



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 Kinésithérapeutes,  
Infirmières, Pédiatres-Podologues, Diététiciens, Opticiens et  
Orthophonistes pour la mise en place effective du pôle de santé de la  
ville de Hem ?**

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2015 à 18 heures  
Au Pôle Formation  
**Par Valentine Laconte**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Dominique Lacroix**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Emmanuel Delaporte**

**Monsieur le Professeur Patrick Lerouge**

**Madame le Docteur Brigitte Aelbrecht**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**

---

## **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
D	Diététicienne
ENMR	Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
ETP	Education Thérapeutique de Patients
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
I	Infirmière
K	Kinésithérapeute
MSP	Maison de Santé Pluri professionnelle
OPT	Opticienne
ORT	Orthophoniste
P	Podologue
PDS	Pôle de Santé

## 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 paramédicaux (présenté ici) et l'autre sur les professionnels médicaux.

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

<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>4</b>
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 des groupes de discussion.....	6
III. Analyse des données .....	8
<b>Résultats</b> .....	<b>10</b>
I. Représentation du pôle de santé pour les professionnels para médicaux .....	10
a. Un regroupement de professionnels de santé.....	10
b. Un exercice de soins de premier recours .....	10
c. Une équipe de soins « sans les murs » qui n'ont pas fait le choix de construire un bâtiment ensemble.....	10
d. Une organisation sur un territoire donné .....	11
e. Un projet de santé commun .....	11
f. Des financements publics, une volonté politique.....	11
g. Méconnaissance du pôle pour certains professionnels.....	11
II. Les attentes des professionnels paramédicaux quant à la mise en place d'un PDS à Hem .....	11
a. Améliorer les pratiques de soins .....	11
b. Améliorer la collaboration entre professionnels.....	12
c. Bénéficier d'un nouveau mode de rémunération valorisant l'activité et non plus le nombre d'actes.....	13
d. Favoriser la prévention et l'éducation du patient .....	13
e. Devenir un partenaire visible du soin secondaire.....	14
f. Améliorer les conditions de vie des professionnels et lutter contre le « burn out ».....	14
g. Etre un lieu de formation .....	15
h. Répondre aux attentes des patients.....	15
III. Les craintes des professionnels de santé et les freins à la mise en place du PDS.....	15
a. L'investissement personnel nécessaire à l'intégration d'une telle structure semble très important .....	15
b. Peur de la lourdeur administrative liée au fonctionnement intrinsèque du pôle de santé .....	16
c. Peur de perdre une partie de leur chiffre d'affaires .....	16
d. La fin de l'exercice libéral .....	17
e. Inquiétude liée quant à la définition floue des professionnels pouvant faire partie du PDS .....	17
f. Manque d'intérêt du PDS .....	18
IV. Les idées pour améliorer de la coopération entre professionnels .....	18
a. Création du métier de coordonnateur du PDS .....	18

---

b. Le dossier électronique partagé .....	18
c. Echange des numéros de téléphones et des mails .....	19
d. Réunions de concertation pluri professionnelle .....	19
e. Permettre la continuité des soins .....	19
f. Accompagnement personnalisé des patients en situation complexe .....	20
g. Charte éthique .....	20
<b>Discussion.....</b>	<b>21</b>
I. Les limites de l'étude .....	21
a. Biais de sélection de l'échantillon .....	21
b. Biais d'intervention .....	21
c. Biais lié à la présence d'un « leader » .....	21
II. Les forces de l'étude.....	22
a. Le choix du modérateur .....	22
b. La qualité du recueil de données.....	22
c. Triangulation du codage et évolution du guide d'entretien .....	22
III. Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature. ....	23
<b>Conclusion .....</b>	<b>26</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>27</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>29</b>

## RESUME

**Contexte :** La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 reconnaît le besoin du soin de proximité et inscrit pour la première fois la notion de « soins de premier recours » au niveau législatif. Dans un contexte de restructuration des soins primaires évoluant depuis plus de 10 ans, le Pôle de Santé (PDS) est une solution innovante et adaptée qui ouvre des perspectives nouvelles au regard du vieillissement de la population, de l'incidence croissante des maladies chroniques et du déficit démographique des professionnels de santé. L'objectif était de recueillir les attentes et les aspirations des professionnels para médicaux dans la mise en place effective du PDS dans la ville de Hem.

**Méthode:** Analyse qualitative par entretiens collectifs auprès des professionnels para médicaux de la ville de Hem. Les entretiens étaient retranscrits intégralement et faisaient l'objet d'un codage thématique.

**Résultats:** Les professionnels attendaient que le PDS leur permette une amélioration de leurs prises en charge et rémunère des actions d'éducation thérapeutique et de prévention. La collaboration et la coordination des soins permettant une prise en charge globale du patient étaient la pierre angulaire de ce projet. Ils y voyaient un moyen d'améliorer leurs conditions de travail. Ce lieu serait attractif pour les jeunes, formateur pour les étudiants et bénéfique pour les patients. La continuité et la permanence des soins y seraient assurées. Cependant, ils craignaient qu'il soit source de complexité administrative, juridique et financière. Le caractère chronophage et contraignant de l'intégration au PDS pouvait constituer un frein. Ce modèle bousculait également la culture professionnelle libérale établie. Ils souhaitaient que les réalités du terrain soient prises en compte et que les professionnels ne faisant pas partie du PDS ne soient pas exclus.

**Conclusion :** Toute démarche de regroupement implique une phase préalable reposant sur l'identification des besoins. Cette étude était un préalable indispensable à la mise en place du PDS de la ville de 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 2010 (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 pluriprofessionnelles (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 pluri professionnelles de premier recours réparties sur l'ensemble du territoire sont concernées 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 paramédicaux 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 groups 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 entretien collectif 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 six participants répartis par échantillonnages pour représenter les différents professionnels de santé paramédicaux de la ville d'Hem.

Ces derniers étaient représentés par des infirmières, des kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des orthophonistes, des opticiennes et une diététicienne.

### **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 de l'entretien collectif, 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 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 entretiens collectifs.

### **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 des groupes de discussion**

#### ***a. 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 (une infirmière, un kinésithérapeute, un pédicure-podologue, un orthophoniste, une opticienne et une diététicienne).

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

#### ***b. 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 pour les deux premiers groupes, le Dr François Roman, médecin généraliste à Hem et par le Pr Jean-Marc Lefebvre

pour le dernier. Les deux observateurs présents pour s'assurer du bon déroulement des focus group étaient les deux internes chargés du projet.

### ***c. La constitution des groupes***

Le premier groupe était composé de six professionnels de santé parmi lesquels figuraient une infirmière, un kinésithérapeute, une pédicure-podologue, un orthophoniste, une opticienne et une diététicienne. Il s'est déroulé le 17 avril 2015, et a duré 1h30.

Le deuxième entretien a eu lieu le 27 mai 2015, et était composé de quatre professionnels de santé qui étaient une infirmière, un kinésithérapeute, une orthophoniste et une opticienne. Il a duré 1h30. Il n'y avait pas de diététicienne, une seule diététicienne exerce dans la ville. Enfin, les autres podologues de Hem ne souhaitaient pas participer au projet de recherche.

Le troisième entretien a eu lieu le 30 juillet 2015 pour une durée de 2h. Il était composé de cinq personnes soit deux infirmières et trois kinésithérapeutes.

**Tableau 1 : Caractéristiques des personnes interrogées**

	Profession	Sexe	Age (années)	Durée d'exercice (années)	Mode d'exercice
K1	Kinésithérapeute	M	43	17	Groupe
I1	Infirmière	F	42	15	Groupe
D	Diététicienne	F	26	1	Groupe
OR1	Orthophoniste	M	43	15	Groupe
OP1	Opticienne	F	41	5	Groupe
P1	Pédicure- Podologue	F	32	6	Groupe
K2	Kinésithérapeute	M	34	6	Groupe
I2	Infirmière	F	57	16	Groupe
OR2	Orthophoniste	F	45	20	Groupe
OP2	Opticienne	F	30	1	Groupe
K3	Kinésithérapeute	F	31	10	Groupe
K4	Kinésithérapeute	F	24	1	Groupe
K5	Kinésithérapeute	M	37	14	Groupe
I3	Infirmière	F	40	8	Groupe
I4	Infirmier	M	44	17	Groupe

### III. Analyse des données

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, trois ont été nécessaires. Ils ont été enregistrés et filmés intégralement avec l'accord des participants puis retranscrits ad integrum par les deux investigateurs du projet (Annexes 2 à 4). 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 thème et catégories.

## RESULTATS

### I. Représentation du pôle de santé pour les professionnels para médicaux

#### a. Un regroupement de professionnels de santé

La première définition du PDS était unanime et consistait en « une collaboration entre professionnels de santé (I4) », « ayant envie de travailler ensemble (K5) ». Le PDS consistait donc en un « regroupement de professionnels de santé, infirmières, médecins, kinés dans une même structure (I1) ». Le PDS était également comparé par erreur à un « réseau de soins (K1) ».

#### b. Un exercice de soins de premier recours

Le PDS correspond à « une équipe pluriprofessionnelle libérale (I3) » de soins « en ville (K1) », des « soins de proximité (OR2) » entrant dans le cadre de la discipline du soin primaire.

#### 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 « regroupés dans les mêmes murs (OP1) », ni « dans le même local (K2) ». Ainsi, chaque professionnel pouvait « rester dans [son] cabinet (K2) ». Le PDS était ainsi « une maison médicale pluri professionnelle sans lieu [ou virtuelle] (P1) ».

#### **d. Une organisation sur un territoire donné**

Le PDS était une entité ayant un mode de fonctionnement « sur un territoire donné, un secteur, ou une ville (OP1) » permettant de trouver une solution «aux déserts médicaux (I1) ».

#### **e. Un projet de santé commun**

L'objectif était « d'avoir une vision globale [des] besoin[s] (OR1) » de santé d'une population, et « d'avoir un travail en commun (I2) » entre professionnels. Cette organisation permettrait de « se fixer des objectifs communs (K5) ».

#### **f. Des financements publics, une volonté politique**

Le PDS répondait « à une volonté politique de l'ARS (I1) ». Cette «politique de santé publique (I1) » faisait intervenir « des financements publics via une enveloppe de soins (OR1)». Ce mode de fonctionnement permettrait « de faire des économies (OP1) ».

#### **g. Méconnaissance du pôle pour certains professionnels**

La notion de pôle de santé « rest[ait] très floue (P1) ». Ils ne voyaient pas comment cela « [pouvait] s'organiser, fonctionner (P1) » et se mettrait concrètement en place.

## **II. Les attentes des professionnels paramédicaux quant à la mise en place d'un PDS à Hem**

#### **a. Améliorer les pratiques de soins**

Pour cela, une homogénéisation des prises en charge en suivant les recommandations de bonne pratique permettrait d'apporter un « discours identique (K1) », plus cohérent pour le patient. Cela permettrait « [d'optimiser] les choses par des protocoles (K1) » de soins qui seraient validés « par l'ARS (I1) ».

Cette amélioration des soins passerait également par « une évaluation (K2) » des pratiques. Actuellement, les professionnels « [étaient] seul[s] et ne sav[ai]ent pas si ce qu'[ils faisaient] était bien car [ils n'étaient] pas suivis (I2) ». L'exercice en PDS leur permettrait « d'avoir plus de retour (K2) » sur leur pratique.

Enfin, ce mode de fonctionnement permettrait « une prise en charge globale du patient (I1, K1) », de « faire le point [...] au début des soins (K1) » et tout au long du suivi. Et chaque professionnel aurait sa place durant cette prise en charge.

## **b. Améliorer la collaboration entre professionnels**

Ce type de structure permettrait en lui-même une amélioration de la collaboration entre professionnels du fait de la meilleure connaissance des professionnels entre eux. Cela favoriserait « les relations (OR2) » et éviterait « les petites tensions [qui se créaient] (OR2) » quand les professionnels ne se connaissaient pas. De plus, se connaître « représent[ait] un moyen de communiquer plus rapidement (K5) ». Les professionnels pouvaient « orient[er] [...] plus facilement les patients (OP2) » vers le professionnel ayant les compétences adéquates. Le PDS était un moyen de « travailler avec tous les professionnels de santé qu'on ne connaissait pas forcément (K2) » avant d'en faire partie.

La meilleure collaboration entre professionnels favoriserait la coordination des soins : « c'est vrai qu'il y a des prises en charge où il faut qu'on soit vraiment coordonné (K1) ». Dans certains cas lourds à domicile « il y [avait] tellement de passages entre infirmières, kinés, auxiliaires de vie, aides soignantes euh... que c'était pas toujours évident (K1) ».

Enfin, la collaboration entre professionnels favoriserait un travail collaboratif avec une redistribution des compétences : « par exemple, en tant qu'opticien, on peut s'occuper des problèmes de vue et de la correction optique, ce qui laisse plus de temps aux ophtalmos de s'occuper des maladies des yeux (OP2) ». De la même façon, « le pharmacien [pourrait] vacciner [...] et du coup, ça enlève[rait] une partie au médecin (OP2) ». Cela aboutirait à une redéfinition des champs de compétence des différents métiers.

### **c. Bénéficiaire d'un nouveau mode de rémunération valorisant l'activité et non plus le nombre d'actes**

Le PDS incluait la mise en place « d'une enveloppe de soins (K1) » permettant une prise en charge globale du patient. Chaque professionnel s'occupant du patient « [allait] se partager cette enveloppe (K1) ». Ainsi, le « professionnel ne serait plus payé pour sa prestation (l'acte de nomenclature) (K1)», mais pour son activité qu'il s'agisse de prévention, de dépistage ou d'éducation. D'autant plus que les professionnels avaient le sentiment de « [voir] les patients [uniquement] quand la maladie [était] installée(I1) ». Cela « permettrait aux professionnels de sortir des nomenclatures(I1)».

« L'idée [de ce nouveau mode de rémunération] [était] de pouvoir intégrer des professions qui [étaient] non remboursées (OP1) » tels que les pédicures, les diététiciens et les psychologues. En effet, « le non remboursement [actuel] des consultations [était] un véritable frein [d'accès à ce type de soins] pour les patients (D1) ».

### **d. Favoriser la prévention et l'éducation du patient**

« En France, on fait très peu de prévention, un PDS pourrait justement mettre l'accent sur la prévention (K1) ». Le rôle du pôle de santé serait de promouvoir la santé publique. Cela pourrait se faire « avant que la maladie soit installée (I1) », en prévention primaire.

Il existerait aussi « des ateliers (K2)» qui viseraient à faire de la prévention secondaire : « c'est très à la mode ça, on entend parler de séances de groupes dans le cadre du diabète par exemple où une diététicienne, une infirmière interviennent auprès d'une dizaine de patients (I1) ». Ainsi, les patients atteints d'une même maladie pourraient échanger sur leurs expériences et seraient encadrés par les professionnels de la ville « qu'ils connaiss[ai]ent (K2) » et viendraient donc « en confiance (K2)». Il s'agirait de projets « d'éducation thérapeutique (K2)» de patients. Les professionnels bénéficieraient alors de formations spécifiques pour participer à ces séances qui seraient rémunérées, dans le cadre de l'éducation thérapeutique de patients (ETP). Les professionnels obtiendraient alors « un diplôme (K2) » de formateur en ETP. Certains participants avaient déjà animés des séances d'ETP.

### **e. Devenir un partenaire visible du soin secondaire**

Actuellement, les professionnels rencontraient des difficultés pour communiquer avec l'hôpital : « quand les patients sortent de l'hôpital, en suite chirurgicale, on aimerait parfois avoir une visite de contrôle du chirurgien quand on rencontre un problème. Mais pour toucher un chirurgien directement, c'est difficile... (K5) ».

Ils attendaient du PDS une amélioration des échanges : « on réfléchissait à un interlocuteur avec l'hôpital pour préparer le retour à domicile parce que c'est toujours extrêmement compliqué, surtout quand le retour a lieu le samedi, le pôle de santé pourrait peut-être être cet interlocuteur pour préparer le retour à domicile du patient (K1) ».

### **f. Améliorer les conditions de vie des professionnels et lutter contre le « burn out »**

Les participants considéraient que faire partie du PDS permettait de « gagner du temps (OR1) », d'une part, grâce à la rapidité et la fluidité des échanges entre professionnels, et d'autre part grâce à la synthèse des données par le biais de « dossier médical (OR1) ». Cela « éviterait de perdre un temps fou à rédiger des comptes rendus hyper rédigés comme le veut le protocole (OR1) ».

Les activités au sein du PDS permettraient de diversifier la pratique et de rompre avec la routine et la répétitivité des journées : « mais c'est vrai que pour éviter de tomber dans la routine, ça c'est... ça sort du cadre habituel de nos fonctions régulières donc c'est pas mal, c'est remotivant pour autre chose (K2) ». Par exemple, l'ETP était « une approche [différente], c'[était] rigolo (K2) ».

Enfin, le travail en équipe permettrait de sortir de l'isolement. Certains professionnels avaient un vécu de solitude à leur arrivée en libéral : « moi je me suis retrouvée toute seule au monde quand on sort d'un CHR où il y a plein de monde autour de soi et on se dit qu'est-ce que je fais là dans ma voiture là toute seule. Alors au départ, je passais mon temps à téléphoner à l'un et à l'autre et puis je me suis aperçu qu'il fallait être seul et puis se débrouiller seul. Donc s'il y a des choses qui sont mises en place, ça serait rudement bien quand même (I2) ». Le travail en équipe permettrait de faire des rencontres conviviales « et il y [avait] des gens à qui ça [allait] plaire (K1) ».

### **g. Etre un lieu de formation**

Accueillir des étudiants était vécu comme enrichissant pour les professionnels de santé : « je trouve que c'est super intéressant d'avoir quelqu'un, sur un plan personnel, ça nous oblige des fois à re réfléchir sur un patient et ça, c'est super intéressant (K5) ». Le PDS semblait être un terrain propice à la formation des futurs professionnels. Les professionnels étaient « souvent [sollicités] par des élèves [...] qui [voulai]ent voir comment ça se pass[ai]t concrètement sur le terrain (I3) ». Le PDS permettrait d'accueillir d'avantage d'étudiants.

### **h. Répondre aux attentes des patients**

Pour les patients, l'existence du PDS était bénéfique : « [les patients] sont vachement rassurés qu'on communique et qu'on se connaisse (I1) ». Les patients se sentaient en confiance « dans une famille où tout le monde les prend[ra]ient en charge et les guid[era]ient vers les autres (P1) ».

Le PDS était avant tout fait dans « l'intérêt du patient (I4), « s'il y [avait] la volonté de créer le PDS c'[était] pour aider le patient (K5) ».

## **III. Les craintes des professionnels de santé et les freins à la mise en place du PDS**

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

Avant tout, les professionnels avaient peur de manquer de temps au vu de leur emploi du temps souvent surchargé : « je suis déjà débordé, je ne vois pas comment je pourrais en faire plus (K1) ».

De plus, les professionnels soulignaient la difficulté d'adaptation de leur emploi du temps : « nous c'est compliqué, et les kinés c'est pareil, toutes les semaines à la même heure, on voit les mêmes patients. Quand on n'est pas là un

après-midi, il y a des patients qui n'auront pas une séance pendant 2 semaines. Nous se libérer une demi-journée, c'est quasi impossible (OR2) ».

Pour les interviewés, il semblait difficile de changer l'organisation professionnelle : « c'est difficile, quand on est installé depuis longtemps, changer sa façon de faire (K1) ». Ce « [sera] une organisation complètement différente (K1) », «c'est une façon différente de bosser qui n'est pas forcément mieux... (K2) ».

Enfin la formation nécessaire pour participer à l'ETP leur paraissait lourde: « 40 heures, de formation, il faut réussir à les [faire] (OR2) ».

### **b. Peur de la lourdeur administrative liée au fonctionnement intrinsèque du pôle de santé**

Les professionnels évoquaient leur appréhension à « ajouter de l'administratif (OR2) » : « ça, ça prend un temps de dingue (OR2) » et « ce n'est pas facile à mettre en place parce que des papiers, des papiers... (I2) ».

De plus, ils signalaient une appréhension quant à la façon dont le PDS allait se mettre en place dans la ville : « le problème de ce genre de choses, alors je sais pas comment ça va se mettre en place mais on a l'impression qu'à chaque fois, c'est mis en place par des personnes qui sont pas sur le terrain et du coup qui nous imposent des choses qui ne correspondent pas à notre pratique. C'est vrai que ça, ça fait peur aussi (OR2) ».

### **c. Peur de perdre une partie de leur chiffre d'affaires**

Les professionnels souhaitaient que la rémunération liée à l'investissement dans le PDS soit au moins équivalente à la perte du chiffre d'affaires lié au temps passé hors du cabinet : « si je rate un après-midi de boulot, il faut que ça soit à peu près équivalent (K2) ».

Ils évoquaient également une crainte de perdre des actes du fait de la redistribution des compétences : « les anciens ophtalmos [...] se plaignent (OP1) » de la prise en charge par les opticiens des problèmes de vue. « La vaccin[ation] par le pharmacien (OP1) » avait récemment créé une polémique.

#### **d. La fin de l'exercice libéral**

Les professionnels avaient peur que l'intégration au sein du PDS allait «mettre fin à liberté des professionnels libéraux (OP1) ». Leur « but [était] de travailler en libéral, de gérer [leur] emploi du temps comme [ils] le souhait[aient], d'exercer [leur] métier comme [ils le voulaient] (I1) ». Les interviewés avaient peur de se voir imposer un mode de fonctionnement qui ne leur correspondait pas. Ils avaient peur de perdre le fonctionnement souple de l'activité libérale.

Ils ne souhaitaient pas se retrouver dans un modèle hiérarchique comme à l'hôpital : « j'ai quitté le milieu hospitalier aussi pour être indépendant et je retrouverais un peu ce cadre. Ça sera une nouvelle conception à laquelle je ne serais pas préparé (I4) ». Le PDS était même comparé « à un système genre Santély HAD (I1) » et à toute sa complexité. Ainsi, les professionnels avaient peur d'être dirigés par un « supérieur » : « une équipe ça se gère et il y a quelqu'un qui devra gérer l'équipe et décider de tout (K1)».

Les interviewés craignaient de devenir salariés : « moi je trouve que ça fait un peu peur, [...] on finira tous des salariés de la sécu regroupés [...] et on n'aura plus notre propre magasin, notre propre cabinet [...]. On sera tous regroupés (OP2)».

#### **e. Inquiétude liée quant à la définition floue des professionnels pouvant faire partie du PDS**

Les professionnels exprimaient leurs inquiétudes quant à l'inclusion dans le PDS : « alors moi quand même j'ai encore un peu de mal avec cette idée parce que tout le monde ne pourra pas faire partie du pôle de santé [...]. Du coup, comment va se faire l'orientation des uns et des autres ? Sur quels critères est-ce que l'on va pouvoir intégrer un pôle de santé ? (I1) ».

Ils craignaient que les professionnels ne faisant pas partie du PDS soient mis à l'écart, « shunt[és] (K1) ».

## **f. Manque d'intérêt du PDS**

Les professionnels ne voyaient pas la « différence par rapport à ce qu'[ils faisaient] déjà (I1) ». Ils « trouv[aient] qu'[ils travaillaient] déjà beaucoup en équipe (I1) ».

Une dynamique était préexistante à Hem, notamment avec l'ALPS : « je pense que sur Hem, c'est un peu particulier car on est déjà beaucoup à se connaître, et donc on s'appelle facilement (I1) ».

De plus, les professionnels ne voyaient pas l'intérêt d'un tel PDS dans une zone où la démographie médicale était élevée. Le PDS « serait une solution pour les déserts médicaux (I1) », ce qui n'est pas le cas à Hem.

## **IV. Les idées pour améliorer de la coopération entre professionnels**

### **a. Création du métier de coordonnateur du PDS**

Les professionnels soulignaient la nécessité de la création d'un nouveau métier. Il s'agirait d'un coordonnateur de soins qui serait « le référent (K5) ». Il jouerait le rôle de « chef d'orchestre, [il] donner[ait] les alertes [et] contacter[ait] les professionnels [qui s'occupent du patient]. [...] Il organiser[ait] les actions des uns et des autres (K5) ». Ainsi, il serait « le chef d'équipe du pôle pluriprofessionnel (K5) ». Cette personne référente serait notamment souhaitable « pour un patient qui est suivi par beaucoup de personnes (OR2) ». Elle fera « le lien entre tout le monde (K1) ».

Cette personne « gérer[ait aussi] le côté financier (K5) » et veillerait au bon fonctionnement du PDS. Elle serait « formé[e] dans la gestion (K5) » et pourrait être élue parmi « plusieurs candidats (I3) ». Elle pourrait être de n'importe quelle profession de santé mais également extérieure au domaine de la santé.

### **b. Le dossier électronique partagé**

Un dossier médical partagé était indispensable pour échanger autour des patients du PDS. Ce dossier serait informatisé et les professionnels pourraient y « poster un message qui puisse être reçu par le correspondant quand il n'y a pas

d'urgence (K5) ». Les participants proposaient la mise en place de « forums autour d'un patient(K5) ». Ce « logiciel commun (I3) » fonctionnerait « via internet (I3) » et serait ouverts aux professionnels « avec l'accord du patient (K3) ». L'utilisation de «la carte vitale (OP2) » était évoquée pour y enregistrer des informations

### **c. Echange des numéros de téléphones et des mails**

Pour faciliter la communication, il était proposé d'échanger « les numéros de téléphones [des personnes] intervenant dans la maison (I2) », mais aussi les mails pour la communication par « internet (I3) ».

### **d. Réunions de concertation pluri professionnelle**

Les professionnels proposaient « d'organiser des réunions régulières et des rencontres régulières (OR1) ». Ces réunions « inter professionnelles (OR2) » seraient d'autant plus nécessaires que les professionnels ne sont pas « dans les mêmes murs [et] travaillent de manière délocalisée (OR1) ». Ces réunions permettraient de faire « une synthèse et de mettre des choses en communs (OR2) ».

Actuellement, les professionnels « n'ont pas tellement l'occasion [...] ni l'opportunité de se rencontrer (OR2) ». Le PDS semblait être une solution pour faciliter les échanges.

### **e. Permettre la continuité des soins**

Pour les professionnels, il était indispensable de mettre en place « des outils simples de communication [entre] tous les professionnels intervenant pour [un] patient (K1) » pour assurer la continuité des soins. « Des cahiers de soins à remplir [à chaque passage du soignant] avec les objectifs et l'évaluation [des soins] (I3) » permettraient une traçabilité et un suivi continu des patients, notamment à domicile.

Les professionnels évoquaient également « des fiches patients (K1) » qui auraient le rôle de « fiche de liaison (K1) » entre professionnels. Cet outil semblait plus simple et plus abordable que l'utilisation de l'informatique à domicile.

## **f. Accompagnement personnalisé des patients en situation complexe**

Pour améliorer la coopération chez les patients en situation complexe, les professionnels proposaient de « se réunir chez le patient et que la famille soit présente (I3) » avec l'accord du patient.

Notamment pour « les retours d'hospitalisation avec des gros patients, des nouveaux traitements, il y a la pharmacie, le médecin qui doit passer, le kiné, l'infirmière, c'est toujours le gros bordel. On passe un temps fou, on perd plein de temps au téléphone. C'est vrai que si on pouvait se retrouver tous ensemble pour pouvoir se coordonner, c'est vrai que dans ces cas-là une prise en charge globale ça serait bien ! (I1) ».

## **g. Charte éthique**

L'amélioration des échanges entre professionnels de santé devait respecter les principes « déontologique[s] (K2) ». « Le patient doit être au courant (I3) » des échanges et doit donner son accord.

## DISCUSSION

### I. Les limites de l'étude

#### a. Biais de sélection de l'échantillon

Le recrutement a été effectué par un échantillonnage raisonné à variation maximale. Les participants ont été sélectionnés dans l'annuaire de manière aléatoire, puis ils étaient contactés par téléphone un par un. Certains professionnels refusaient par désintérêt, d'autres par manque de temps. On peut supposer que les personnes ayant accepté les entretiens étaient les plus motivés ou intéressés par le sujet ce qui entraînerait un biais de sélection par rapport à l'ensemble des professionnels de la ville de Hem. La plupart des participants recrutés faisaient partie de l'ALPS, une association de professionnels libéraux dynamique de la ville.

Toutes les catégories professionnelles n'étaient pas représentées. Ainsi, la participation des psychologues n'était pas prévue *a priori* dans la méthode. Il aurait cependant été intéressant d'avoir leur avis quant à la mise en place d'un pôle de santé.

#### b. Biais d'intervention

Le dernier entretien collectif a été animé par Pr Lefebvre, directeur de ce travail. Malgré la neutralité de son intervention et l'utilisation de questions ouvertes, l'entretien a pu être orienté par sa présence (les participants connaissaient son implication dans la mise en place du pôle de santé à Hem).

#### c. Biais lié à la présence d'un « leader »

Dans certains groupes, la présence d'une personnalité dominante a rendu difficile l'expression de certains participants. Cependant, le modérateur veillait à ce que chacun s'exprime pour chacune des grandes thématiques de l'entretien.

## **II. Les forces de l'étude**

### **a. Le choix du modérateur**

Le modérateur était expérimenté, neutre et avait l'habitude d'animer des entretiens collectifs. Il faisait intervenir chacun des participants en encourageant l'expression de leurs idées personnelles et assurait la bonne dynamique du groupe. Le guide d'entretien lui avait été communiqué à l'avance. Les investigateurs n'intervenaient pas pendant la séance pour assurer une plus grande neutralité des propos.

### **b. La qualité du recueil de données**

L'enregistrement n'a pas perturbé la liberté de parole du groupe. Une caméra était placée au fond de la salle et les investigateurs assuraient la destruction du film après retranscription des données. Le nombre de participants était idéal pour chaque entretien collectif avec au maximum six professionnels invités. Cela a favorisé l'expression des idées de chacun. Les professionnels ne se connaissaient pas forcément, mais l'atmosphère était conviviale, autour d'une collation. Le thème de la soirée n'était évoqué que très succinctement au téléphone. Les participants arrivaient avec des idées spontanées et non préparées à l'avance.

### **c. Triangulation du codage et évolution du guide d'entretien**

Après la retranscription du verbatim, le travail de codage a été effectué en binôme. Chaque investigateur codait le verbatim puis les résultats étaient confrontés. La méthode a permis de diminuer les biais d'interprétation.

L'analyse des données était réalisée au fur et à mesure des entretiens collectifs, ce qui a permis de faire évoluer le guide d'entretien au cours de l'étude.

La décision d'arrêter les entretiens collectifs a été prise lors de la saturation des données après la réalisation de trois entretiens.

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

La réalisation de cette étude a permis de répondre à la question posée au départ. Pour les professionnels paramédicaux de la ville de Hem, la mise en place d'un PDS permettrait d'améliorer les pratiques de soins et la collaboration entre professionnels de santé. Le PDS permettrait la mise en place de nouveaux modes de rémunération, favorisant ainsi les activités peu valorisées comme l'éducation et la prévention. Les participants voyaient le PDS comme « une référence » qui serait un partenaire visible, notamment du soin secondaire. Ils espéraient aussi améliorer leurs conditions de vie privée et professionnelle, le PDS étant perçu comme un lieu convivial. Il permettrait de lutter contre la monotonie du quotidien des professionnels parfois isolés. Cette forme de travail collective était vécue comme attractive pour les jeunes et un lieu idéal de formation des étudiants. Enfin, les professionnels pensaient que ce type d'organisation serait plébiscité par les patients, mieux pris en charge dans leur globalité. Ils s'y sentiraient d'avantage en confiance.

Les freins étaient liés à l'importance de l'investissement personnel lié à l'intégration dans une telle structure, à la peur de la lourdeur administrative qui viendrait s'ajouter à leurs propres contraintes professionnels, au manque de rémunération par rapport au temps passé et à la difficulté d'envisager un mode de fonctionnement collectif chez des professionnels libéraux travaillant en autonomie.

La recherche bibliographique a été réalisée après la rédaction des résultats de la thèse. Le but était de rester le plus neutre possible lors de la rédaction du guide d'entretien et lors de l'analyse des résultats. Il s'agissait de ne pas orienter les personnes interviewées.

Les études sur les maisons et pôles de santé (7) (8) montrent que les facteurs favorisant l'émergence d'un travail pluri professionnel (9) (10) sont :

- le désir de travailler à plusieurs
- la perception par les professionnels d'une faible concurrence au sein de leur profession.

- La proximité cognitive des professionnels, c'est à dire la bonne connaissance des professionnels entre eux, de leurs compétences, expertises et savoir-faire. C'est à cette condition qu'un sentiment de confiance mutuelle peut naître entre professionnels.
- La capacité à construire des projets.
- Une proximité géographique (passant ou non par un projet architectural).
- Une volonté commune de diminution de la « hiérarchie symbolique » entre professions médicales et paramédicales, l'invitation faite aux paramédicaux de s'engager, l'instauration d'une gouvernance collégiale.
- La capacité à travailler sur des protocoles de soin.
- La volonté de devenir un partenaire visible et unique des partenaires sanitaires sur le territoire.
- La volonté de formation collective à l'ETP.
- La perception du travail pluri professionnel comme un facteur d'amélioration de la qualité de leurs pratiques (11).

Cependant, les études montrent également les obstacles qui se heurtent à la dynamique pluri professionnelle :

- La nécessité d'acquisition de nombreuses compétences nouvelles d'ordre gestionnaires, juridiques, administratives, comptables, stratégiques, politique et de représentation institutionnelle pour faire face à la complexité des pratiques de coordination.
- Les rémunérations vécues comme trop faibles par rapport au temps passé à la construction des actions collectives.
- Le caractère chronophage du travail pluri professionnel.
- La formation initiale « étanche » des professionnels de santé, génératrice de distances cognitives.
- La mauvaise adaptation des logiciels métiers aux besoins des paramédicaux qui ne veulent pas être astreints à une double saisie pour remplir le dossier médical partagé.
- La difficulté des médecins à partager la responsabilité d'actions pluri professionnelles aux paramédicaux, leur résistance à effectuer de nouveaux partages des frontières professionnelles.

- La résistance culturelle à passer d'une culture libérale garante d'une autonomie individuelle à une culture collective pluri professionnelle.

Dans l'ensemble, les professionnels de santé de la ville de Hem présentent les leviers nécessaires à la mise en place d'un tel projet. Cette ville dynamique et universitaire semble le terrain idéal pour la mise en place d'un pôle de santé.

## CONCLUSION

Dans un contexte de nécessité de réorganisation du secteur ambulatoire, le vieillissement des populations et des professionnels de santé, l'évolution des aspirations et la féminisation de la profession médicale, le poids des maladies chroniques imposent la restructuration des soins primaires ; celle-ci est en marche(12).

La réforme du médecin traitant et du parcours de soins induite en 2004, la reconnaissance de la Médecine Générale comme une spécialité médicale, la territorialisation croissante des politiques de santé, ainsi que la définition des soins de premier recours par la loi HPST peuvent être interprétées comme autant de témoins d'un processus de réorganisation du secteur ambulatoire selon les principes internationaux du soin primaire définis par la WONCA (Organisation mondiale des médecins généralistes). Ainsi, les pouvoirs publics tendent à rationaliser l'organisation des soins dans un logique de population et de territoire (13).

Le PDS est une solution innovante qui ouvre des perspectives nouvelles en termes d'organisation des soins de premiers recours et des pratiques dans les domaines de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de la coordination des soins et de la réduction des inégalités de santé.

Ce travail a permis d'apporter des fondations pour construire au mieux ce projet de PDS. La prise en compte des aspirations et des attentes des professionnels permettra la création d'une structure pérenne.

Pour les professionnels interviewés, la formation pluri professionnelle était la pierre angulaire à la réussite d'un travail collaboratif. Il serait donc intéressant d'évaluer la faisabilité et l'impact d'une formation pluri professionnelle sur les internes de médecine générale en stage dans cette ville qui compte 15 maîtres de stages universitaires.

## 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](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](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.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf).
5. Aubin-Auger, I.; Mercier, A.; Baumann, L.; Lehr-Drylewicz, A-M.; Imbert, P.; Letrilliart, 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, 1er 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](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 : guide d'entretien**

#### **I. Présentation du travail**

##### **a. Contexte**

Le déploiement des pôles de santé pluri professionnels 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, kinésithérapeute, orthophonistes, opticiens, pédicures podologues) de la ville ont été sollicités.

Trois 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 :

- a. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- b. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- c. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- d. L'éducation pour la santé. »

### **III. Organisation du focus group**

#### **a. Sur le plan matériel**

Les entretiens auront lieu au cabinet des Drs 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

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

#### **c. Quelles sont vos craintes concernant ce projet ?**

##### Points à aborder

- Financement ? Alternatives au paiement à l'acte ?
- Manque de temps ?

- Adaptation règlementaire du partage d'information ?
- Changement de mentalité des professionnels de santé ?
- Peur d'exclusion des professionnels ne faisant pas partie du pôle ?
- 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 ?**

*Points à aborder*

- Mise en place de protocoles thérapeutiques : prise en charge personnalisée et ou prise en charge identique selon un référentiel pour une pathologie donnée?
- Réunions de concertation mono ou pluridisciplinaires, interprofessionnelles
- Moyens de communication rapide entre professionnels de Santé ? (échange de mail, de numéro de téléphone,...)
- Continuité des soins,
- 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 ?
- Maîtrise de stage,
- Utilisation des alertes informatiques pour la relance des patients dans le dépistage et la prévention,
- 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 17 avril 2015

Modérateur : alors, ce sont des questions ouvertes, n'hésitez pas à répondre et à vous exprimer. Pour vous qu'est-ce qu'un pôle de santé ?

I1 : ce que je sais du pôle de santé, euh..., je pense que c'est un regroupement de professionnels de santé, infirmières, médecins, kinés, dans une même structure. Je pense que c'est une politique de l'ARS, de santé publique de regrouper, je pense, en tous cas ce que j'en ai entendu

Modérateur : pas de problème, vas-y

I1 : euh... pour que les patients aient une prise en charge globale, voilà, et pour un travail pluridisciplinaire, en équipe, euh... voilà ce que je pense du pôle de santé.

K1 : je pense la même chose que ce qu'a dit l'infirmière, par contre, je ne pense pas que ce soit des professionnels de santé regroupés dans la même structure. Je pense qu'on peut rester indépendant et faire partie d'un pôle de santé quand même. Par contre je pense qu'il y a une grosse différence... même s'il y a une prise en charge globale du patient, je pense que c'est une prise en charge avec une enveloppe de soins au niveau coût de prestation où chacun va se partager cette enveloppe, si tu veux. Je ne saurais pas trop expliquer la chose, mais chacun serait... chaque professionnel ne serait plus payé pour sa prestation...

I1 : ah oui !

K1 : mais pour une prise en charge globale. C'est-à-dire, voilà, c'est une politique de l'ARS ou de je ne sais pas qui, mais une enveloppe de prise en charge en fonction de je ne sais pas quoi, de la pathologie, euh... qui sera répartie, je ne sais pas de quelle façon.

OPT1 : euh, je ne pensais pas forcément regroupés dans les mêmes murs, mais il y aurait des référents de secteur, un peu comme les médecins traitants, où il faudrait choisir les référents, après je ne sais pas si c'est par secteur ou par ville, où effectivement les gens seraient obligés d'aller là, mais aussi avoir une vision globale du besoin et de dire ce sera telle personne, telle personne, telle personne ; et après je ne sais pas sur un coût global mais au moins cibler le nombre de personnes sur le territoire.

Modérateur : il y aura des passages obligatoires par telle ou telle personne

OPT1 : oui, voilà, qui seront déjà choisis pour le pôle santé.

ORT1 : avec un coordonnateur, d'après ce que j'avais cru comprendre. Le médecin coordonnateur, effectivement,... l'enveloppe de soin qui permet peut-être à des professions non remboursées d'être prises en charge dans des pathologies nécessitant de multiples interventions. C'est comme ça que je le vois, maintenant...

P1 : euh, je voyais ça comme un genre de maison médicale pluridisciplinaire, sans lieu si j'ai bien tout compris ; mais c'est très flou pour moi à ce niveau là.

Modérateur : c'est une définition qui est intéressante.

P1 : mais je ne voyais pas comment ça pouvait s'organiser, fonctionner, euh... voilà.

D1 : bin, moi, c'était un peu la même chose, c'était flou pour moi. Je savais que c'était un regroupement de professionnels de santé, dans une même structure, une même ville, donc c'est... un peu la même chose.

Modérateur : bon, je vais préciser quelques définitions en fait, par rapport à pôle de santé, maison de santé, c'est vrai qu'on en parle de plus en plus ; c'est vrai que l'ARS veut permettre une amélioration des soins en mettant en place une structure, veut structurer les choses pour pouvoir effectivement améliorer la prise en charge. On parle de maisons pluriprofessionnelles, il y a différentes strates en fait. Une maison pluriprofessionnelle, c'est un peu ce qui existe déjà dans le coin, par exemple à Forest, il y a déjà une maison de santé pluri professionnelle de soins de premier recours en fait. C'est du premier recours, les gens viennent là en première intention. Chez moi, par exemple c'est une maison pluri professionnelle. A la maison médicale Briet, c'est un peu ça, vous êtes groupés.

D1 : oui, oui

Modérateur : après il y a des gens qui travaillent individuellement mais pluri professionnels, ça nécessite plusieurs professions, et au moins un médecin et une infirmière. Après, il y a les maisons de santé pluridisciplinaires, c'est un peu la même chose mais avec en plus des soins de second recours, de deuxième intention, c'est-à-dire médecin spécialiste ou une prévention comme la PMI, voire assistante sociale, etc. Et après, il y a les pôles de santé, effectivement, c'est la même chose mais, comme disait à juste titre la podologue, c'est dans des endroits qui sont pas forcément au même lieu, c'est des endroits différents, ça paraît plus clair ?

P1 : ils sont regroupés comment ? Comment les personnes savent que c'est un groupe de...?

Modérateur : ah ben, je pense que c'est des personnes qui participent...

K1 : qui vont travailler entre eux

Modérateur : qui vont travailler entre eux, vont s'harmoniser entre eux, vont... euh... je dirais... organiser leur travail entre eux pour euh... L'objectif en fait c'est, qu'un patient qui vient pour une pathologie soit pris en charge de manière très protocolisée, pour que les patients d'un pôle de santé X et d'une maison de santé Y soient pris en charge de la même manière. Il y aura une protocolisation pour dire voilà, il y a euh... il va voir le médecin, il va être surveillé par l'infirmière, vu par la diététicienne, d'où ce que vous disiez tout à l'heure, une enveloppe de soin, une enveloppe pour pouvoir payer les gens non médicaux comme vous disiez tout à l'heure.

OPT1 : du coup, ça pourrait être dans des lieux séparés ?

Modérateur : on va d'abord parler et puis on verra bien. Parce qu'après si je dis tout, ça ne va pas aller.

(Rires.)

I1 : quelle différence par rapport à ce qu'on fait déjà ? Parce que finalement, on travaille déjà comme ça : le médecin fait une prescription, et puis après, quand on arrive chez le patient, quand il y a un souci on appelle le médecin, ensemble, on discute déjà. On n'est pas dans le même local mais finalement on fait déjà.

K1 : je pense que sur Hem, c'est un peu particulier car on est déjà beaucoup à se connaître, et donc on s'appelle facilement...

I1 : ben oui, on s'appelle beaucoup, c'est ça.

K1 : ... mais je ne suis pas certain que ça soit partout la même chose.

Modérateur : je vais répéter ce que je viens de dire...

K1 : et puis après, il y a cette enveloppe de soins, c'est la grosse différence aussi ; peut-être que dans tout ça il y a un coordinateur qui va faire le lien, ben je sais pas comment c'est prévu, comment c'est organisé. J'imagine qu'il doit y avoir quelqu'un qui doit faire le lien entre tout le monde.

ORT1 : il y a aussi une histoire de dossier partagé, ou un truc comme ça ?

Modérateur : alors justement, je vais vous poser des questions puis on en reparlera après.

I1 : oui, ok !

Modérateur : justement la deuxième question est : qu'attendez-vous de la mise en place d'un pôle de santé dans la ville de Hem ? Qu'attendez-vous ? Je vous laisse répondre.

K1 : il faut qu'on réfléchisse un petit peu ! Rires

I1: voilà, pour revenir à ce qu'on disait, moi je trouve qu'on travaille déjà beaucoup en équipe comme ça. Nous, on a des dossiers de soins chez nos patients, on écrit, on communique, ou au pire on appelle le médecin, le kiné, le pédicure... enfin voilà. Donc on travaille déjà beaucoup comme ça, donc je ne vois pas trop... après, à part, s'il y a effectivement des enveloppes globales pour les soins de pédicurie, de diététicienne qui ne sont pas remboursés, peut-être qu'effectivement euh... moi, je vois pas euh... je ne comprends pas encore bien le système donc du coup je vois pas encore l'intérêt ; parce que je trouve qu'on travaille déjà beaucoup ensemble et jamais vraiment tout seul.

K1 : je rejoins ce que tu dis, c'est vrai, je suis d'accord, on fait déjà un petit peu ça ; mais après il faut voir à quelle genre de pathologie ça s'adresse, parce que j'imagine que c'est quand même pour des prises en charge quand même particulière, enfin, j'en sais rien en fait. En fait, c'est quelque chose qu'il faudrait savoir. C'est vrai qu'il y a des prises en charge parfois où il faut vraiment qu'on soit coordonnés quand même. Moi dernièrement, on s'est occupé de quelqu'un où c'était quand même compliqué, il y avait tellement de passages entre infirmières, kiné, auxiliaire de vie, euh... aide soignante, faut euh... c'est pas toujours évident. Mais sur Hem, c'est vrai, on arrive facilement à communiquer, je pense ça n'est pas partout pareil, et ce n'est peut-être pas le cas de tous les professionnels sur Hem d'ailleurs.

OPT1: donc, euh... l'idée c'est de pouvoir intégrer des professions qui sont non remboursées, on va dire, ou non prises en charge, qui sont plus compliquées à faire profiter les patients ; c'est vrai que c'est intéressant. Et après, c'est vrai que peut-être le fait d'avoir aussi justement toujours les mêmes personnes, enfin après je sais pas si ça sera toujours les mêmes personnes, ce sera peut-être plus facile pour les gens de communiquer entre eux car ils sauront toujours à qui, qui appeler et pas se dire, ben... vous allez voir qui d'habitude. Si les gens font partie du pôle santé, on saura... il y aura un référent, on saura peut-être qui appeler plutôt que se dire euh...

Modérateur : donc pour toi, c'est une amélioration de la communication en fait.

OPT 1: oui

K1 : parce que la finalité de tout ça, c'est l'amélioration de la prise en charge. Mais je pense aussi c'est faire faire des économies. On ne le dit pas mais la finalité s'est de faire faire des économies à Madame sécu j'imagine, ben, je pense. De quelle façon, je ne sais pas... c'est optimiser les choses par des protocoles...

Modérateur : je vais être plus clair, est-ce que vous pouvez lister ce qui pourrait être positif dans les pôles de santé, ou dans des maisons de santé ? Est-ce que... par exemple sur Forest, il y a un projet de maison de santé, je ne sais pas si c'est une maison de santé ou un regroupement, il y a un projet sur Hem de pôle de santé, on prend les points positifs, qu'est-ce que ça peut vous apporter.

K1 : sur une maison de santé où les professionnels sont dans la même structure et où ils sont amenés à se croiser, euh... je pense que ça facilite forcément la communication. Le fait d'être dans la même structure, fermé dans les mêmes murs, forcément ça va aider.

Modérateur : est-ce que il faut forcément être dans une même structure ?

K1 : je pense pas mais ça doit quand même changer les choses.

ORT1 : oui à mon avis, je pense que ça facilite d'être dans les mêmes murs, après, effectivement, si on travaille de manière délocalisée, chacun dans notre coin, il faut quand même forcément organiser des réunions régulières et des rencontres régulières, sinon on ne peut pas travailler.

I1: alors moi, je suis de toute façon, très rarement au cabinet, même si c'était dans une structure fermée, je ne croiserais forcément pas grand monde de toute façon. Donc moi ça changerait pas... sauf en fait, s'il y a plus de consultations au cabinet, moi je continuerais à prendre mon téléphone pour appeler les collègues, parce que moi ma pratique est plus à domicile.

K1 : euh... justement est-ce qu'on peut pas imaginer que sur certains types de pathologies, ce serait un grand changement pour vous, mais qu'il y aurait pour certaines pathologies beaucoup plus de prises en charge au cabinet par exemple.

I1 : ah bin ça, il faut changer les mentalités parce qu'ici ce n'est pas gagné.

K1 : moi, je vois par exemple pour des patients qu'on pourrait avoir en commun, euh... moi j'ai des gens qui viennent au cabinet pour leur séance de kiné, mais c'est l'infirmière qui vient chez eux pour les soins.

I1 : oui, c'est clair.

K1 : s'ils sont capables de venir chez le kiné, ils seraient capables d'aller chez l'infirmière

I1 : oui bien sûr

K1 : comme ils sont capables d'aller chez le médecin

Modérateur (en désignant la diététicienne) : est-ce que toi... on t'entend pas mais on se connaît tous donc c'est plus euh... est-ce que toi, tu as des avantages à participer

à... sur une maison de santé, dans la définition que j'ai donnée tout à l'heure du pôle de santé.

D1 : après moi, la grande barrière que je rencontre, c'est surtout la non prise en charge en fait par la sécurité sociale de mes consultations. Donc c'est vrai, il y a beaucoup de patients comme les diabétiques par exemple qui ne viennent pas et qui en auraient besoin, à cause de ça. Après, il y a de plus en plus de mutuelles qui remboursent, mais après ça reste quelques consultations ou autres, donc c'est vrai que l'enveloppe globale, ça pourrait euh...

Modérateur : oui, on parlait tout à l'heure, il y avait quelqu'un qui parlait d'enveloppe globale, pour une prise en charge globale du patient... c'est-à-dire quelqu'un qui est à son compte... ça permettrait une meilleure prise en charge. Par exemple, ton patient diabétique, tu pourrais participer plus activement à son éducation.

K1 : je pense notamment à la diététicienne, euh... il n'y a pas que les diabétiques, euh... pour les personnes âgées qui ne sont pas cérébralement comme il faut, euh... je pense que beaucoup de médecins ont des personnes âgées dans un état de dénutrition, ou en tout cas qui pourraient avoir besoin de conseils de diététiciens et c'est vrai que ce n'est pas dans la démarche de euh... voilà. Rien que moi cette semaine, j'en connais.

I1 : moi pareil, pour les pédicures, dans certains cas, c'est très rarement remboursé, comme chez le patient diabétique mais..., et encore, il faut le savoir, parce qu'il y a des pédicures qui ne le font pas, mais du coup, ça rebute énormément les patients. Je sais pas du coup si cette enveloppe globale, c'est réel ou pas ? Parce que du coup tu n'as pas donné la réponse (en désignant le modérateur) ? (Rires)

K1 : moi, j'ai parlé de ça mais c'est quand même flou. Je ne sais pas... comment c'est financé

I1 : c'est vrai, il y a plein de soins qui ne sont pas remboursés

K1 : aujourd'hui, il y a des soins qui sont pris en charge à 100%, d'autres qui ne le sont pas, euh... enfin nous kinés, c'est plutôt 60% les caisses, 40% les mutuelles, enfin voilà, ça dépend du type de soin, ça dépend d'un tas de choses. Donc je ne sais pas les pôles de santé, je serais assez curieux de savoir quel genre de patients est susceptible d'être pris en charge. J'imagine que ça doit s'adresser plutôt à des cas « lourds », qui en tout cas nécessitent l'intervention euh... voilà.

P1 : en point positif, je vois plutôt le guidage des patients, euh... plus se sentir dans une « famille », euh... tout le monde le prend en charge et le guide vers les autres, et à chaque fois, c'est le même « cercle ».

Modérateur : donc en fait c'est le partage d'informations...

P1 : oui, qui sentent euh... voilà, qu'il ait envie d'aller voir le spécialiste qu'on lui conseille et qui fasse le tour de tout le monde comme ça, et qu'il est au moins chaque profession...

Modérateur : d'accord.

I1 : c'est vrai que les patients, quand ils voient qu'on se connaît et qu'on s'appelle, ils sont vachement rassurer et disent « ah bah tiens, vous connaissez mon kiné, mon médecin », ils sont quelque part vachement rassurés qu'on communique et qu'on se connaît.

Modérateur : une prise en charge globale.

I1 : oui.

K1 : c'est un réseau.

P1 : et après quand ils voient qu'on connaît d'autres gens qu'ils connaissent et que ça fait le tour, bin voilà, c'est le bouche à oreille aussi mais plus ciblé.

Modérateur : alors, ah moins qu'il y ait autre chose... est-ce que vous avez entendu parler de... je vais parler d'un mot grossier... euh ce qu'on appelle maintenant pratique collaboratrice, on disait avant, délégation de tâches, est-ce que vous en avez entendu parler ?

P1 : non ?

Modérateur : la loi HPST, ça vous dit quelque chose ?

K1 : moi, ça ne me dit rien.

O1 : si, ils en avaient pas parlé que les pharmaciens puissent faire des vaccins.

K1 : des actes partagés ?

ORT1 : Que certaines personnes puissent faire des actes réservés à d'autres professions ?

Modérateur : c'est ça. Mais enfin, vous n'en savez pas plus que ça ?

D : non.

ORT1 : je sais que ça a râlé, mais bon... (Rires)

Modérateur : effectivement. Est-ce que vous pensez que le pôle de santé peut améliorer vos conditions de vie professionnelle et privée aussi ?

ORT1 : bof, pourquoi ?

K1 : j'en ai aucune idée. Pour ça, il faudrait savoir comment ça fonctionne. Donc on ne le sait pas réellement...

I1 : ben oui.

P1 : ben voilà, il faut voir combien de temps ça prend, si on doit réserver des plages pour ces patients là.

Modérateur : donc en fait, euh..., je vais vous en parler un petit peu pour qu'on puisse aller plus loin dans le débat. Le pôle de santé, c'est ce qu'on va essayer de lancer sur le secteur, alors c'est un petit peu ce qu'on va faire... on s'est inscrit à une formation qui va commencer lundi...

I1 : la DPC là ?

Modérateur : oui les DPC. C'est l'éducation thérapeutique sur certaines pathologies, on verra que ça va déboucher sur la prise en charge de certaines pathologies et comment on va les aborder, comment on va avoir un travail de collaboration par rapport à ça. Et en fait, l'objectif de tout ça, c'est d'avoir une protocolisation de la prise en charge des patients qui ont une pathologie semblable. C'est-à-dire, un patient qui vient pour un problème diabétique, il y aura la même chance et les mêmes intervenants, je dis les même intervenants pas le même nom mais il verra un diététicien, une diététicienne, il verra une infirmière, il verra ça et comme ça, qu'il soit pris en charge à Hem ou dans une maison de santé pluridisciplinaire à Steenvoorde, il aura la même prise en charge. En gros, c'est pour préciser un peu les choses. Et ce sera protocolisé, il y a des choses qui vont être un petit peu systématiques. Et à partir du moment où on aura un projet protocolisé, l'ARS nous dira « ok, votre projet est intéressant » et on donne cette enveloppe globale pour participer ce qui permet effectivement, après coup de rémunérer des participants en fonction de ce qu'ils font et de leur implication dans le projet.

I1 : et qui est-ce qui crée ces protocoles ?

Modérateur : et bien ce sont les professionnels de santé. Ils vont devoir présenter des protocoles à l'ARS pour pouvoir, euh..., avoir l'avis de l'ARS qui va demander l'avis de l'HAS qui vont dire ok...

ORT1 : ça ressemble vachement au GLAPI

Modérateur : absolument

I1 : tu disais, ça sera pareil à Steenvoorde que chez nous ?

Modérateur : je prends Steenvoorde parce que c'est un autre lieu où il y a une maison de santé pluridisciplinaire. Que ce soit n'importe quel pôle de santé, il y

aura... l'ARS dira ok, vous pouvez y aller. Et les protocoles seront partout les mêmes, d'accord ? Il y a des gens qui vont prévoir les protocoles, on pourra l'appliquer entre nous et on aura l'enveloppe globale et il faudra être formé à cette habitude de travailler ensemble. Ce qu'on va faire à partir de maintenant par exemple. C'est un peu plus clair ?

Aux observateurs : est-ce que je suis allé trop loin là ?

Observateurs : non, c'est bien

Modérateur : je devais le faire pour pouvoir nourrir le débat après. C'est-à-dire que ces protocoles seront basés sur des études qui viendront de gens qui auront réfléchi sur la question. Nous, on peut faire un protocole, il faudra qu'il soit validé et il faudra que ce soit tiré des sociétés savantes, avec des référentiels qui auront été validés. On ne pourra pas faire de protocoles, nous dans notre coin, et faire un autre protocole à Steenvoorde par exemple, il faut que ce soit le même.

I1 : donc l'ARS, donnera le protocole à suivre pour un patient diabétique et tu l'appliqueras au pôle de santé

Modérateur : oui, voilà. Le diabétique il verra, il y aura peut-être un atelier sport qui sera peut-être géré par un kiné, après il y aura un atelier discussion diététique, il ira voir l'infirmière pour sa surveillance d'Hb glyquée ; en fait, ce sera protocolisé. Ce qui permettra d'avoir une meilleure éducation, de faire des économies aussi et peut-être aussi, je parle de délégation de tâches, de travail collaboratif, c'est-à-dire que ça permettra aux médecins qui d'habitude gèrent tout ça, là ce sera l'infirmière qui gère l'Hb glyquée et nous médecin on verra peut-être les patients une ou deux fois par an. Et c'est vrai que ça rencontre beaucoup de résistance parce qu'il y a des médecins qui ne veulent pas travailler comme ça, qui veulent faire la médecine de grand-papa, qui veulent faire leur acte, s'occuper de leur patient. Mais c'est vrai que c'est une réelle refonte du système médical, et ça rencontre des résistances. Mais c'est à l'essai.

P1 : mais ça serait des plages horaires supplémentaires pour ces ateliers.

Modérateur : ah bin, c'est sûr, je ne sais pas comment ça va s'organiser, on va en discuter dans notre formation mais c'est vrai qu'on aura des plages horaires où on aura par exemple plusieurs patients à gérer avec un ou deux professionnels et on sera rémunéré en fonction de ce qu'on fait de notre temps. C'est une manière de travailler différemment, parce que c'est vrai on a un travail qui est parfois répétitif, ça permettra d'avoir une diversité dans le travail, d'améliorer la collaboration et peut-

être, je dirais, ça peut-être un outil anti burn out. Est-ce que vous avez des remarques à faire par rapport à ce que je viens de dire ? Et ce qu'on avait commencé à faire avec le GLAPI (groupe local d'amélioration des pratiques inter professionnelles)

K1 : oui, on avait dû travailler sur un thème particulier

ORT1 : un thème pour trouver le protocole

Modérateur : tout à fait, voilà. Est-ce que vous pensez par rapport au travail que vous faites actuellement, est-ce que c'est plus attractif pour les jeunes ? Travailler comme je viens de dire est-ce que ça va...?

P1 : pour les jeunes patients ou les jeunes praticiens ?

Modérateur : pour les jeunes praticiens.

K1 : je pense que ça dépend, parce que certaines personnes vont aimer travailler en équipe ; parce que ça revient à ça, c'est du travail d'équipe, on est moins isolé si j'ai bien compris, chacun de notre côté, à faire nos actes sans communiquer entre nous ; donc je pense qu'il y a des gens à qui ça va plaire, d'autres je ne sais pas ; mais je pense que ça ne plairait pas forcément à tout le monde non plus.

I1 : je pense surtout que ce qui va gêner, c'est trouvé le timing pour réussir à tout...

K1 : non, mais là c'est une organisation qui sera complètement différente.

I1 : non mais alors, du coup, quand tu as des gens hyper surbookés avec des horaires de travail complètement opposés...

K1 : non mais là tu ne peux pas, tu es obligé de changer. Les patients seront aussi pris en charge différemment. Ça va changer l'organisation de la « médecine de ville », de la prise en charge libérale. En tout cas certaines pathologies. Ça ne peut pas être applicable à toutes les pathologies.

I1 : j'ai encore un peu de mal à imaginer...

Modérateur : mais comme disait le kinésithérapeute, vous (en s'adressant à l'infirmière) faites beaucoup trop de déplacements qui sont complètement inutiles et où il y a une grosse perte de temps. Il y a peut-être des choses que tu pourrais faire beaucoup plus rapidement et avoir un travail beaucoup plus attractif ; parce que là, tu fais visite sur visite, et à la fin tu es claquée... et diététicienne, qu'est-ce que vous en pensez ?

D : moi j'ai dû mal à comprendre, le réseau il sera du coup composé d'une base de professionnels, on sera euh... c'est ça que j'ai dû mal à comprendre.

Modérateur : en fait, dans une maison de santé pluri professionnelle, il y a au moins un médecin et une infirmière et après, il y a différents professionnels qui viennent compléter. Ça peut très bien se passer au sein d'une maison pluri professionnelle mais ça peut très bien se passer au sein d'un pôle de santé, avec des lieux différents. C'est-à-dire qu'il y a un parcours de soins pour le patient avec une surveillance qui peut-être faite par... euh... à quel endroit, je ne sais pas trop. Le patient peut avoir un référent pour surveiller sa prise de sang, peut vous voir aux ateliers diététiques. En fait c'est l'organisation au sein d'une même maison médicale, au sein d'une même maison pluri professionnelle, ça peut se faire sur un même secteur géographique ou différent.

K1 : je vais te donner un exemple de quelque chose qui pourrait se faire dans le cadre d'un truc comme ça et qui ne se fait pas aujourd'hui. Par exemple, nous, on voit beaucoup de gens avec des problèmes de dos, je veux dire des lombalgies par exemple. On pourrait très bien imaginer que dans un truc comme ça, qu'il y ait un bilan d'entrée, ou je ne sais pas comment on pourrait appeler ça, des gens vont voir différents professionnels y compris une diététicienne. Il y a plein de gens qui ont des problèmes de dos qui sont en surpoids. C'est pas dans la mentalité actuelle, celui qui a mal au dos, on l'envoie chez le kiné, l'ostéo ou je ne sais pas. On va pas forcément l'envoyer chez la diététicienne alors que je suis persuadé qu'il y en a au moins la moitié qui en aurait besoin. Je dis ça pour les gens qui ont mal au dos mais ça pourrait être vrai pour les grosses gonarthroses, les machins, les trucs, où il y a toujours le problème de surpoids. Dans un truc comme ça, ça pourrait permettre de faire le point à l'entrée ou au début des soins, en disant bin voilà, vous allez voir une diététicienne qui va faire le point avec vous qui va vous donner des trucs, des astuces et on va faire le point au milieu, à la fin, entre deux, il y aura les séances de kiné ; éventuellement médecin ou infirmière pour un autre problème ou le pédicure pour des semelles ou j'en sais rien c'est une organisation qui est différente.

Modérateur : Et comment communiquer entre nous ? Peut-être avez-vous entendu parler du dossier médical partagé ? Il commence à exister des logiciels où l'on peut partager des informations communes sur certains patients. Du coup on pourrait partager des informations concernant le patient sans forcément être sur le même lieu.

I1 : Mais ce que je ne comprends pas, c'est que tous les professionnels de Hem ne vont pas être intégrés au pôle de santé. Comment va se faire la sélection, qui va être choisi pour intégrer le pôle de santé ?

K1 : c'est ça, comment faire pour que le fonctionnement en pôle de santé ne shunte pas une partie des professionnels, ceux qui n'en font pas partie ?

ORT1 : ni le libre choix des patients !

I1 : c'est pour ça j'ai un peu de mal avec ça !

Modérateur : C'est justement la question d'après : quelles sont vos craintes dans la mise en place du pôle de santé.

OPT1 : c'est pour ça, comment les professionnels qui font partie du pôle de santé vont être choisis ? Est-ce qu'ils vont devoir faire une formation particulière, signer un contrat ? Et pour les autres professionnels qui n'en font pas partie ? Comment est-ce que ça va se passer ?

ORT1 : est-ce que ça sera basé sur du volontariat ? Est-ce qu'on pourra quand même continuer à travailler hors protocole ?

OPT1 : est-ce que ça va du coup mettre fin à toute la santé comme on la connaît maintenant, est-ce que ça va mettre fin à la liberté des professionnels libéraux ?

I1: moi justement ça me fait penser à un système genre Santelys HAD (Rires de tous). Est-ce que c'est pas justement pour créer un monopole, un truc unique ?

P1 : mais est-ce que ça permet pas d'avoir des soins moins lourds parfois, par exemple moi podologue si je fais un atelier coupe d'ongles, est-ce que ça permettrait pas d'avoir au final moins d'ongles incarnés ?

OPT1 : et est-ce que ça fait pas partie aussi des soins délégués, comme le pharmacien qui peut vacciner : il est capable de la faire. Et puis du coup ça enlève une partie au médecin, comme nous par exemple en temps qu'opticien on peut s'occuper des problèmes de vue et de la correction optique ce qui laisse plus de temps aux ophtalmos de s'occuper des maladies des yeux. L'examen de vue finalement l'opticien ou l'orthoptiste peut le faire et ça coûte beaucoup moins cher à la sécu. C'est peut-être aussi faire le ménage : tout le monde a profité de la dérive qui l'arrangeait et c'est peut-être parti un peu en vrille et il faut faire des économies maintenant.

K1 : l'autre point positif c'est aussi peut-être que ça va permettre des prises en charge plus complètes en faisant intervenir des intervenants qu'on avait pas l'habitude de faire intervenir. On va faire des choses qu'on avait pas l'habitude de

faire comme de la prévention comme tu disais tout à l'heure (en s'adressant à la podologue qui acquiesce) ça permettrait également de faire du dépistage sur les enfant et les adultes.

OPT1 : nous on voit de plus en plus de problèmes de vue, les ophtalmos ne se plaignent plus de trop, ils n'ont pas moins de travail pour autant, ils font autre chose. Les jeunes ophtalmos qui sortent maintenant sont plus spécialisés dans les opérations, ils font beaucoup d'opérations chirurgicales, c'est peut être les anciens ophtalmos qui se plaignent le plus. Les jeunes délèguent beaucoup alors que les anciens ne le font toujours pas. Donc après c'est vrai peut être mettre un peu dans la mentalité des jeunes qui arrivent cette histoire de délégation de tâches.

I1 : et est ce que c'est pas aussi par rapport ça ce désert médical dont on entend tant parler, ils veulent délèguer les taches pour pallier au manque de médecins ? ça serait une solution pour les déserts médicaux.

Modérateur : mais est ce que ce désert médical n'existe t- il pas aussi dans les autres professions ?

I1 : si, si c'est sûr, c'est vrai.

Modérateur : l'objectif aussi, est ce que ça ne serait pas de mieux organiser les soins, regrouper certaines activités pour perdre moins de temps. Et est ce que le pôle de santé ne permettrait pas d'avoir une activité différente moins répétitive. Enfin moi je ne sais pas, c'est des idées comme ca...

K1 : alors moi quand même j'ai encore un peu de mal avec cette idée parce que tout le monde ne pourra pas faire partie du pôle de santé ou de la maison de santé. Du coup, comment va se faire l'orientation des uns et des autres ? Sur quels critères est ce que l'on va pouvoir intégrer un pôle de santé ? Enfin, moi j'ai encore un peu de mal avec tout ca...

Modérateur : oui, tout à fait, ce sont des questions qui se posent...

ORT1 : et moi aussi la question que je me pose c'est est ce que si on intègre un pôle de santé, on pourra encore continuer à travailler à côté ? Est ce qu'on pourra encore faire du libéral ?

I1 : alors moi le problème que ca me pose c'est aussi est ce qu'on va pas perdre de notre liberté ? Le but quand même c'est de travailler en libéral, de gérer notre emploi du temps comme on le souhaite, d'exercer notre métier comme on veut !

K1 : oui, c'est tout à fait ça, si on commence à travailler en équipe... Une équipe ça se gère, il y aura quelqu'un qui devra gérer l'équipe et qui va décider tout !

Modérateur : je comprends vos craintes. Mais de toute façon, ça ne s'adressera qu'à quelques patients bien ciblés : les patients diabétiques, l'enfant obèse, comme on parlait tout à l'heure, ça s'adressera à des pathologies bien ciblées où l'on protocolisera des prises en charge pour donner les mêmes chances à tout le monde. Il est évident que l'on continuera notre exercice libéral à côté, c'est évident, pour tous les autres patients ... en fait, c'est pour qu'un patient X ait la même prise en charge à Hem qu'à Steenvoorde par exemple, protocoliser la prise en charge pour quelques pathologies bien ciblées.

OPT1 : alors les patients en ALD, pour avoir la prise en charge à cent pour cent par exemple, ils vont être obligés d'intégrer un pôle de santé ? Sous peine de ne pas être remboursés ?

Modérateur : je ne sais pas.

OPT1 : oui par ce qu'on pourrait considérer qu'on soit mieux soigné dans un pôle de santé ,c'est pour ça, peut être que les patients en ALD seraient obligés d'intégrer un pôle de santé pour leur prise en charge ?

Modérateur : je ne sais pas, rassurez vous. Je n'ai pas toutes les réponses à vos questions, mais rassurez vous, ça ne va pas être non plus une révolution. On est justement là pour faire avancer les choses avec vos questionnements.

K1 (s'adressant aux observateurs) : ça doit être vraiment compliqué pour vous de traiter un tel sujet de thèse alors que vous n'êtes pas encore installés en libéral. Je me souviens, on avait fait une réunion sur la différence des attentes entre médecins hospitaliers et professionnels libéraux. D'un côté les médecins hospitaliers sont pressés de faire sortir les patients, il y a la pression de familles, il faut libérer les lits... mais parfois nous on se les récupère le samedi midi, le médecin il n'est pas là, la pharmacie elle est fermée, bref, c'est tout un bordel. Tout ça pour dire que ça doit être difficile pour vous de vous représenter les attentes de professions libérales alors que vous êtes internes et que vous travaillez surtout à l'hôpital. Bref, c'était juste un petit aparté !

Modérateur : encore une fois rassurez vous, ce n'est vraiment pas une révolution. Le but, c'est d'améliorer la prise en charge de patients aux pathologies bien connues, je veux dire par là la PEC de patients où on sait ce qu'il faut faire pour améliorer leur état de santé. Si on reprend l'exemple du patient diabétique, on sait qu'il y a un manque de prise en charge diététique et de pédicurie. Pour ces patients, il n'y aura plus de paiement à l'acte, il y aura une rémunération en fonction du temps passé

avec le patient et du travail accompli, mais non plus à l'acte. Le problème du paiement à l'acte, c'est que plus on fait d'actes et plus on est payé. Du coup on fait plein d'actes, trop peut-être, ce qui peut conduire au burn out. On travaille vite pour faire plein d'actes mais on n'a pas le sentiment de travail accompli. Alors voilà, l'objectif c'est aussi d'avoir une rémunération normale, avec un travail varié, intéressant et vraiment dans l'intérêt du patient pour une prise en charge globale.

K1 : alors moi je pense que ça pourrait aussi permettre de faire de actes hors nomenclatures. Nous on est bloqués avec nos nomenclatures, mais voilà, c'est un truc bête comme mettre de bas de contention, voilà, c'est des trucs bêtes mais moi après la séance de Kiné, je compte pas le nombre de fois ou je mets des bas de contention ou des gouttes de collyre parce que c'est l'heure...

I1 : je suis tout à fait d'accord avec ça, ça nous permettrait de sortir des nomenclatures, mais bon ça reste ponctuel quand même.

K1 : oui, c'est vrai, c'était juste pour le dire.

Modérateur : avez vous d'autres remarques à faire ? Par exemple toi en tant que diététicienne, est-ce que tu as des remarques ?

D : non, j'écoute, je ne connaissais pas du tout le concept de pôle de santé, donc j'écoute

Modérateur : d'accord. Et en matière de communication est ce que vous avez des soucis pour communiquer entre vous ? Quelle expérience de communication avez-vous ?

P1 : (après un blanc) bonne ! (Rires de tous) en tout cas, avec les médecins que je connais bien, je n'ai aucun soucis pour communiquer, c'est peut-être un peu plus difficile avec les médecins que je ne connais pas.

OPT1 : pareil !

I1 : c'est vrai que pour ma part je n'ai jamais eu de soucis, on ne reste jamais sans réponse du médecin quand on le sollicite !

ORT1 : c'est peut être aussi un peu la chance qu'on a sur Hem on se connaît facilement.

Modérateur : mais moi par exemple, je ne savais pas qu'il y avait une diététicienne sur Hem

I1 : moi non plus (rires)

Modérateur : tu t'es présentée dans la ville ?

D : oui je suis allée me présenter auprès de quelques médecins quand je me suis installée il y a deux ans. J'ai fait quelques cabinets mais ça n'a pas trop fonctionné, je ne travaille qu'une journée par semaine, je n'ai pas beaucoup de rendez vous. Mais je pense aussi que le non remboursement des consultations est un véritable frein pour les patients.

Modérateur : d'accord. C'est vrai que la volonté des professionnels de santé à communiquer entre eux est une véritable chance pour Hem. C'est un gage de travail apaisé. On est peut être un peu précurseur. Maintenant, j'aimerais aborder le dernier point de cette discussion, que proposeriez-vous pour améliorer la coordination dans la prise en charge des patients ? Je vous demande un peu d'imagination... qu'est ce qui serait à améliorer ?

K1 : alors moi j'aimerais revenir sur la question précédente (rires) en fait le manque de temps me fait peur, je suis tout le temps en train de courir, j'appelle le médecin si j'en ai besoin, mais là , je n'aurais vraiment pas le temps d'en faire plus!

P1 : ou alors on pourrait mettre en place un Facebook de professionnels, pour poster une photo, un avis ou une question et communiquer rapidement entre professionnels via Facebook.

ORT1 : oui, c'est ça, moi je reviens à cette idée de tout à l'heure de dossier médical partagé. Ça serait bien d'avoir un dossier médical où on pourrait mettre juste des conclusions simples en quelques mots. Ça m'éviterait de perdre un temps fou à faire des comptes rendus hyper rédigés comme le veut le protocole. Il y a des médecins avec qui je fonctionne comme ça, je leur passe un coup de fil pour leur expliquer la conclusion ou l'évolution et ça me fait gagner du temps. Mais bon, le dossier médical serait une bonne idée.

K1 : oui c'est vrai, avoir une fiche patient, une espèce de fiche de liaison qui serait un outil simple de communication où on pourrait mettre par exemple tous les professionnels intervenants pour ce patient : le médecin, l'infirmière ... c'est vrai que parfois les personnes âgées ne sont plus en mesure de nous dire qui est leur infirmière ... « mais si, elle est blonde » (rires) et du coup quand on doit les joindre c'est tout de suite plus compliqué !

I1 : nous on a des dossiers de soins infirmiers chez chacun de nos patients chroniques. On les laisse chez les patients, et dedans il y a une partie administrative avec le nom de la pharmacie, du médecin, etc. une partie médicale avec les antécédents et les traitements, une partie paramédicale avec nos soins. C'est vrai

qu'on a mis ça en place il y a quelques années et que ça nous a sacrément simplifié le vie. Ça nous rend d'énormes services ce dossier !

K1 : ah oui, c'est vraiment très bien ce que vous avez fait !

I1 : et moi je voudrais revenir sur ce que tu disais tout à l'heure sur les retours d'hospitalisation avec des gros patients, des nouveaux traitements, il y a la pharmacie, le médecin qui doit passer, le kiné, l'infirmière, c'est toujours le gros bordel. On passe un temps fou, on perd plein de temps au téléphone. C'est vrai que si on pouvait se retrouver tous ensemble pour pouvoir se coordonner, c'est vrai que dans ces cas là une prise en charge globale ça serait bien !

K1 : c'est vrai qu'on avait déjà fait des soirées sur le retour à domicile de personnes âgées devenues dépendantes lors de leur hospitalisation. On réfléchissait à un interlocuteur avec l'hôpital pour préparer le retour à domicile parce que c'est toujours extrêmement compliqué, surtout quand le retour a lieu le samedi (rires) le pôle de santé pourrait peut être cet interlocuteur pour préparer les retours à domicile du patient.

Modérateur : d'accord, et toi diététicienne, est ce que tu as des propositions à faire pour améliorer la coordination entre professionnels de santé ? (Blanc) est ce qu'il y a des choses qui te viendraient à l'idée pour améliorer la prise en charge des patients?

D : non, je ne sais pas, je n'ai pas beaucoup de patients...

K1 : mais il faut informer les médecins, les sensibiliser sur l'impact que pourrait avoir ton intervention, te faire connaître ... tu sais, les laboratoires, quand ils veulent vendre quelque chose, ils vont à la rencontre des médecins ! (rires)

D : oui je sais, mais il y a aussi le fait que je sois installée dans un cabinet médical avec d'autres médecins, je pense que du coup les médecins ont peur de m'envoyer des patients, et aussi qu'ils pensent que je ne travaille qu'avec les médecins du cabinet.

K1 : c'est possible. Moi j'ai toujours refusé de m'installer avec des médecins dans le même cabinet de peur que l'on puisse penser que je ne travaille qu'avec ces médecins là !

Modérateur : et justement est ce que tu ne penses pas que la création d'un pôle de santé ne pourrait pas favoriser l'arrivée de patients chez toi ?

D : moi je pense que si (blanc) mais je sais pas trop. Je pense que c'est surtout le non remboursement qui est un frein aux consultations.

Modérateur : mais est ce que tu ne penses pas que s'il y avait des séances, du coup pas des séances individuelles, mais des séances de groupes remboursées via le pôle de santé ça ne pourrait pas améliorer les choses ?

D : si (blanc)

I1 : mais c'est très à la mode ça, on entend parler de séance de groupes, du coup dans le cadre du diabète par exemple, où il y a un diététicienne et une infirmière qui interviennent auprès d'une dizaine de patients, dans des ateliers je pense. Mais du coup je sais pas comment ça fonctionne ni si c'est rémunéré.

Modérateur : oui, ces séances collectives sont rémunérées. Et le pôle de santé pourrait nous permettre de nous organiser par exemple entre infirmière, diététicienne, podologue, pour réaliser ces ateliers.

P1: mais si tu te pointes à la séance et qu'il n'y a personne ?

I1: oui mais à partir du moment où c'est gratuit, les patients viendront, ils sont intéressés par tout ça !

Modérateur : oui, les patients sont demandeurs et on pourrait imaginer qu'ils aient signé un contrat pour se présenter aux ateliers. Je sais pas encore comment ça va se passer mais on pourrait imaginer ça, un engagement des patients ...

K1 : oui et puis en France on fait très peu de prévention, un pôle de santé pourrait justement mettre l'accent sur la prévention

I1: c'est vrai qu'au final on voit les patients quand la maladie est installée!

P1: mais moi je fais de la prévention, par exemple quand un enfant vient pour un bilan et que je vois qu'il coupe ses ongles comme une merde ... je lui montre comment se couper les ongles. Parce que nous on aime pas traiter des ongles incarnés au cabinet, c'est pas marrant, on fait mal au patient pendant les soins...

Modérateur : donc je vois que vous faites ressortir des choses intéressantes pour la prise en charge des patients et la coordination des soins qui découleraient de la mise en place d'un pôle de santé.

K1: oui (silence) mais ....

ORT1 : on ne voit pas comment les choses vont se concrétiser

I1 : et je ne comprends pas comment cela va fonctionner, il faut voir...

Modérateur : ça paraît encore flou dans votre esprit. Il faudrait presque avoir une réunion où on vous explique comment fonctionnent ces pôles de santé.

K1 : finalement, c'est pas encore mis en place cette histoire.

Modérateur : si, si, il y a des maisons de santé qui fonctionnent, très peu de pôles de santé pour l'instant. Ça fait 5 ans qu'on peut ouvrir des maisons de santé pluri professionnelles avec des financements ARS

K1: mais du coup les professionnels doivent être dans la même maison ? Je ne comprends pas très bien...

I1: moi par exemple, je suis avec Yannick, mais on ne fait que partager le même cabinet, ça s'arrête là ! (rires devant le sous entendu) on pourrait être considéré comme une maison de santé ?

Modérateur : non, il faut remplir un cahier des charges pour être considéré comme une maison ou bien comme un pôle de santé. Il faut remplir une mission de prévention etc. pour être reconnu par l'ARS

K1: mais moi je ne comprends pas, les professionnels qui sont dans une maison de santé, ils travaillent ? Ils font encore le même métier que nous ou bien ... ?

P1: c'est comme un mini hôpital une maison de santé en fait ? Avec plusieurs services

Modérateur : non, non, c'est une optimisation de l'organisation de la prise en charge de plusieurs patients. Encore une fois, ça ne va pas concerner tous les patients. L'objectif, c'est que pour certaines pathologies, avoir une protocolisation de la prise en charge. Ces patients pourront être soignés de la même manière à Hem comme à Montpellier, ils auront les mêmes chances, un parcours de soins similaire. Avec un financement qui sera différent et où les professionnels ne seront plus payés à l'acte mais à l'activité. En plus, ça pourra faire entrer des professionnels dont les actes ne sont pas remboursables actuellement. Ça permettra de reconnaître des professionnels indispensables pour la prévention...(Silence) Bien, est ce que vous en avez assez ? (silence) la difficulté maintenant c'est de ne pas savoir comment fonctionne concrètement un pôle de santé, du coup, ça reste difficile pour vous à imaginer.

K1: oui, c'est ça

I1: on comprend pas bien

P1: il faudrait avoir un exemple...

K1: et puis c'est difficile, quand on est installé depuis longtemps, changer ça façon de faire, et puis je suis déjà débordé, je ne vois pas comment je pourrais en faire plus

Modérateur : mais après il est possible de s'organiser et d'anticiper plusieurs mois à l'avance pour faire un groupe de prévention... Bon bah voilà, merci de votre participation!

### **Annexe 3 : Verbatim de l'entretien collectif du 27 mai 2015**

Modérateur : première petite question, pour vous faire parler. Alors pour vous, qu'est-ce qu'un pôle de santé ?

OPT2 : regroupement de professionnels de santé moi je dirais.

I2 : pour moi c'est un regroupement de professionnels de santé, avec un travail en commun.

K2 : oui la même chose mais pas dans le même local. Enfin, un regroupement mais chacun chez soi.

ORT2 : bin je pense que c'est avec des réunions de synthèse, des choses à mettre en commun, des soins de proximité.

Modérateur : ils sont doués ce groupe là ! Bien, bien, vous êtes presque à la définition du pôle de santé.

K2 : alors question suivante ! (Rires)

Modérateur : ils sont prêts. C'est le jeu des 1000€ !

I2 : on peut redonner nos noms ! (Rires)

Modérateur : en fait, globalement, en très peu de mots, vous avez donné la définition du pôle de santé qui est effectivement un regroupement de professionnels. Alors il y a plusieurs étages, il y a les maisons de santé pluri professionnelles, pluridisciplinaires et les pôles de santé. Alors les pôles de santé, effectivement, c'est un regroupement de professionnels, pas forcément sur le même lieu comme disait le kinésithérapeute, mais dans un endroit rapproché et qui euh... je dirais... euh... essaye de travailler ensemble avec effectivement de temps en temps des réunions de synthèse, etc. on va définir un peu après, c'est tout à fait ça. Je rentre pas trop dans les détails de la définition mais ça sert à rien de donner la définition exacte. Et ces pôles de santé ont été en fait euh... je dirais euh... développés par les ARS pour trouver des moyens de travailler autrement ensemble. En gros, c'est ça. (En s'adressant aux observateurs) Je ne donne pas la définition des maisons de santé, pluriprofessionnelles, pluridisciplinaires, ça n'a pas d'intérêt.

Observateurs : ce n'est pas obligé

Modérateur : (toujours vers les observateurs) ça vous va pour la première question ? Ils sont trop bon !

Observateurs : oui ils sont très bons.

(Rires de l'assemblée)

Modérateur : alors comme vous êtes très bons, je pose la deuxième question. Alors, euh... tout à l'heure, on entendait dire effectivement que sur Hem, il y avait effectivement un pôle de santé qui se mettrait en place en relation avec l'ARS. Alors, qu'attendez-vous de la mise en place d'un pôle de santé dans la ville de Hem ?

(Long silence)

K2: on est moins bons là (Rires)

Modérateur : non, vous avez le temps de réfléchir, de boire un coup (tout en buvant son verre).

K2 : ça serait effectivement, travailler avec tous les professionnels qu'on ne connaît pas forcément, avec qui on ne travaille pas régulièrement mais ça nous permettrait aussi pour le patient d'avoir un suivi plus simple, pour eux comme pour nous d'ailleurs.

OPT2 : pour avoir un discours plus identique auprès du patient en fait.

Modérateur : oui, un langage plus compréhensible

OPT2 : oui et puis le même pour tout le monde pour que le patient s'y retrouve, ait le même discours de tous les professionnels ; et savoir s'il y a quelque chose qui marche plus avec lui, de le dire aux autres, pour qu'il fasse aussi la même chose.

I2 : pour se sentir moins seul dans son travail (oui de la tête pour l'opticienne et le kinésithérapeute) parce que jusqu'alors c'est ce que je ressentais beaucoup. On est seul, on ne sait pas si ce qu'on fait est bien, on n'est pas suivi...

K2 : pour avoir plus de retour.

Modérateur : oui, c'est bien.

ORT2 : déjà nous, on l'a un petit peu avec l'ALPS. C'est franchement plus facile car on décroche plus facilement son téléphone. Là, ça serait peut-être plus cadré. Parce que là, effectivement, on a tendance à appeler les gens qu'on connaît et qu'on côtoie, et il y a d'autres personnes euh... il m'arrive de croiser des kinés et de me dire, je sais pas comment y s'appelle alors qu'on suit les même patients ; mais c'est pas forcément euh... on se télescope quelque fois, ça crée des petites tensions, voilà ; parce qu'on arrive au même moment, qui est-ce qui doit... ça permettrait de cadrer un petit plus les relations avec un même patient quoi.

Modérateur : oui, il y a des bonnes idées.

ORT2 : je sais pas, avoir des cahiers de suivi, où ne serait-ce que d'avoir la liste des personnes qui travaillent, qui suivent cette patiente, parce que quelque fois, c'est euh...

K2 : pour trouver euh.. on a souvent les prénoms mais euh...

ORT2 : parce qu'on sait qu'il y a un kiné, parce qu'on demande à la personne et on ne sait pas forcément qui c'est, surtout que souvent moi en tant qu'orthophoniste, on a soit des personnes âgées qui ont des problèmes de mémoire, qui ne savent pas trouver leurs mots ou qui ne parlent pas du tout et du coup, ce n'est pas toujours simple.

Modérateur : très bien. Ils sont encore très bons ! Je vais essayer de développer un peu mais. Par rapport à euh... j'entendais par exemple l'orthophoniste dire, parler d'un cahier, (en désignant le kiné) c'est toi qui parlais d'une fiche pour savoir éventuellement qui travaillait. Est-ce que vous voyez d'autres moyens pour travailler ensemble ?

ORT 2 : il faudrait peut-être qu'il y ait un référent pour un patient qui est suivi par beaucoup de personne. Une personne référente qui collecte les informations, qui puisse les dispatcher à tout le monde. Parce qu'effectivement si on est euh... il y a le médecin, l'infirmière, le kiné, l'orthophoniste, oui voilà, qui gère quoi, comment ça s'organise. Oui voilà, quelqu'un de référent qui prenne toutes les informations qui les redispatche.

Modérateur : d'accord, parfait. Ils sont bon, hein.

I2 : c'est beau mais ce n'est pas facile à mettre en place parce que des papiers, des papiers,...

Modérateur : ce n'est pas évident.

I2 : on a une surcharge de papiers donc euh... une surdose de travail quand on est sur le terrain donc euh... s'il y avait des choses plus simples, ça serait aussi bien.

Modérateur : est-ce qu'il y a aussi des outils qui pourraient vous aider dans votre tâche ?

K2 : ça sent l'ordinateur ça !

Modérateur : bin non, mais je sais pas.

K2 : bin non, mais c'est une possibilité.

OPT2 : (s'adressant à l'infirmière) bin après, ils ont déjà mis en place des trucs pour les infirmières non ? Vous devez pas remplir des dossiers là maintenant ?

I2 : Oui, oui, oui

OPT2 : oui parce que déjà si ça c'est compliqué euh...

I2 : disons que, si on veut être payé, on le fait, si on le fait pas, on n'est pas payé donc euh... il faut voir ce qu'on veut faire.

K2 : ne serait ce que pour les cahiers de suivi, nous, on en met en place sur deux trois patients, en fonction des thérapeutes qui viennent, il n'y a pas forcément de remplissage, ou si c'est un remplaçant, ou si c'est quoi que ce soit, ça saute.

Modérateur : il y a peut-être un manque de collaboration parce que si l'infirmière fait un cahier de suivi, si les kinés font un cahier de suivi... enfin, on ne sait plus trop...

K2 : oui enfin, ça va surtout dépendre s'ils sont au courant. J'ai des médecins qui le savent qu'il y en a chez tel et tel patients parce qu'ils savent justement qu'il y a des difficultés de langage ou de compréhension ; quand eux le savent, c'est rempli mais quand les autres thérapeutes ne le savent pas, ils ne peuvent pas remplir.

I2 : déjà, si on savait qui intervient dans la maison, on a les numéros de téléphone, on peut communiquer avec les personnes. Déjà ça.

ORT2 : le problème, c'est une question de temps, parce que je suppose que tout le monde... on court pour arriver au rendez-vous à la minute près et c'est vrai que prendre le temps de noter les choses, ce n'est pas...

K2 : et puis quoi noter aussi ? Enfin, il y a des fois où c'est...

Modérateur : c'est pas mal, il y a pas mal d'idées dans ce que vous dites.

OPT2 : après, il y a aussi sur la carte vitale, il y a déjà des infos qui peuvent être...

Modérateur : qui pourraient...

OPT2 : qui pourrait... ben, en pharmacie ils ont les antécédents de ce qu'on a déjà pris.

Modérateur (faisant non de la tête)

OPT2 : non, ça n'existe pas ça ?

Modérateur : sur la carte vitale... enfin, c'est le projet de dossier médical partagé sur lequel il y a encore beaucoup d'obstacles surtout à cause du secret professionnel.

ORT2 : oui parce que ça fait longtemps qu'ils en parlent.

K2 : il y a que les médicaux qui pourraient l'avoir dans un premier temps ? Ca avait été refusé au départ pour ça.

Modérateur : pour l'instant, il n'y a que quelques renseignements administratifs. La carte vitale ne sert qu'à l'administratif, à faire la feuille de soins électronique.

OPT2 : ça pourrait être autre chose...

Modérateur : tout à fait.

OPT2 : en ciblant ce qu'on met dessus.

ORT2 : oui mais le problème, c'est que euh... quand on va chez les patients, on n'a pas forcément l'ordinateur avec, on peut avoir le lecteur de carte et du coup, on n'a

pas accès aux informations. (En désignant l'opticienne) toi tu es chez toi, donc tu as tout ce qu'il faut.

OPT2 : je n'ai pas de lecteur de carte vitale donc euh... (Rires)

Modérateur : alors quelques petites questions, quelques petites euh... phrases que je lance comme ça, vous relevez, vous relevez pas. On parlait de carte vitale, de mise en commun, que pensez-vous d'un logiciel de patientèle en commun ? Le logiciel, qu'on pourrait consulter, euh... tout le monde.

OPT2 : sur internet ?

K2 : un peu ce qu'ils ont en maison de repos ? Enfin, pas tout à fait pareil...euh... mais un truc où tous les intervenants peuvent aller mettre des choses sur le dossier.

Modérateur : Oui

K2 : on passera un peu plus de temps sur l'ordinateur (en haussant les épaules)

Modérateur : c'est un peu chiant ?

I2 : oui.

K2 : oui complètement.

I2 : moi j'aime pas.

ORT2 : nous, on doit déjà faire un compte-rendu quand on prend en charge et maintenant, on nous demande des chiffres, des écarts-types, des choses, de 3 pages, 4 pages, enfin maintenant... quand j'ai commencé, je faisais une page et tout le monde était content et puis maintenant il en faut 4 avec des chiffres, des écarts-types... ça ça prend un temps de dingue, enfin voilà, ajouter de l'administratif, il faut que ça soit simple, rapide...

Modérateur : je reviens un peu sur la définition du pôle de santé qu'on a fait au départ. Il y a un truc que je n'ai pas précisé et que j'aimerais préciser... le pôle de santé c'est un outil... l'objectif c'est de créer une entité pour, effectivement, les professionnels travaillent ensemble mais sur leur lieu propre d'exercice mais avec euh... je dirais des objectifs communs mais sur certains types de patients. En fait, l'objectif, c'est de pouvoir travailler essentiellement sur les pathologies chroniques et que ces patients, qui présentent une pathologie chronique, par exemple, un truc très courant, c'est le diabète, puissent être... entrer dans un... dans une forme de protocolisation de leur prise en charge et quelque soit l'endroit... par exemple tel patient pourrait voir différents professionnels de santé mais avec toutes les mêmes chances qu'un autre patient qui rentrerait mais avec je dirais, la même prise en charge ; que ce soit dans un pôle de santé ou un autre pôle de santé, et en voyant

des professionnels plus ou moins différents mais avec quand même un suivi. Alors ce qui pourrait je dirais amener à travailler avec des gens qui d'habitude ne rentrent pas forcément dans la prise en charge de patients diabétiques, je prends l'exemple du patient diabétique parce que c'est l'exemple facile. Par exemple, le patient diabétique pourrait aller voir le kiné pour l'exercice physique, pourrait voir l'opticien pour voir si ses verres sont corrects et voir s'il faut qu'il aille voir l'ophtalmo, l'infirmière pourrait voir la prise en charge... euh... comment ils font leur insuline, comment ils surveillent leur dextro, l'orthophoniste euh... l'orthophoniste dans le diabète... c'est pas toujours évident, mais pourquoi pas... il y a un risque cardiovasculaire, ils font des AVC, on les prend en charge, peu importe. En fait, l'objectif c'est d'avoir une prise en charge globale de pathologies chroniques mais qui soit... qui rentre dans un cadre bien défini au départ. Ce qui amènerait des professions qui ne sont pas habituellement prises en charge par la sécu ; par exemple, euh... je dirais... euh...par exemple, la psychothérapie pour pouvoir accepter sa maladie ou mieux la gérer, etc. Enfin, ça pourrait permettre d'ouvrir des horizons qu'on n'a pas. C'est sûr qu'on continuerait à travailler ensemble mais le pôle de santé pourrait nous aider peut-être à prendre certains patients qui ont des pathologies chroniques à mieux les gérer et surtout à protocoliser cette prise en charge... enfin le mot protocolisation est des fois un peu lourd, disons protocoliser cette prise en charge pour que le patient soit bien pris en charge et de manière un peu identique.

ORT2 : ça veut dire par exemple que pour un patient qui a telle pathologie, le médecin va arriver et va lui dire dans telle pathologie il faut ça, ça, ça, ça, ça, faire un bilan avec divers professionnels pour voir s'il a besoin de...

Modérateur : par exemple

ORT2 : ...d'un suivi, alors que d'habitude on attend qu'il y ait le problème pour appeler la personne qui pourrait l'aider. C'est anticiper peut-être pour euh...

Modérateur : c'est-à-dire...

K2 : on serait plus dans la prévention peut-être.

Modérateur : ça pourrait permettre de, je dirais de euh... de faire rentrer dans un cadre où la démarche serait plus facile - mais il faut aussi qu'il soit d'accord, c'est clair – serait plus préventif certainement euh... pour que le patient lui-même prenne sa maladie plus en compte, c'est-à-dire qu'il soit plus acteur de sa maladie et qu'il devienne je dirais euh... qu'il soit plus responsable de sa maladie. C'est-à-dire un

patient qui, je dirais..., s'occupe de ses pieds pour un diabétique, c'est quand même super important, comprendre que le pied c'est important, c'est un signe précoce de complications... enfin, c'est quelque chose qui est important. Ça ouvre, le pôle de santé pourrait ouvrir une activité, des activités un peu différentes qu'on n'a pas le temps de faire. Alors, le pôle de santé, du coup, euh... c'est une entité administrative, reconnue par l'ARS ; l'ARS en revanche donne des sous pour euh... faire ces actions, d'accord ? Et c'est sûr que c'est quelque chose qu'on ne connaît pas, par exemple, je te dirais (en désignant l'infirmière) avec un ou plusieurs patients, ça dépend des ateliers, bin voilà, comment vous faites votre dextro, comment vous faites votre insuline, à quel endroit, etc. ça pourrait être un atelier de groupe. Le kiné pourrait dire, bin voilà, quel exercice vous devez faire pour... discuter de l'exercice physique ; le pédicure pourrait dire bin voilà comment je dois surveiller mes pieds, comment je dois les soigner, quand est-ce que je dois appeler le médecin, etc. En fait, c'est carrément pour ouvrir une prise en charge un peu difficile, mais encore une fois, que pour certaines pathologies chroniques. Je sais pas si j'ai été assez clair ? Ce soir, je ne suis pas très clair...

ORT2 : non mais effectivement, l'idée est bonne mais la mise en place euh...

Modérateur : on a l'exemple des maisons de santé déjà en place. J'ai pu voir fonctionner une maison de santé où ils étaient rémunérés par l'ARS pour ce qu'ils appellent l'éducation thérapeutique de patients. Pour l'instant, ils ne faisaient qu'avec les patients diabétiques...

K2 : moi je l'ai déjà fait sur Hem ça, tous les ateliers euh... mais c'était différent, t'intervenait parce que les gens étaient volontaires, c'étaient pas des patients à «nous»

Modérateur : de toute façon, au départ, il faut que les patients soient volontaires...

K2 : c'était pas nos patients, moi je suis arrivé devant des patients diabétiques que je ne connaissais pas du tout. Il y a un ou deux patients à moi qui sont intervenus mais pas... chacun ramenait un peu les siens pour faire un groupe de travail.

Modérateur : c'est dans quel cadre en fait ?

K2 : éducation thérapeutique...

Modérateur : par la sécu, oui c'est ça. En fait ça ressemble très très fort

K2 : oui avec un diplôme de formateur.

Modérateur : oui c'est exactement ça, c'est-à-dire qu'en fait pour pouvoir faire partie d'un pôle de santé, théoriquement, il faut que les gens qui interviennent dans

l'éducation thérapeutique des patients soient formés. Il y a un minimum d'heures, quarante heures au départ, et ils doivent être formés pour être reconnu comme « éducateur de santé » et après...

K2 : pour ça on touche des sous ! (Rires)

Modérateur : et bon du coup, euh...je ne sais plus ce que je voulais dire, c'est malin ! (Rires) et donc du coup, ça permet d'animer des ateliers d'éducation thérapeutique et donc après... euh... c'est une autre manière de travailler, de voir les choses parce qu'on s'est aperçu que les gens qui étaient acteurs de leur santé avaient une meilleure réponse face à leur maladie. C'est-à-dire par exemple entre un patient qui est diabétique, on va reprendre celui-là, mais qui euh... enfin je le vois souvent avec mes jeunes internes, ils sont là à donner la liste des médicaments, des choses à faire et à ne pas faire, c'est très bien mais bon, on en retient 3% et on est surtout dans la frustration. Alors que si par exemple, dans l'éducation thérapeutique, on est plutôt dans l'alliance thérapeutique avec le patient, on est en train de dire on y va petit à petit, en fonction je dirais, de ce que veut le patient, ce dont se sent capable le patient et puis on avance progressivement. Et ça, du coup, c'est beaucoup plus payant sur sa maladie. Et pour revenir à l'exemple de la maison médicale dont j'ai vu le fonctionnement, c'étaient deux heures et demi d'intervention d'un professionnel chaque semaine par exemple. C'était pas beaucoup en fait... après, le fait que les patients soient en groupe, ils sont vachement détendus et ils ont un autre regard vis-à-vis des médecins, des professionnels avec qui ils sont. Du coup, ce n'est plus une injonction, ils voient qu'ils sont sur un pied d'égalité, car souvent, c'est dans des salles un peu conviviales, autour d'un café, du coup ça dédramatise un peu aussi leur maladie, leur prise en charge. Après les professionnels qui faisaient ça étaient contents, ça changeait vachement le rapport au patient...

K2 : c'est ce qu'on disait tout à l'heure, dans ce cas là, on est plus dans le préventif et dans l'explication, plutôt qu'une fois où c'est déjà arrivé et où il faut.

Modérateur : c'était une aparté parce que si on voulait avancer il fallait un petit peu plus loin, plus aller vers la définition du pôle de santé en fait. On va passer à la deuxième question, à moins que vous ayez quelque chose à rajouter après la petite discussion qu'on vient d'avoir par rapport à ce que vous attendez par rapport à la mise en place d'un pôle de santé sur la ville de Hem... alors, on en a déjà parlé un petit peu, quelles sont vos craintes concernant ce projet ?

I2 : la mise en place, la relation entre l'un et l'autre, ça me paraît compliqué.

Modérateur : comme on est toujours en train de courir ?

I2 : ben, c'est le problème de tout ça... quand on est sur le terrain, on n'a presque pas le droit à l'erreur donc euh... il faudrait prendre peut-être hors période de travail mais le repos, ils aiment bien aussi.

Modérateur : il faut dire que c'est sûr, après ça dépend des professionnels de santé, mais il y a des fois des professionnels qui vont dire et bien des fois cet après-midi là où je travaille, où je fais des patients, cet après-midi je fais autre chose, c'est du travail, mais autrement... mais il faut savoir facilement se libérer, ce n'est pas si simple.

ORT2 : nous c'est compliqué, et les kinés c'est pareil, toutes les semaines à la même heure, on voit les mêmes patients. Quand on n'est pas là un après-midi, il y a des patients qui n'auront pas une séance pendant 2 semaines. Nous se libérer une demi-journée, c'est quasi impossible. Et on ne peut pas se faire remplacer parce que c'est un suivi de tellement long terme qu'il faut avoir vu le patient plusieurs fois pour euh... savoir exactement où il en est donc euh... c'est vrai que c'est un peu compliqué. Donc libérer des plages d'horaires, euh... si si c'est une heure toutes les semaines à la même heure, autrement nous c'est compliqué.

K2 : après ça dépend parce que si c'est des ateliers comme ça. Nous on faisait ça le samedi matin, il y en a eu 4 ou 5 sur toute l'année, ça prend deux heures et demi, c'est effectivement différent comme approche, c'est rigolo à faire une fois de temps en temps, mais le faire toutes les semaines... bin voilà, il faut le caser...

Modérateur : est-ce que... enfin, l'ARS voudrait développer ce type d'activité, parce qu'elle se rend compte que c'est plus payant qu'une action seul dans son coin, euh... c'est sûr, ça demande une réflexion sur son mode d'organisation.

K2 : oui et puis il y a l'aspect rémunération aussi, mais euh... c'est autre chose. Si je rate un après-midi de boulot, il faut que ça soit à peu près équivalent...

Modérateur : tout à fait

K2 : je suppose que c'est tous pareil, sinon on n'y va pas

Modérateur : c'est clair, de toute façon, ce n'est pas du bénévolat qu'on fait, enfin qu'on demande. Je pense même que c'est payé convenablement

K2 : oui c'est bien payé... enfin tu te lèves le samedi matin ! (Rires) Il y a plein de thérapeutes qui au début étaient motivés pour le faire qui financièrement ne s'y retrouvaient pas assez et qui préféraient pas le faire parce que financièrement c'était pas assez euh... moi je trouvais que c'était plutôt pas mal.

Modérateur : bon, d'autres craintes ?

ORT2 : ben, la lourdeur administrative.

Modérateur : c'est vraiment ça qui revient souvent

ORT2 : oui parce que...

I2 : il faut que tout le monde suive dans le même sens aussi. Qu'il n'y en ait pas un qui compte sur l'autre, des choses comme ça.

Modérateur : en fait, sur un pôle de santé, je veux dire... par exemple, sur une ville comme Hem, on peut imaginer que certains font partie de l'organisation et d'autres pas. On n'est pas obligé forcément de faire partie de l'organisation. Mais ceux qui en font partie doivent être formés. Mais c'est sûr que c'est un choix de travail, mais c'est vrai que pour certaines professions, c'est plus facile que d'autres, je l'entends bien. Et euh... comment vous voyez l'organisation par rapport au pôle de santé... parce que toi (en désignant le kiné) tu as déjà travaillé dans ce sens là. Est-ce qu'il y avait un coordonnateur ?

K2 : oui il y avait, enfin pas un chef, un organisateur pour tout ce qui était réunion et après, on intervenait chacun dans notre domaine, c'était aussi plus simple. Et on a mixé ensemble, enfin, moi je me suis retrouvé à animer l'activité physique avec la pharmacienne. J'ai fait l'initiation au dextro... je ne referais pas (Rires) et euh... il y avait quelqu'un qui gérait tout ça et après on avait surtout un retour et on discutait avec le coordonnateur directement après la réunion pour ce qui allait et ce qui n'allait pas, le sens qu'il fallait redonner et si c'était bon. Parce qu'effectivement pas tous dans le même sens, ça ne va pas.

Modérateur : il y avait quand même des objectifs à atteindre...

K2 : ah oui oui, c'était vraiment euh... le plan de travail était déjà vachement bien fait au départ et il y a eu plusieurs réunions pour que ce soit... pour que la ligne directrice ne change pas d'un thérapeute à l'autre.

ORT2 : mais ce n'est pas plus simple, par exemple pour des maladies chroniques, d'être suivi par un spécialiste à l'hôpital, etc. mettre en place ça au niveau des hôpitaux ? Parce qu'il y a déjà la structure, il y a des gens qui sont formés... enfin c'est une question, est-ce que ce n'est pas plus simple euh...

Modérateur : il faut savoir que par exemple, le service de diabète de l'hôpital de Roubaix voit à peu près, alors je ne sais plus le nombre exact mais ça ne doit pas être très loin, 10% des diabétiques, d'accord ? C'est à dire que le médecin généraliste voit le reste.

ORT2 : d'accord.

Modérateur : si on envoyait tous nos diabétiques à l'hôpital, ça serait absolument impossible et encore une fois, à l'hôpital, je pense que c'est du soin tertiaire. Il y a le soin primaire, c'est à dire que le soin primaire c'est quoi ? C'est ce que nous on fait au quotidien ; c'est-à-dire on voit des pathologies que l'on arrive à gérer ensemble. Après, il y a le soin secondaire où on demande un avis par exemple à un spécialiste, je dirais à un endocrino parce que on a dû mal sur un traitement, on sait pas, on veut demander, on veut un avis cardio, donc on travaille avec le soin secondaire et après, le soin tertiaire, c'est l'hôpital. On ne peut pas envoyer tous nos diabétiques à l'hôpital, c'est absolument euh...

ORT2 : non, mais je sais bien on ne peut pas envoyer tout le monde à l'hôpital. Mais effectivement, on peut mettre en place des réunions de prévention, des choses comme ça. Ils l'ont même pour les diabétiques, à l'hôpital de Roubaix, il y a ...

Modérateur : Oui, mais si tu veux ils ne voient que 10% ou peut-être moins des diabétiques. Donc le problème, c'est que nous, en tant que médecin généraliste, on voit l'essentiel des diabétiques, et on voit surtout en soins primaires le début des maladies ; c'est-à-dire que pour un diabète débutant, il n'y a pas de raison qu'il aille à l'hôpital, ça n'a pas de sens.

K2 : et il y a beaucoup de patients qui viennent en confiance, enfin euh... avec des thérapeutes qu'ils connaissent

Modérateur : Bien sûr

K2 : il y en a plein justement qui n'allaient pas à l'hôpital parce que c'était l'hôpital et qu'ils ne connaissaient pas. Alors que ramené juste par un médecin, par un kiné, par une infirmière, ils intégraient tout le groupe de professionnels, ils se sentaient plus en...

Modérateur : on parle que de diabète mais ça pourrait concerner toutes les autres pathologies... toutes les autres pathologies chroniques et euh... c'est sûr ... on est en première ligne et les gens, les malades viennent d'abord voir des professionnels de soins primaires, c'est-à-dire nous pour être pris en charge. Après si nous on se trouve un petit peu à nos limites, c'est à nous d'adresser le patient en soins secondaires ou en soins tertiaires. Mais c'est sûr que... je veux dire, il faut savoir qu'on a un rôle important à jouer. Alors les expériences... une des questions, c'était... euh... on a déjà abordé le point suivant, c'était quelles expériences avez-vous en manière de coordination entre professionnels de santé ? (En désignant le

kinésithérapeute) toi tu l'as fait carrément dans un centre... orthophoniste, toi, tu parlais de l'ALPS en fait

ORT2 : oui, et puis nous, les orthophonistes, on fait déjà, on fait de temps en temps des actions, on a été l'année dernière sollicité par les instituteurs, par les écoles privées pour faire des formations, enfin voilà... Avec l'association Ecole et Quartier, on a fait de la prévention, enfin, on a fait des réunions de prévention, d'explication, donc euh... Nous en tant qu'orthophonistes, on est 5 ou 6, à se réunir, enfin, quand on a l'opportunité, à discuter, à parler de différentes choses. Maintenant, inter euh... interprofession, on n'a pas tellement l'occasion...

Modérateur : de le faire... oui

OPT2 : Par l'ALPS aussi, on... dans mon métier en tout cas, on connaît pas mal de gens, on connaît vos spécialités et du coup, on peut orienter les gens... les gens parlent beaucoup de leurs problèmes... on oriente quand même beaucoup plus facilement et même dans les généralistes, ils ont chacun leur spécialité, on peut orienter mieux. L'ALPS, elle sert aussi à ça.

Modérateur : est-ce que vous voyez des moyens d'améliorer la coordination dans la prise en charge des patients ?

ORT2 : ben, c'est toujours pareil, il faut du temps quoi. C'est sûr que si à chaque fois qu'on avait un nouveau patient, on prenait le temps d'appeler le kiné, d'appeler le généraliste et écrire cinq lignes chacun et les mettre ensemble... voilà, c'est toujours pareil.

Modérateur : et si ce temps était rémunéré ?

ORT2 : ce n'est pas une question de... enfin pour moi, personnellement, c'est une histoire de temps, ce n'est pas une histoire de rémunération. Parce qu'effectivement, 10 heures de boulot non stop, voilà euh... c'est pas euh...

OPT2 : oui après, refuser des patients, c'est délicat. On n'a pas le temps de faire tout ça en plus.

ORT2 : oui et puis, en fait, je ne prends plus de nouveau patient ou quasiment jamais, ou les petits frères, il y en a qui reviennent, voilà... et du coup on se dit, on ne prend plus personne parce qu'on commence à saturer, et puis dès qu'il y en a un qui s'en va on se dit, et bien, on va pouvoir travailler un peu moins et puis il y a toujours... euh... et du coup, on peut pas dire non... et puis on se dit tous les mois de septembre, allez, cette année je vais essayer de finir plus tôt. Mais ceci dit, moi, je

ne travaille pas le vendredi et puis le vendredi, il y a les courses pour le cabinet, il y a le ménage, il y a les papiers, et voilà, le vendredi est bien plein.

I2 : moi je trouve que si on est rémunéré, il faut bien faire, sinon on ne fait pas. Si c'est pour faire semblant pour dire de gagner de l'argent, ce n'est pas la peine de faire.

K2 : ça dépend de la motivation des thérapeutes aussi.

ORT2 : oui ça c'est le problème, parce qu'effectivement, il faut être sûr que les gens qui se mettent dans le système jouent le jeu quoi.

Modérateur : bien sûr. Bah, c'est aussi...

K2 : il faut de l'évaluation.

ORT2 : oui mais qui ?

K2 : le chef, enfin le coordinateur, je ne sais pas...

ORT2 : oui mais ça va être compliqué parce que le coordinateur c'est quelqu'un qui est professionnel sur Hem qui va... donc qu'on va choisir comme coordinateur, est-ce qu'il va réussir à dire : un tel, tu as telle façon de travailler et ça ne correspond pas, ou tu es toujours en retard, ça ne va pas... c'est compliqué parce qu'on est chacun, enfin...

K2 : et puis, on a chacun notre façon de faire...

Modérateur : c'est sûr que s'il y avait la mise en place d'un tel système, il faudrait une éthique... c'est sûr que si c'est pour s'engager pour dire... il faut le faire de manière correcte. Est-ce que... oui, moi j'entends bien la notion de temps, qui est vraiment quelque chose qui revient dans tous les groupes, qui est out le temps présente. On est toujours en train de courir, c'est vraiment un gros frein pour savoir comment s'organiser. Alors, il y a des professions où c'est plus ou moins facile, en tant que kiné et ortho, c'est souvent... et infirmière, c'est toujours un peu des gens qui reviennent et qu'on voit tous les jours, c'est vrai que c'est sans doute plus facile pour un médecin qui peut bloquer, qui peut se faire plus facilement remplacé parce qu'il y a moins de suivi régulier.

K2 : après, c'est aussi une autre façon de voir notre boulot. S'il faut bloquer deux heures le mardi, enfin... (en regardant l'orthophoniste) enfin, comme chez toi, on refuse tout le temps parce qu'on a trop de gens...euh... si on lui trouve un intérêt autant dans notre profession que effectivement comme on parlait du financier tout à l'heure, enfin voilà, c'est un façon différente de bosser qui est pas forcément mieux...

ORT2 : oui effectivement, ça peut être intéressant c'est sûr, mais effectivement, après la mise en place, si c'est une fois par mois, on va bloquer deux heures mais ça veut dire que les autres semaines, on fait quoi ? On ne peut prendre personne parce qu'on ne peut pas s'engager...

K2 : oui mais je pense qu'il y a des professions qui peuvent le faire facilement, enfin c'est un peu facilement dit, mais euh... qui ont plus de facilités à le faire...

ORT2 : qui ont plus de mobilités en fait au niveau des rendez-vous

OPT2 : après, c'est une autre façon de voir son organisation, il faut revoir tout à la base, enfin c'est sûr que c'est plus facile pour certains que pour d'autres

ORT2 : oui mais après s'il y a quelqu'un qui vient à 16h30 le mardi parce qu'on lui a trouvé que ce créneau là parce qu'il ne peut pas venir à un autre moment pour des histoires de conduite ou de choses comme ça, et si une fois par mois, on lui dit ah bah non, je ne peux pas et qu'il ne peut pas venir ailleurs, le suivi n'est pas euh... il est pas fait correctement quoi.

K2 : en fait, il faut réussir à adapter les deux, mais bon adapter des deux côtés, c'est compliqué

ORT2 : donc c'est vrai, ça dépend comment ça se...

Modérateur : j'entends souvent, enfin je parle pour ma profession, j'entends souvent des médecins de mon âge parce que... j'ai le même âge que toi (en désignant l'infirmière) (Rires) euh... dire vivement la retraite euh... parce qu'ils sont un peu usés par leur activité, par le même mode de fonctionnement, isolés dans leur cabinet, c'est pas toujours évident, est-ce que vous pensez pas qu'une action comme ça pourrait un outil anti burn out ?

K2 : oui complètement, enfin c'est... enfin, je crois dans ma profession, on a de la chance, on peut faire un peu ce qu'on veut, il y a de la place partout, donc euh... on peut changer régulièrement et faire plein de choses différentes. Mais c'est vrai que pour éviter de tomber dans la routine, ça c'est... ça sort du cadre habituel de nos fonctions régulières donc c'est pas mal, c'est remotivant pour autre chose, c'est travailler plus sur le préventif, ce qui est plutôt vachement sympa que d'arriver quand c'est...

Modérateur : quand c'est plié...

K2 : oui voilà.

ORT2 : ça me paraît compliqué la mise en place quand même...

K2 : oui la mise en place c'est...

ORT2 : et encore, on n'est pas une grosse ville...

Modérateur : alors maintenant, tout le monde... enfin comme je disais tout à l'heure, tout le monde n'est pas euh... je veux dire, on est une ville, il y a des gens... le pôle de santé c'est un regroupement de professionnels au sein d'une entité administrative mais je dirais euh...tout le monde n'est pas obligé d'y adhérer, mais tout le monde peut se servir du pôle de santé, il y a des gens qui participent au pôle de santé pour pouvoir travailler aussi. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui vont vouloir s'investir dans ce pôle de santé mais c'est pas parce qu'on en fait pas directement partie qu'on ne peut pas travailler avec eux. Par exemple, pour une action préventive au sein de certaines pathologies chroniques, je n'ai pas le temps de m'investir, ce n'est pas mon truc mais bon, j'adresse quand même mon patient à tel euh...

K2 : oui, chaque thérapeute au niveau du pôle n'est pas forcément euh... à échelle égale quoi. Enfin, il y en a qui peuvent intervenir énormément et d'autres ponctuellement.

Modérateur : oui, tout à fait. Et la particularité du pôle de santé, c'est effectivement de faire des actions préventives qu'on n'a pas beaucoup le temps de faire, on a des actions avec plusieurs patients, des actions d'échange avec les patients, c'est-à-dire qu'on se met, on essaie de créer une alliance thérapeutique avec le patient et surtout d'avoir des échanges avec les patients, d'avoir un rôle éducatif ; et puis, sur le plan professionnel on a, je dirais, enfin d'après euh... il n'y a pas de hiérarchie entre les professions c'est-à-dire, il n'y a pas le médecin qui est chef, il dirige tout... on a, on est sur du transversal, on est éducateur de santé, on n'est plus dans : je suis médecin, c'est moi qui dit que... c'est chacun son rôle et donc, de toute façon, on a la même rémunération. (En s'adressant aux observateurs) est-ce que vous voyez d'autres points que je n'ai pas abordé ?

Observateurs : dans les autres groupes, on avait parlé de redistribution des compétences, je ne sais pas s'il faut en reparler.

Modérateur : oui, c'est vrai. Est-ce que ça vous parle la redistribution des compétences ? On en a parlé un peu, par exemple euh...l'infirmière, euh non le pharmacien qui gère l'INR. Mais par exemple l'opticienne dans son rapport avec le médecin ophtalmo, pour les examens de vue... les médecins ophtalmologues, vu les délais, fassent les pathologies par exemple, le glaucome et vous opticiens... parce que c'est vrai, faire les examens de vue, dans certains centres d'ophtalmo, comme un à Lille, on voit d'abord l'opticien qui fait tout l'examen de vue...

OPT2 : c'est pas plutôt l'orthoptiste ?

Modérateur : l'orthoptiste oui...

OPT2 : mais c'est les opticiens qui ont la plus longue formation sur l'examen de la vue, même que les ophtalmos, même que les orthoptistes...

Modérateur : de ce fait là, c'est pour ça, peut-être, le pôle de santé, ça pourrait permettre de redistribuer les compétences...

OPT2 : là, ça commence déjà pour nous, avec les ordonnances qui sont valables 3 ans qu'on peut révérifier ça nous aide quand même vachement...

Modérateur : en fait, l'objectif effectivement, c'est pas que le pôle de santé, c'est dans la loi HPST, c'est-à-dire ne plus rester cantonné à son rôle de médecin mais aussi savoir euh... enfin, les métiers changent un petit peu mais il y a une évolution du métier... mais pour ça, il y a encore énormément de freins au niveau aussi. Beaucoup de médecins voient plutôt une perte de leur activité, ils restent très centrés sur leur activité et c'est vrai que la distribution enfin... la délégation de tâche euh... il y a beaucoup de freins un peu partout...

OPT2 : moi je trouve que ça fait un peu peur, genre euh... on finira tous des salariés de la sécu regroupés et puis voilà, enfin avec des rendez-vous, enfin genre salariés de la sécu quoi et qu'on n'aura plus notre propre magasin, notre propre cabinet notre propre... qu'on sera tous regroupés et...

Modérateur : t'as peur que ça... si j'ai bien compris...

OPT2 : ben j'ai l'impression qu'à terme, ça va donner ça quoi.

Modérateur : si j'ai bien compris, tu as peur de devenir un peu euh... de ne plus avoir la liberté de faire ce que tu veux, et surtout d'avoir une obligation de tâche plutôt qu'une délégation de tâche en fait.

OPT2 : et pour revenir sur l'aspect financier, pour que ça coûte moins cher à la sécu et que...

Modérateur : et est-ce que euh... oui je comprends, je reviens un petit peu à ce qu'on disait avant, est-ce que vous ça vous parle, enfin, est-ce que l'éducation thérapeutique vous parle un petit peu ? Est-ce que vous avez envie de vous former à ça ? Est-ce que ça vous intéresse ou on verra plus tard?

ORT2 : moi, personnellement, ça m'intéresse mais 40 heures de formation, il faut réussir à les...

OPT2 : ça va vite !

K2 : oui, ça va vite le soir.

ORT2 : 40 heures, ça en fait des soirs!

K2 : oui, ils nous ont formés le soir. Oh c'était bien, on était reçu avec les plateaux repas ! (Rires) Non, mais c'est vrai !

ORT2 : non, mais 40 heures, il faut en faire des soirées pour arriver à 40 heures.

K2 : non, mais par exemple, je vais encore parler de thunes, on va croire qu'il n'y a que ça qui m'intéresse ! Non, mais tu vois, on était rémunéré euh... et franchement, ça a été vite, sur euh... je pense qu'on les a fait sur 6 mois de temps avec une réunion ou deux, tous les mois et c'était hors temps de travail et ça a aussi permis de rencontrer d'autres thérapeutes dans ce truc-là et euh... déjà d'établir un peu de pluridisciplinarité et c'était drôle.

Modérateur : il y a actuellement une formation qui est en route sur Roubaix et Hem qui a été proposée par l'ALPS dans ce cadre, et c'est effectivement en 40 heures et ça se fait en 5 journées.

ORT2 : oui donc 5 journées, en 3 mois...

OPT2 : en 3-4 mois, 3 mois et quelques...

Modérateur : encore une fois, il y a des professions qui peuvent se faire remplacer plus facilement que d'autres. Et c'est clair que ça n'est pas évident.

ORT2 : après c'est sûr sur que là, mai-juin, il y a tellement de jours fériés, de vacances ou de trucs, j'ai dû mal à avoir un suivi à peu près correct.

Modérateur : est-ce que des réunions de concertations par rapport à des pathologies, des patients qu'on pourrait suivre, des réunions de concertations euh... pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires pourraient vous intéresser ?

K2 : ben, c'est comme le reste, ça va dépendre du temps, combien de temps. C'est surtout ça. Parce que si c'est un cas tous les soirs à étudier... ça fait un peu ch... par contre, si c'est une grosse synthèse tous les mois.

ORT2 : oui et c'est toujours assez convivial.

K2 : oui c'est ça, et ça permet de se revoir aussi.

Modérateur : oui, pour améliorer la coordination entre nous, qu'est ce que vous voyez ? Quelque chose de rapide, facile à mettre en place, je sais pas, internet, euh... est-ce qu'il y aurait moyen de ?

ORT2 : oui, mais est-ce qu'il n'y a pas un problème de secret professionnel par internet ?

Modérateur : il faut que ce soit codé

K2 : on peut faire un mailing commun en fonction des thérapeutes qui interviennent, ça peut ne pas être très compliqué. Après il faut voir au niveau déontologique et tout ça. Sinon, c'est un peu le plus simple.

Modérateur : what's app (bruitage de touches de téléphone) Rires

ORT2 : ben je pense que déjà savoir qui suit le patient, ça serait déjà bien ça serait déjà un premier pas.

Modérateur : ce que tu disais au départ (en regardant le kiné) déjà, savoir qui suit le patient pour pouvoir communiquer avec lui.

I2 : déjà une petite fiche chez chaque patient disant le médecin, l'infirmière...

OPT2 : au moins tu sais qui appeler.

K2 : on a tendance à tous s'appeler quand ça ne va pas en fait, aussi. Là les réunions de synthèse quand ça va bien, c'est bien de se dire aussi... temps en temps.

Modérateur : très bien.

ORT2 : est-ce qu'on fera des réunions de synthèse pour des patients chez qui ça roule ?

K2 : ça dépend comment c'est mis en place. Si tu as l'équipe qui gère 3 patients ou 5 ou 6, une réunion sur 5 ou 6 patients, ça peut aller vite. C'est sûr que si on en gère 40, on va voir que ceux qui ne vont pas.

OPT2 : oui sinon, 5 ou 6 et il y en a 2 qui vont pas... et 4 qui vont, on fait les 6 en même temps.

K2 : ben on fera exprès de faire les 4 à la fin ! (Rires) les 4 pour qui ça va

Modérateur : Bon, imaginons ces systèmes se mettent en place, pour vous, qui coordonnerait ? Est-ce que c'est obligatoirement le médecin ou est-ce que ça peut être n'importe quel professionnel ?

K2 : je pense qu'il vaut mieux pas que ça soit le médecin.

OPT2 : oui justement...

K2 : pour déléguer les tâches il faut pas, au contraire...

I2 : celui qui fréquente le plus le patient.

ORT2 : parce qu'en fait, effectivement, contrairement à d'autres professions, le médecin, il va passer assez rapidement une à deux fois par mois. Nous on a des professions où on passe beaucoup de temps. Moi, c'est des séances de trois quarts d'heure quand je vais à domicile... trois quarts d'heure 2 ou 3 fois par semaine...

K2 : oui, on les connaît bien !

ORT2 : c'est clair !

K2 : non, il faut que ça soit de tout, enfin... il faut justement que... normalement, avec nos formations, on est tous éducateurs thérapeutiques, on est tous capables de gérer.

ORT2 : après, ça peut dépendre de la pathologie, effectivement, si c'est euh... si c'est un Alzheimer, peut-être que l'orthophoniste sera plus à même de donner des conseils au niveau de... voilà, si c'est du diabète, c'est plus euh... enfin voilà. Ça peut dépendre de la pathologie...

K2 : et de ceux qui s'en sentent capables aussi, parce que ça ne va pas être facile à gérer.

Modérateur : et ça serait un coordonnateur par patient ?

K2 : ça peut... ou comme tu dis (en désignant l'orthophoniste) par pathologie. Ça dépend sur quoi on oriente euh...

ORT2 : oui mais après ça veut dire que le coordinateur, il faut aussi qu'il soit le professionnel de santé qui y aille, il va pas chez tous les patients

OPT2 : oui voilà, je pense que c'est par patient

K2 : oui ou un référent de patient

ORT2 : parce que la différence aussi c'est que... moi par exemple, en tant qu'orthophoniste, je vois, j'ai que 100 patients par an. C'est-à-dire que moi, je vais forcément pas intervenir dans beaucoup de groupes, alors que en tant que médecin (en désignant le modérateur) enfin, je sais pas combien tu en as, mais c'est exponentiel, kiné aussi parce que ça tourne plus, infirmière tu en as beaucoup aussi, donc euh... effectivement, il y a des professions où on sera pas tellement amené... en plus, nous on fait des domiciles que le matin, donc c'est moins euh... donc effectivement, il y a des professions qui vont être beaucoup plus sollicitées que d'autres parce qu'ils voient plus de monde que d'autres.

Modérateur : bon vous avez été euh... on les note (en s'adressant aux observateurs), on leur donne une note, ils sont bien quand même (Rires)

K2 : bon on leur dit pas qu'on s'est tous vus hier pour... (Rires)

Modérateur : merci pour votre participation, et puis c'est clair que c'est une nouvelle approche de notre métier, chacun dans notre métier et en même temps, dans le travail collaboratif et c'est quelque chose qu'on ne connaît pas bien, qui fait peur et qui en même temps, on ne sait pas comment on va le caser. Et en même temps, on sait que c'est une évolution qui devra se faire parce que de plus en plus, la prise en

charge des patients, il faudra qu'elle soit de plus en plus coordonnée et en même temps, de plus en plus, on devra rendre des comptes, c'est ça qui est un peu compliqué parce que de plus en plus, un patient diabétique devra avoir toutes les chances au même endroit, c'est un peu complexe.

ORT2 : le problème de ce genre de choses, alors je sais pas comment ça va se mettre en place mais on a l'impression qu'à chaque fois, c'est mis en place par des personnes qui sont pas sur le terrain et du coup qui nous imposent des choses qui ne correspondent pas à notre pratique. C'est vrai que ça, ça fait peur aussi.

K2 : ils ne se rendent pas compte de ce qu'ils imposent

ORT2 : voilà ! Et ça correspond pas, ça nous fait du travail en plus et on trouve que ce n'est pas efficace. Et voilà, c'est pour ça que c'est intéressant de partir de « la base », parce que quelques fois, on a eu des tentatives de réforme, mais on se dit c'est...

K2 : changé au bout de 6 mois

ORT2 : ben oui, et qui correspondent à... mais on se dit, ils ne sont pas...

Modérateur : ils ne sont pas dans la réalité, ils sont sur une autre planète

ORT2 : oui...

K2 : c'est clair

ORT2 : ils essaient de plaquer des choses pour plein de métiers différents alors qu'on fonctionne pas de la même façon.

Modérateur : et c'est pour ça qu'on parle aussi de toutes vos craintes et de tous les freins qu'il pourrait y avoir pour essayer d'avancer doucement et d'avoir quelque chose de faisable quoi.

ORT2 : en tout cas, pas quelque chose de rigide quoi. Parce qu'en plus chaque ville fonctionne de façon... enfin voilà... les liens entre les gens ne sont pas les mêmes, la mentalité aussi en fonction des villes...

Modérateur : alors, l'éducation thérapeutique peut s'appliquer aussi à... de plus en plus l'évolution de la médecine c'est euh... faire de la médecine globale, je parle médecine avec les para-médicaux compris, c'est un regroupement des compétences, pour pouvoir être moins seul, pour pouvoir mutualiser les moyens, pour pouvoir travailler plus facilement ; et c'est vrai, il y a de plus en plus de maisons médicales qui se mettent en place, de maisons pluriprofessionnelles, pluridisciplinaires aussi. Pluriprofessionnelle c'est que des soins de premiers recours, c'est que des gens qui sont en premier recours, on parle de multidisciplinaire dès

qu'il y a un professionnel de second recours qui rentre dans le même lieu. Ça c'est des maisons médicales, et après il y a les pôles de santé. C'est sûr que de plus en plus, on ira vers des choses où on devra travailler de plus en plus ensemble, donc comment euh...

ORT2 : alors moi ce que j'avais trouvé intéressant par le biais de l'ALPS, c'était quand on a fait différentes réunions sur les différents métiers, parce que du coup, on découvre que le kiné peut faire, que l'infirmière peut faire ça et on le savait pas, ce qu'on connaissait pas forcément et ça ça apporte beaucoup parce qu'on peut mieux euh...

K2 : dirigé

ORT2 : voilà. Parce que souvent, les gens, ils osent pas, ils savent pas, c'est vous qu'ils voient le plus souvent alors... moi je sais pas ce que je peux faire...

I2 : moi je me suis retrouvée toute seule au monde quand on sort d'un CHR où il y a plein de monde autour de soi et on se dit qu'est-ce que je fais là dans ma voiture là toute seule. Alors au départ, je passais mon temps à téléphoner à l'un et à l'autre et puis je me suis aperçue qu'il fallait être seul et puis se débrouiller seul. Donc s'il y a des choses qui sont mises en place, bin ça serait rudement bien quand même.

Modérateur : et bien un grand merci à vous ! Il y a plein d'idées

#### **Annexe 4 : Verbatim de l'entretien collectif du 31 juillet 2015**

Modérateur : Nous allons pouvoir commencer le focus group. Déjà, pour vous, qu'est ce qu'un pôle de santé ?

I4 : Une collaboration entre professionnels. Il doit aussi être question d'un financement certainement, d'une structure...

I3 : Une structure avec des médecins, des infirmiers, des kinés... Une équipe pluri professionnelle libérale.

(Silence, les participants se regardent entre eux)

Modérateur : Les autres, quelque chose à ajouter ?

K3 : J'ai pas trop d'idées, j'imagine que c'est un regroupement de professionnels de santé... Comme un hôpital en ville. J'en entends souvent parler, j'aimerais bien savoir ce que c'est...

Modérateur : Alors, des définitions existent. Il faut faire la différence entre pluridisciplinarité et pluri professionnalisme. La discipline que nous exerçons tous, que ce soit infirmier, kiné, médecin, etc., c'est la discipline du soin primaire. La discipline du soin primaire, c'est la discipline qui consiste à soigner les gens sur leur lieu de vie de manière à leur éviter l'hôpital. Et dans cette discipline qui est le soin primaire, on définit des métiers, chacun de nos métiers respectifs. A un autre niveau, on pourrait définir une autre discipline qu'est le soin secondaire. C'est l'hôpital. On va retrouver également nos métiers à cette différence près que les gens sont pris en charge non pas sur leur lieu de vie, mais dans le cadre d'une hospitalisation qui survient dans un contexte d'urgence ou qui est programmée. Et toujours dans le domaine des définitions, on a défini une troisième discipline qui est le secteur tertiaire qui est la discipline de prise en charge dans les hôpitaux hyperspécialisés type CHRU, un type de prise en charge qu'on ne retrouve pas dans les hôpitaux de secteur comme Roubaix ou Tourcoing. Donc bien faire la différence entre disciplines, soin primaire, secondaire, tertiaire et les professions. Attention, le primaire n'a rien de primitif. C'est la traduction littérale de primary care qu'utilisent les Anglo-saxons. Et en fait ce sont des définitions internationales. Donc bien faire la différence entre la discipline et le professionnalisme, c'est à dire nos métiers. Dans chacun des niveaux de soin, on retrouve une pluriprofessionnalité. Donc on est bien dans le cadre d'un pôle de santé en pluriprofessionnalité et non pas en pluridisciplinarité. Alors dans une maison de santé, tout le monde est sous le même toit. Ici, on a pour la plupart d'entre nous des cabinets quasi neufs, donc, dans le cadre de ce pôle de santé

chacun reste chez soi. C'est ça l'intérêt des pôles de santé chacun reste chez soi pour exercer son métier. Et il y a un point quasi incontournable dans ces pôles de santé, c'est qu'il faut avoir des projets communs avec l'hôpital et c'est ce qu'on essaye de faire avec l'hôpital de Roubaix et de Tourcoing. Et à partir du moment où le pôle de santé est structuré, qu'il fait l'objet d'une signature, ce qui est le cas entre l'ARS, la ville et nous, on a la possibilité d'élaborer des projets qui sont éventuellement éligibles à un financement et qui nous permettent de toucher de l'argent en plus de nos honoraires. A la condition express de participer à ces projets. Ce n'est pas l'objet de ce soir mais peut être qu'on en reparlera à un moment donné si vous le souhaitez. Alors, est-ce que ce type de structure peut selon vous avoir un intérêt ?

K5 : Bien sûr. Moi je trouve que sur Hem, globalement, on n'a pas trop de difficultés à prendre son téléphone et à s'appeler les uns les autres si on en a besoin. Pour moi, un pôle de santé représenterait un moyen de communiquer plus rapidement entre les professionnels et du coup mettre à disposition des moyens pour pouvoir communiquer entre nous. Et se fixer des objectifs communs ...

K3 : J'ai l'impression que tout cela existe déjà un peu sans le savoir... peut-être pas avec tous les patients, mais quand on rencontre une difficulté sur Hem, j'ai l'impression qu'il y a déjà beaucoup d'entraide. Pour les patients plus compliqués, on se réunit pour voir ce qu'on pourrait améliorer. C'est vrai que si c'était quelque chose de plus officiel, ça pourrait peut-être aider.

I4 : c'est quelque chose que l'on vit tous les jours la collaboration entre professionnels. Mais on se retrouve aussi en difficulté face à ce métier chronophage. Par exemple au niveau de la communication avec l'hôpital quand il y a un problème, je ne pratique pas, je laisse ça au médecin traitant... on oriente les familles vers le médecin traitant quand il y a un problème. La réponse aux questions est quelque chose qui nous prend beaucoup de temps en plus des actes.

Modérateur : Quand vous rencontrez des difficultés, vous hésitez à contacter la personne qui correspond au métier qui pourrait vous aider, améliorer la situation du patient. Est ce que vous vous sentez plus liés aux membres de votre profession ou au prescripteur des soins ?

I4 : entre nous, finalement ça se joue aussi par affinité. Si on connaît mieux le pharmacien que le médecin et qu'on rencontre un problème, on va se tourner vers le pharmacien. Ce qui serait très important, c'est de faire le point aussi... mais cela

prend beaucoup de temps. On s'implique à cent pour cent dans nos métiers, mais bon, en fin de journée, on ne peut pas aller plus loin. C'est ce qui me paraît difficile, de donner encore de l'énergie et du temps pour cette mise au point. On est prêt à confronter nos différentes visions sur le patient mais il faudrait encore que l'on se voit. C'est toujours un peu compliqué ...

Modérateur : est-ce que vous vivez des fois des situations où vous voyez le patient glisser et se dégrader et où la simple rencontre avec d'autres professionnels pourrait s'avérer bénéfique, mais où ce contact s'avère difficile ?

K5 : quand les patients sortent de l'hôpital, en suite chirurgicale, on aimerait parfois avoir une visite de contrôle du chirurgien quand on rencontre un problème. Mais pour toucher un chirurgien directement, c'est difficile... donc le plus souvent on repasse par la case médecin traitant qui n'a pas toujours des facilités non plus... parfois, on perd quelques journées. Alors, est ce qu'un pôle de santé nous permettrait d'entrer directement en contact avec le chirurgien ?

Modérateur : Tu me donnes un énorme tremplin vers la thématique suivante. Selon vous, vers qui revient cette mission de renvoyer la balle vers le soin secondaire, vers l'hôpital, quand il y a quelque chose qui déconne ?

K3 : on demande toujours l'aval du médecin ...

Modérateur : Selon vous, comment ça se passe à l'hôpital quand il y a un truc qui ne va pas? Parce que vous l'avez vécu...

I4 : c'est la personne qui est face au problème devant le patient qui va tirer la sonnette d'alarme.

Modérateur : Je crois donc comprendre que ce n'est pas la responsabilité uniquement du médecin traitant. C'est la responsabilité de qui selon vous ?

I4 : de tous.

Modérateur : Donc la responsabilité collective.

K4 : Mais on se tourne forcément vers le médecin prescripteur avant de contacter quelqu'un. A moins qu'il y ait une extrême urgence.

I3 : Moi, j'appelle le 15, je ne passe pas par le médecin traitant.

Modérateur : alors, ce n'est pas forcément à l'urgence vitale que je fais allusion...

I3 : Oui oui, mais si j'ai une sortie d'hospitalisation, je lis le courrier de sortie. Ça m'est déjà arrivé de voir des anomalies au niveau du traitement de sortie par rapport au traitement du domicile. Et là, j'appelle directement dans le service et j'ai une

infirmière qui m'explique pourquoi ce changement. Ça m'est déjà arrivé qu'il y ait une erreur et j'ai eu le médecin hospitalier au téléphone.

Modérateur : d'accord, donc selon toi, le rapport peut se faire directement de professionnel à professionnel sans forcément passer par la case médecin traitant ?

I3 : ah oui, je le fais souvent !

K3 : Je pense qu'il y a des médecins généralistes qui n'aiment pas qu'on les shunte. Qui ont du mal à déléguer. C'est toujours plus simple quand on connaît la personne. Mais il y a des généralistes sur Hem qui n'apprécient pas.

Modérateur : donc il y a des gens très chatouilleux si je comprends bien...

I3 : bah moi quand j'appelle dans le service directement, je n'ai jamais eu de problèmes.

Modérateur : et comment ça se passe avec les autres collègues en ville ?

I3 : bah, bien.

Modérateur : et le médecin traitant ?

I3 : Bah je contacte le médecin traitant et ça se passe bien.

Modérateur : donc on revient à la responsabilité collective qu'on évoquait tout à l'heure. Vous avez une notion de la façon dont on peut appeler ce genre de démarche ?

K3 : De passer directement de ...

Modérateur : de prendre cette marge de responsabilité (Silence) Alors, on a longtemps parlé de délégation de tâches mais ce terme fait un peu condescendant. Il n'y a pas de raison que le médecin « délègue » quelque chose à quelqu'un. Sinon, on a vraiment l'impression d'avoir un chef sur son piédestal et que les autres obéissent en gardant le petit doigt sur la couture du pantalon. On parle maintenant de pratique collaborative. Théoriquement, ce type de pratique collective est censé se développer. Et selon vous, prendre ce genre de décision, c'est dans l'intérêt de qui ?

I3 : bah, dans l'intérêt du patient.

Modérateur : c'est quelque chose qui vous fait peur ce type de responsabilité ? j'ai l'impression de vous provoquer.

I3 : je sais que lors de la première prise en charge après la sortie de l'hôpital, je n'hésite pas à appeler dans le service dans lequel le patient a été hospitalisé pour avoir plus d'infos.

Modérateur : Et pour ceux qui craignent une mauvaise réaction de la part de celui qu'ils considèrent comme un chef, y-a-t'il un moyen d'éviter un retour particulièrement agressif de cette personne ?

K5 : Moi je pense que ça dépend aussi des relations et des connaissances qu'on a pu lier, et comme on le disait tout à l'heure on va plus facilement entrer en contact avec les médecins qu'on connaît. Ils vont avoir plus facilement confiance en nous. Avec d'autres médecins plus réfractaires, c'est beaucoup moins constructif... alors maintenant, est ce que le pôle de santé ça ne représenterait pas aussi un moyen de communiquer ?

K3 : ça serait une solution.

K5 : après c'est toujours pareil, il faut que tout le monde participe et que les médicaux fassent confiance aux paramédicaux, qu'ils aient confiance dans notre vision des choses.

Modérateur : et d'après vous, comment peut-on faire pour que cela se mette peu à peu en place ? C'est vrai qu'on est dans un mode de fonctionnement libéral et que les patients peuvent changer de cabinet si la façon dont on a de les accueillir ne leur convient pas. A l'hôpital, on leur demande beaucoup moins leur avis et tout ça dans leur intérêt. Vous avez une idée de comment un peu à la fois on pourrait aboutir à un mode de fonctionnement où ça se passe bien ?

K3 : il faut que tout le monde ait envie, je pense qu'à Hem les médecins sont déjà beaucoup plus ouverts.

Modérateur : et selon vous, quelle est la meilleure technique d'échange pour communiquer.

K5: pour moi, pour communiquer, il faut définir des objectifs de communication. Si on a besoin d'échanger rapidement, rien de tel que le téléphone. Et ça, c'est déjà ce qu'on fait. Après, pour établir des objectifs à plus long terme, établir des dossiers.

K3 : il y a l'intérêt du patient mais il y a le fonctionnement global du cabinet qu'il faut prendre en compte. Et donc on ne peut pas faire attendre non plus les gens, c'est parfois plus facile de faire ça le soir ou un midi, et de poster un message qui puisse être reçu par le correspondant quand il n'y a pas d'urgence ; sur une espèce de forum autour d'un patient, je ne sais pas comment ça peut fonctionner.

Modérateur : non mais c'est la deuxième perche que tu me tends, tu me fais sauter de question en question car c'était prévu d'aborder ça, c'est très bien d'en parler. Ça vous pose des problèmes que ce soit entre nous ou vis-à-vis du patient, ce type

d'échange d'informations ? Ca peut se faire sous quelles conditions selon vous ce type d'échange ?

K5 : je comprends pas bien ta question ?

Modérateur : est-ce qu'il y a une règle du jeu ? Est-ce qu'on peut sur M. Dupont ou Mme Durant tout dire, tout échanger entre nous ? Tout se dire entre nous ?

I3 : est-ce que le patient doit être au courant qu'on est en train d'échanger ?

Modérateur : c'est justement le sens de ma question

I3 : moi je pense que oui, il faut qu'il soit au courant

K5 : moi je pense que ça dépend. Peut-être pas qu'il soit au courant qu'on échange qu'on crée des liens entre nous, oui je pense que c'est essentiel. Maintenant, qu'il soit au courant à la virgule près ce qu'on dit, c'est pas toujours euh... je vais te donner un exemple une personne âgée que l'on doit faire marcher, on trouve qu'elle ne fait pas beaucoup d'efforts et qu'elle pourrait faire plus mais que je ne sais pas, c'est son vague à l'âme qui l'empêche de faire ça ; et bien moi, je ne me vois pas lui dire et bah Mme Untel, elle ne fait vraiment pas d'effort, elle pourrait faire beaucoup mieux, je pense que ça ne va pas l'encourager à faire ça. Et si elle a accès à tout, je crois que ça sera un moyen de communiquer un peu perdu. Alors que peut-être l'échanger avec les infirmiers qui vont peut-être me donner une explication et mon opinion sera réfutée ou des solutions pour stimuler cette dame, ça peut donc être parfois intéressant justement d'échanger. Si la personne a accès et ne voit que le côté négatif dans nos phrases... je ne sais pas comment exprimer, si tu me comprends (en s'adressant à Infirmière 3)

Modérateur : selon vous, qui est le détenteur du droit de communiquer des informations sur le problème de santé du patient ? Qui décide de ce qu'on peut dire et de ce qu'on ne peut pas dire ?

I3 : le médecin traitant

Modérateur : je vais poser la question différemment : selon vous, qui est le détenteur du secret médical ?

I4 : tous les professionnels de santé.

Modérateur : donc selon vous, ce sont les professionnels de santé qui décident de savoir si on peut communiquer des données liées au patient.

I4 : oui dans l'intérêt du patient parce que c'est son patient, donc il y aura toujours son intérêt.

K3 : en prenant la décision ensemble peut-être

Modérateur : alors, je vais être obligé de revenir sur des définitions. Le code de déontologie interdit de communiquer des données sur la santé des patients sans l'autorisation du patient. Vous pouvez vous retrouver en correctionnel, et radié éventuellement de vos ordres respectifs qui n'existent pas encore pour certains de vos métiers mais qui vont finir par exister. Toute donnée concernant la santé des patients ne peut être communiquée à un tiers, quelque soit le tiers, même si le tiers est un soignant, qu'avec l'avis du patient et qu'avec l'autorisation du patient. Donc c'est-à-dire que quand on discute d'un patient entre nous, on ne peut le faire que si on a prévenu le patient qu'on allait le faire. Et si le patient à un moment donné dit, ça vous pouvez en parler mais ça je ne veux pas que ça se sache, vous êtes obligé de respecter ce qu'il vous dit.

K3 : moi, je ne savais pas ça... le patient ne doit pas être au courant de ça ? Je ne savais pas qu'on n'avait pas le droit, le patient ne doit pas être au courant que le médecin généraliste n'a pas le droit de dire sans son accord aux kinés ou aux infirmiers.

Modérateur : alors, ce qu'on leur apprend dans l'enseignement, lorsqu'il faut communiquer des données liées à la santé du patient à un tiers, même si le tiers est soignant, son kiné, son infirmier, on prévient toujours le patient. Et alors dans ce domaine là, quel est le meilleur moyen de faire progresser le patient s'il y a un truc qui va pas, on en revient à ce que tu disais tout à l'heure, elle doit se mettre debout, elle doit marcher, elle ne fait pas d'effort ; quelle est la meilleure solution pour faire progresser à ce moment-là, en tenant compte des données liées au secret médical ?

I3 : pourquoi pas se réunir chez le patient ? Se réunir chez le patient et que la famille soit présente et le patient bien entendu.

Modérateur : pour que tout le monde entende le même message.

I3 : voilà

K3 : comme on fait à l'hôpital, enfin je pense

Modérateur : vous croyez... parce que bon, être en difficulté avec quelqu'un qu'on soigne je pense que ça nous arrive tous, je vais même dire tous les jours probablement. On rencontre tous les jours des gens avec lesquels on tourne en rond, on a l'impression de ne pas progresser. Des gens qui nous pourrissent la vie de soignant qu'on peut avoir euh... est-ce que vous pensez qu'une structure de soins, j'en reviens toujours à ce pôle de santé, organisée de cette façon là c'est quelque chose qui peut faire progresser ce genre de situation ?

I4 : ça peut faire progresser mais euh... disons que la conception du libéral serait complètement changé parce que, comme disait Infirmière 3, on serait... l'équipe pluri professionnelle serait face au patient et c'est une autre conception.

Modérateur : et alors, intéressante, pas intéressante cette nouvelle conception ?

Infirmier 4 : ça peut être intéressant mais aussi on perdrait nos repères nous-mêmes les professionnels, enfin moi-même parce que c'est vrai qu'on a l'habitude de travailler... le libéral c'est un exercice solitaire aussi et aussi valorisant parce qu'on... c'est comme ça qu'on gagne nos galons, c'est comme ça qu'on acquiert aussi beaucoup d'expérience. J'ai quitté le milieu hospitalier aussi pour être indépendant et je retrouverais un peu ce cadre. Ça sera une conception nouvelle à laquelle je ne serais pas préparé.

Modérateur : sommes-nous réellement indépendants dans notre exercice ? Il n'y a pas qu'à toi que je pose la question (en s'adressant à Infirmier 4). Est-ce que l'exercice libéral que nous pratiquons tous est synonyme d'indépendance ? Et si oui pourquoi ?

K4 : pour moi non parce qu'on dépend du médecin, des infirmières dans notre discipline.

I4 : je pense que oui parce que sur un acte, on est réellement responsable de cet acte, que ça soit un kiné ou un infirmier, on a notre carte, on a notre nom.

Modérateur : mais finalement devant qui, devant quoi ?

I4 : devant le patient

Modérateur : seulement ? je suis désolé je suis très chiant et je vais être chiant jusqu'au bout.

K3 : nous sommes responsables devant tout le monde

Modérateur : devant le patient bien sûr, il attend des résultats de ce qu'on lui fait, mais à part le patient, devant qui sommes-nous responsables ?

I3 : devant le prescripteur

Modérateur : donc vous continuez à vivre dans un concept de dépendance par rapport au prescripteur ? Et donc vous vivez vos métiers respectifs avec une dépendance de la part des gens qui vous appellent, qui vous confient du boulot, c'est comme ça que vous le vivez ?

I3 : ce n'est pas comme ça que je le vis mais euh... lorsque je fais un soin, je sais que si le médecin traitant va débiller et regarder, il va juger mon travail. Il va se dire

que l'infirmière qui fait les soins ne fait pas correctement ses soins et puis le patient aussi.

Modérateur : j'espère que je ne passe pas pour un juge, tu me fais peur

K5 : je ne ressens pas ça comme ça, j'ai déjà l'impression que c'est un peu comme ça. J'ai pas l'impression de travailler toute seule. Je pense (en s'adressant à I4) que ça te changerait, ça te ferait penser à la façon dont tu travaillais à l'hôpital. Enfin, je n'ai pas l'impression d'être toute seule.

Modérateur : c'est sur cette notion de responsabilité que je veux vous amener. Tout à l'heure, certains d'entre vous disaient responsabilité devant les patients, oui incontestablement. Mais devant qui encore ? Est-ce que vous n'avez pas l'impression d'être responsable devant peut-être pas une personne mais devant une structure, devant... vous n'avez pas l'impression d'un autre niveau de responsabilité? Qui vous paye ?

I3 : ah la sécurité sociale

Modérateur : et qui donne des sous à la sécu ? Où la sécu va-t-elle chercher son financement ?

I3 : bin c'est les cotisants...

Modérateur : dans l'ONDAM, et l'ONDAM c'est quoi ? C'est l'objectif de dépense nationale de l'assurance maladie. Ça vient de quoi ces sous ?

I3 : bin de nos cotisations...

Modérateur : de l'impôt, donc en fait, on gère l'argent collectif. Donc on a 2 niveaux de responsabilité devant le patient et également devant la société. Notre responsabilité est à ce niveau là. Nous on leur apprend toujours qu'à chaque fois qu'ils mettent une signature quelque part, ils déclenchent une dépense. Et vous, quand vous remplissez votre feuille de soins ou quand vous faites votre feuille de soins électronique, vous déclenchez une dépense. Donc on a tous des grands niveaux de responsabilité, devant la société également. Et cette dépendance que vous déclarez tous de la part des médecins... ça fait 30 ans que je me bats contre ça. Le médecin sur son piédestal, grand chef, c'est un truc qui me...

K5 : ça dépend tellement des médecins.

K3 : oui, je pense que ça varie d'un médecin à l'autre

I3 : oui, complètement

K5 : moi quand je pratique, je sais pas si vous avez autant de liberté que nous en tant qu'infirmier, je ne me rends pas compte, mais mes soins je les pratique un petit

peu comme je l'entends. C'est-à-dire que le contenu de mes séances, j'essaie de juger ce que je peux faire de mieux pour le patient au moment t. Je sais très bien qu'il y a des prescriptions de certains médecins où si vous ne faites pas ça, on a le retour du patient après qui dit ah bin là, le docteur a dit que vous ne travaillez pas bien, vous n'avez pas fait tel truc, tel truc, tel truc. J'essaie de ne pas en tenir compte mais quand on a ce retour-là, forcément derrière, on a le médecin prescripteur qui repasse...

Modérateur : vous avez des retours comme ça, tous ?

I4 : c'est pas fréquent

K5 : c'est pas fréquent mais il y en a

I3 : enfin, ça vient toujours du même médecin

K3 : ah oui c'est certain

K5 : ah oui, tu sais dire à l'avance, c'est toujours la même mouture et...

K3 : après, le problème est vite résolu : comme on fait pas ce qu'il nous demande de faire, on n'a plus de patients de ce médecin. C'est vrai que quand je réfléchis, je n'ai plus trop de médecins... (Rires)

Modérateur : donc j'en reviens encore une fois sur le mode de fonctionnement, si je vous entends bien, à un moment donné qui se ressemble s'assemble.

K3 : bin oui, c'est ça

Modérateur : pour qu'on fonctionne ensemble, il faut que ça se passe bien. Et les gens avec qui ça se passe bien, à un moment donné, il y a...

K3 : oui et je pense qu'à un moment donné avec les généralistes, c'est ce qui se passe aussi...

Modérateur : je sais pas, on est là aussi pour essayer de comprendre votre mode de fonctionnement.

K5 : bin à l'heure actuelle, c'est ça notre mode de fonctionnement. Après je pense qu'on essaie tous de passer au dessus de l'a priori on ne se connaît pas, mais quand on a été échaudé une fois, on ne s'y reprend plus. C'est pas une histoire de, je m'entends bien avec un tel, je vais l'appeler parce que mon patient ne va pas bien, avec celui là, son médecin je m'entends pas et bien je ne l'appelle pas ; t'essayes toujours mais après, tu juges de l'importance de ce que tu veux passer comme message.

Modérateur : Et alors, est-ce que selon vous il y a une différence dans les rapports qui peut être lié à l'âge du praticien ?

K3 : oui !

Modérateur : Parce que maintenant, on apprend aux médecins à faire des prescriptions qualitatives et non plus quantitatives, par exemple pour les séances de kinésithérapie, parce qu'on estime que ce n'est pas notre métier. C'est votre métier à vous, c'est à vous de décider.

K5 : alors je voudrais revenir là dessus, je trouve qu'on est bien limité par rapport à ça ! Je trouve que c'est un beau discours qui nous a été vendu par la sécu, mais ça a été simplement pour induire des histoires de quota. Parce que derrière tout ça, bon, au début on devait faire un bilan et on disposait de 30 séances pour toutes les pathologies. Maintenant, on a un répertoire de pathologies quantifiées et si tu dépasse le nombre de séances, tu dois te justifier. Et c'est plus trente séances. Par exemple, pour une entorse de cheville, c'est 10 séances. Et au delà tu dois justifier. Et l'aberration c'est qu'une fois les dix séances terminées, tu dois faire un bilan pour justifier la poursuite des séances, et tu dois attendre trois semaines la réponse de la sécu, en attendant tu soignes plus ton patient, parce que tu sais pas si il va être pris en charge ou pas.

Modérateur : donc ce mode de fonctionnement est délétère pour le patient.

K5 : bah moi je fais pas comme ça, je continue de les prendre en charge avant la réponse de la sécu, mais théoriquement tu dois attendre trois semaines. Donc au départ c'était une avancée qui était chouette pour nous, mais au final, c'est une avancée qui déguise quelque chose. Au départ on avait trente séances à notre disposition ce qui était très large, mais maintenant, ils nous ont inscrits des quotas par pathologie. Par exemple, pour prothèse de hanche, en rééducation post opératoire c'est 15 séances. Pour calculer ce nombre moyen, ils ont pris une cartographie de la France, ils ont calculé le nombre moyen des séances de kiné en libéral pratiquées dans les suites chirurgicales. Mais il y a une forte disparité. Par exemple dans la région centre, il n'y a presque pas de séances de kiné pratiquée en libéral, presque tout est fait en centre de rééducation, mais ils ne prennent que la partie libérale pour calculer les quotas.

Modérateur : Un petit peu la même chose, est-ce qu'il y a un avenir je dirais à faire bouger les choses ? Est-ce que vous vous rendez compte que les difficulté... Parce que avoir par exemple un mec qui dit, comme ton collègue, moi je fais jamais de kiné parce que ça sert à rien ?

K3 : et puis il le dit comme ça...il le dit aux patients (Rires)

Modérateur : et tu le sais comment, les patients viennent te voir quand même alors ?

Kinésithérapeute 3 : oui parce que euh... par contre, si le patient demande, dans certains cas, il dit que ça sert à rien mais il fait quand même l'ordonnance par contre, enfin, parfois. Depuis 4 ans, j'ai eu 2 ou 3 ordonnances. Et les gens viennent là parce que c'est dans la même salle d'attente. Et l'ostéopathie, c'est encore pire... ça sert vraiment à rien. (Rires)

Modérateur : enfin s'il s'est jamais coincé une vertèbre, tant mieux pour lui ! Le jour où il se coincera il verra que ça sert à quelque chose ! (Rires)

K3 : je pense que quand il prescrit, c'est pour faire plaisir au patient. Il faut le demander. Je pense qu'il ne serait pas ouvert à une réunion d'information, ça ne l'intéresserait pas d'y participer.

I4 : tout à fait, il faut un esprit d'ouverture qu'il n'a pas...

K3 : c'est pas ça, il est gentil mais... (Rires)

K5 : oui mais bon, c'est comme ça...

K3 : mais je pense que ce n'est pas un cas exceptionnel. Il y en a qui ne savent pas encore vraiment ce qu'on fait, je parle des kiné tout le temps, mais ça doit être pareil pour les infirmiers. Je vois toutes les semaines, j'ai des ordonnances où il est inscrit clapping... le truc qui ne se fait plus, j'espère qui ne se fait plus. (Rires) Oui, je pense des réunions d'informations, expliquer.... C'est la seule solution, je pense pour... je pense que c'est un avenir, c'est une bonne chose.

K5 : parce que le but c'est pas de convaincre les médecins qui ne sont pas convaincus, mais le but, c'est de mettre ensemble les gens qui ont envie de travailler ensemble pour le pôle de santé. Celui qui ne voudra pas y participer, il n'y participe pas de toute façon.

Modérateur : dans toutes les organisations, il y a un principe mathématique qui s'appelle celui de la masse critique. Et à partir du moment où il y a beaucoup de monde qui monte dans le train en se disant que c'est comme ça qu'il faut faire, celui qui reste tout seul comme un c.. tout seul sur le quai de la gare et bien il finit par monter dans le train aussi. Sinon il reste tout seul, c'est le principe de la masse critique.

I4 : il y a aussi des patients qui ne s'investissent pas dans leur traitement, dans leur santé. Finalement, le médecin traitant est découragé, et fait ce qu'il peut quoi...

K4 : c'est comme pour tout, on a plus envie de d'investir dans une famille ou chez un patient qui est investi

I4 : oui, d'où l'adage, on a la médecine qu'on mérite.

Modérateur : dans un contexte comme celui-là, est-ce que vous entrevoyez le fait que dans la prise en charge globale d'un patient, la prise en charge globale pouvant faire intervenir plusieurs professionnels de métiers différents, il puisse y avoir des professionnels, quelque soit leur métier, qui aient un rôle plus important que les autres dans le soin du patient ?

I3 : je pense que tout le monde est aussi important que l'infirmière ou le kiné... enfin pour moi, on est tous que le même grade.

Modérateur : est-ce qu'il n'y a pas par moment des pathologies qu'on suit où il y a une prédominance respiratoire, prédominance neurologique, prédominance soins d'escarres qui font que certains de nos métiers deviennent, dans l'accompagnement du patient, plus prévalents que les autres.

I3 : oui, je pense que si...

Modérateur : et dans ce cas-là... pardon ?

I3 : la question de départ, c'était est-ce qu'il n'y a pas quelqu'un qui...

Modérateur : est-ce qu'il n'y a pas des gens dont le rôle peut paraître plus important que les autres ? Je ne sais pas trop comment le formuler parce que ça ne veut pas dire que les autres ne servent à rien, je suis bien d'accord, mais est-ce qu'il y a pas des gens où leur rôle devient un peu plus prioritaire ?

I3 : comme tu le disais tout à l'heure (en s'adressant au modérateur), la kiné intervient en respiratoire mais moi je sais que je vais faire les aérosols et donner les traitements. Je travaille en collaboration avec la kiné. Si moi je donne correctement le traitement, après la kiné va pouvoir faire le soin ; donc je pense qu'on est tous important.

Modérateur : et dans ce cas-là, est-ce que vous pourriez vous représenter que le fait qu'à un moment donné, dans un pôle de santé toujours, il puisse y avoir un référent pour le patient. Est-ce qu'il vous semble envisageable que le référent pour le patient en question puisse ne pas être le médecin ? Ou est-ce que ça vous choque ?

I3 : oui ça me choque parce que pour moi, c'est toujours le médecin qui est au-dessus (en faisant la gestuelle avec les mains)

Modérateur : arrête de te mettre au garde à vous devant les médecins ! (Rires)

K4 : moi, ça ne me choque pas spécialement parce que... les infirmières et tout ça, elles viennent tous les jours, plusieurs fois par jour des fois donc c'est des personnes qui connaissent bien le patient, peut-être mieux que le médecin de temps en temps,

qui vient une fois toutes les deux semaines. Certes il connaît bien le traitement et tout ça mais ils ont peut-être plus de lien des fois les infirmières ou les kinés qui viennent tous les jours.

I3 : mais est-ce que le médecin va être d'accord que l'infirmière soit...

Modérateur : je n'ai pas demandé si le médecin était d'accord, j'ai demandé votre opinion.

K3 : moi je trouve ça bien, il y a parfois un des professionnels qui est mieux placé.

K5 : je crois aussi que quand tu dis un référent, il faudrait aussi quel est le rôle. Quel est le rôle dans le pôle de santé du référent du patient ?

Modérateur : Selon toi ?

K5 : pour moi, c'est tout à fait réalisable. Le référent c'est celui qui va être le chef d'orchestre, qui va donner les alertes, qui va contacter les professionnels en disant : tiens j'ai tel problème sur mon patient dont je suis le référent, est-ce que tu pourrais intervenir, qu'est-ce que tu peux faire ? C'est lui qui va organiser les actions des uns et des autres, le chef d'équipe du pôle pluri professionnel. Mais par contre, là où ça me pose soucis, comme le dit infirmière 4, c'est quand on va devoir passer vers l'hôpital, en tout cas en tant que kiné, infirmière apparemment toi tu arrives bien à le faire (en s'adressant à infirmière 4), je pense que nous on a plus de mal parce qu'on n'a pas la reconnaissance en tant que kiné à avoir ces liens et cette communication. Et donc là, ça me pose problème d'être référent si je me dis et bah tiens, il faut que je passe à l'étape au-dessus, j'aurais une appréhension.

Modérateur : liée à quoi ? A un manque de données ?

K5 : à une mauvaise expérience de communication. Ce n'est pas pour ça qu'il ne faut pas le faire mais... enfin, c'est peut-être personnel.

K3 : non, je pense que ça dépend. C'est déjà ce qu'on fait un peu avec les enfants qu'on suit pour la mucoviscidose. C'est nous les chefs d'orchestre qui alertons, qui décidons, et on est en contact permanent avec l'équipe de Jeanne de Flandres et ils nous font confiance. Nous guidons un peu... après c'est parce que je connais cette pathologie-là, le BPCO ça sera différent. En tout cas, nous avec l'hôpital dans ce domaine-là, nous on a pas de soucis parce que je pense qu'ils ont déjà l'habitude de travailler comme ça.

K5 : et après c'est bien d'avoir un exemple comme ça, ça prouve qu'il y a des choses qui peuvent se bouger. Moi c'est plus par rapport à la chirurgie orthopédique, les chirurgiens, tu as du mal à...

Modérateur : c'est peut-être le pire des exemples des chirurgiens, c'est les gens qui ont l'ego le plus surdimensionné les chir ortho...

K5 : pas tous mais... mais c'est pas... on a l'impression qu'ils savent faire de la kiné et qu'ils connaissent mieux que nous notre métier...

Modérateur : c'est pas qu'ils savent mieux faire de la kiné mais pour eux, comme ton voisin (en s'adressant à kinésithérapeute 3), ils pensent surtout que la kiné ça ne sert à rien, c'est surtout ça.

K3 : après est-ce que c'est pas notre faute un peu, on devrait leur envoyer des bilans. Enfin le peu de fois où il m'envoie un patient, je devrais lui prouver...

K5 : oui mais après on en revient à ce que dit infirmier 4, et après ce qui me fait peur dans ce projet de pôle de santé, tout ça c'est chouette mais comment organiser ça au sein de nos activités qui sont déjà bien remplies.

Modérateur : justement, comment vous fonctionnez ? Vous avez des logiciels de patientèle? Comment ça marche dans vos cabinets respectifs? Vous l'utilisez pour télétransmettre ou vous avez également des données sur les patients ?

I4 : c'est le minimum, c'est le numéro de la personne âgée qu'on soigne, des enfants mais on n'a pas de données. On fait ça par transmission avec ma collègue qui va reprendre le lendemain.

Modérateur : donc c'est de la transmission orale.

I4 : oui de la transmission orale avec notre collègue et on reprend point par point ce qui change, les modifications de traitement...

Modérateur : donc à la limite, il n'y a pas de traçabilité. Par exemple si on doit savoir à quel niveau il était il y a six mois par exemple sur une plaie chronique, vous avez de la difficulté à le sortir.

I3 : (oui en hochant de la tête)

I4 : euh... d'évaluer, on y arrive finalement avec le métier

Modérateur : mais pas au point de dire il y a 6 mois il était comme ça et maintenant il est comme ça

I4 : de manière objective, millimétré, c'est à peu près, c'est vague. De mémoire, on ne peut pas dire exactement mais euh...

Modérateur : et vous les kinés, ça marche comment ? Vous avez ce genre de traçabilité ou pas ?

K4 : on doit faire des bilans...

Modérateur : théoriquement les infirmiers aussi mais on est tous le nez dans le guidon et donc il n'y a personne qui le fait.

K3 : pour les patients les plus lourds, on laisse un cahier où on écrit tout mais on ne le fait pas pour tous. Quand on est plusieurs à le prendre en charge, on peut revenir 6 mois en arrière et voir comment il allait ce jour là.

Modérateur : et est-ce que vous envisagez qu'il puisse y avoir des moyens...

K3 : ça prend du temps, c'est pour ça...

Modérateur : je sais bien parce que nous, on marche à coup de traçabilité donc je sais bien le temps que ça prend...

I3 : je sais qu'avec les prestataires type Santély, enfin tous les prestataires qui me contactent, je sais que quand je prends en charge un patient, et bien j'ai un cahier de soins à remplir tous les jours, à dater, à signer avec les objectifs et l'évaluation et je dois remplir ça tous les jours et ce que j'ai fait : noter la tension, les constantes, comme à l'hôpital. Et ils déposent ça le premier jour, avec le matériel et ils récupèrent ça à la fin des soins. Et eux, ils gardent ça et c'est archivé, c'est tracé.

Modérateur : et cette traçabilité, vous en pensez quoi, tous ?

I3 : et bien c'est se protéger quand même, c'est que le soin a été fait, qu'on est allé chez le patient. Parce que comme on disait tout à l'heure, il y a des personnes malhonnêtes qui facturent alors qu'ils ne sont pas passés chez le patient.

K5 : quand je t'entends dire ça moi ça me... c'est fou qu'on en arrive à réfléchir comme ça, à se protéger, alors que le but de tout le monde c'est quand même d'aider le patient. S'il y a la volonté de créer le pôle de santé c'est pour aider le patient et de pouvoir t'imaginer qu'après on vienne t'embêter et dire que tu n'es pas passé moi ça me...

Modérateur : alors c'est pas que ça, est-ce qu'il y a un autre intérêt à ce type de traçabilité ?

K3 : bin, à travailler ensemble !

Modérateur : tu as raison dans ce que tu dis mais c'est pour travailler ensemble. Et est-ce que vous ne pensez pas qu'il puisse y avoir d'autres moyens justement, encore une fois, de transmettre les données des patients entre nous ?

K3 : sur un dossier que tout le monde puisse avoir.

I3 : par internet, un logiciel commun.

Modérateur : savez-vous si ce type de logiciel existe ? Ça existe nous on l'a.

K3 : oui mais ça n'est pas ouvert à nous

Modérateur : alors on peut donner des droits à qui on veut. Sur Weda, ou bien on donne des droits sur la totalité du dossier avec des codes d'accès. Nous les internes ont des codes d'accès (en s'adressant aux observateurs) vous vous êtes partis avant Weda.

K3 : avec l'accord du patient ?

Modérateur : avec l'accord du patient bien entendu, rien ne se fait sans l'accord du patient. Le dossier ne nous appartient pas, il appartient au patient, ça c'est la première des règles. Et donc après, avec l'accord du patient, pour l'efficacité des soins, on est dans la capacité de donner des codes d'accès par le biais de notre webmaster, machin a le droit d'aller voir ou la totalité du dossier ou une partie, et pour donner une partie du dossier, il faut créer un avatar du dossier avec la partie correspondante, ça prend 15 secondes sur le plan informatique.

I3 : donc le patient à ce code, il peut accéder à son dossier.

Modérateur : on pourrait imaginer le donner au patient également, effectivement. Mais en l'occurrence, là ça serait surtout de le donner aux professionnels de santé et donc d'avoir, et c'est ce que vous conviez tous tout à l'heure, d'avoir quelque part un webmaster des soins, un organisateur des soins, un chef d'orchestre qui à un moment donné, quand ça ne va pas bien, quand par exemple une mucoviscidose ne va pas bien et qu'on hospitalise et on donne un coup de fil au médecin traitant et on dit je fais, c'est moi qui envoie le dossier à l'hôpital avec l'arrêté des soins à aujourd'hui. Et dans l'arrêté des soins, il y a ce que le kiné a fait, ce que le médecin a prescrit, ce que l'infirmière a fait, tout et on envoie tout à l'hôpital. Et c'est celui qui est le professionnel délégué, chargé de s'occuper du patient et qui ne sera pas, et c'est ce que vous disiez tout à l'heure, obligatoirement le médecin, mais il a les données et il peut les transmettre et il le fait en passant un coup de fil aux autres et tout le monde est d'accord. Et à la limite, ça va très très vite en informatique, on met tout le monde en copie et ça part. Peut-être qu'il faudrait travailler avec une tablette à domicile, on ne sait pas encore. Pour l'instant, c'est quelque chose qu'on ne fait pas mais c'est quelque chose qui est possible. Et ça, ça fait partie de ce qu'on disait tout à l'heure, c'est le travail collaboratif.

K3 : et qu'en pense le médecin de déléguer. Parce que dans la mucoviscidose, ça se passe super bien parce qu'en fait, on shunte le médecin traitant. C'est pas qu'ils n'ont pas de médecin traitant, mais comme en général c'est l'hôpital qui gère... on

shunte un peu le médecin traitant, et est-ce que ça se passe bien parce qu'on shunte le médecin ?

Modérateur : et est-ce que c'est normal de le shunter ? Es-tu sûre qu'il n'y a pas de médecin traitant ? Et est-il normal de shunter quelqu'un ? Mais qui que ce soit ! Moi je me rends compte que quand on hospitalise, on oublie de prévenir le kiné... j'ai fait le coup deux fois à Stéphanie récemment. Je me suis confondu en excuses, je ne savais plus où me mettre mais j'ai oublié de la prévenir. Et la famille dans l'urgence n'a pas prévenu non plus.

K3 : je pense que c'est particulier parce que c'est une pathologie où souvent ils ne sont pas suivis en ville par le médecin traitant.

Modérateur : est-ce normal ?

K3 : parce que souvent, ils ne connaissent pas bien la pathologie

Modérateur : est-ce normal de ne pas connaître la pathologie ? De quelqu'un qu'on est censé être le médecin traitant ?

K3 : parce que c'est une pathologie où il y a un centre, ils sont déjà regroupés dans le centre de ressource de la mucoviscidose, et de coup en ville, ce n'est pas eux qui prennent les décisions.

Modérateur : est-ce normal ? Tu ne m'as toujours pas répondu, pardonne-moi.

K3 : non ce n'est pas normal mais s'ils ne sont pas au courant des protocoles...

Modérateur : alors que faut-il faire pour qu'ils le soient ?

K3 : des réunions...

Modérateur : il faut les former.

K3 : oui mais ils ne peuvent pas être formés sur tout !

Modérateur : ah bah ça c'est une question philosophique à laquelle je me garderais bien de répondre.

I3 : est-ce qu'un médecin traitant peut refuser de prendre en charge un patient ?

Modérateur : qui selon toi décide qui soigne ?

I3 : moi je vais aller vers le médecin qui va me soigner, mais si je vais vers ce médecin et qu'il me dit : non je ne peux pas vous soigner parce que ne connais pas votre pathologie.

Modérateur : c'est honnête comme réponse ou ce n'est pas honnête ?

I3 : oui c'est honnête

Modérateur : est-ce que c'est recevable à tes yeux ?

I3 : oui tout à fait, c'est professionnel, au moins il ne me fera pas perdre mon temps

Modérateur : la médecine générale est tellement vaste, on a tous des pôles de connaissance et des pôles de méconnaissance, le problème est quand on ne sait pas, il ne faut pas prendre en charge.

(Long silence)

Modérateur : il était quelle heure quand on a commencé ?

Observateurs : 20h45

Modérateur : donc on est déjà à 1h15.

K5 : il va y en avoir des choses à écrire (Rires)

Modérateur : on est un petit peu parti dans tous les sens, il faut que je relise... ah oui, ça c'est un truc qu'on a shunté : dans un pôle de santé, est-ce qu'il faut un chef selon vous ? Alors, tout à l'heure, on a parlé de l'organisateur de soins. Ça n'a pas eu l'air de trop vous choquer que celui qui dirige la collaboration du soin pourrait ne pas être un médecin. Et dans un pôle de santé, tel qu'on l'a défini tout à l'heure, vous semble-t-il utile qu'il y ait un chef et pourquoi ? Et dans ce cas-là, qui ça doit être ?

I3 : dans un milieu hospitalier, il y a un chef, un directeur

Modérateur : ça c'est intéressant ce que tu dis, il y a un directeur. Et le directeur, c'est un soignant ou pas ?

I3 : non

Modérateur : ça c'est bien ce que tu dis. Donc ça veut dire qu'il pourrait y avoir quelqu'un qui coordonne mais qui ne connaisse pas nécessairement le soin.

K3 : moi je pense qu'il ne doit pas y avoir nécessairement un directeur, il faut nommer quelqu'un qui coordonne. Au contraire, s'il y en a un placé au-dessus des autres... enfin ça dépend si on marque une différence entre diriger et coordonner...

Modérateur : dans un pôle de santé, il y a trois valences, je vais reprendre un petit peu ce que j'ai dit en préambule il y a une heure et quart, il y a le soin, c'est ce qui nous fait tous vivre, actuellement on vit tous de ça, mais du soin curatif, on ne vit même pas du soin préventif. Qui parmi nous fait des actes de prévention ? Nous en fait un petit peu, très peu, vous les infirmières, probablement vous faites aussi, vous le kiné aussi mais on arrive souvent quand il y a une pathologie à traiter et rarement avoir fait de la prévention. On vit du soin, certains d'entre nous commencent à vivoter de l'enseignement, c'est le cas des médecins, car on est payé pour le faire. Et dans un pôle de santé, on produit également des éléments de recherche en soins primaires de manière à faire bouger certaines recommandations, car toutes les recommandations sur lesquelles on bosse sont des recommandations

hospitalières. C'est ce que tu disais tout à l'heure (en s'adressant au kinésithérapeute 5), la prothèse de hanche c'est 15 séances et qui a décidé ? On a peut-être fait un ratio sur ce qui se passait partout mais le ratio est surtout fait sur ce qui se passe à l'hôpital et dans les centres de rééducation et quasiment pas sur ce qui se passe en ville.

K5 : là dans le ratio qui a été fait, par la CNAM je crois, pour inscrire ça dans la convention, ils ont pris le ratio du nombre de séances qui ont fait en libéral mais comme il y a des régions...

Modérateur : mais qui a décidé aussi ? Est-ce qu'il y avait des médecins libéraux, des kinés libéraux pour décider ? Tu peux regarder la liste, tu n'en trouveras pas.

K3 : si, si, je pense.

Modérateur : tu ne trouveras pas de médecins libéraux, ils n'y sont jamais conviés.

K3 : il y avait des kinés libéraux, j'avais lu un truc sur ça.

Modérateur : tu me sortiras ta base de données, je serais curieux de la voir.

K3 : des médecins non, mais je pense qu'il y avait des kinés.

K5 : mais je sais qu'en pratique c'est une aberration.

Modérateur : et donc en pratique il y a ces trois valences : le soin, l'enseignement et les projets de recherche. Et donc directeur non médical dans un pôle de santé, quel serait son rôle ?

K5 : pour moi, il faut quelqu'un qui gère, notamment quand il y a une structure comme ça, il y a certainement des finances pour que ça puisse vivre, donc quelqu'un déjà qui gère le côté financier et après l'orientation à donner à ces différents pôles que tu évoques, et de faire vivre ces pôles et d'inciter les uns et les autres à les faire fonctionner. Voilà, parce qu'on a beau être tous ensemble à vouloir faire un pôle de santé, le jour où il y a un couac, qui gère le problème de webmaster ou je ne sais quoi, qui gère ça ? Donc il faut quelqu'un qui ait la responsabilité et du temps.

Modérateur : en pratique, ce sont les soignants qui font ça quand même. C'est des soignants qui ne font plus de soin. Au Royaume-Uni c'est comme ça, aux Pays-Bas c'est comme ça. Ce sont des gens qui pendant un an arrêtent de faire du soin et ne font plus que de la gestion et répondent aux appels d'offre, gèrent les financements, proposent les répartitions de financement...

K3 : et ils sont formés pour ça ?

Modérateur : on les aide et on les accompagne pour le faire. Et après, on ne gère pas les financements d'un état sur un pôle de santé. Et selon vous ce professionnel

de santé peut être d'une profession déterminée ou peut-il être n'importe quelle profession de soins primaires ? Est-ce que n'importe qui peut faire le job ?

I3 : n'importe quelle profession du moment qu'il se sente capable d'assumer cette tâche.

Modérateur : doit-il s'autoproclamer ou doit-il être ?

I3 : je pense qu'il faut faire un vote, plusieurs candidats se présentent et il faut voter.

K5 : moi je ne suis pas convaincu qu'il faut que ça soit quelqu'un du pôle de santé. Quelqu'un d'extérieur pourrait très bien faire ça et quelqu'un qui est formé dans la gestion.

Modérateur : oui sauf que si ces projets-là englobent des projets de recherche, il faut quand même connaître le soin et la pertinence de tel ou tel projet par rapport à un autre. On ne peut pas faire un projet sur la mucoviscidose dans une ville où il n'y a que des vieux, ils seront tous morts avant.

K5 : non mais celui qui gère peut dire on va essayer de faire un projet de recherche et il s'adresse lors d'une réunion sur la recherche à viser, lors d'un échange avec tous les professionnels. Et du coup, voilà, c'est lui qui chapote cette recherche et le financement même si lui il ne connaît pas ça dans la santé, ça ne me choque pas.

K3 : il y a un truc que je n'ai pas dû comprendre, pourquoi il y a une demande de financement ? Parce que les professionnels seraient payés autrement que par la sécurité sociale ?

Modérateur : alors pas obligatoirement par un autre organisme que la sécu, ça peut être la sécu mais tous ces projets de recherche, là je suis actuellement en train de négocier 2 budgets, un avec la MSA et un avec la CARSAT sur un projet personne fragile qui devrait aboutir. Enfin, ils sont quand même liés à l'assurance maladie parce que la MSA c'est l'une des trois grandes caisses d'assurance maladie française avec le RSI et la caisse des travailleurs salariés. Après il y a l'Agence Régionale de Santé qui finance beaucoup de choses, nous on a déjà eu des financements du conseil général, le département nous a déjà financé des choses pour les personnes âgées. Il faut aller chercher des sous dans l'organisme qui correspond au projet. Mais donc, ce sont des alternatives au paiement à l'acte.

I3 : on ne serait pas salariés ?

Modérateur : non. Qu'est-ce que vous pensez de votre statut libéral justement ?

I3 : je ne sais pas combien de temps ça va durer. Comme tu disais tout à l'heure, il faut faire des économies, donc est-ce qu'un jour le libéral va s'éteindre et on serait salarié de la sécurité sociale.

K5 : on l'est déjà. Pour moi, on est le contre exemple du libéral. La kiné, je pense que c'est vachement bien, mais si demain tu dérembourses la kiné, tu auras beaucoup moins de monde dans les cabinets. Et donc forcément, on est hyper dépendants de la sécurité sociale. Je pense que globalement les soins, le jour où tu dérembourses, les gens se soigneront moins, tout simplement. Pour les pathologies essentielles peut-être pas mais la kiné, c'est quand même vu comme du soin « confort ». Donc pour moi, on est libéral sur la forme d'exercice puisqu'on est indépendant, si tu travailles pas tu gagnes pas, mais à côté de ça, c'est la sécu qui décide combien tu vas faire de séances pour untel, qui décide du tarif...

Modérateur : est-ce que c'est du soin de confort de récupérer une autonomie quand on est âgé et qu'on ne l'avait plus ? Est-ce que c'est du soin du confort de récupérer une bonne fonction ventilatoire quand on a une mucoviscidose ou une BPCO ? Est-ce que c'est du soin de confort de pouvoir éviter l'antibiothérapie grâce au kiné ? Est-ce que c'est du soin de confort de récupérer rapidement d'une poussée d'arthrose invalidante qui risque de devoir faire utiliser des anti-inflammatoires qui vont plomber les fonctions digestives ou amener les gens en insuffisance rénale aiguë et au rein artificiel ? Vous avez une faible opinion de vos métiers ! (Rires)

K5 : dis comme ça, non...

Modérateur : mais c'est comme ça qu'il faut le présenter. Est-ce que c'est un soin de confort d'avoir des infirmiers qui viennent régulièrement s'occuper de plaies et d'escarres et qui à un moment donné va éviter de donner une gangrène, une septicémie, une amputation ? Vous devez avoir une haute opinion de vos métiers jeunes gens, s'il vous plaît ! (Rires) C'est comme ça qu'il faut le voir. La sécu a été créée en 49, par ordonnance par le général De Gaulle, elle a permis en l'espace d'une soixantaine d'année d'augmenter de 25 ans l'espérance de vie des gens. On ne peut pas dire que c'est du confort, c'est fabuleux.

K3 : il faut des gens comme ça pour nous défendre ! (Rires)

Modérateur : je ne sais pas mais c'est comme ça qu'il faut voir les choses. Il faut se défendre à coups de griffes et à coup de pompes dans l'arrière train de ceux qui vous disent le contraire. Il ne faut pas vous laisser faire ! Est-ce que vous vous sentez prêts à transmettre vos valeurs ? On a parlé plusieurs fois d'enseignement,

est-ce que dans vos écoles respectives vous êtes sollicités pour prendre en charge des juniors et les former ? Sur site, là où vous bossez, l'avez-vous déjà fait, vous sentez-vous capables de le faire, cela vous intéresse-t-il ?

I3 : j'ai souvent des appels d'élèves infirmiers qui veulent voir le métier de l'infirmière libérale, ils veulent voir concrètement sur le terrain comment ça se passe la profession d'infirmière libérale.

Modérateur : et tu donnes suite ?

I3 : oui quand je peux.

K3 : moi on ne m'a jamais appelé sauf des stagiaires en troisième (Rires)

I3 : j'en ai eu plein des appels cette année.

I4 : il faut avoir le temps aussi, je me lève déjà très tôt...

I3 : oui, ce n'est pas que ça, c'est aussi le patient qui refuse. Moi je demande mais bien souvent ils ne veulent pas.

Modérateur : c'est surprenant parce que moi, je ne me souviens pas du dernier refus.

I3 : moi si, parce qu'une toilette, la personne est nue... et bien, ils ne veulent pas. Ils ne veulent pas d'élève infirmier.

Modérateur : alors il y a des techniques pour que les gens acceptent. Nous quand on forme les maîtres de stages, il y a des techniques pour amener les gens à accepter les choses. Doucement, pas en leur mettant le couteau sous la gorge. Il y a une façon de présenter les choses.

I3 : mais par contre, en milieu hospitalier, ça se passe bien. Mais là, comme on va chez eux, et bien, ils refusent. Pas tous mais...

Modérateur : il y a une façon d'amener les choses et en règle générale, à un moment donné, ce n'est jamais refusé. Il faudra qu'on en rediscute un jour de ça. Parce que nous c'est une formation qu'on fait pour les jeunes maîtres de stage, justement pour limiter le plus possible les refus qu'il peut y avoir d'intrusion du junior en formation. Mais quelque part, ça vous intéresse ou pas de transmettre vos valeurs ?

K5 : oui, je trouve que c'est super intéressant d'avoir quelqu'un, sur un plan personnel, ça nous oblige des fois à se réfléchir sur un patient et ça, c'est super intéressant je trouve, alors comme dit Infirmier 4, ça prend du temps. Mais après, il faut savoir ce qu'on veut, soit on prend ce temps-là et ça nous intéresse, soit on ne le prend pas.

Modérateur : dois-je comprendre que ça sous-entend que ça nous aide à devenir meilleur en fait d'avoir des jeunes qui nous poussent derrière ?

K3 : ah oui je pense

K5 : oui et même quand tu parlais des petits étudiants de troisième, même quand tu dois réexpliquer et simplifier les bases et réexpliquer tout ça, moi ça me pousse à réfléchir.

K3 : moi j'ai eu des mauvaises expériences avec les troisièmes, ils étaient jamais vraiment intéressés

K5 : oui, moi maintenant, je fais un entretien pour les stages de troisième. Mais ça peut être difficile de faire ça, ça demande une autre organisation. Je sais que je finis une demi-heure plus tard quand j'ai un étudiant en troisième pourtant il n'est qu'en troisième, il ne connaît pas l'anatomie, il ne connaît rien. Donc une fois de temps en temps c'est bien mais... moi personnellement, j'ai fait mes études en Belgique de kiné, ça je sais que ça peut poser problème pour devenir formateur. Je me suis jamais renseigné, je n'ai jamais été chercher.

Modérateur : tu as un diplôme européen ?

K5 : oui mais bon... il y a toujours des démarches à faire.

Modérateur : savez-vous qu'il existe des formations qui vous aident à aller au-delà des prises en charges, et donc comme je disais tout à l'heure, à convaincre un peu les patients dans le cadre de projets d'éducation thérapeutique qui ça vaut le coup d'accepter que les juniors soient là. En l'occurrence on a eu l'opportunité, on a formé au niveau de l'ALPS quinze professionnels tout métier confondu à l'éducation thérapeutique de patients, l'ETP. Donc ce sont des formations qui sont rémunérées, qui durent 40 heures, qui se font en l'espace de 4 mois et au cours desquelles vous allez vous former, vous sortez de votre cabinet, en s'occupant d'une manière différente du patient et avec une rémunération.

K3 : oui, on a reçu un mail pour ça. Le fait de ne pas avoir eu cette rencontre avant. C'est pas que je comprenais pas mais je ne voyais pas... maintenant ça me paraît plus clair, je comprends mieux l'objectif

Modérateur : c'est basé sur un projet qu'on a émis avec la faculté de médecine pour 2016 sur l'auto mesure tensionnelle. On va donc apprendre aux gens à surveiller eux-mêmes leur tension. C'est clair que la surveillance tensionnelle au cabinet médical ne sert absolument à rien. Nous quand on voit les gens c'est pour adapter le traitement, voir s'il est bien toléré, et prendre la tension au cabinet médical, ça ne sert à rien du tout. L'intérêt c'est que les gens la prennent eux-mêmes. Et dans le cadre de ce projet, il faut qu'on ait un minimum de professionnels de santé formés à

l'éducation thérapeutique. Ici, on a une fournée de quinze personnes en train d'être formées et de terminer leur formation. On est parvenu à négocier, à force de jouer des coudes et on s'est beaucoup usé là-dessus Patrick Lerouge et moi, à obtenir une deuxième possibilité de quinze formations qui vont s'échelonner entre septembre et décembre 2015. Sauf que maintenant, ils nous bloquent un peu parce qu'ils ne veulent former que des médecins et des pharmaciens, chose que je trouve complètement c... sauf que je suis bloqué parce que les décideurs sont en vacances mais dès la rentrée, je vais taper sur la table car il faut que tous les métiers y rentrent. Là par exemple dans la fournée en cours, il y a Arnaud Dubois qui est orthophoniste.

K3 : c'était quoi le thème ?

Modérateur : l'éducation thérapeutique du patient. C'est un cycle de formation où on apprend à accompagner les patients en fonction de leur pathologie, en fixant des objectifs thérapeutiques et donc quelque part à devenir manager de soins. C'est exactement ce qu'on dit depuis tout à l'heure. Parmi vous, y en-a-t-il qui sont intéressés ? Ca vous oblige à sortir un peu de votre cabinet mais vous êtes payés. Alors je ne sais pas si la rémunération couvre la perte totale, nous, elle ne le couvre pas, mais c'est peut-être plus facile pour vous.

K5 : oui tu peux me mettre.

Modérateur : donc la formation est pluriprofessionnelle là par contre. Actuellement en formation, il y a médecins, pharmaciens, kinés, infirmières et orthophonistes.

K3 : moi ça m'avait intéressé mais j'avais du mal à me lancer toute seule. J'avais essayé de motiver Stéphan mais il n'avait pas trop le temps à l'époque quand on avait reçu le mail. C'est 40 heures ?

Modérateur : 40 heures, répartis sur 4 mois, c'est par journée entière sur septembre octobre novembre décembre.

K3 : c'est ma pire période de l'année, après ça va être renouvelé ?

Modérateur : non, il n'y aura pas de seconde couche car on aura pas le financement pour. Après il va falloir qu'on continue à évoluer entre nous. Bon, je pense qu'on a fait le tour. Voulez-vous ajouter des choses ?

Général : non, c'est très bien.

**AUTEUR : Nom : LACONTE**

**Prénom : Valentine**

**Date de Soutenance : 29 octobre 2015**

**Titre de la Thèse : Quelles sont les attentes et les aspirations des Kinésithérapeutes, Infirmières, Pédiatres-Podologues, Diététiciens, Opticiens et Orthophonistes pour la mise en place effective du pôle de santé de la ville de Hem ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : Médecine Générale**

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

**Contexte :** La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 reconnaît le besoin du soin de proximité et inscrit pour la première fois la notion de « soins de premier recours » au niveau législatif. Dans un contexte de restructuration des soins primaires évoluant depuis plus de 10 ans, le Pôle de Santé (PDS) est une solution innovante et adaptée qui ouvre des perspectives nouvelles au regard du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et du déficit démographique des professionnels de santé. L'objectif était de recueillir les attentes et les aspirations des professionnels para médicaux dans la mise en place effective du PDS dans la ville de Hem.

**Méthode:** Analyse qualitative par entretiens collectifs auprès des professionnels para médicaux de la ville de Hem. Les entretiens étaient retranscrits intégralement et faisaient l'objet d'un codage thématique.

**Résultats:** Les professionnels attendaient que le PDS leur permettent une amélioration de leur prise en charge et rémunèrent des actions d'éducation thérapeutique et de prévention. La collaboration et la coordination des soins permettant une prise en charge globale du patient étaient la pierre angulaire de ce projet. Ils y voyaient un moyen d'améliorer leurs conditions de travail. Ce lieu serait attractif pour les jeunes, formateur pour les étudiants et bénéfique pour les patients. La continuité et la permanence des soins y seraient assurées. Cependant, ils craignaient qu'il soit source de complexité administrative, juridique et financière. Le caractère chronophage et contraignant de l'intégration au PDS pouvait constituer un frein. Ce modèle bousculait également la culture professionnelle libérale établie. Ils souhaitaient que les réalités du terrain soient prises en compte et que les professionnels ne faisant partie de pôle ne soient pas exclus.

**Conclusion :** Toute démarche de regroupement implique une phase préalable reposant sur l'identification des besoins. Cette étude était un préalable indispensable à la mise en place du PDS de la ville de 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**