Hem, euh... on suppose que sur la ville de Hem, on a la présence de suffisamment de professionnels de santé différents permettant de créer un pôle. Ce qui n'est pas forcément obligatoire, euh... enfin je pense par exemple s'il y a par exemple des spécialistes pas forcément présents sur Hem. Donc je sais pas si on parle de pôle de Hem, il faut que ça soit sur une ville ou est-ce que c'est un secteur géographique qui nécessite d'avoir un certain nombre de professionnels présents multidisciplinaire, quoi, je veux dire. Je pense que si l'on fait ça à Triffouillies les oies euh... une ville de 800 habitants en Haute-Savoie, ça va être forcément élargi à une zone plus importante. On parle de pôle de santé à Hem, est-ce que Hem c'est suffisant ? Je sais pas.

Modérateur : Ok. Quelque chose d'autre à rajouter ?

M1 : quand tu introduis la notion de pôle de santé à Hem, une entité territoriale, ça pourrait s'inscrire dans euh... bon l'histoire de Hem, c'est une histoire où les libéraux ont cherché à se rencontrer pour s'appeler facilement en cas de situation complexe, etc. ça dure depuis 25 ans... une histoire où depuis 25 ans, les libéraux cherchant à sortir de leurs murs, donc quand tu introduis cette notion de pôle santé, moi, c'est comment optimiser une meilleure collaboration voir euh.. j'aurais envie de dire, euh... un peu en délirant, parce qu'on est coincé par l'idée de l'acte libéral où il faut qu'on soit en face du patient pour être rémunéré, et pourquoi pas dire dans la fonction pôle de santé, il y aurait la notion du temps d'échange qui serait indemnisé euh... comme les hospitaliers ont le bénéfice, ils sont payés pour voir les malades sur 30% de leur temps et 70% de réflexion. Mais euh... donc voilà, les mots pôle de santé sur Hem, bin oui... un temps de réunion quand on fait avancer... quand on fait évoluer positivement la pratique, quand on améliore, ça s'est aussi un temps professionnel qui pourrait être pris en charge, évalué, indemnisé, voilà. J'ai bien fait de le dire hein ! (En s'adressant aux observateurs) (Rires)

Modérateur : bon très bien, euh... je vais vous donner quelques petites définitions, il existe déjà des définitions sur ces mots là. On parle de pôle de santé, alors je vais aller un peu plus loin, on parle déjà de maison de santé pluridisciplinaire. En fait, c'est une réunion de professionnels euh... de premier recours. Quand je dis premiers

recours c'est...

M1 : des soins primaires.

Modérateur : des soins primaires. Les gens s'adressent en premier à eux. Une maison de santé pluri professionnelle c'est une maison de santé où se réunissent des professionnels de soins primaires, d'accord ? Ca s'est une entité qui existe...

D1 : les urgences ?

Modérateur : ah non, ce n'est pas des soins primaires ça. Les urgences, c'est l'hôpital. Les soins primaires, c'est en ville. En fait, se dessine actuellement, euh, pour continuer à fonctionner, euh... on parlait du tiers payant tout à l'heure (sujet discuté avant de débiter le focus group), pour pouvoir continuer à fonctionner pour pouvoir euh ... repeupler des endroits un peu déserts par exemple, il y a des structures qui s'organisent en fait, et on parle du coup, de certaines mesures qui se mettent en place. Le pôle de santé en fait partie, la maison... euh alors, je vais recommencer à la base et aller vers le pôle de santé. Donc il y a les maisons de santé pluri professionnelles où il y a un regroupement de professionnels de soins primaires, on parle de maison de santé pluridisciplinaire, alors la subtilité est que dans cette structure, il y a des professionnels de soins primaires et déjà des professionnels de soins secondaires c'est par exemple des spécialiste en pneumo, en cardio, en radio, donc c'est déjà un deuxième recours. Il y a des centres médicaux qui sont, qui se groupent entre eux avec soit en pluriprofessionnel, soit que du premier recours, soit déjà du pluridisciplinaire donc avec des gens de second recours, d'accord. Là le pôle de santé, c'est encore autre chose, le pôle de santé c'est... sur un endroit entre la ville d'Hem mais ça peut être n'importe où, il y a des professionnels qui se regroupent pour faire un pôle de santé. Alors ils se réunissent... (en s'adressant aux observateurs) je sais pas si on parle ici des structures juridiques, on peut en parler un peu ?

Observateurs : on peut en parler

Modérateur : c'est une structure juridique qui permet de faire fonctionner sur le plan matériel le pôle de santé, la maison pluridisciplinaire ou pluri professionnelle. Ça permet de créer des projets de soins pour des patients chroniques, d'accord ? Et qui serait financé par l'ARS.

M1 : le projet de soin ?

Modérateur : le projet de soin.

B1 : ça serait financé de façon globale ?

Modérateur : en fait, c'est des projets de soins proposés par l'ARS qui, si c'était validé, pourraient débloquer des fonds pour que les gens qui fassent partie... alors soit la maison pluri professionnelle ou pluridisciplinaire, ou carrément pôle de santé ; c'est-à-dire c'est un ensemble de professionnels sur des lieux différents qui se regroupent dans une structure juridique qui s'appelle SISA qui pourraient travailler avec les fonds débloquer par l'ARS qui pourrait créer des projets de soins ensemble. En gros c'est ça et ça, ça existe.

M1 : un réseau formalisé avec indemnisation sur des diagnostics ciblés

Modérateur : voilà et ça, ça existe...

B1 : sans être ciblé de manière géographique, on peut rester chacun dans euh...

Modérateur : on peut rester chacun chez...

M1 : on n'est pas obligé d'être chacun dans le même lieu

B1 : on peut rester chacun dans sa structure, continuer à travailler dans les mêmes murs.

Modérateur : absolument et on est regroupé autour d'une structure juridique.

B1 : et c'est une structure juridiquement euh...

Modérateur : l'objectif c'est vraiment pour travailler avec euh... que certains patients. Evidemment, il y a...

M1 : certaines pathologies chroniques tu veux dire ?

Modérateur : oui ces pathologies. L'objectif final c'est de... c'est pouvoir avoir quelque soit l'endroit où l'on exerce une même prise en charge pour un patient X qui aurait la même pathologie. C'est-à-dire qu'il y aurait une protocolisation, une harmonisation des pratiques, une protocolisation des pratiques pour qu'un patient qui a une maladie soit pris de la même manière à Hem qu'à Steenvoorde, qu'à X endroit, quand il serait pris en charge par ce réseau. D'accord ? Je passe à la deuxième question.

M1 : pourquoi c'était une question ça ? (Rires)

Modérateur : alors, je vous expliquais le principe car après c'est compliqué de continuer sans avoir un minimum d'éléments. Ça existe, hein, ces pôles de santé... alors... les pôles de santé existent très peu en France, mais il y a beaucoup de maisons pluri professionnelles et pluri disciplinaires qui se mettent en place, dans le Nord, il y en a pas mal qui se mettent en place, ça fonctionne. Alors, c'est sur le même lieu, mais sur les pôles de santé qui regroupent la même structure juridique, il y en a pas beaucoup...

M1 : la maison de santé, c'est quoi l'intérêt ?

Modérateur : bin c'est de concentrer au même endroit, différents professionnels.

M1 : pour le malade, il n'y a pas d'intérêt alors ?

P1 : bin, si tu retrouves tous les professionnels sur le même lieu.

M1 : oui, donc il n'y a pas d'intérêt.

P1 : ça limite les déplacements.

M1 : enfin, je pose la question, qu'il soit installé à 500 mètres l'un de l'autre ou à 3 mètres...

Modérateur : dans une ville, ce n'est pas gênant de faire 500 mètres, mais par exemple, dans les campagnes, c'est bien qu'ils soient regroupés car là c'est pas 500 mètres qu'il faut faire, c'est vingt kilomètres.

M1 : bin oui, mais 20 kilomètres ça prend trois minutes à la campagne, moi j'ai des patients qui font vingt minutes, une demi-heure de route régulièrement et à qui ça ne pose pas de problème. On compte en kilomètres en non pas en temps.

Modérateur : attends, je ne comprends pas.

M1 : c'est-à-dire qu'une maison médicale, on va dire euh...

D1 : non mais, il y en a d'autres à qui ça pose des problèmes de faire des kilomètres.

Modérateur : attends, à la campagne tu n'as pas forcément une voiture, c'est des fois difficile pour se déplacer.

M1 : mais en ville pareil.

Modérateur : oui en ville c'est pareil, mais il y a quand même plus de moyens.

P1 : tu vois l'intérêt de regrouper les gens sous un même toit, ça leur permet de peut-être gagner un petit peu de temps.

D1 : c'est comme les gens qui vont au supermarché, ils vont acheter le pain au supermarché parce que le pain, il est là.

M1 : plutôt que d'aller à la boulangerie

D1 : oui voilà

P1 : c'est une espèce de supermarché de la santé

M1 : non mais d'accord, ok

D1 : (en désignant le médecin et regardant la caméra) il faut lui parler simplement avec, il faut le préciser, il faut lui donner des images à ce gars là. (Rires)

P1 : c'est comme à Auchan, tu as le poissonnier, le boulanger, tout ça c'est comme le pharmacien, kiné, dans la même maison

M1 : ah oui, le pharmacien à Auchan, j'en ai entendu parler moi ! (Rires) Epargnez-

moi un peu, parce qu'à trois grammes il me faut du temps ! (Rires)

P1 : arrête de boire !

M1 : bin non, je ne peux pas si j'arrête je convulse ! et on est dans la m....., là il y a les pompiers dans votre maison de santé.

Modérateur : non mais l'avantage dans un endroit assez proche, c'est que le patient aura pas loin à aller pour trouver les différents intervenants.

M1 : c'est le seul avantage en quelque sorte. Le centre de ma remarque était : il n'y a pas forcément d'optimisation du côté relationnel, il n'y a pas reconnaissance de ce travail extra consultation.

Modérateur : je continue, un deuxième avantage aussi c'est que les projets ARS vont financer des projets que d'habitude on ne peut pas prendre en charge. Il va y avoir la possibilité de faire travailler des professionnels qui ne sont d'habitude pas pris en charge par la sécurité sociale, je pense aux podologues, aux diététiciens, psychologues.

M1 : ça dans la maison de santé, l'ARS peut prendre en charge ?

Modérateur : oui dans des projets communs, des projets validés par l'ARS.

M1 : on peut demander à l'ARS de... de prendre en charge... oui, ça c'est plus intéressant que trois kilomètres pour moi ; en terme de qualité de prise en charge du patient quoi.

Modérateur : voilà, donc la deuxième question, c'est qu'attendez-vous d'un pôle de santé sur Hem ?

P1 : c'est un peu la conséquence de la deuxième question, c'est-à-dire qu'on vient presque d'y répondre, c'est la coordination des différents corps de métiers, c'est vrai que c'est un peu ce qu'on fait sur Hem déjà depuis quelques années avec l'ALPS. On essaie autant que possible d'améliorer la communication et la connaissance des différents membres de l'ALPS. L'intérêt d'une meilleure communication entre les acteurs euh... ça permet d'avoir un meilleur soin, un meilleur échange sur les patients. Après si on va au-delà comme disait le médecin, l'intérêt c'est de faire rentrer des professionnels de santé qui a priori où il n'y a pas... sur lesquels où il n'y a pas de remboursement sécu et pouvoir intégrer ces professionnels là, comme un psychologue par exemple, ou je ne sais pas...

M1 : nutritionniste

P1 : nutritionniste, oui et après les soins de podologie aussi, dans certains cas ça peut être intéressant pour un patient diabétique par exemple euh... et puis aussi

peut-être harmoniser un protocole de soins en commun pour un type de pathologie bien déterminé. Pour pouvoir intégrer un patient dans un protocole qui intègre différents professionnels de santé.

B1 : pour nous, souvent, on reçoit nos patients dans notre laboratoire, le seul lien qu'on ait avec la chaîne de santé c'est l'ordonnance. Et avec l'ordonnance, on doit essayer de deviner pourquoi le patient vient chez nous en fait. Donc il nous manque souvent, quasi systématiquement, tout ce qui est notion de diagnostic évoqué euh... pourquoi le patient nous est envoyé par un médecin, en fait c'est quelque chose qu'on... voilà... alors on le devine grâce à l'ordonnance parce qu'on peut cibler la prescription ou alors on peut demander des renseignements directement au patient qui sont de fiabilité plus que douteuse parfois, donc en fait euh... et nous, ça va... c'est quelque chose qui dans notre métier nous gêne beaucoup dans l'interprétation parce que maintenant on nous demande d'interpréter tout ce qu'on rend, et c'est très difficile d'interpréter un résultat sans savoir euh...

M1 : la question posée

B1 : oui, enfin, savoir le diagnostic évoqué, les pathologies encourues, enfin je veux dire... donc c'est sûr c'est plus dans la facilité que pourrait nous donner un système comme ça, s'il y avait un système qui permettrait de faire transmettre les informations entre les différents praticiens en fait.

M1 : je réalise ce que tu dis... donc nous finalement on est formaté en tant que médecin à faire de bonnes prescriptions et à garder notre raisonnement pour nous. On va faire une prescription de médicaments, on sort la bonne liste de médicaments, on n'est pas formaté à ce que le pharmacien va peut-être avoir intérêt, besoin, dans l'intérêt du malade de comprendre le traitement.

P1 : oui bien sûr, moi je comprends très bien, ce que dit le biologiste, d'autant que je trouve qu'effectivement on a un petit l'autre face, c'est-à-dire vous vous prescrivez nous on a les médicaments, d'après les médicaments on devine ce qu'à le patient, mais après pour le biologiste c'est encore plus difficile, parce que le bilan il est assez normalisé

M1 : il doit répondre à la question qu'on ne lui pose même pas

B1 : à la rigueur, on trouve les pathologies après les résultats. Donc éventuellement, c'est là où on se dit bin c'est bizarre, je vais prendre des exemples concrets. On nous demande des sérologies d'hépatite C, on fait la sérologie hépatite C puis elle est positive et puis on voit qu'elle est connue positive. Donc du coup, on téléphone

au médecin et en fait on lui dit mais c'est pas une sérologie hépatite C que tu veux, c'est un ARN viral qui nous répond bin oui c'est un ARN viral. Donc ça c'est un retard dans le rendu de résultats parce qu'en fait, parce que si on avait le renseignement avant, on s'en rendrait beaucoup plus vite compte.

Modérateur : alors est-ce que vous entrevoyez des outils de communication ?

M1 : bin je pense que dans un pôle santé, il faudrait que...

B1 : il faudrait un dossier médical euh...

M1 : et des temps d'échange aussi et de se dire, les gars c'est bien, vous prescrivez dans le détail mais en préliminaire mettez la question par exemple bilan d'une asthénie où on demande la NF la CRP, ce qui est totalement différent de euh... bilan d'asthénie sans perte pondérale, on fait ça pour rassurer le patient, donc pour décoder derrière. Donc je pense qu'il y a ces temps d'échange là. Surtout avec des évolutions de mentalité, parce que, nous en radiologie on a été formaté à il faut prescrire la liste des examens radiologiques où on ferait mieux de dire bilan radiologique pour une épaule douloureuse.

B1 : oui c'est quelque chose qui a toujours était envisagé mais qui n'a jamais été mis en place, c'était de savoir euh... si on avait des prescriptions euh... patient diabétique, faites la surveillance, on fait les glycémies, on fait les Hb glycuées quand il faut, les microalbuminuries quand il faut, etc. mais là ce n'est pas ça, donc euh...

M1 : dans la mesure où j'imagine qu'il y a l'évolution dans les mentalités professionnelles ; les temps d'échange où on pourrait dire bin oui arrêtons de mettre euh... l'hémoglobine glycuée dont on a rien à foutre parce qu'il fait son dextro tous les jours.

M1 : on fait ça pour la prime à la sécu, bon bah ...Pour optimiser les temps d'échange et de communication.

Modérateur (s'adressant au biologiste) : et sur la question du dossier médical partagé, est ce que tu peux préciser un peu ta pensée ?

B1 : oui, ça serait un dossier où on a pas simplement ce qui nous concerne, on aurait accès à l'ensemble des examens. On en parlait au niveau de la carte vitale... on pourrait avoir accès au dossier ... enfin, pour en revenir à notre cas particulier, les gens font des tas d'examens à l'hôpital, et nous avec ce qu'on fait en ville c'est redondant. Je pense à l'exemple des groupes sanguins, c'est le genre de truc qu'on fait 25 fois alors qu'au final c'est pas la peine ... mais bon, ça pose aussi des

problèmes déontologiques...

P1 : oui, des problèmes de sécurisation des données.

Modérateur : donc on pourrait imaginer au sein d'un pôle de santé un dossier médical partagé où chacun des intervenants mettrait des données. Ça se fait déjà dans certaines maisons de santé.

P1 : oui, on pourrait imaginer une base de données sur laquelle le professionnel vient se connecter et pourrait cueillir les infos qu'il a besoin.

B1 : nous là on est en période d'accréditation au niveau de l'ARS et on a des directives strictes sur l'interdiction du partage de données. On ne peut partager qu'avec le médecin prescripteur. Et encore, on ne peut même pas transmettre au médecin traitant les antécédents du patient si ce n'est pas lui qui a prescrit la bio ! Ça devient un peu délirant ...

P1 : mais je ne vois pas bien quel est l'intérêt pour le patient que les professionnels de santé ne puissent pas communiquer entre eux !

M1 : ça tourne à la phobie obsessionnelle, la peur de rompre le secret médical...

B1 : et puis voilà, ils te sortent toujours le même exemple, celui du patient VIH positif...

P1 : mais je ne comprends pas pourquoi on ne peut pas partager s'il y a un intérêt thérapeutique pour le patient! OK qu'on ne partage pas les données avec les assureurs, les banquiers ou les gens qui vendent des services, mais là, l'intérêt c'est d'améliorer le suivi et le soin finalement apporté au patient. C'est vrai que la sécurisation des données est logique et préférable pour le patient, mais dans ce cas elle est préjudiciable pour le professionnel de santé !

Modérateur : et le chirurgien dentiste, il en pense quoi ?

D1 : il n'en pense rien ! Il ne se sent pas concerné! C'est très bien, là je vous écoute, mais vraiment, pour ma profession, je ne vois pas l'intérêt! C'est très rare qu'un dentiste ait recours au médecin, une à deux fois par an maximum... du coup là je vous laisse parler. Mais bon, pour revenir à la question initiale, « qu'est ce que vous attendez d'un pôle de santé ? », bah voilà, pour les chir-dents, c'est rien! (il rit)

Modérateur : mais est ce qu'on aurait pas intérêt, nous médecins, à d'avantage travailler avec les dentistes? Par exemple en cas de pathologies chroniques. Où peut être aimeriez vous travailler avec d'autres professionnels?

D1 : oui mais bon, il faut communiquer que si on en a réellement besoin! (il rit) on ne va pas communiquer pour le plaisir de communiquer! en plus ça me fait rire ce que tu

dis (en s'adressant au biologiste), si on met toutes les données sur la carte vitale, alors là pour le coup on n'aura plus besoin du tout de relation avec le médecin traitant!

B1 : non, je voulais parler d'un support qu'on pourrait remplir, et il faudrait faire vivre le dossier médical, chacun l'enrichir...

D1 : à vrai dire nous on ne connaît pas grand chose, à part la cavité buccale (rires)! On a quelques notions de médecine et de pharmacie qui nous suffisent à exercer notre métier! Globalement, c'est bien suffisant pour ce qu'on a à faire. Pour vous, je peux comprendre que des relations soient souhaitées. C'est vrai, pour aller chez le pharmacien et le biologiste, les patients sont passés avant chez le médecin. Pour nous les dentistes, les gens viennent directement. Pour des relations avec les autres professionnels de santé, je vois pas l'intérêt! Sauf peut être dans certains cas particuliers et exceptionnels, mais sinon on se démerde avec ce qu'on a et on a l'habitude! Vous aussi d'ailleurs vous vous démerdez avec ce que vous avez! (rires) Qu'il y ait un dentiste dans un maison médicale pourquoi pas, mais de là à faire partie d'un pôle de santé ... je ne vous donnerai pas beaucoup de mes nouvelles!

Modérateur : d'accord, et je note une autre question, est ce que vous pensez qu'un pôle de santé peut être en relation avec une amélioration de vos conditions de vie professionnelles et privées ?

P1 : oui, je pense que c'est essentiel. On est très souvent en relation avec des médecins, infirmiers, les échanges sont quotidiens. Quand les relations sont faciles, qu'on connaît les professionnels, ça va, c'est simple. Mais parfois c'est plus compliqué...parfois il y a de la tension au niveau des échanges et on a beaucoup de mal à atteindre notre demande... des fois, on a des interactions médicamenteuses ou des erreurs de prescription, ça peut facilement se régler par téléphone ou par fax quand tout va bien... nous on est pas là pour sanctionner les médecins, on est là pour trouver des solutions... mais quand le lien n'existe pas, certains médecins le vivent un peu mal, comme si on était des maîtres d'école et qu'on essayait de les punir. Au sein de l'ALPS, les échanges sont faciles, on se connaît bien. Mais avec d'autres médecins ce n'est pas le cas... pour moi, j'avoue, évoluer dans une structure où on peut contacter immédiatement le professionnel en question et où on peut répondre aux besoins du patient c'est idéal. On est beaucoup plus détendus, on passe beaucoup moins de temps à gérer ces problèmes là. Et donc on passe plus de temps avec le patient. Ça va, j'ai bien parlé? (rires)

M1 : mais je vois pas le rapport avec le pôle de santé! (rires) C'était très bien ce que tu as dit, mais complètement hors sujet! (rires) Beau baratineur!

P1 : justement, je pensais me présenter aux prochaines élections municipales, pour être bon politique il faut savoir contourner une question, c'est ça? (rires) Non mais la question c'était bien est ce que le pôle de santé pouvait améliorer nos conditions de travail?

Modérateur : oui, c'est ça.

P1 : donc j'ai bon ! (rires) T'es vraiment trop bête ! (en s'adressant au médecin)

M1 : non, tu es hors sujet! Je ne vois pas en quoi un pôle de santé pourrait améliorer la relation entre un pharmacien et un médecin « con »! (rires)

P1 : bah si, si tu connais mieux les gens, les échanges sont plus faciles.

M1 : oui, l'objectif d'un pôle de santé serait de favoriser la connexion entre les gens, bah dis le simplement! (rires)

D1 : mais tu parlais de l'ALPS, du coup je vois pas bien l'intérêt du pôle de santé puisqu'on communique déjà bien au sein de l'ALPS.

P1 : oui mais le but ça serait peut être de le faire à plus grande échelle, intégrer plus de professionnels!

D1 : oui mais tu auras toujours des professionnels de santé « cons », ou qui ne veulent pas faire partie du pôle de santé et avec qui tu ne vas pas communiquer... donc ça sert à rien !

Modérateur : je rappelle aussi que le but du pôle de santé est aussi d'harmoniser les prises en charge, mettre au point des protocoles pour favoriser la prise en charge de patients...

P1 : mais je ne vois pas l'intérêt si à la base on crée des protocoles non consensuels...

D1 : oui, et puis moi quand j'écoute, cette notion de protocole, ça ne me parle absolument pas! Formater la prise en charge d'un patient, ça ne me parle pas du tout!

Modérateur : prenons l'exemple du patient diabétique, il a des soins réguliers, il va chez son médecin, il fait sa prise de sang tous les trois mois etc. Bon, le but, ça serait d'inscrire ces patients dans un protocole de soins, un projet, un processus de prise en charge qui serait un peu nouveau. On pourrait faire de la prévention par exemple, qu'on ne fait pas encore assez actuellement. Imaginons que ce protocole implique une séance chez le kiné, où le patient serait sensibilisé à la pratique de

l'activité physique, il pourrait aussi bénéficier d'un suivi auprès d'une diététicienne, il pourrait y avoir un atelier infirmier où le patient apprendrait à mieux se piquer.

D1 : oui mais un diabétique reste un malade. Et face aux patients, chaque praticien a une sensibilité différente. Je ne suis pas sûr qu'il faille un protocole pour ça.

Modérateur : mais le fait de rentrer dans un tel protocole de prévention serait un acte volontaire de la part des patients. Le protocole serait le même à Hem ou à Trifouillis Les Oies, ça serait un gage de qualité, le pratique serait homogène.

D1: oui mais je ne pense pas qu'il faille un protocole, chacun a sa sensibilité qui est différente. Par exemple, face à une dent malade, il y en a un qui va dévitaliser la dent, l'autre va l'arracher, le troisième ne va rien faire dessus. Le tout c'est que pour le patient ça fonctionne. Le praticien a son expérience qui fonctionne, c'est ça qui est important!

P1 : oui mais derrière ces pathologies, il y a quand même des points communs.

Modérateur : oui, des points communs, et des études qui ont prouvé l'efficacité d'une prise en charge globale, c'est prouvé par les sociétés savantes.

P1 : oui, ces protocoles peuvent améliorer les choses. Par exemple pour les patients diabétiques, on sait qu'ils ne soignent pas assez leurs pieds. Leur apprendre des gestes de prévention permet d'éviter certaines infections. Et puis on sait que pour améliorer la prise en charge du diabète, il n'y a pas qu'un seul élément : il y a les médicaments, mais aussi l'activité physique et la diététique. C'est vrai que si on pouvait intégrer ces gens au sein d'un protocole, ça pourrait améliorer les choses.

Modérateur : tu as tout à fait raison, et l'objectif ce n'est pas d'apporter aux patients un truc tout cuit, c'est aussi de les responsabiliser, de leur dire de prendre soin de leurs pieds, qu'ils soient acteurs de leurs prise en charge.

D1 : mais bon, moi je voudrais savoir quel pourcentage de malades chroniques vous avez en consultation ? Je veux dire par rapport à la pathologie aiguë, les rhumes et tout ça...

M1 : moi je peux te répondre par rapport à ma pratique que l'essentiel des pathologies chroniques est occulté par l'université, la sécu ... je veux dire que par exemple en ce qui concerne les addictions, tout le monde en a royalement rien à foutre! On va s'occuper des lombalgiques, des hypertendus chroniques, des diabétiques de type 2. D'ailleurs par rapport aux médicaments du diabète de type 2, aucune étude n'a démontré que ça allongeait leur durée de vie. Ça améliore peut être leur qualité de vie, mais pas leur durée de vie!

P1 : ça améliore la mienne aussi de qualité de vie ! (rires)

M1 : oui bien sûr, mais c'est pour ça que moi je vais vraiment être en difficulté par rapport à ces protocoles... 80 pour cent des recommandations correspondent à des avis d'experts, ce qui équivaut à un niveau de preuve nul! Comment après voulez vous appliquer des protocoles issus des sociétés savantes!

Modérateur : mais on ne va pas inventer des protocoles, ce seront des protocoles validés par des études qui permettront d'améliorer la prise en charge des patients.

M1 : c'est bien là le danger, je ne vois pas comment une société savante de soins secondaires va pouvoir définir comment les professionnels de soins primaires doivent travailler! On est pas sur la même population!

Modérateur : mais l'objectif ce n'est pas d'apprendre au professionnel de santé comment il doit travailler. L'objectif ce n'est pas d'imposer au médecin, au pharmacien, au biologiste ou au chir-dent de faire comme ci ou comme ça. Ce que l'on veut, c'est de permettre aux patients d'améliorer leur prise en charge, par de la prévention par exemple. En fait, c'est de faire des choses qu'on a pas l'habitude de faire parce que ce n'est pas rémunéré et que ça prend du temps.

M1 : alors, c'est la notion d'éducation thérapeutique rémunérée, ce qui est très différent de suivre un protocole pré établi ...

Modérateur : oui mais ces séances seront protocolisées pour avoir une prise en charge homogène dans les différents pôles de santé.

B1 : ce qui peut aussi répondre à la problématique du désert médical. Dans un lieu reculé, ça obligerait les médecins à faire appel à des professionnels éloignés. Par exemple s'il n'y a pas de podologue à proximité. Le fait de faire partie du protocole permettrait aux patients d'avoir accès à ces professionnels. Sinon en zone désertique, ils doivent faire 150 km pour voir un podologue les malheureux! On pourrait imaginer, style une permanence une fois par semaine dans certaines villes. Ça me fait penser à ça, j'ai vu une émission rigolote, en Australie, dans les zones reculées, une équipe médicale venait par hélicoptère. Les gens venaient pour se faire soigner ce jour là, ils avaient l'habitude. Moi je pense qu'un pôle de santé peut être très intéressant dans les zones reculées. Après en ville, je ne suis pas sûr que ça soit nécessaire...

Modérateur : en fait, la mise en place de pôles de santé a pour but d'améliorer notre pratique. On peut imaginer inventer d'autres formes de prises en charge par rapport à ce qu'on fait déjà. Par exemple l'éducation thérapeutique que tu évoquais tout à

l'heure nous permettra de faire de la prévention. L'ARS va nous donner au travers du pôle de santé des financements pour fonctionner comme ça...

M1 : là d'accord, pour l'ETP oui, c'est pas rémunérateur et c'est chronophage du coup on en fait peu. Mais répéter des protocoles non !

Modérateur : quand je dis « protocole » c'est pour que tout le monde ait la même chance,...

M1 : (coupe le modérateur) pour moi faire des protocoles c'est le principe du nivellement par le bas. L'exemple le plus flagrant qu'on a eu, c'est avec l'hémoglobine glyquée, on nous demande de la faire quatre fois par an pour toucher notre prime dans les cotations de l'ARS. Du coup nos patients qui faisaient bien leur dextros se sont vus sanctionnés par ces prises de sang répétitives tout ça pour que je touche ma prime alors que ça n'apporte rien de plus!

P1 : mais il y a des gens qui sont des petits malins et qui savent exactement quelle dose d'insuline s'injecter pour que leurs dextros soient bons et qui se gavent de sucre par ailleurs...

M1 : non, si leurs dextros sont bons c'est qu'ils ne mangent pas la quantité de sucre que tu évoques...

Modérateur : on va avancer un peu dans le sujet : avez-vous des craintes concernant la mise en place d'un pôle de santé dans votre ville ?

B1 : moi ce qui me fait peur, c'est la complexité administrative qui va venir s'ajouter. Comment est ce qu'on va se répartir les tâches ? L'organisation, et tout ça. Et puis dans ce genre de truc, il faut qu'il y ait un moteur qui tienne la route et qui s'investisse. Un coordonnateur quoi. Et ça demande beaucoup de travail. Et je pense qu'on aura beaucoup de disparité dans les pôles de santé en fonction de la motivation des coordonnateurs.

D1 : moi ce qui me fait surtout peur c'est l'ingérence. C'est vrai quoi, on va se faire rémunérer par un organisme supérieur qui du coup aura un droit de regard sur notre travail. Le mec qui rentre dans un truc comme ça il va être bouffé, son libéralisme, il est mort.

M1 : je voudrais juste préciser les choses. Le pôle de santé ne va pas changer le mode de fonctionnement des professionnels de santé. La mission de professionnel de santé restera la même. Il s'agira pour certains patients ayant des pathologies cibles de faire de la prévention, de l'éducation. Et c'est seulement cette activité qui sera rémunérée par l'ARS.

D1 : oui mais il y a un risque d'ingérence quand même. Au départ peut être que ça va être que sur ça, et puis après ils vont contrôler toute notre activité. Celui qui paye a le droit de regard. C'est comme un patron qui a le droit de regard sur ses salariés. Normalement, c'est uniquement le patient qui doit avoir un droit de regard sur ce qu'on lui fait. Et pas une troisième entité qui tôt ou tard va nous faire chier. En plus je ne me sens pas concerné par le pôle de santé.

Modérateur : mais l'ARS ne va pas te payer directement. Elle va te payer au travers d'une structure administrative qui elle aura à rendre des comptes. Mais c'est clair que chaque professionnel libéral n'aura pas à rendre des comptes personnellement! C'est l'action globale qui sera évaluée.

M1 : (s'adressant au dentiste) et moi d'un côté j'adhère à ta crainte. En plus au final c'est le malade qui paye. Qui finance l'ARS? C'est les patients! La sécu nous ponctionne au passage, quarante pour cent de la masse prélevée, pour reverser ensuite ...

B1 : oui, on est dans un système de redistribution.

M1 : mais j'espère que si des projets comme ça sont faits, ils seront soumis à l'approbation du client! Car au final c'est lui qui paye, c'est lui le financeur du système.

B1 : je pense que c'est de toute façon le patient qui décide de rentrer dans un protocole de soins. Enfin je suppose, parce qu'avec l'HAD c'est parfois subi. A l'hôpital on lui force la main. Et comme le patient est un peu perdu il accepte. Le choix est relatif... Et puis si tu rentres dans un protocole de soins, tu risques de ne plus avoir le médecin que tu veux. Tu ne pourras plus choisir tes professionnels de santé. C'est fréquent avec l'HAD, les infirmières libérales, elles pleurent parfois en sortie d'hospitalisation parce qu'avec la HAD on pique les patients aux infirmiers à la sortie d'hôpital.

M1 : et puis d'un autre côté t'as le pharmacien qui n'a plus le droit de délivrer les ordonnances...ou sauf en cas de dépannage uniquement !

Modérateur : on s'éloigne du sujet là, on va revenir aux pôles de santé...

B1 : oui mais là il faut faire attention parce que c'est justement une dérive possible dans ce type de configuration !

P1 : alors moi la question que je me pose, c'est que dans une ville où il y a 5 kinés, 8 médecins... Qui intègre le pôle de santé ? Evidemment, tout le monde ne pourra pas en faire partie, mais comment est ce qu'on va choisir les professionnels. En plus du

coup, le patient qui intègre le pôle de santé n'aura plus le choix infini de praticiens qui peuvent lui donner des soins. Du coup, est ce qu'on leur impose les professionnels de santé ?

Modérateur : alors ce qui est important de comprendre c'est que ça va pas remplacer le système actuel, ce n'est pas du tout fait pour ça. C'est simplement pour organiser des actions complémentaires à ce qui est déjà fait. Il faudra acquérir des compétences pour faire des actions d'éducation thérapeutique mais rien ne sera obligatoire, aucun système n'est obligatoire. Le pôle de santé, c'est juste une façon de favoriser la prise en charge de patients chroniques, ce qui pourrait amener à faire des soins que l'on a pas la possibilité de faire actuellement. C'est tout, pour l'instant ça ne va pas plus loin.

M1 : mais ce que je ne comprends pas, c'est pourquoi ne pas tout simplement faire un nouvel acte de nomenclature. Pourquoi on ne pourrait pas faire un nouvel acte de nomenclature pour les podologues pour qu'ils puissent apprendre aux patients diabétiques à soigner leurs pieds? Pareil pour la diététicienne! Ça serait torché en un quart d'heure, ça serait universel sur tout le territoire... parce qu'en fait là, de quoi on parle? On parle des choses qu'on finance au malade à l'hôpital et pas en ville!

B1 : c'est pareil pour les bilans bio : il y en a plein qui sont pris en charge à l'hôpital et pas en ville... au sein d'une enveloppe globale...

Médecin : et c'est bien les malades et les non malades qui vont financer tout ça ... le système de solidarité... le robinet est fermé d'un côté et ouvert de l'autre... on va créer une usine à gaz pour colmater un problème créé par l'ARS et la sécu... on tourne en rond... et puis en plus il ne faudrait pas de médiatisation de tout ça ! J'ai très mal vécu la médiatisation des maisons de santé... mais l'ARS veut communiquer sur ça, elle veut montrer qu'elle fait des bons projets pour des bons patients... mais après, le professionnel qui aura fait le choix de ne pas s'inscrire là dedans... il ne faut pas qu'il soit discrédité. Il ne faut pas qu'on mette en porte à faux celui qui aura fait le choix de ne pas appartenir au pôle de santé pour diverses raisons. Parce que si on valorise le pôle de santé de Hem, inconsciemment on dévalorise tous ceux qui n'en font pas partie.

P1 : et puis actuellement le patient fait son cocktail : il choisit son médecin, son pharmacien... c'est aussi une façon avec les pôles de santé d'imposer au patient une liste restreinte de professionnels...

Modérateur : une fois de plus, le but n'est pas de changer le système existant. Le but

c'est de faire autre chose que ce qu'on fait déjà. Bref, on va passer à la question suivante : quelle expérience avez-vous en matière de coordination entre professionnels de santé ?

P1 : avec l'ALPS, on communique bien, on organise des réunions. C'est vrai que j'ai souvenir d'une réunion que j'avais organisée à la pharmacie et où j'ai présenté aux médecins les différentes aides à la déambulation, les lits médicalisés et d'autres choses. Cette réunion avait été faite à la demande des médecins, et je pense qu'en effet ça a amélioré leur prescription. Et aussi je pense que ça nous a valorisé auprès des médecins parce qu'ils ont compris nos difficultés au quotidien, ils se sont rendus compte... nous, on est pas là pour les embêter, parfois c'est des choses simples qui facilite la vie de chacun ...

M1 : voir le quotidien de l'autre, t'as raison, c'est fondamental !

P1 : voir la difficulté de l'autre, ne pas rester chacun de part et d'autre du mur, en améliorant l'échange entre professionnels, on ne peut qu'améliorer le service rendu au patient !

Modérateur : on va passer au dernier point, que proposeriez-vous pour améliorer la coordination dans la prise en charge des patients ?

M1 : des groupes d'échange de pratique trans professionnels. Des GEP multidisciplinaires. Nous on en fait en médecine et c'est génial !

D1 : ça s'appelle le téléphone ...

M1: non, c'est comme on fait ce soir! Par exemple moi ce soir j'ai appris que mettre ma suspicion diagnostique au début de mon bilan bio ça aide le biologiste à m'apporter une réponse plus pertinente quant à l'interprétation des résultats ! C'est un truc con! Mais en 25 ans d'exercice, j'y ai jamais pensé! Alors que si tu mets que tu fais un bilan d'anémie, ou bien encore une recherche d'hépatite et puis tu sais que le patient est vacciné, comme ça si tu te trompes dans tous les anticorps anti Hb « cons », il rattrape le coup, lui il sait ça par cœur le biologiste! Tu vois, c'est tout des petites choses du quotidien qu'on pourrait échanger!

D1 : ouais... mais c'est comme pour le tiers payant, il y a dû y avoir aussi des tas de réunions... au final voilà le résultat... encore une fois je n'attends rien de ça, je vous écoute parler, c'est bien, j'apprends des trucs mais franchement qui ne vont pas me servir dans ma pratique quotidienne ou améliorer ma qualité de vie!

M1 : peut être parce que tu as un champ très spécifique...

D1 : je ne suis pas sûr que les réunions sur les dents intéresseraient les médecins ...

vous aurez largement tout oublié après une nuit de sommeil !

P1 : oui mais par exemple, moi je pense aux patients sous AVK. Il se pose alors le problème du relais par héparine, il faut se mettre d'accord sur quand reprendre les AVK, quand faire la bio pour le dosage de l'INR, ça pourrait être bien de vous concerter justement pour ça. Et puis justement le fait que vous soyez une profession plus « marginale », plus spécifique, ça pourrait être intéressant de communiquer entre nous.

D1 : non, nous on ne communique pas avec les médecins sur ça ; il y a maintenant une directive comme quoi il faut garder les AVK pour les extractions dentaires. C'est les médecins qui veulent ça. Et puis, ils ne veulent pas négocier, j'ai déjà essayé moi par téléphone... mais qu'ils viennent la faire eux l'extraction dentaire... ça saigne la rage, on ne s'en sort pas, un coup j'ai une patiente qui a dû retourner à 3 heures du mat aux urgences, elle avait rempli son oreiller de sang. Alors moi de toute façon maintenant je les envoie à la fac de chir-dent pour les extractions sous AVK... donc une fois de plus pas besoin de communiquer avec le médecin!

M1 : pour cette histoire d'AVK, c'est largement démontré que faire un relais par héparine augmente le risque de thrombose cardiaque. Avec le relais, on a des tas d'inerties à la con qui fait que c'est pas toujours efficace. Du coup la balance bénéfique risque est largement favorable au maintien du traitement sous AVK.

P1 : oui mais du coup c'est le dentiste qui est embêté, c'est lui qui prend le risque !

M1 : sauf que le malade ne va jamais mourir d'une hémorragie dentaire ...mais d'un AVC oui.

D1 : voilà, mais c'est chiant, moi je discute pas ça, mais maintenant les patients qui viennent pour ça moi je les envoie à l'hôpital!

P1 : moi ce problème, bon, je vais peut-être me mettre à dos des médecins, je l'ai eu pas plus tard que ce matin. J'avais prescrit du Vogalène, à part que là en ce moment, je ne sais pas pourquoi, on est en rupture de Vogalène. Bon, il se trouve qu'on venait de recevoir du Motilium, donc moi j'appelle le médecin pour savoir si je peux mettre du Motilium à la place, en m'attendant à un « pas de problème, vas y » et non à la place j'ai eu un « oui ça me pose problème, le Motilium c'est super dangereux. Je préfère que tu lui donnes des lyocs coupés en morceaux. Je dis, je veux bien essayer de donner des lyocs coupés en morceau, mais je lui dis si vous essayez de couper un lyoc en morceau, vous allez vous retrouver avec de la poudre et puis allez donner à... « Ah oui mais je préfère ça que de donner du motilium »,

très bien. C'est un peu ton problème, c'est que j'ai mis en place les directives, j'ai dit aux gens démerdez-vous avec vos trucs, essayez d'en donner la moitié et puis voilà. Modérateur : alors je reviens un peu sur l'objectif principal, je comprends mais... l'objectif principal est parti du médecin, c'est que réaliser des GEP multi professionnels. On voit que là c'est intéressant parce que, on évoque... on en fait un là, on n'est plus dans le sujet principal, on fait un GEP là et on voit que c'est riche

P1 : oui

Modérateur : donc voilà, je suis désolé de te couper pharmacien, mais il faut qu'on revienne au sujet, à moins qu'on se couche à trois heures du matin.

P1 : ah oui d'accord, on reprend une bière ? (Rires)

Modérateur : je repose la question et après on aura terminé là. Que proposeriez-vous pour améliorer la coordination dans la prise en charge des patients ?

M1 : modification de la CCAM, remboursements des actes évidents qui ont fait leur preuve depuis vingt ans. Le nutritionniste est utile, je ne pense pas que l'ARS osera dire l'inverse, le psychologue c'est utile, le podologue c'est utile. Pourquoi est-ce qu'on ne modifie pas la CCAM pour améliorer les pratiques? Indemnisation des temps de rencontre des professionnels, ces moments de temps de rencontre professionnels. Hors ou au sein d'un pôle, j'estime qu'à partir du moment où trois toubibs vont se réunir au fin fond du Larzac, ils méritent d'être reconnus dans ce temps d'optimisation des compétences.

B1 : ça serait un intérêt, de toute façon, on a tous de la formation professionnelle obligatoire, donc je pense que ça serait, au moment de la formation professionnelle obligatoire ça serait intégrer des formations pluridisciplinaires et de rencontre plutôt que...

M1 : décloisonner la formation.

B1 : décloisonner la formation, je pense que vous fassiez de la formation sur les actes de biologie ça peut vous intéresser et que nous on ferait sur la médecine, ça nous aiderait bien.

P1 : il y a une chose aussi, c'est qu'il y a des moyens techniques pour le faire parce que je vois dans l'amélioration des échanges, on peut mettre en place, on avait parlé d'un espèce de dossier, d'une base de données accessible, par euh... peut-être par internet euh... avec un code. Et puis peut-être, il y a aussi l'idée de s'échanger en faisant des espèces de Visio conférence, ça s'est possible, ça peut se faire avec différents, euh... sans forcément se retrouver à un endroit avec les moyens

techniques modernes, avec un i phone, on peut très bien faire une conversation comme ça.

M1 : oui quand je suis rentré chez moi tout à l'heure, j'ai allumé Skype mais euh... vous n'avez pas répondu... (Rires)

P1 : ça c'est pareil, c'est quelque chose qui peut se faire très rapidement en se donnant une heure de rendez-vous, avec des gens qui se trouvent à différents endroits. Et puis après c'est vrai, comme disait le médecin, de mettre en place des choses qui ont fait leur preuve et puis indemniser parce que forcément, il y a toujours l'argent qui est forcément le nerf de la guerre, des temps passés qui actuellement ne le sont pas forcément et l'intégrer dans une rémunération, oui.

M1 : les lyocs...

P1 : oui, apprendre à couper des lyocs (Rires)

M1 : je pense à un truc qui bloque, dans notre profession nous médecins, c'est la délégation de compétence, ah il ne faut pas que le pharmacien vaccine, il va nous piquer vingt-trois euros. On en est arrivé là quand même. Il y a nos syndicats qui nous disent attention danger, il va nous piquer notre boulot. Il a le droit de faire du dépistage annuel de diabète avec un glucometer avec un risque infectieux supérieur à un risque vaccinal. Euh, dans le décloisement on se dit merde euh... je suis pas là pour faire des extractions dentaires ou des autres conneries.

D1 : si t'en fais une j'en ai rien à foutre ! (Rires) au contraire, je te les laisse, ça va faire de la place sur mon carnet.

M1 : la notion de délégation de compétences qui vont vers les infirmiers. Les kinés, il nous a fallu combien de temps pour qu'ils aient le droit de décider le nombre de séance en le justifiant.

Modérateur : de faire un diagnostic de rééducation

M1 : on était souvent moins compétents qu'eux pour faire le diagnostic de rééducation. Je pense que c'est le décloisement de pouvoir au sens archaïque du terme, enfin moi ça me fait chier personnellement.

P1 : moi j'ai la chance de recevoir, c'est pas arrivé souvent mais c'est quand même arrivé que quelques fois, que Jean-Marc Lefebvre m'envoie des internes une demi-journée ce qui est très peu et en même temps parfois pas mal, que plus que ce qu'on va passer comme temps au téléphone avec un autre professionnel de santé sur toute sa carrière. Et finalement, je me souviens d'internes qui arrivaient à la pharmacie un petit peu en traînant des pieds en disant c'est bon, moi je suis

médecin, je suis pas pharmacien...

M1 : marchand de boîtes ! (Rires)

P1 : et euh.... Qu'est-ce que j'en ai à cirer. Et avoir passé une après-midi extrêmement enrichissante, parce que je voyais eux leur problématique de médecin par rapport à la prescription, parce qu'ils se posaient des questions : Comment on va prescrire ça ? Comment ça se passe si jamais il y a une interaction ? Et puis même des choses qu'ils ne savaient pas par rapport aux médicaments. Et puis moi mes questions par rapport... les conseils que je pouvais leur donner pour pas oublier de donner le poids d'un enfant, de donner son âge, parce que c'est capital. On se rend pas compte mais aujourd'hui, les gens me disent ah vous votre métier c'est difficile parce qu'il faut essayer de décrypter l'ordonnance du médecin, c'est pas ça ce qu'il y a de plus difficile. Et puis les gens disent ah oui mais maintenant c'est fait par ordinateur, c'est super simple. Bah c'est faux parce que très souvent, parce que les erreurs de prescriptions arrivent très souvent maintenant avec les ordonnances informatiques, parce qu'il n'y a pas une relecture de la posologie. Et très souvent, quand un médecin prescrit un sirop par exemple, et bien il a eu, après, je ne sais pas comment sont vos logiciels mais euh, il arrive très souvent qu'on se retrouve pour un nourrisson avec une posologie d'adulte pour un sirop antitussif ce qui peut être assez dommageable. Et ça c'est ce qui arrive souvent.

M1 : tu vois ça c'est intéressant dans l'échange.

P1 : vous voyez, dans ce cas là, l'échange entre médecin et pharmacien, l'échange était profitable dans les deux cas parce que moi je leur apportais mon expérience, mes besoins, mes envies, et je pense, le futur médecin, futur prescripteur se dit : ah oui le pharmacien derrière, il va avoir besoin de certaines informations et il faut que je lui donne. Et puis le futur médecin, il apprenait des choses par rapport au traitement, par rapport à notre façon d'analyser l'ordonnance et c'était vraiment bénéfique. Ça m'est pas arrivé souvent. Moi au départ aussi, je trainais un peu des pieds, en me disant oui bon voilà, il y a un après-midi où je ne bosse pas euh... et puis j'espère que ça va être utile. Et puis finalement c'était toujours profitable aux deux. Et ça c'était vraiment quelque chose de bien, et quand on parle, j'en reviens, je suis peut être un petit peu hors sujet, mais quand on revient à ces soucis de communication et de pôle de santé, c'est un peu cette interaction qu'il peut y avoir entre ces différents professionnels de santé qui fait que quelque chose tourne bien. Quand on est au courant des problématiques de l'autre, c'est forcément beaucoup

plus simple de travailler.

Modérateur : non mais c'est bien ce que tu as dit.

M1 : il faudrait que ce temps du pharmacien soit indemnisé par la collectivité, le temps de formation. Non mais pour répondre à ta question, qu'est-ce qui pourrait optimiser ? C'est de dire le pharmacien qui accepte de consacrer du temps, tout comme nous quand on accueille nos internes, il faut pousser la logique plus loin, de dire bin oui, c'est un temps de formation utile pas pour le médecin mais pour les malades qui sont soignés par ce médecin. Et bin oui, c'est un temps de formation qui mériterait indemnisation.

Modérateur : donc la maîtrise de stage indemnisée, serait...

M1 : pluridisciplinaire, même une notion de maîtrise de stage pluri disciplinaire ; sauf le chir dent qui sert à rien (en souriant)

B1 : oui une indemnisation qui rentre dans le cadre de la formation obligatoire ou ce genre de chose. Ce qui revient au même en fait puisque...

M1 : plutôt qu'il soit à l'hosto ça serait mieux qu'ils passent une journée chez toi (en montrant le pharmacien)...

B1 : parce que nous on va bientôt organiser, on pense organiser des journées de formation sur le plateau technique. La biologie d'aujourd'hui, n'a rien à voir avec la biologie d'il y a dix ans, voir ce que c'est... (le médecin et le pharmacien miment des mélanges de fioles et un pipetage de fiole) non c'est n'est plus forcément comme ça.

P1 : maintenant c'est : (mime les nouvelles machines et les bruitages)

B1 : et ça c'est des choses qu'on essaie de mettre en place

B1 : et bien voilà, une visite de ton labo avec champagne à la sortie, et qui paie le champagne ?

Tous en cœur : l'ARS (Rires)

B1 : mais non, c'est des nouveaux appareils tu mets le pipi d'un côté et il y a le champagne qui sort de l'autre !

B1 : ah il fait distillerie maintenant, ah la vache !

Modérateur : bon, on a bien travaillé, il est bien tard.

Annexe 3 : Verbatim de l'entretien collectif du 29 mai 2015

Modérateur : Bonjour à tous, alors aujourd'hui on est là pour discuter ensemble.

Il s'agit d'un focus group, un groupe de discussion. C'est une participation à un travail de thèse, alors on recueille vos témoignages, et à partir de ces recueils il va y avoir une synthèse qui sera faite. Et tout cela va faire l'objet d'une thèse que vous allez passer ensemble mais ça vous leur avez déjà expliqué (en s'adressant aux observateurs). Voilà, deux sujets différents, mais conjoints qui seront présentés le même jour. Alors on va commencer, on va rentrer directement dans le vif du sujet : Pour vous, qu'est ce qu'un pôle de santé ?

B2 : c'est un regroupement de professionnels de santé.

P2 : et est ce qu'on a le droit de poser aussi des questions ? C'est interactif ?

Modérateur : Bah, oui c'est interactif, vous posez ce que vous voulez.

P2: est-ce que c'est à visée, euh... on va dire euh...un pôle euh...un seul centre, enfin, un seul endroit ou alors est-ce que c'est multi site ?

Modérateur : Bah, d'après toi, un pôle de santé ?

P2: Bah, c'est groupir ! Bah parce qu'après une SISA tu sais très bien, c'est aussi dans le cadre d'une maison de santé ou d'un pôle... déjà est-ce que on appelle ça maison de santé ? Pôle de santé ? Parce qu'une SISA, c'est un regroupement hors mur, c'est-à-dire que chacun peut rester indépendant, il n'y a pas forcément un endroit précis. Donc justement, dans quel cadre ça se situe ? Biologiste 2: SISA, je ne sais pas ce que c'est.

P2: C'est un pôle de santé hors murs, donc on n'est pas obligé de se rassembler dans un endroit. Par exemple, je vais parler de mon cas, le pharmacien peut rester dans sa pharmacie par exemple. Parce que pour nous, quitter son officine c'est compliqué quand même. Après, je sais qu'une maison de santé, c'est un regroupement au sein d'une seule maison où tout le monde se retrouve là et le pharmacien peut être à côté mais euh... est-ce que c'est dans ce cadre là ou dans un autre, parce que les ARS sponsorisent aussi des SISA. Donc là, c'est hors mur, chacun reste dans ses murs mais on peut se réunir à un endroit donné.

B2: Moi je pense que les deux peuvent exister.

P2 : donc moi, justement, je voulais savoir dans quel cadre ?

Modérateur : moi je laisse parler et après je redéfinirai un peu les choses. Et pour toi, un pôle de santé, c'est euh...? (En s'adressant au dentiste)

D2: c'est vrai que ça me parle pas plus que ça... ça doit être un regroupement de professionnels de santé sur un canton donné, par exemple une ville et les bleds autour.

Modérateur : OK, toi tu vois ça plus comme un regroupement géographique en fait.

D2 : Voilà, par rapport à un secteur géographique donné.

Modérateur : Et toi ? (en s'adressant au médecin)

M2: Je ne sais pas du tout ce que ça peut vouloir dire. Moi ça m'évoque plutôt quelque chose d'administratif, euh ..., oui, une question de regroupement de professionnels sur un même secteur. Ça pourrait entraîner des facilités de communication, ou autre... Enfin voilà, pour moi c'est plutôt quelque chose d'administratif.

Modérateur : D'accord.

P2: On voit tous ça de façon complètement différente !

Modérateur : Je vais un peu resituer les choses, euh... en fait, cela rentre dans le cadre de la loi HPST. Cette loi définit ce qu'est un pôle de santé. C'est différent des maisons pluriprofessionnelles que l'on voit beaucoup fleurir maintenant. Ça correspond à des professionnels de soins primaires qui se regroupent entre eux pour travailler ensemble dans une même structure. Les professionnels de premier recours, ceux que tu vois en premier, médecins, dentistes, infirmières... Et puis il y a les maisons pluridisciplinaires où interviennent aussi les professionnels de second recours, les spécialistes d'organe et qui se situent sur un même lieu. Et après, il y a aussi les pôles de santé, sur un site restreint au niveau géographique mais ils ne sont pas dans un même bâtiment. Et tout à l'heure on parlait de SISA, alors ça c'est la structure juridique qui permet de travailler ensemble. C'est un peu comme la SCI et la SCM, la SISA c'est une structure juridique.

P2: Mais moi je ne comprends pas la différence entre un pôle de santé et une SISA...

Modérateur : Pour travailler ensemble il faut créer une SISA, pour que le pôle de santé puisse exister, il faut au préalable l'inscrire dans un cadre juridique : la SISA.

P2: OK, donc pour qu'un pôle de santé puisse fonctionner, il faut faire une SISA.

Modérateur : Oui, c'est ça.

P2 : Voilà, donc un pôle de santé, c'est une maison médicale « hors murs », mais qui possède une structure juridique qui nous rassemble.

Modérateur : Mais je vais aller un peu plus loin, que ce soit un pôle de santé ou une maison de santé, chacun reste quand même indépendant dans son travail. Du coup, l'objectif de la loi HPST, c'est de travailler un peu différemment pour certains patients bien définis. Pour ces patients, c'est un peu comme ce qu'on fait actuellement avec l'ETP. L'objectif, c'est d'essayer d'harmoniser les prises en charge pour certains patients atteints de pathologies chroniques. Pour que les patients X et Y puissent avoir la même prise en charge, la même chance ... par exemple pour un patient diabétique, chacun fait sa petite cuisine à partir des recommandations de l'ARS, et là, cela va permettre d'harmoniser les prises en charge...

P2 : Oui, qu'on puisse avoir le même discours...

Modérateur : Et la SISA va justement permettre aux professionnels de santé d'être rémunérés par l'ARS quand ils prennent en charge des patients entrant dans ces projets de soins. Est ce que vous avez des questions sur la définition du pôle de santé ?

B2: Et ça existe déjà quelque part ou pas du tout ?

Modérateur : Oui, oui, les pôles de santé il n'y en a pas encore beaucoup...

P2 : Il y en a une dizaine en France.

Modérateur : par contre les maisons pluridisciplinaires et pluri professionnelles fleurissent partout en France, il y a à peu près 200 créations par an. Ça tourne pas mal. Dans le Nord, il y a par exemple Laventie, Steenvoorde, Fruges...

P2 : et comment ils ont choisi les professionnels qui en font partie ?

Modérateur : Ce sont les professionnels qui choisissent d'y participer, ils sont motivés. Et ça ne concerne que la prise en charge de certains patients.

P2 : La proximité quand même, ça doit aider pour organiser les réunions...

Modérateur : oui, le plus difficile, c'est de s'organiser. Ça demande de l'investissement de la part des professionnels...

P2 : Et puis une formation des professionnels...

Modérateur : Oui, il faut une harmonisation de la formation des professionnels. On touche de l'argent de l'ARS, il faut que ça soit sérieux.

P2 : on a des comptes à rendre, bien sûr

Modérateur : est ce que c'est un peu plus clair ?

M2 : Pour moi ça reste encore assez flou. Je me demande ce que ça va donner dans la pratique quotidienne.

Modérateur : Le but, ce n'est pas de chambouler notre façon de faire, c'est de compléter nos prises en charges en faisant des interventions auprès de certains patients ciblés. Par exemple si on prend un patient diabétique, on peut imaginer un atelier où on lui apprend à examiner ses pieds et à faire de la prévention pour prendre soin de ses pieds. On peut imaginer un atelier animé par une psychologue pour l'acceptation de la maladie...

P2 : ça peut être aussi une nutritionniste

M2 : D'accord. Donc si on sait que dans le pôle de santé qu'on a créé il y a ce type d'atelier, on peut le proposer au patient concerné s'il est intéressé pour y participer...

Modérateur : oui, si le patient est d'accord...

P2 : Et le patient signe un protocole comme quoi il est d'accord pour participer aux ateliers.

Modérateur : Est ce que c'est plus clair ?

D2 : oui

M2 : oui, c'est bon

B2 : oui, oui

Modérateur : On va passer à la deuxième question : Dans la ville de Hem, il y a un projet de création d'un pôle de santé, qu'en attendez vous ?

P2 : J'aimerais en faire partie ! (Rires de tous) Je suis prête à m'investir, c'est quelque chose qui m'intéresse. On avait l'idée de monter une SISA l'année dernière avec Jean Marc, mais au final le projet ne s'est pas fait. Et puis on s'est rendu compte qu'à partir de 2015, chaque membre de la SISA devait avoir validé 40 heures d'ETP pour que ça fonctionne. Avant, il suffisait qu'une seule personne ait validé. On se disait que c'était compliqué. Mais on parlait quand même sur un projet pluri professionnel. Et puis à l'ALPS on se connaît déjà bien, du coup on a pu échanger sur ce projet. On a envoyé un mail à tous les professionnels de la ville de Hem pour leur faire part de notre projet pluri professionnel.

(Les autres participants se regardent)

B2 : Je n'ai pas lu ce mail

M2: Moi non plus...

P2 : oui mais c'est ça quand on reçoit beaucoup de mails, on ne les lit pas forcément... Mais bon, le but d'un projet pluri professionnel c'est justement d'uniformiser le discours. Parfois entre professionnels, on se rend compte qu'on ne tient pas le même discours. Et je trouve que c'est dommage. Pour moi pharmacienne

par exemple, ça peut être lié à des consignes liées à la prise d'un médicament. Par exemple pour le Kardégic, nous on a appris qu'au vu de la pharmacocinétique, il valait mieux le prendre le midi ou le soir. Mais si le médecin l'a prescrit le matin, le patient va préférer suivre la prescription médicale que nos conseils. Et puis appeler le médecin pour remettre en cause sa prescription c'est difficile. Moi je me dis qu'au sein d'un pôle de santé ça serait plus facile, on se connaîtrait... Et pareil pour les infirmières, elles pourraient dire leurs préférences de prescription. Le patient s'y retrouverait super mieux si on a tous le même discours ! Déjà quand on appelle le médecin et qu'on le tutoie le patient est rassuré et trouve ça super. Faire ça à une échelle encore plus grande, dans l'intérêt du patient ! Avoir tous le même discours et travailler en coordination.

Modérateur : Et aussi avec la loi HPST, on perçoit une mutation de chaque métier... c'est ce que l'on appelait avant la délégation de tâche. Tout doucement, les choses évoluent. Par exemple pour le suivi de l'INR... avant c'était mono professionnel avec le médecin, maintenant c'est partagé entre plusieurs professionnels...

P2 : Moi ça me fait penser à l'image d'une étoile de mer, au fond, chaque profession est imbriquée et se rejoint ...voire même empiète sur le territoire de l'autre...

Modérateur : oui, progressivement il y a une nouvelle répartition qui se fait. Par exemple, aujourd'hui les kinés et les infirmières ont le droit de prescrire. Ce n'était pas le cas avant ... (silence) Et dans cette logique de mutation des professions se créent des maisons pluri professionnelles dans le but de travailler ensemble. Les pôles de santé viennent s'inscrire dans cette même logique de mutation. Mais encore une fois on ne parle pas de grand chamboulement. Ça va se faire petit à petit. Donc je répète ma question pour recentrer un peu : qu'attendez vous de la mise en place d'un pôle de santé dans la ville de Hem ? (Silence)

B2 : C'est vrai que dans notre métier on évolue un peu, on nous demande vraiment d'être une profession médicale maintenant, de poser des diagnostics, de donner des conseils. Et ce qui pourrait nous aider c'est de faire évoluer les prescriptions. Parfois on corrige, mais parfois on fait des examens inutiles...avoir un dialogue plus proche avec les médecins, je pense que ça pourrait vraiment améliorer les choses.

Modérateur : Oui, par exemple que le médecin inscrive ses suspicions diagnostiques sur l'ordonnance ...

B2 : oui et aussi que la même information soit donnée au patient, qu'on ait le même dialogue. Pour certains dosages il faut arrêter le traitement, et puis pour faire un

ECBU, que la toilette soit bien faite et que le pot n'ait pas trainé trop longtemps. Alors on a le droit au scandale quand on refuse un pot d'ECBU, mais moi je leur explique que c'est dans leur intérêt, je veux bien le prendre moi le pot, mais le résultat sera faux. Maintenant, on essaye d'avoir la meilleure pratique possible, mais bon...

M2 : Oui travailler en groupe dans l'intérêt du patient. Dans mon cas, ça serait avoir plus de choses à leur proposer dans le cadre de leur maladie. Par exemple leur proposer des ateliers pour qu'ils apprennent à gérer leur traitement. Souvent on ne connaît pas tout ce qui se passe dans notre coin ... ne serait-ce que se parler entre professionnels pour savoir ce qu'on fait.

Modérateur : pour faire plus de prévention tu veux dire ?

M2 : Oui, et plus d'accompagnement dans certaines pathologies compliquées.

P2 : oui et moi je pense que tout ça débouche sur une meilleure observance des traitements, parce que forcément, un patient mieux averti comprendra mieux l'intérêt de son traitement. Comme par exemple pour le diabète, au début ça ne se voit pas... (Silence) Moi je pense que l'ETP ça peut être individuel, mais le faire en groupe ça apporte beaucoup plus. L'expérience de chacun est enrichissante, ils peuvent dire les erreurs qu'ils ont faites.

Modérateur : oui ! Et est-ce que vous pensez que ça peut être attractif pour les jeunes confrères ? Et aussi peut être pour trouver un remplaçant ?

P2 : Moi je ne le ressens pas dans ma profession, je suis en magasin donc c'est un peu différent.

(Silence)

Modérateur : Est-ce que le fait de travailler différemment ça ne serait pas aussi un outil anti burn out ? ... Je ne sais pas, moi j'entends des confrères qui sont pressés de partir en retraite...

P2 : Oui c'est sûr, mais vous vous êtes associés, c'est déjà ça !

M2 : Je ne me suis jamais imaginée pouvoir m'installer seule... ça ne me serait pas venu à l'idée. Je pense que les jeunes médecins qui s'installent aujourd'hui aspirent à travailler à plusieurs. Ils ont été formatés à travailler à l'hôpital donc pour eux c'est plus rassurant de travailler en groupe. Déjà le fait d'être associé à plusieurs c'est attractif pour les jeunes, alors le pôle de santé, c'est encore un cran au-dessus.

Modérateur : c'est plus attractif pour les jeunes.

M2 : oui, ça donne plus envie de s'installer.

Modérateur : (S'adressant au dentiste) et toi, qu'est ce que tu en penses ?

D2 : oui, je pense pareil. Les chirurgiens dentistes on ne s'installe plus seuls maintenant. Après c'est surtout une question financière, pour faire des investissements c'est plus rentable d'être en groupe. (Silence) Et puis après c'est vrai qu'on peut discuter entre nous, ça rassure, on va parler de nos cas...

P2 : Et puis c'est aussi rassurant pour le patient de savoir que si un praticien est absent un jour, il peut aller voir un confrère qui travaille pareil pour remplacer.

M2 : c'est vrai que c'est plus facile quand on ne veut pas travailler un jour ou bien partir en vacances, les patients vont être moins... moins...moins revendicateurs s'ils savent qu'il y a la possibilité de consulter un médecin qui travaille dans le même cabinet. Quand on travaille seul, les patients ont toujours le sentiment d'être abandonnés quand on s'en va.

P2 : oui, c'est rassurant pour les professionnels et pour les patients de travailler en groupe.

M2: et puis le fait de se parler, de se connaître entre nous, ça rassure beaucoup les patients.

Modérateur : bien sûr, les patients ne sont pas perdus comme ça. Alors on va avancer un peu dans le sujet, deuxième question, quelles sont vos craintes concernant la mise en place d'un pôle de santé.

M2: moi, j'ai pas envie qu'on me force à faire 40 heures de formation pour faire de l'ETP ! (Rires de tous)

P2 : (en riant) c'est une obligation pour faire partie du pôle de santé pourtant !

Modérateur : oui, mais on peut imaginer qu'on ne fasse pas tous partie du pôle de santé...

M2 : mais ce n'est pas rien 40 heures quand même ! (Rires de tous)

P2 : moi je le fais en trois mois, à raison d'une journée toutes les 3 semaines

Modérateur : OK, ça c'est concernant la formation, mais concernant le fonctionnement du pôle de santé, quelles sont vos craintes ?

(Silence)

D2: moi je me demande à quoi on pourrait bien servir nous dentistes au sein d'un pôle de santé... nous c'est très technique notre métier, on travaille un peu dans notre coin.

P2 : oui mais la pathologie dentaire a une implication dans de nombreuses autres pathologies.

M2 : oui et puis ça pourrait nous permettre de t'envoyer certains de nos patients qui ne consulteraient pas spontanément. On serait sûr que nos patients seraient bien accueillis et que leur rendez vous ne serait pas dans 6 mois... parce qu'on se serait mis d'accord entre nous ! Le but c'est qu'on se mette d'accord sur la façon de faire.

D2 : oui mais d'un point de vue technique, de la dentisterie pure ?

M2 : ça ça n'a pas d'importance, moi je ne me mêle pas de la façon dont les infirmières font leurs pansements... l'important c'est de communiquer dans l'intérêt du patient pour avoir une prise en charge cohérente !

Modérateur : je vais recentrer un peu concernant vos craintes dans la mise en place d'un pôle de santé.

P2 : nous on a un souci en tant que pharmacien, c'est qu'on a pas le droit de faire de la publicité. Comment est-ce que je vais pouvoir suivre en ETP un patient qui n'est pas le mien et après lui dire de retourner dans sa pharmacie ! C'est super difficile, comment après est ce qu'on va pas pouvoir nous taxer de racolage ? Et puis moi je comprends aussi le patient, il va vouloir retourner dans la pharmacie où il a reçu le bon conseil. Après tout ça va être encadré et on va recevoir de l'argent par l'ARS pour un travail qu'on faisait avant gratuitement...

B2 : Et comment va être répartie l'enveloppe financière entre les différents professionnels de santé ?

Modérateur : Alors d'abord, il va falloir qu'on mette en place des projets qui devront être validés par l'ARS. On pourra s'inspirer de sujets déjà existants... après, effectivement, il y a une enveloppe financière qui va être attribuée en fonction du nombre de patients inclus dans le projet. Et après les professionnels vont être payés, et ce de la même importance qu'ils soient infirmières, médecins, chirs dents ... Après ce n'est pas quelque chose de rigide, on peut très bien imaginer un chir dent faire une séance d'ETP sur le pied diabétique s'il est formé ! C'est possible, du moment que c'est cohérent. Le pôle de santé va nous permettre de faire des choses qui sortent de l'ordinaire.

M2 : du moment que le professionnel a été formé !

Modérateur : oui, c'est une ouverture, une autre manière de pratiquer notre métier. Et on peut d'imaginer d'autres choses que l'ETP. D'autres ouvertures du fait de travailler ensemble.

M2 : oui, ça pourrait aussi apporter d'autres choses, toujours dans l'intérêt du patient. On pourrait avoir des pratiques plus uniformisées. Ça faciliterait les prescriptions

aussi. Chacun n'aurait pas une manière de faire différente. Moi je pense par exemple aux pansements d'ulcères ou d'escarres. A domicile, plusieurs infirmières passent et elles n'ont pas toutes la même manière de faire. Du coup les choses s'améliorent pendant 3 jours puis se dégradent. Mais comme on ne sait pas ce qui a été fait, on ne sait pas ce qui marche, on ne sait plus où on en est. A l'hôpital, ils n'ont pas ce problème. Ils suivent un protocole et au moins, on sait quand quelque chose marche ou pas. Parce que nous on ne peut pas venir tous les jours chez le patient pour suivre... Pareil pour les ECBU, ça serait bien qu'on dise les mêmes consignes pour tous les patients...

Modérateur : OK, et comment voyez vous une manière d'améliorer la communication entre vous ?

P2 : La carte vitale. J'attends avec impatience la venue du dossier médical partagé.

D2 : mais il faut que tout le monde ait un lecteur et aussi que les infos puissent passer sur les différents logiciels.

P2 : oui, il y en a qui sont sur Mac, d'autres sur PC... c'est pour ça, le lecteur de carte vitale, on a tous le même.

Modérateur : Et est-ce que vous avez une expérience en terme de communication entre professionnels de santé ?

P2 : L'ALPS. Une coordination. Une connaissance des métiers de l'un et de l'autre, on se présente une fois par an. Mais on ne parle pas de patients en particulier...

D2 : pas particulièrement... mais je ne suis pas installé depuis longtemps. De temps en temps j'ai un médecin ou un pharmacien au téléphone pour une précision.

M2 : oui, on se téléphone facilement

B2 : mais encore faut il que le médecin soit là ou bien avoir au téléphone un associé qui veuille bien ouvrir le dossier du patient de son confrère. Parfois c'est pas évident et on se fait raccrocher au nez ! Et puis je pense au traitement par AVK, parfois on arrive pas à joindre le médecin, par exemple le samedi aprem, et puis on fait des recos au patient pour qu'il rééquilibre son INR. Mais ce ne sont pas forcément les mêmes recos que les vôtres ! par exemple pour les valves, ça sort de l'ordinaire, ça serait bien d'avoir accès au dossier médical du patient avec les recommandations du cardiologue pour ne pas donner de conseils contradictoires !

P2 : mais ça pose aussi le problème de la confidentialité des données ...

B2 : oui, il y a quand même un labo qui s'est fait pirater ses données... ils ont demandé une rançon de 200 ou 300 000 euros pour ne pas diffuser les infos confidentielles ... c'est la deuxième histoire que j'entends comme ça ...

M2 : oui, ça sera toujours les limites de l'informatisation des données médicales...

Modérateur : oui, c'est sûr, ça c'est un autre sujet. Que proposeriez-vous pour améliorer la coordination dans la prise en charge des patients ?

P2 : des ateliers de formation.

M2 : des réunions, sur un thème bien précis, qui ne durent pas 3 heures. Essayer de rassembler le maximum de personnes. Des informations ponctuelles et pratiques.

D2 : oui, des sujets bien précis et qu'on se sente concernés.

M2 : oui, moi je fais une FMC et c'est super intéressant. Les praticiens sont des spécialistes du CHRU mais ils savent s'adapter, ils se mettent à notre portée... voilà, faire des réunions sur ce modèle là !

B2 : mais combien on va être de professionnels de santé à faire partie du pôle de santé ? 10, 20, 50 ? Vous le voyez comment, vous médecins ?

Modérateur : bah, c'est encore un peu flou les modalités de fonctionnement exactes... On parlait de formation tout à l'heure ...

P2 : oui mais la formation est obligatoire que pour ceux qui veulent faire de l'ETP !

Modérateur : après on peut être dans le pôle de santé sans faire de l'ETP !

M2 : Après voilà, personnellement je n'ai pas envie d'animer des ateliers, mais si je suis dans le pôle de santé et que je sais que des collègues animent tel ou tel atelier, je n'hésiterais pas à les proposer aux patients motivés ! Après ce qui m'intéresserait vraiment, c'est de participer à des réunions entre professionnels sur des sujets précis comme on disait tout à l'heure... En tant que médecin, c'est vrai qu'on ne voit que des médecins dans nos formations... mais parfois, ça serait super intéressant d'avoir le point de vue de l'infirmière, du kiné, du pharmacien... et même du chir dent !

Modérateur : voilà, le pôle de santé pourrait être un moteur pour ce genre de formation, il n'y a pas que l'ETP.

P2 : et puis de toute façon, tous les professionnels ne peuvent pas animer les ateliers, c'est matériellement impossible...

B2 : c'est vrai que si ces réunions sont animées dans le cadre du pôle de santé, ça va nous motiver à y aller. Parce qu'après une journée bien chargée, on a souvent pas le courage d'aller à une réunion...mais là, on intégrerait directement à notre planning les réunions proposées dans le cadre du pôle de santé !

Modérateur : et pour organiser les choses, il faudrait un coordonnateur. Qui pourrait coordonner les choses selon vous ?

M2 : bah toi ! (Rires de tous) Oui ! Toi et Jean Marc ! ça serait parfait comme ça ! (Rires de tous)

Modérateur : (en riant) oui, mais ce que je veux dire, c'est est-ce que vous pensez que ça doit forcément être un médecin qui coordonne ?

M2 : bah ça dépend des thèmes, pour un atelier sur l'ECBU, ça peut être un biologiste

Modérateur : mais pour la prise en charge des patients, qui serait le coordonnateur ?

P2 : une infirmière, un pharmacien ... mais de toute façon il faudra un médecin... c'est vous qui dyspatchez tout... on est vite bloqué sans médecin !

B2 : et comment on fera pour gérer le patient dont le médecin traitant ne fera pas partie du pôle de santé ? on lui dira de changer de médecin ?

Modérateur : j'entends bien ce problème. On l'avait déjà évoqué... le problème de clivage entre les praticiens faisant partie du pôle de santé et ceux qui n'en font pas partie... c'est une des craintes

P2 : après nous, l'histoire de la SISA, on l'a faite aussi pour faire contre poids contre le système Santély HAD ... les patients se retrouvent dans un système, avec une infirmière différente tous les jours, souvent qui ne vient jamais à la même heure... et nous aussi on est exclu, les médicaments sont livrés directement au domicile du patient... on nous sollicite que pour les cas foireux du samedi aprem. Le but, c'était de montrer à l'hôpital qu'on était capable d'organiser des soins à domicile entre professionnels de la ville. Etre un groupe qui connaît bien ses patients et qui est un interlocuteur de l'hôpital en cas de problème. Et puis aussi ça aurait laissé le choix au patient entre la HAD et puis notre organisation de ville. Parce que là, on ne peut pas dire qu'on leur laisse vraiment le choix aux patients à la sortie de l'hôpital... ceux qui veulent s'impliquer on les shunte... voilà, c'était pour montrer à l'hôpital qu'on était capable de se coordonner et d'assurer la prise en charge de nos patients, même les cas compliqués.

Modérateur : et dans le même modèle que l'hôpital, on pourrait imaginer des réunions de concertation pluridisciplinaires pour les pathologies lourdes...

P2 : Oui c'est ça... Comme ils font à l'hôpital ... Ils font des réunions pour les pathologies cancéreuses par exemple. Les réunions de concertation pluridisciplinaire. A l'hôpital ils sont capables de se réunir pour trouver la meilleure

solution pour le patient... pourquoi pas en ville ? C'est vrai, pourquoi on ne serait pas capable de faire ça nous ? Ça c'est qu'en ville chacun travaille de son côté, il n'y a pas de coordination. Je me dis qu'une maison médicale ou un pôle de santé, ça permettrait d'améliorer la communication... Et puis aussi être un relais de l'hôpital, savoir les médicaments qu'ils ont eu à l'hôpital... Par exemple, un patient qui sort d'hospitalisation et qui a reçu une chimiothérapie vient nous voir pour des symptômes. C'est sûrement un effet secondaire, mais on est incapable d'aider ou de renseigner le patient parce qu'on sait même pas le protocole qu'il a reçu. On est encore à l'âge de pierre dans la communication avec l'hôpital !

B2 : après ça dépend aussi des oncologues. Moi j'en connais une qui fait des réunions avec les médecins généralistes pour faire le point. Les médecins généralistes sont perdus, ils ne connaissent pas les interférences médicamenteuses et ont parfois du mal à gérer les effets secondaires des chimiothérapies. Du coup ils ont tendance à transférer par peur de mal faire...

P2 : oui, vous êtes invités à participer aux RCP à l'hôpital.

Modérateur : oui mais c'est très chronophage et non rémunéré. Concrètement on n'a pas le temps de faire ça pour tous nos patients atteints de cancer. Enfin, c'est pas ça, je fais plein de trucs gratuitement à côté. Encore ce midi je participais à la journée mondiale sans tabac, en tant qu'addicto c'est important... Mais bon voilà, le pôle de santé pourrait nous permettre de faire des choses intéressantes tout en étant rémunéré.

P2 : oui, et reconnu pour le temps passé. L'éducation on le fait déjà mais gratuitement ...

D2 : Moi je n'ai pas du tout le temps pour faire de la prévention : brossage de dents, caries dentaires, je n'ai pas le temps...

Modérateur : avez-vous encore des questions ?

M2 : Bah moi je trouve ça encore un peu flou. C'est vrai qu'on est très nombreux sur Hem... et je me dis que tout le monde ne va pas faire partie du pôle de santé... J'ai la sensation que pour être efficace, il faut que ça regroupe le maximum de gens... parce que si c'est un petit groupe qui travaille dans son coin, ça concernera peu de patients et ça ne servira à rien...

B2 : et je me demandais aussi : ceux qui n'en font pas partie vont-ils être exclus ?

P2 : Après il y a des gens qui ne voudront pas en faire partie ...

M2 : moi je pense que s'il y a trop de contraintes administratives, si c'est trop lourd, ça va faire flop... vraiment, il ne faut pas qu'on soit dépassé par les contraintes

P2 : mais après il faut un coordinateur qui gère l'administratif...

Modérateur : Après, ça n'est pas un coordonnateur qu'il faut, c'est plusieurs. Parce que si le coordonnateur est absent ça n'ira pas, ça sera le bazar... et c'est bien trop lourd pour les épaules d'une seule personne.

P2 : Après ça peut être un ingénieur de la santé qui gère ça. Ou quelqu'un qui a moins de boulot et qui peut y consacrer du temps. Il serait rémunéré bien sûr. Quelqu'un de motivé, un cadre de santé comme à l'hôpital.

Modérateur : on voit qu'il a beaucoup d'interrogations

P2 : beaucoup d'attentes

D2 : et beaucoup de craintes concernant l'organisation

M2 : et pour que ça marche il faut attirer le maximum de personnes, que ça reste ouvert et accepter que quelqu'un ne veuille pas faire partie du pôle, pas faire de scission.

Modérateur : bien bien...

B2 : on finit sur une note positive cette semaine.

Annexe 4 : Verbatim de l'entretien collectif du 23 juillet 2015

Modérateur : première question, pour vous, qu'est-ce qu'un pôle de santé ?

P3 : pour moi un pôle de santé, il y a une notion de pluridisciplinarité et il y a un travail en réseau, en relation, pour le suivi du patient ; mais c'est très vague.

M3 : oui, pour moi un pôle de santé, c'est ça, c'est une réunion de plusieurs professions médicales et paramédicales où on peut échanger, recevoir les patients après, je le vois comme ça.

D3 : pour moi, c'est un ensemble de praticiens médicaux ou paramédicaux, où il y a une coordination, je dirais plus sur informatique, connecté les uns aux autres pour accéder aux dossiers médicaux des patients.

Modérateur : D'accord

P4 : oui, c'est des professionnels libéraux qui travaillent en réseau et qui essaient de se coordonner pour que le patient ait tous les soins qu'il faut au bon moment, et qu'il n'y ait pas d'accros, que ça se coordonne bien en fait, que ça se coordonne au mieux pour le patient. Donc je suppose qu'il doit y avoir quand même un référent par patient, une fiche de liaison, où quelqu'un qui s'occupe peut-être plus de transmettre aux autres et qui soit pas forcément toujours la même profession ; par patient, chaque patient peut-être a son référent qui permet de communiquer avec tous les professionnels qui s'occupent de ce patient.

M3 : après, ça peut-être un endroit où on peut proposer au patient des choses, qu'on peut leur apporter en dehors du cabinet médical de leur propre médecin traitant. Ça doit être aussi en accord avec les libéraux du secteur je suppose.

P3 : il me semble avoir entendu parler qu'il y a des pôles de santé où tout est regroupé sur la même adresse, sous le même toit en fait, et des pôles de santé où ça peut-être plus disséminé dans une zone géographique. Je n'en sais pas plus, mais il me semble qu'il y a ça.

Modérateur : oui, oui, vous avez tous un peu raison. Il y a des maisons de santé pluri professionnelles qui regroupent différents professionnels sur un même lieu, il y a une deuxième catégorie où il y a des professionnels de second recours, mais souvent ce sont les professionnels de premier recours où les patients demandent une action de santé. Après, il y a des maisons de santé pluridisciplinaires, là où il y a un mélange des professionnels de premier recours et de second recours, par exemple, un

médecin spécialiste en ORL, où un cardiologue, etc. Et après, il y a les pôles de santé, comme tu disais (en désignant pharmacien 3), où il y a un regroupement de professionnels à différents endroits dans une zone géographique relativement restreinte. C'est à peu près ça. Donc je vous propose de passer à la deuxième demande : qu'attendez-vous de la mise en place d'un pôle de santé dans la ville de Hem ?

P4 : pour l'instant, on n'est pas demandeur mais on a l'habitude de travailler ensemble et de s'appeler quand il y a un souci. Donc le médecin, le pharmacien, l'infirmière, on travaille beaucoup par téléphone. A chaque patient, on a le numéro de téléphone de l'infirmière, du médecin, et dès qu'il y a un souci on appelle ; donc euh... personnellement, je ne vois pas ce que pourrait m'apporter un pôle de santé en plus. On a déjà créé un réseau, on se connaît, donc je vois pas euh... Parce que comme chaque patient est libre de choisir le professionnel qu'il veut pour ses soins, je vois pas pourquoi, je vois pas ce que ça pourrait apporter.

M3 : après, je pense que le pôle de santé, ça doit être un endroit où on propose au patient, tous les autres médecins, peut-être des thèmes, des activités, une prise en charge plus globale où chacun peut intervenir, je ne sais pas. Ce qu'on a fait en ETP (en désignant le modérateur).

Modérateur : oui

M3 : je le vois plus comme ça parce que c'est vrai, nous, sur le secteur à Hem, on a la chance de se connaître bien et de pouvoir communiquer, donc euh... Le pôle de santé, moi je le vois plus comme ça, comme un endroit où on pourra organiser des thèmes, ou des choses comme ça qu'on pourra proposer à l'ensemble des patients de tous les professionnels de Hem.

P3 : ça me fait rebondir, euh... sur des cas où finalement on devrait peut-être faire des signalements : nous au comptoir, on voit quelqu'un, il nous confie quelque chose et on pourrait peut-être faire un signalement d'une manière plus simplifiée s'il y avait un réseau informatique ou je ne sais quoi euh... plutôt que... si c'est une information secondaire, pas vitale, plutôt que de décrocher son téléphone pour dire quelque chose qui finalement n'est pas fondamental pour le patient ; ça serait peut-être bien, pour vous médecin la prochaine fois que vous y alliez vous ayez ça en tête, mais ça n'a rien de fondamental. Donc voilà, ça serait peut-être plus dans la coordination ; ou alors finalement, on a souvent des problèmes pas avec le malade que l'on suit mais l'accompagnant qui commence à faiblir, et un signalement dans ce cadre, serait

peut-être plus simple, je ne sais pas. Ça serait peut-être plus simple dans ce cadre là de donner une info ou pas. C'est des cas particulier, c'est pas...

Modérateur : pour essayer d'ouvrir un peu plus le débat, l'ARS propose des prises en charges financières pour des actions communes. Par exemple, on est trois à avoir participé, toi tu as fait la formation (en désignant Pharmacienne 4) à l'éducation thérapeutique du patient, l'ETP. Euh... pour pouvoir faire de l'ETP, il faut avoir des gens formés, et en même temps, il faut aussi que ça se fasse dans une structure type pôle de santé, maison de santé pluri professionnelle. De là, il y a aussi la notion dont on entend souvent parler aussi de travail collaboratif notamment pour les infirmières et pharmaciens. Donc je ne sais pas ce que vous en pensez par rapport au pôle de santé en fait ?

P3 : il y a des choses un peu informelles qui se sont déjà mises en place quand une infirmière a besoin ne serait-ce que préparer un pilulier par exemple, où tous les jours, toutes les semaines, elle prépare. En général, il y a... elle se manifeste à la pharmacie pour voir, pour dire il manque ça ou alors est-ce que vous pourriez me faire un plan de posologie du départ que je vais suivre le matin, le soir, parce que euh... voilà. Est-ce que la relation serait plus simple, si c'est dans ce sens là qu'on va, il faut que ça se facilite. Maintenant, c'est vrai que ça se fait déjà un peu de manière informelle par un coup de téléphone ou on passe vite fait à la pharma.

M3 : je pense qu'à Hem, c'est un cas un peu particulier quand même. On a la chance de faire tranquillement, de bien communiquer. Le pôle de santé, ça nous sortirait peut-être un peu de l'isolement, parce que les médecins généralistes sont parfois un peu isolés dans leur coin. Nous ça va mais dans d'autres secteurs, dans d'autres villes, ça peut être aussi le moyen de regrouper par secteur, je ne sais pas, de pouvoir communiquer, ce qu'on a besoin. Ça peut permettre aussi de faire des statistiques, peut être de trouver les besoins de la population, des choses comme ça, de pouvoir...

Modérateur : oui d'appréhender certains besoins.

P4 : c'est vrai que nous, on avait déjà fait de l'éducation thérapeutique sur le diabète. C'était un projet avec l'URPS, donc on avait pas de lieu et ça se passait dans le cabinet Briet, et c'était sur 4 séances sur les diabétiques, et c'est vrai, que ça c'était super. Ça nous faisait tous sortir de nos cabinets, ce qui était dommage c'est qu'on allait dans des cabinets de médecins, de ce fait là, ça n'était pas très normal vis-à-vis des autres médecins, donc ça serait mieux d'avoir des lieux neutres pour des choses

comme ça. Donc c'est vrai que ça, c'est très intéressant parce que chacun faisait l'atelier qui lui plaisait le plus. Les kinés faisaient plus l'activité sportive, la marche, et on arrivait à faire des séances euh... et ça, c'était vachement intéressant. Et on voyait que les gens accrochaient vachement, ils venaient d'une séance à l'autre et ils faisaient des progrès dans leur activité physique, leur alimentation ; c'est vrai que ça avait apporté beaucoup de choses.

P3 : alors est-ce que le but de la maison de santé c'est de mieux coordonner les soins ? Est-ce que c'est que le patient se prenne mieux en charge ? Parce que tout ça vient ensemble en fait, le résultat est le même...

Modérateur : en fait, c'est... quelles sont vos attentes par rapport à ça, qu'est-ce qui pourrait... ça pourrait vous apporter, qu'est-ce que vous attendriez d'une création d'un pôle de santé ? Alors, il y avait, pourquoi pas refaire de l'ETP comme tu viens de le proposer (en désignant Pharmacienne 4), il y avait une meilleure communication par un outil informatique, pourquoi pas... il y avait pas mal d'idées intéressantes. En fait, c'est l'objet de la question, ça pourrait peut-être améliorer la coordination, ça pourrait... peut-être la délégation, le travail d'équipe, c'est un peu tout ce que j'ai entendu en fait. Au niveau chir dent (en s'adressant à Dentiste 3), je sais pas si ça te parle un petit peu.

D3 : sincèrement, ça ne me parle pas du tout. On est un peu enfermé dans notre activité. On communique pas trop, enfin avec les médecins généralistes quand il y a des patients qui ont des problèmes particuliers où il faut arrêter les anticoagulants ou des choses comme ça. Ça sera intéressant c'est pour les outils informatiques, c'est de pouvoir partager entre les différents professionnels, surtout avec les médecins et qu'on puisse mettre des remarques en disant voilà, on a vu tel patient, tel jour et que le médecin après il puisse consulter, il voit, voilà, il y a eu une extraction, il y a tel problème. Si on n'a pas réussi à s'avoir au téléphone, voilà, il y a une trace informatique et c'est inscrit dans un dossier. Ça peut être un truc intéressant je trouve, tout serait tracé, on aura un dossier final global de tous les soins du patient quoi. Je vois plus ce truc là que centralisé dans une maison parce qu'on a pas forcément le temps de se retrouver au même moment alors que le dossier informatique, on aura peut-être plus le temps de le faire depuis notre cabinet.

Modérateur : c'est sûr que la création du pôle de santé permet certainement d'avoir une activité qui se diversifie un peu sur certains points comme l'éducation thérapeutique. Mais théoriquement, il faudrait pouvoir le faire dans le cadre d'un pôle

de santé. L'objectif c'est de pouvoir prendre des patients chroniques de l'accompagner, de normaliser même si je n'aime pas ce terme, mais qu'ils soient tous accompagnés à peu près de la même manière quoi.

M3 : après, le pôle de santé, on a toujours notre côté libéral, est-ce que ça va... je pense qu'il faut que ça soit la réunion de tout le monde. Il ne faut pas que ce soit de la concurrence. On a des confrères qui le voient comme ça, qui le voient comme un endroit où finalement...

Modérateur : alors tu amènes la question suivante, quelles sont vos craintes concernant ce projet ? Donc c'est effectivement que certains professionnels se retrouvent mis à l'écart.

M3 : oui, tout à fait, parce que les pôles de santé c'est bien mais c'est toujours pareil, il faut que tout le monde y adhère. Ça serait dommage qu'il y en ait qui adhèrent pas et qu'ils se retrouvent tous seuls dans leur coin. Nous on le voit avec l'ALPS, on a des difficultés quelquefois à regrouper du monde même quand on fait des activités pro... Il faut vraiment que ce soit une idée commune et une idée où tout le monde doit pouvoir s'investir.

P4 : oui où les professionnels peuvent y aller s'ils ont envie et s'ils ont le temps et qu'ils soient formés pour le faire.

M3 : et puis qu'ils sachent que ça existe ; si après ils ne veulent pas, c'est tout, mais ils savent que ça existe, ils savent qu'ils sont les bienvenus, ils auront les tenants et les aboutissants aussi. Il est possible que des gens ne veuillent pas adhérer mais si on s'occupe de leurs patients, il faut aussi qu'on puisse renvoyer, qu'on ait une communication avec eux, ça paraît logique. Le pôle de santé ne doit pas être exclusif.

P4 : il y en a qui vont avoir peur que leurs clients soient détournés...

M3 : évidemment

P4 : puisqu'il est vu par un autre médecin, ou un autre pharmacien ou un autre infirmier, le professionnel de santé va penser qu'il est accaparé par ce professionnel là et que le patient soit détourné

M3 : c'est un travail d'équipe, mais on est des libéraux ; il va falloir changer les mentalités, il va falloir changer beaucoup de choses je crois. Ce qui est bien ceci dit, je pense que c'est l'avenir et il faut...

P4 : dans ce cas les professionnels sont salariés, payés en fonction de ce qu'ils font en fait, par qui alors ? Par l'ARS ?

Modérateur : en fait, ce qui se fait actuellement... on parle beaucoup d'éducation thérapeutique, l'ARS rémunère les professionnels et la rémunération est la même quelque soit le métier. Tu ne travailles plus en tant que médecin, pharmacien, ou infirmière, tu travailles en tant qu'éducateur soignant. Enfin, tu as intérêt à animer un atelier que tu connais où tu puisses être un peu expert, mais tu n'es pas là en tant que spécialiste de la chose...

M3 : comme éducateur thérapeutique...

P3 : au sein des ETP, ils essayaient de nous faire comprendre que la réponse vient du groupe de patients, de l'échange entre les patients

M3 : oui, qu'on soit un guide

P3 : oui c'est ça

P4 : et l'éducation thérapeutique, si on la fait pas souvent après, on perd le fil... enfin, il faut se remettre dedans. Je sais pour moi, on avait été formé et on l'avait fait tout de suite, dans le sujet. Après, on me demanderait de refaire il faut que je relise tout. Ce n'est pas quelque chose qu'on peut faire occasionnellement, il faut le faire régulièrement, sinon on n'est pas bon.

M3 : c'est pour ça que les pôles de santé sont là à mon avis, c'est pour que ça se fasse, pour essayer que ça soit régulier, pour lancer les choses je suppose

P3 : et dans les textes créateurs de pôle de santé, à part l'ETP, qu'est-ce qu'ils nous préparent, ça devrait être plus large que l'ETP ?

Modérateur : oui bah certainement, c'est-à-dire qu'on parle de l'ETP mais il y aura certainement d'autres actions proposées, c'est beaucoup plus large que ça.

M3 : parce qu'après, est-ce qu'il n'y aura pas des consultations, des choses comme ça, dans le cadre d'une activité « salariée », est-ce que ça va pas... c'est pas une mini clinique.

P4 : oui parce qu'après on peut faire du dépistage pour le diabète par exemple, on peut faire le dépistage de ce qu'il y a dans la bouche, il y a des gens qui ne vont jamais chez le dentiste... mais bon, si c'est pour faire des centres, il n'y a pas déjà des centres qui font du dépistage ? Si c'est pour faire ce que font déjà d'autres...

P3 : dans l'asthme, les gens ne se calibrent pas comme il faut...

P4 : oui il y a plein de sensibilisation à faire sur de multiples thèmes.

Modérateur : je pense qu'on est au début du fonctionnement médical et para médical, je pense qu'on est au début mais dans beaucoup de pays autour de nous, il y a déjà eu des changements qui sont déjà beaucoup plus avancés que chez nous.

Nous, on est très attachés au paiement à l'acte, je pense qu'il y a du travail collaboratif qui se met en place un peu partout dans d'autres pays et qui a fait ses preuves. Un des exemples c'est l'ETP mais il y a aussi d'autres choses, il y a aussi par exemple la gestion de l'INR par le pharmacien, l'infirmière, il y a plein de choses qui pourraient...

P4 : oui mais ça on le fait déjà dans nos pharmacies, on le propose déjà aux gens.

P3 : pour aller un petit peu plus loin, il y a la vaccination, c'est pas pour relancer une polémique mais euh... c'est une piste qui avait été évoquée à l'automne dernier, ça veut pas dire que je suis pour ou contre...

Modérateur : non mais t'inquiète pas on ne va pas te taper dessus (Rires), mais il y a une évolution qui se fait tout doucement qui fait que ce sera plus facile dans le cadre d'un pôle de santé ou d'une maison de santé mais on est qu'au début. Après, il y a peut-être des idées à avoir encore, et qui seraient intéressantes à développer. C'est pour ça qu'il faut une structure, une entité pour pouvoir le faire.

M3 : après est-ce que ça va évoluer comme des sortes de vacations ou je ne sais pas. Chaque professionnel aurait une petite vacation dans le pôle de santé...

P3 : une permanence... ou alors dans un premier temps est-ce que ça peut pas être des actions ponctuelles avec le pôle qui s'engage par exemple à deux actions par mois et une fois ça sera de parler d'Alzheimer parce que c'est une maladie qui fait peur, et de son évolution pour que les gens ne soient pas complètement bloqués, et que la personne qui vient d'être diagnostiquée puisse comprendre ce qui l'attend, avec les bon mots bien sûr. Ou alors il y a aussi les sujets autour du cancer qui peuvent être intéressants. Quand on est en train de faire une chimiothérapie de cancer du sein, qu'est ce qu'on peut faire ? Comment on va accepter sa maladie ? Quand on va faire une chimiothérapie ou qu'on subit une ablation du sein, comment on se reconstruit en tant que femme ? Est-ce qu'on va à la piscine ?

P4 : oui, mais pour ça, il y a déjà des réseaux.

P3 : oui, bien sûr, mais pas sur Hem. Car il n'y a pas de clinique à hem.

P4 ; oui, mais on est tellement près de Roubaix. Pareil pour le diabète, les gens vont à Roubaix.

P3 : moi je sais que j'ai des patientes qui n'ont pas voulu aller à l'HPVA parce qu'ils ne connaissent personne. Alors, moi j'insiste pour qu'ils y aillent parce qu'elle est très bien cette association... maintenant, je ne dis pas qu'on doit prendre la place des associations, je lance juste des idées.

Modérateur : Je reprends ce que tu disais sur le diabète par rapport à l'hôpital, qui est le 3ème recours, ça ne concerne que très peu de patients... 5 à 10 pour cent

P3 : Ah bon ?

Modérateur : la majorité des patients diabétiques ne vont jamais à l'hôpital.

P4 : j'ai l'impression que tous mes patients y vont...

D3 : ça s'est vu le quartier dans lequel on est... les gens vont directement aux urgences !

M3 : oui, moi je suis des diabétiques qui n'ont pas forcément recours à l'hôpital.

Modérateur : alors ils peuvent de temps en temps faire une consultation de contrôle à l'hôpital, mais ils n'y sont pas pris en charge.

P3 : et puis moi je reviens à cette idée, quand ils vont à l'hôpital, ils ont l'impression qu'ils n'ont plus le droit de bouger ! je veux dire on leur demande de suivre un régime alimentaire et paf paf paf, c'est comme ça et pas autrement. Parce que les ordres viennent d'en haut...

Modérateur : ok, pour en revenir à vos craintes, j'entends bien que votre inquiétude principale c'est de gérer le rapport avec les professionnels de Hem qui ne vont pas faire partie du pôle de santé. Et les questions d'organisation aussi.

P3 : oui, le temps passé. Par rapport à notre propre organisation, c'est clair. Il sera aussi question du changement de mentalité par rapport à ses transformations.

M3 : c'est une question bête mais dans un pôle de santé où on devient pluridisciplinaire, ne va-t-on pas perdre les liens privilégiés qui nous unissent à nos patients ? Parce que quand on est médecin de famille depuis plus de 20 ans, on a des rapports très différents avec les patients, il y a des liens très forts qui se créent.

P4 : parce que forcément, tu auras aussi des patients qui ne seront pas les tiens au sein du pôle de santé.

M3 : voilà, est ce que ça ne va pas modifier la médecine ça ?

P3 : et puis on a beau faire 40 heures de formation à l'ETP, on est pas des professionnels de l'éducation. Transmettre ça s'apprend...

M3 : Non, par contre là, c'est une question d'expérience, à force de pratiquer. Et puis notre côté médecin isolé dans notre coin, faire de l'ETP, c'est sympa, ça change !

Modérateur : et par rapport au fait de s'organiser entre nous, d'avoir des contacts, de ne pas être isolés, pensez vous que le pôle de santé est quelque chose d'attractif pour les jeunes qui s'installent.

P4 : dans les régions démedicalisées, c'est super sympa pour les patients. Mais nous ici, on est tellement bien loti, je ne vois pas l'intérêt d'un pôle de santé, les gens ont déjà tout ce qu'il faut à Hem !

M3 : est ce que ça ne serait pas une solution pour les déserts médicaux ? Créer un pôle où les professionnels pourraient venir faire des vacances ?

P3 : après on ne peut pas faire des vacances pour les pharmaciens, il y a toujours les stocks derrière. Il n'y a pas encore de « pharmacie truck ». Remarque, ça pourrait être un concept ! (rires de tous)

D3 : Pareil pour le dentiste, à moins qu'on mette à notre disposition un fauteuil et du matériel ! ça se fait déjà aux Bateliers.

Modérateur : et quelles sont vos expériences en matière de coordination entre professionnels ?

M3 : entre nous on se parle déjà beaucoup !

P4 : oui, on connaît déjà les réseaux qui existent, par exemple pour l'addicto, on sait qu'on oriente les patients chez toi ! (S'adressant au modérateur). On a déjà nos adresses en fait.

Modérateur : on est déjà un peu organisé en pôle de santé en fait !

P3 : après il y a les circonstances où un réseau prend la place d'un autre. Par exemple pour Santély HAD, on sent clairement qu'on sert de bouche trou mais on est complètement shunté. Si les pôles de santé pouvaient se substituer à ça... et puis les patients pourraient continuer à garder leurs professionnels habituels. On pourrait nous coordonner pour les soins lourds. Les passages infirmiers, des aides-soignants, la livraison de médicaments au domicile, le lien avec le médecin traitant... avoir une espèce de coquille de soignants fiables et disponibles qui communiquent entre eux. Il y avait eu aussi un essai de fiche liaison cartonnée avec les différents intervenants d'un patient.

Modérateur : oui, cela faisait suite à une demande de l'ARS sur une étude d'amélioration de la prise en charge des patients à domicile.

P3 : cette fiche peut déjà être une petite pierre à la création d'un pôle de santé.

M3 : oui, est ce qu'un pôle de santé ça ne pourrait pas servir à s'organiser autour des patients pour coordonner la prise en charge.

P4 : oui, avec un coordonnateur de soins. Il y avait un réseau comme ça qui s'appelait « santé diamant » d'après mes souvenirs. Il y avait une infirmière coordinatrice pour la prise en charge de patients palliatifs à domicile. Elle chapotait le

passage d'une infirmière de soins, de l'aide soignante, de la psychologue pour accompagner la fin de vie, du pharmacien qui livrait le matériel médical et du médecin traitant.

M3 : à la limite, ce qui nous manque en ville, c'est ça, un coordinateur de soins pour les patients compliqués.

Modérateur : je pense qu'on est à une époque où la santé est en train de se transformer petit à petit. On est en train de mettre en place des choses nouvelles comme le travail collaboratif ou encore l'ETP. Le but est de modifier certaines de nos pratiques.

P4 : oui, et les patients sont très contents du travail d'ETP qu'on fait, ils sont même tristes quand ça s'arrête !

Modérateur : On va passer à la dernière question : que proposeriez vous pour améliorer la coordination dans la prise en charge de patients ?

D3 : un cloud où on pourrait mettre toutes les données patients. On sécurise ça et ça pourrait arranger tout le monde.

P3 : ça me semble compliqué. Nous on a le DP, dossier pharmaceutique, qui nous donne accès aux 3 derniers mois de délivrance dans toutes les pharmacies. Ça a été créé par le conseil de l'ordre des pharmaciens. Mais c'est compliqué, on doit demander leur accord aux patients et il faut avoir l'accord de la CNIL. Le DMP, dossier médical patient, ça fait longtemps qu'on en entend parler mais ça n'a toujours pas vu le jour. Alors à mon avis, tant que rien ne sera fait au niveau national ça va être trop compliqué pour mettre ça en place au niveau local.

M3 : oui, ça semble dur à mettre en place.

P3 : après, déjà savoir quels professionnels suivent les patients et les appeler en cas de problème.

D3 : oui, mais moi j'appelle rarement. J'aime pas déranger les médecins, je sais qu'ils ont déjà plein de boulot. Alors je communique par courrier, comme ça on ne fait pas de bêtise. Et dès que le médecin a donné son accord, c'est bon.

P3 : et si tu envoies un mail au pharmacien et au médecin. Parce que le pharmacien sait aussi. Du coup, le premier qui répond au mail te donne l'information.

M3 : mais pour cette histoire de coordonnateur

D3 : on a qu'à faire des signaux de fumée dans le ciel quand on veut se dire quelque chose (rire de tous)

M3 : il faut que ça soit son boulot, son métier, coordonnateur de pôle de santé, sinon c'est lourd

Modérateur : ou bien on peut imaginer quelqu'un qui travaille déjà sur le secteur, qui souhaite y consacrer du temps et qui est payé pour ça

M3 : exactement

Modérateur : et vous me parliez d'ETP tout à l'heure. Seriez-vous prêts à suivre de nouvelles formations? (en s'adressant au dentiste) toi par exemple, ça t'intéresserait?

D3 : en fait, je ne sais pas du tout ce que c'est l'ETP, je vous entends parler depuis tout à l'heure...

P3 : Je me lance dans l'explication ?

Modérateur : oui oui

P3 : en fait ça veut dire Education Thérapeutique du Patient. Le but, c'est de sortir de ta profession. L'objectif est d'améliorer l'état de santé du malade. L'exemple le plus simple, c'est le patient diabétique. Ils ont déjà leur suivi par le médecin, les bons médicaments prescrits etc. mais tout ce qu'il y a autour comme l'alimentation, le sport, c'est pas forcément abordé en consultation. Du coup on fait des séances avec des groupes de 8 à 10 patients et on leur demande d'échanger entre eux sur leur alimentation par exemple. Ils se donnent des conseils entre eux. Et puis ça améliore leur quotidien, leur acceptation de la maladie etc. le but c'est de contribuer à améliorer leur état de santé, et leurs glycémies aussi. On fait des séances sur les soins des pieds aussi. Tu vois, c'est tout ce qui est en périphérie de ce qui est obligatoire. Et dans le but que les patients se prennent aussi en charge par eux même, qu'ils deviennent plus autonomes.

Modérateur : voilà, c'est des groupes de patients qui cherchent leurs solutions entre eux. Tu abordes des sujets qui ne sont pas abordés en consultation

P4 : oui, par manque de temps

D3 : on peut aussi leur donner un carnet avec tout écrit dedans qu'ils lisent sagement à la maison

M3 : ah bah alors là ! (rires) ça sera direct remis au placard !

P3 : le but c'est aussi de faire tomber les barrières pour que les patients entre eux

D3 : un groupe d'alcooliques anonymes quoi ! (rires)

M3 : il y a aussi les forums de patients sur internet qui marchent bien.

P4 : oui mais c'est ce qu'on fait déjà dans nos officines. Ça fait partie de nos missions. Est ce que ça ne va pas empiéter... parce que nous, on est de plus en plus rémunéré sur des missions, et moins sur les médicaments

Modérateur : oui mais tout en sachant que ça n'est pas du tout le même discours. Les conseils directifs d'un professionnel de santé, on sait que c'est très mal suivi... et sur ce que tu dis, ils ne vont en retenir que 3 à 5 pour cent. Tandis que là, le partage d'expériences, c'est différent...

P3 : et une fois les séances d'ETP, on peut toujours continuer à suivre les patients et à demander où ils en sont. C'est là qu'on trouvera la finesse pour continuer à accomplir nos missions et pouvoir en justifier !

M3 : la question que je me pose encore, c'est le recrutement des patients... est ce que ça ne va pas créer des tensions si on recrute le patient d'un médecin qui ne fait pas partie du pôle de santé ?

P4 : on a déjà le problème avec les médecins qui ne sont pas d'accord pour qu'on fasse des entretiens à la pharmacie avec leurs patients... Pourtant, ça permet aux gens de comprendre enfin ce qu'est l'INR ! des fois c'est pas du luxe !

M3 : après, c'est la remise en question du caractère libéral de notre exercice qui est difficile

P3 : Dans un monde idéal, il y aurait plusieurs groupes d'ETP en même temps avec des séances sur l'asthme, le diabète. Les patients viendraient de tous les professionnels, et on serait dans un système de bouillonnement plutôt que de concurrence. Mais ça c'est dans un monde idéal ! (rires)

Modérateur : est ce que vous avez encore des questions, bon bah on va arrêter là. Merci de votre participation.

AUTEUR : Nom : PERCHE

Prénom : Mathieu

Date de Soutenance : 29 octobre 2015

Titre de la Thèse : Quelles sont les attentes et les aspirations des médecins généralistes, pharmaciens, biologistes, chirurgiens dentistes dans la mise en place effective du pôle de santé dans la ville de Hem ?

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecin Générale

DES de Médecine Générale

Mots-clés : Pôle de santé, thèse qualitative, soins primaires

Contexte : De nouveaux enjeux épidémiologiques tels que le vieillissement de la population, le développement de maladies chroniques et les modifications de la démographie médicale rendent indispensable une réorganisation des soins de premier recours. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de juillet 2009 fait du développement des maisons et des pôles de santé pluridisciplinaires une priorité. Le projet de pôle de santé (PDS) pour la ville de Hem a été validé officiellement en 2014 par l'Agence Régionale de la Santé, cependant, sa mise en place n'est pas encore effective. Quelles sont les attentes et les aspirations des professionnels de santé médicaux dans la mise en place du PDS de la ville de Hem ?

Méthode : Ce travail est une étude qualitative basée sur des entretiens de groupes semi structurés. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et ont fait l'objet d'un codage thématique.

Résultats : Les professionnels attendaient que le PDS réponde aux besoins des patients en permettant une prise en charge globale, coordonnée et centrée sur le patient. Ils souhaitaient également que ce lieu d'échange et de convivialité améliore leur qualité de vie privée et professionnelle. Ils y voyaient un moyen de réduire leur isolement et de lutter contre le risque d'épuisement professionnel. Le PDS devait aussi s'inscrire dans une démarche de santé publique en favorisant la prévention et l'éducation thérapeutique grâce à de nouveaux modes de rémunération. Enfin, le PDS devait être un lieu de formation pluri professionnel, d'accueil des étudiants et de recherche dans le domaine des soins primaires. Les craintes liées à la mise en place d'un PDS étaient surtout liées à la peur du manque de temps, à la complexité administrative et à la difficulté d'envisager les modalités d'un mode de fonctionnement collectif chez des professionnels ancrés dans une « culture libérale ».

Conclusion : l'identification des cultures, des aspirations, des représentations et des craintes des professionnels médicaux de la ville de Hem est un premier pas vers la mise en place du PDS à Hem.

Composition du Jury :

Président : Professeur Dominique Lacroix

Assesseurs : Professeur Emmanuel Delaporte

Professeur Patrick Lerouge

Docteur Brigitte Aelbrecht

Directeur de thèse : Professeur Jean-Marc Lefebvre