

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**Année 2013**

**n°**

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : THELOT-BACH Prénoms : Lorène, Marie**

**Date et Lieu de naissance : 16 Mai 1982, Paris 17<sup>ème</sup>**

*Présentée et soutenue publiquement le : 21 Novembre 2013*

**EXPLORATION DES CONCEPTIONS DE L'EVOLUTION DE  
L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES ET COMPREHENSION DES  
RÔLES PROFESSIONNELS LORS DE LA CONCEPTION D'UN POLE DE  
SANTÉ ; UNE ETUDE QUALITATIVE**

Président de thèse : **Professeur NOUGAIREDE Michel**

Directeur de thèse : **Professeur MERCIER Alain**

*DES de médecine générale*

## COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur MERCIER Alain

Membres du jury :

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel Nougairède,

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils et votre disponibilité.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Alain Mercier,

Merci pour l'honneur que tu m'as fait de diriger cette thèse. Je te remercie pour ton soutien, tes précieux conseils et ta disponibilité. J'ai pris un grand plaisir à découvrir la recherche qualitative à tes côtés.

A

A

A mes chers parents,

Votre affection, votre soutien et votre patience tout au long de ces années m'ont permis de m'épanouir tant sur le plan personnel que professionnel.

A mon cher mari et à mon fils Yoan,

Merci de croire en moi et de votre soutien quotidien. Avec tout mon amour.

A mes frères et sœurs ainsi que mes amis,

Avec tous mes remerciements pour votre soutien



## LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide médicale d'état

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé

AVK : anti vitamines K

CMU : Couverture médicale universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes d'Evaluation et de la Statistique

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FEMASIF : Fédération des Maisons et Pôles de Santé d'Ile de France

HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation En matière de Santé

ISNAR-IMG : Inter Syndicale National Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale

MAD : Maintien à domicile

UNCAM : Union Nationale des Caisses D'assurance Maladie

## Table des matières

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>1. <u>INTRODUCTION</u>.....</b>	<b>8</b>
1.1 Dynamique actuelle des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires .....	8
1.1.1 La démographie médicale .....	8
1.1.2 La démographie paramédicale.....	11
1.1.3 La demande de soin .....	15
1.1.4 Le changement de l'organisation du travail .....	16
1.1.5 Le changement de la conception d'organisation des soins primaires.....	18
1.2 La maison de santé pluridisciplinaire .....	18
1.2.1 Le contexte local : Le projet de Maison/Pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont .....	19
1.2.2 Historique du projet .....	20
1.2.3 Données de la littérature actuelles .....	21
1.2.4 Objectifs/Question de recherche.....	23
<b>2. <u>MATERIEL ET METHODE</u>.....</b>	<b>25</b>
2.1 Objectifs.....	25
2.2 Choix de la méthode .....	25
2.3 Description de la méthode .....	25
2.4 Les entretiens .....	26
2.5 Echantillonnage .....	28
2.6 Analyse des données.....	28
<b>3. <u>RESULTATS</u> .....</b>	<b>31</b>
3.1 Description de l'échantillon.....	31
3.2 Persistance d'une hiérarchisation professionnelle .....	32
3.3 Des difficultés à concrétiser les projets de soins en pratique .....	33
3.4 La vision des professionnels du système de soin actuel .....	34
3.4.1 Les difficultés des patients .....	34
3.4.2 Les difficultés des praticiens .....	36
3.5 Les propositions effectuées pour améliorer la prise en charge des patients .....	39
3.6 La vision du changement de l'organisation des soins primaires en rapport avec la mise en œuvre du Pôle de santé : moyens proposés, avantages, freins .....	42
3.6.1 Les moyens proposés.....	43
3.6.2 Les avantages.....	46
3.6.3 Les freins pour les patients .....	48
3.6.4 Les freins pour les praticiens .....	48
3.7 Typologie des praticiens .....	50
3.8 Evaluation du changement provoqué par les entretiens de recherche .....	50
<b>4. <u>DISCUSSION</u> .....</b>	<b>52</b>

4.1 Limites de l'étude .....	52
4.2 Synthèse des résultats .....	53
4.3 Difficultés de mise en œuvre des projets : propositions de solutions.....	56
4.4 Difficultés pour certains professionnels à conceptualiser les missions des maisons/pôles de santé pluridisciplinaires .....	61
4.5 Propositions de projet de soins .....	62
<b>5. <u>CONCLUSION</u>.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>65</b>
<b>Annexe 1 : Contrat local de santé .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe 2 : Statuts ADPMS Ermont .....</b>	<b>97</b>
<b>Annexe 3 : Guide d'entretien .....</b>	<b>102</b>
<b>Annexe 4 : Questionnaire retour d'entretien.....</b>	<b>104</b>
<b>Annexe 5 : Proposition de projet de soins .....</b>	<b>105</b>
<b>Annexe 6 : Entretiens .....</b>	<b>108</b>
<b>Annexe 7 : Retours d'entretien .....</b>	<b>127</b>

## 1. INTRODUCTION

### 1.1 Dynamique actuelle des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires

Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires sont actuellement en plein essor. Ce nouveau mode d'exercice regroupé attire de plus en plus les professionnels et plus particulièrement les jeunes médecins à l'issue de leur formation [1]. Il existe plus de 200 maisons et pôles de santé en France. Environ 1000 projets sont en préparation [1]. Plusieurs raisons expliquent ce développement actuel. Il est d'abord dû à l'évolution défavorable de la démographie médicale et paramédicale, qui nécessite une réorganisation du soin primaire. Nous exposerons dans un premier temps ces tendances démographiques. Ensuite nous exposerons les tendances actuelles de modification de l'offre et de la demande de soins. Celle-ci influe sur le choix du futur mode de fonctionnement des praticiens de soins primaires. Nous continuerons en exposant les raisons des jeunes professionnels pour choisir ce type de structure. Nous poursuivrons en exposant de quelle façon ces tendances s'inscrivent dans une tendance forte de changement de l'organisation du soin primaire. Nous concluons en exposant notre projet et le travail dont il a été l'objet.

#### 1.1.1 La démographie médicale

La démographie médicale évolue à la baisse depuis les années 2000, nécessitant la mise en place de structures pouvant assurer une offre de soin pérenne.

D'après le rapport du sénateur Juilhard, de 2009 [2], le bilan sur les expérimentations de maisons et pôles de santé montre que « *ces installations ancrent de manière pérenne une offre de soins de proximité sur laquelle peuvent s'articuler un aménagement de l'offre médico-sociale et de nombreux services rendus à la personne* ». En effet, elles attirent les jeunes professionnels de santé qui souhaitent de plus en plus travailler en équipe et permettent l'accueil des étudiants via l'universitarisation de ces structures.

Un scénario tendanciel a été réalisé par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2009. Ce scénario suppose un maintien des choix individuels des médecins à long terme, avec un fort relèvement du *numerus clausus* à 8000 en 2011. Dans ce cas, le nombre de médecins en activité ne retrouverait le taux actuel qu'en 2030 [3] (Cf. figure 1 et 2). D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), bien qu'il n'ait jamais recensé autant de médecins inscrits au tableau (271 970 au 01/01/2013), ce phénomène est principalement lié à l'augmentation des retraités actifs au sein



de ces effectifs. En un an, le nombre de médecins actifs a légèrement diminué (-0.12%) tandis que le nombre de médecins retraités a augmenté de 8% sur la même période [4].

Figure 1 : Evolution en densité et répartition par âge des médecins entre 2007 et 2030. Cartes du scénario tendanciel d'après la DREES (France métropolitaine) [3]

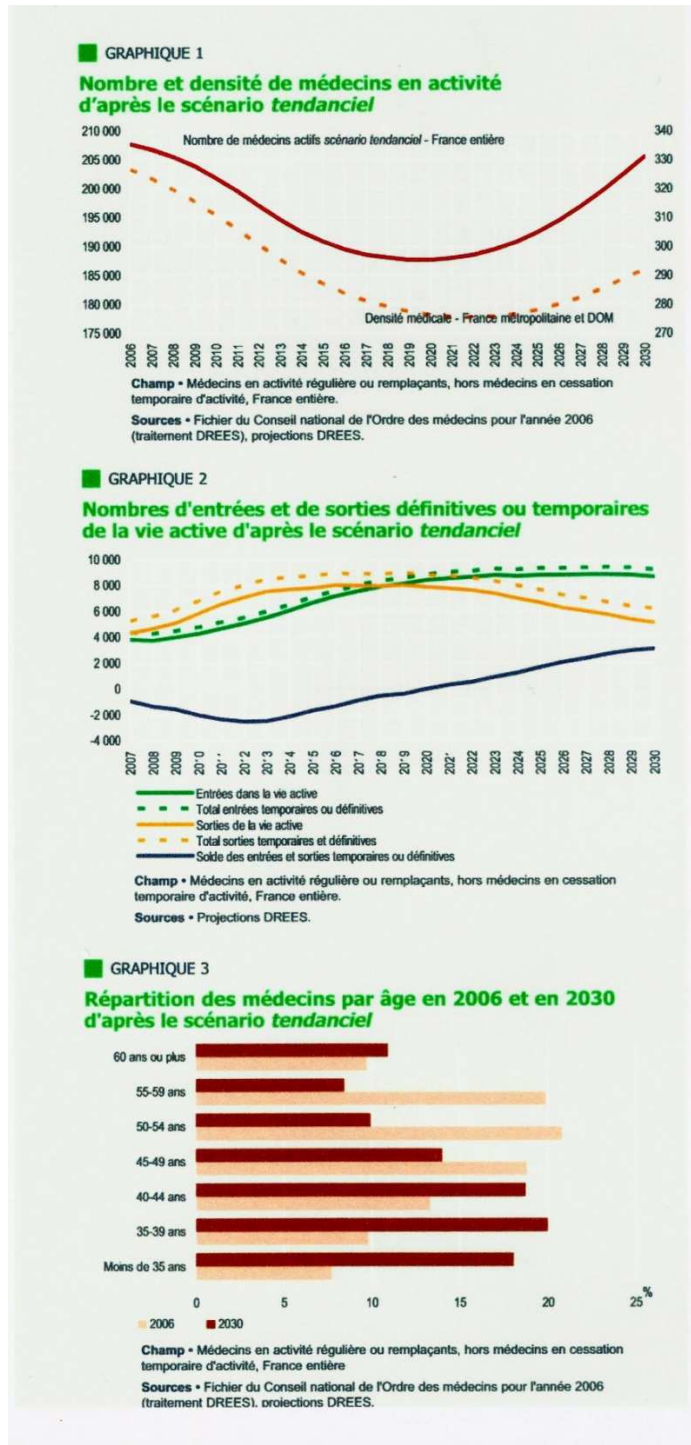
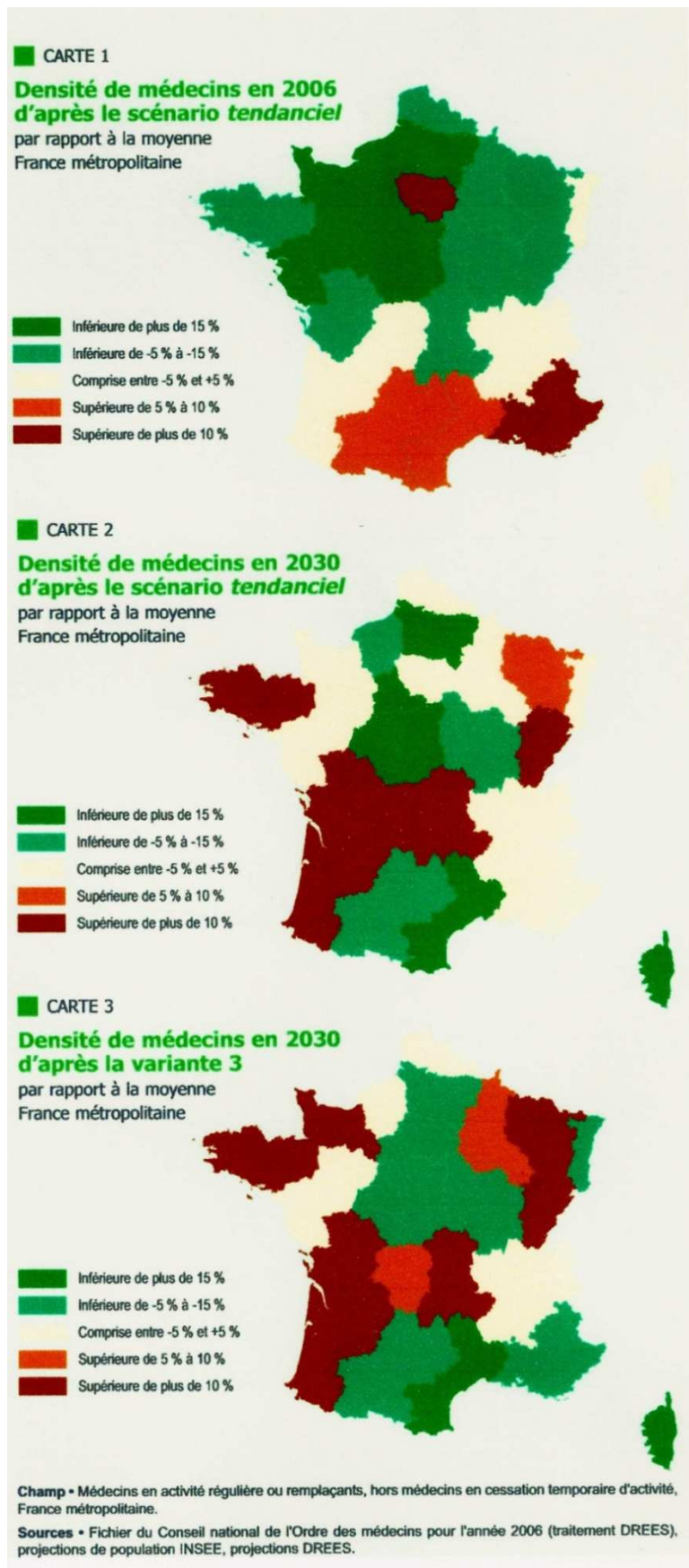


Figure 2 : Densité des médecins en 2006 et 2030 d'après la DREES (France métropolitaine)

[3]



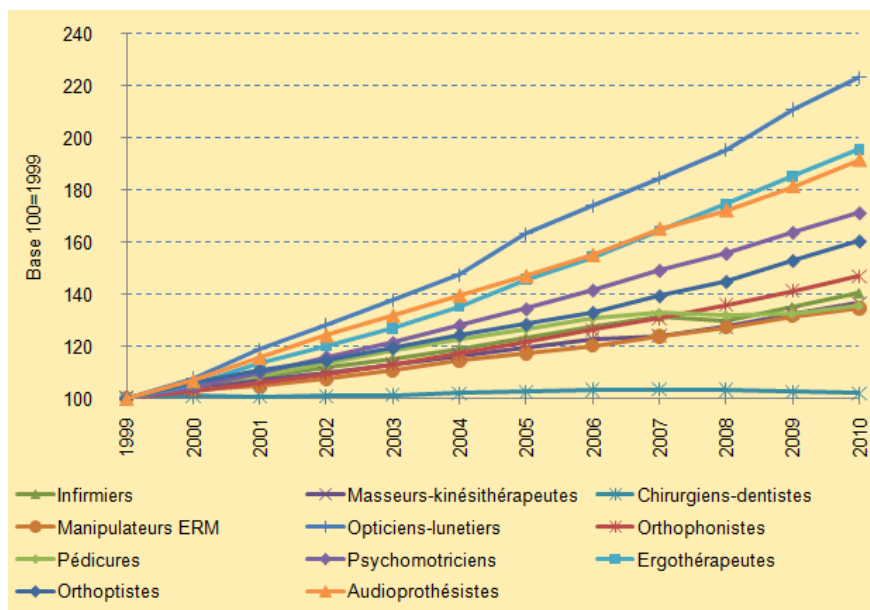
### 1.1.2 La démographie paramédicale

Les généralistes ne sont pas les seuls professionnels de soins primaires à être concernés par cette baisse démographique. La densité paramédicale est différente selon les régions et les professions concernées.

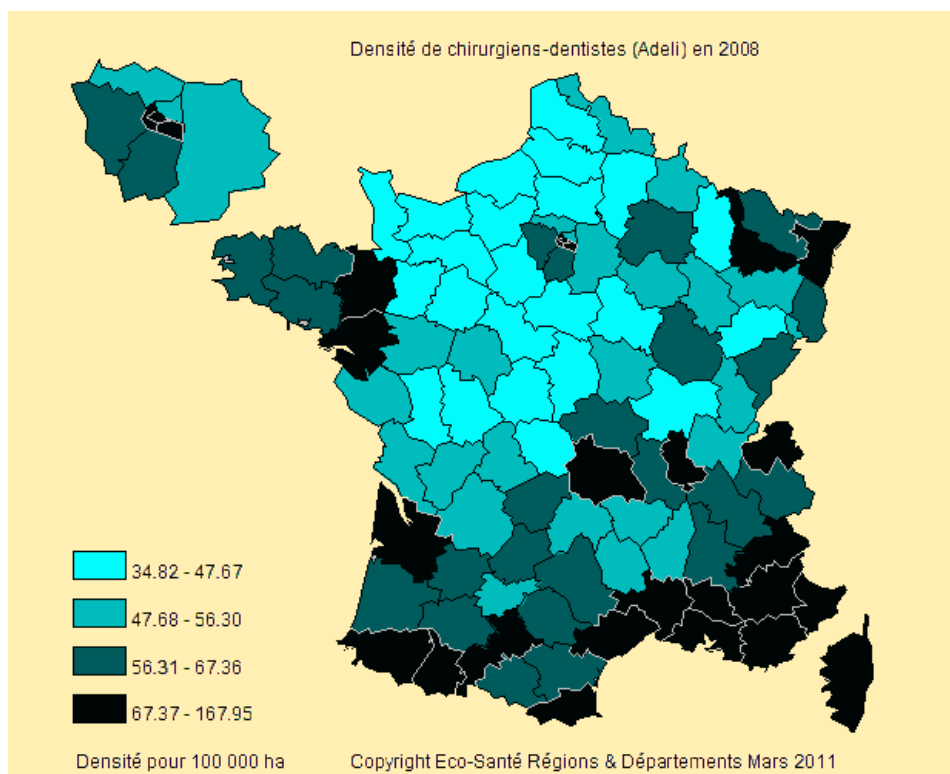
D'après l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la densité paramédicale pour 100 000 habitants est répartie comme suit, en 2013, selon les différentes professions [5]:

Professions de santé en 2013			
	Nombre		Densité pour 100 000 habitants (1)
	2012	2013	2013
<b>Professions médicales et pharmaceutiques</b>			
Médecins	216 762	218 296	333
Chirurgiens-dentistes	40 599	40 833	62
Sages-femmes (2)	19 128	20 235	137
Pharmaciens	72 811	73 670	112
<b>Auxiliaires médicaux</b>			
Infirmiers diplômés d'État et autorisés	567 564	595 594	909
Masseurs-kinésithérapeutes	75 164	77 778	119
Pédicures-podologues	12 085	12 430	19
Orthophonistes	21 220	21 902	33
Orthoptistes	3 655	3 826	6
Opticiens-lunetiers	25 010	27 340	42
Psychomotriciens	8 385	8 891	14
Manipulateurs E. R.M	30 201	31 242	48
Ergothérapeutes	8 079	8 539	13
Audio-prothésistes	2 625	2 768	4
<b>Ensemble des médecins libéraux</b>	<b>112 025</b>	<b>109 981</b>	<b>168</b>
Généralistes	64 638	63 595	97
Spécialistes	47 387	46 386	71
<b>Ensemble des médecins salariés</b>	<b>87 041</b>	<b>88 190</b>	<b>135</b>
Généralistes	32 447	32 597	50
Spécialistes	54 594	55 593	85
<b>Ensemble des médecins "mixtes" (3)</b>	<b>17 696</b>	<b>20 125</b>	<b>31</b>
Généralistes	4 811	5 611	9
Spécialistes	12 885	14 514	22
<b>Ensemble des médecins généralistes</b>	<b>101 896</b>	<b>101 803</b>	<b>155</b>
<b>Ensemble des médecins spécialistes</b>	<b>114 866</b>	<b>116 493</b>	<b>178</b>
(1) : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.			
(2) : la densité des sages-femmes est calculée sur la population féminine de 15 à 49 ans.			
(3) : les médecins "mixtes" exercent une activité libérale mais peuvent être en partie des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire.			
Note : données au 1er janvier.			
Champ : France y c. Mayotte.			
Sources : Drees ; Insee, estimations de population au 1 <sup>er</sup> janvier 2012.			

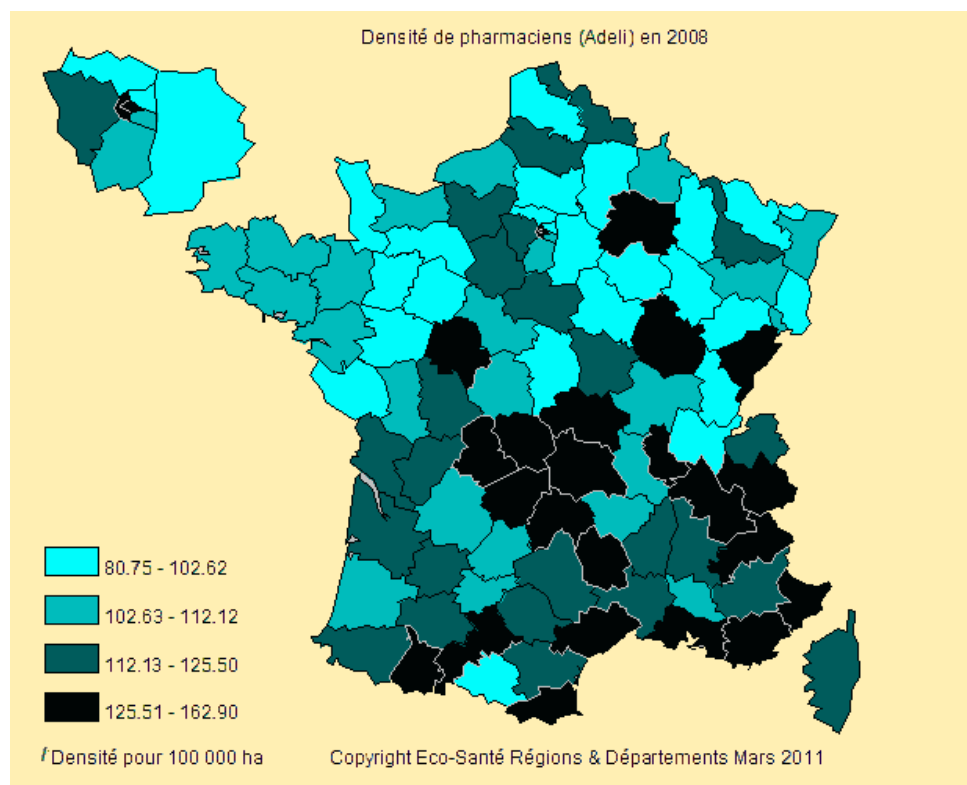
D'après L'Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES), entre 1990 et 2010, en dehors des effectifs des chirurgiens-dentistes, les effectifs de toutes les professions paramédicales considérées augmentent de façon différente suivant les professions considérées : ils ont été multipliés par 1.3 pour les manipulateurs ERM et par 2.2 pour les opticiens-lunetiers [6]



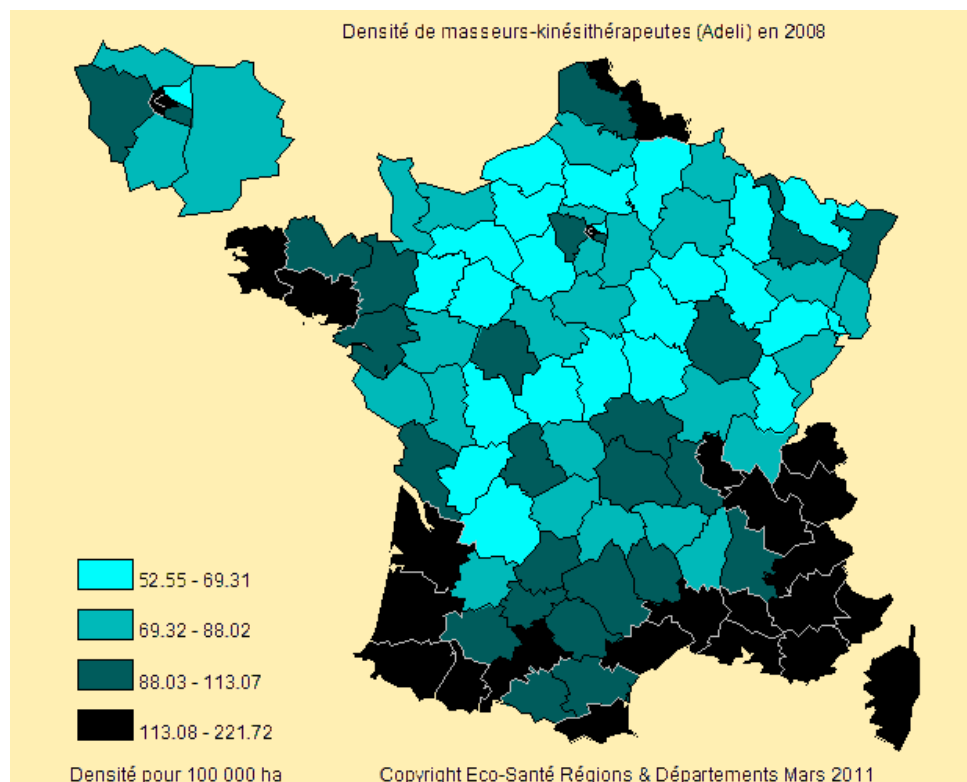
La densité des chirurgiens-dentistes peut varier du simple au quintuple suivant les départements (34.82 pour la Creuse et 167.95 pour Paris)



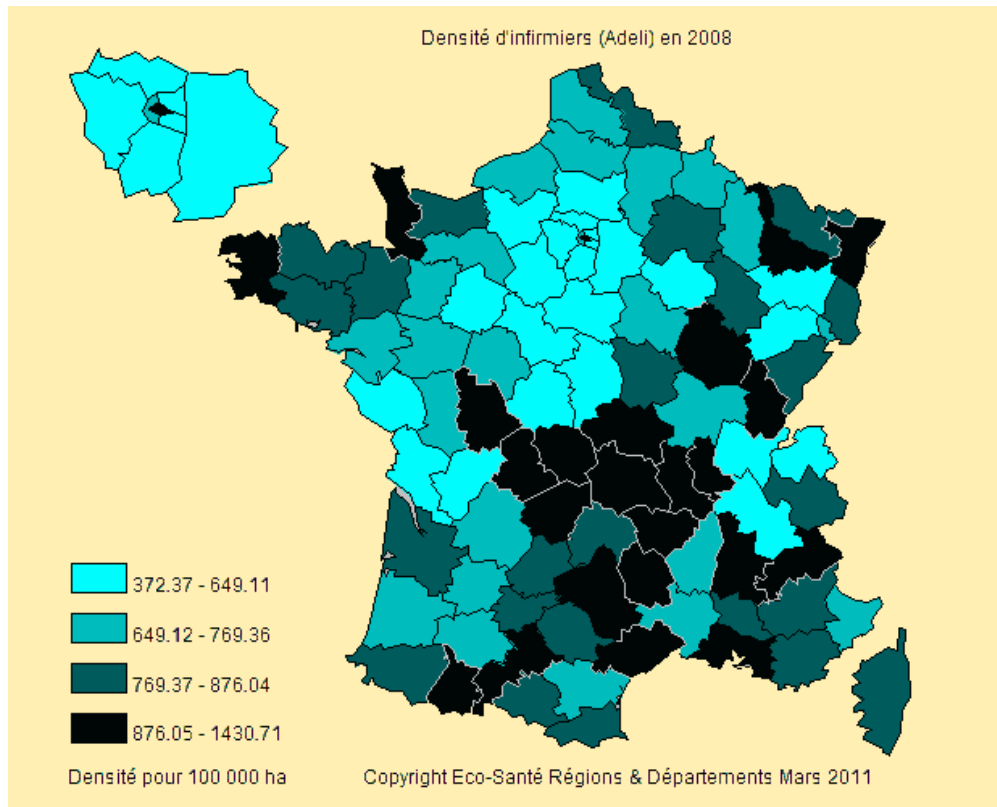
Concernant les pharmaciens, la Seine-Saint-Denis est le département le moins bien couvert tandis qu'à Paris la densité est de 162.9 pharmaciens pour 100 000 habitants



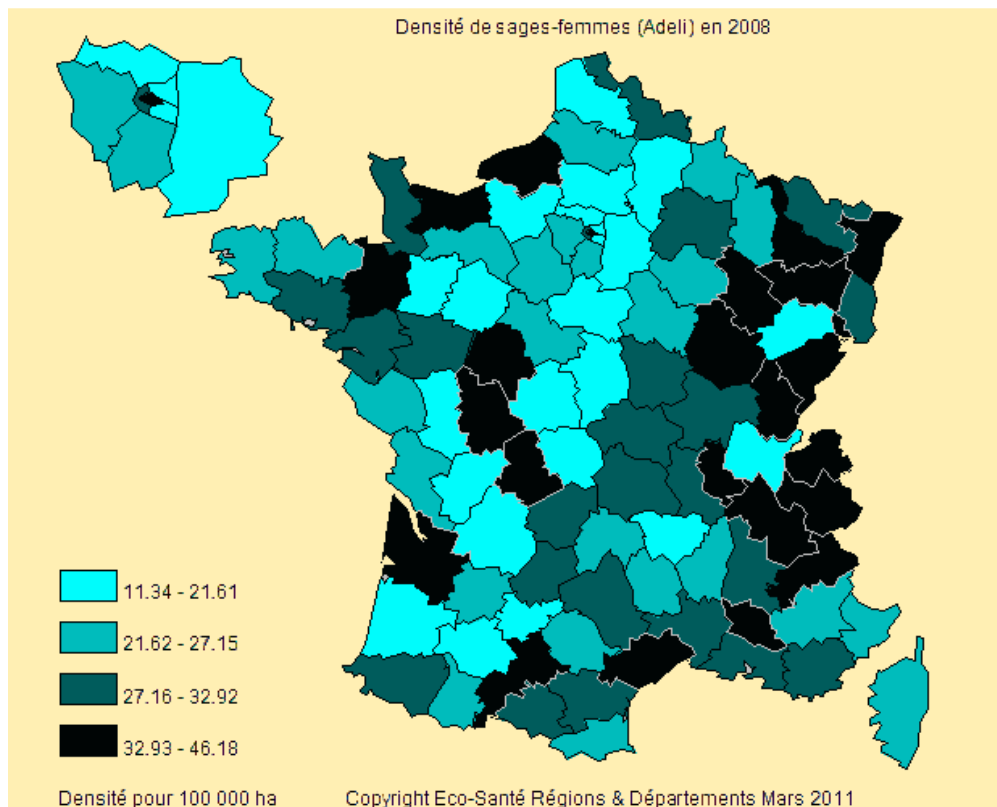
Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le département le moins bien couvert est la Haute-Marne (52.55) tandis que les Hautes-Alpes bénéficient d'un plus grand nombre de masseurs-Kinésithérapeutes par habitants (221.72 pour 100 000 habitants)



L'Eure est le département le moins bien couvert pour les infirmiers (372.37) tandis que les Hautes-Alpes est le département le mieux couvert (1430.71)



Pour les sages-femmes le département le moins bien couvert est la Creuse (11.34) tandis que le Rhône bénéficie d'un grand nombre de sages-femmes (46.18)



Au total, la démographie des professionnels de santé de soins primaires pose à la fois des problèmes de répartition des professionnels, et des problèmes liés à l'évolution de l'offre. En l'absence de mesures contraignantes à l'installation, il paraît difficile de proposer une offre équivalente sur tout le territoire. Il est de toute façon difficile de juger de l'accessibilité aux soins primaires et plus particulièrement aux médecins généralistes uniquement sur des critères géographiques. Des mesures objectives, comme l'accessibilité potentielle localisée ne mettent pas en évidence de « déserts médicaux », selon l'expression désormais consacrée à ce phénomène [7]. Néanmoins, il importe, à côté de telles mesures, de tenir compte du ressenti des patients, qui subissent de longs délais de rendez-vous. Il est surtout difficile de décrire précisément les professionnels qui exercent réellement en soins primaires compte tenu de la grande hétérogénéité des parcours professionnels et des carrières des diplômés en médecine générale. Un répertoire harmonisé centralisé inter-administratif et inter-structures, décrivant qualifications, type d'exercice, les champs d'activités des professionnels, afin de définir ce qui relève clairement des soins primaires n'existe pas encore. Toute exploration de déficits démographiques supposés ou non, doivent être explorés et à partir de leur activité réelle.

### 1.1.3 La demande de soin

La mise en place de ces structures s'établit en phase avec l'évolution de la demande de soins. En effet, il existe une transition importante du métier de généraliste, en rapport avec le vieillissement de la population. Les praticiens de soins primaires prennent en charge de plus de plus de patients chroniques. La prévention prend une place de plus en plus importante (prévention du cancer colo rectal, pratique de mammographies de dépistage). L'organisation de la prévention du cancer du col par le frottis cervico-vaginal incombera de plus en plus au généraliste du fait de la disparition programmée des gynécologues médicaux. Bien que les jeunes médecins généralistes soient formés dans leurs facultés, cet état de fait alimente d'ailleurs la polémique [8].

L'espérance de vie à la naissance en France, en 2011, est de 84.8 ans pour les femmes et 78.2 ans pour les hommes d'après la DREES [9]. La France fait partie des pays où les femmes vivent le plus longtemps et les hommes sont dans la moyenne Européenne. En 2010, en France, l'espérance de vie à 65 ans était la plus élevée, tant pour les femmes (22.8 ans) que pour les hommes (18.6 ans).

Cependant la durée de vie avec une incapacité est plus importante pour les femmes. Celle-ci survient souvent dans un contexte d'isolement social, ce qui souligne l'importance des prises en charge sanitaires et sociales des maladies chroniques [10].

Chez les hommes le décalage entre les résultats favorables de l'espérance de vie à 65 ans et l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par les décès prématurés et montrent la nécessité d'améliorer la prévention et la promotion de la santé [9].

Chez les jeunes, les résultats sont bons et les objectifs de santé publique semblent atteints. Cependant il reste des efforts à fournir concernant les hospitalisations pour asthme chez les enfants et la prévention en termes d'obésité, de conduites à risque et de contraception concernant les 15 à 24ans [9].

De même pour les femmes des améliorations restent à faire concernant l'utilisation de contraceptifs adaptés au contexte social, affectif et sexuel des patientes. De plus les désirs de grossesse étant plus tardifs, il existe une augmentation du nombre de grossesses à risque à surveiller même si pour l'instant le taux de mortalité maternelle reste stable [9].

La prise en charge des maladies chroniques reste un enjeu de santé publique : les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers représentent avec les maladies psychiques plus des trois quart des affections de longue durée. En 2008, 15% des hommes et 22% des femmes de 18 ans ou plus vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles. S'y ajoute avec l'âge l'apparition de troubles tel que les atteintes sensorielles, l'ostéoporose et les chutes. Si ces troubles ne sont pas compensés ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de tous les jours, notamment à la réalisation des soins personnels (20% des hommes et des femmes atteints de limitations fonctionnelles) [9].

Les maladies psychiques responsables d'une altération de la qualité de vie, pour le malade comme pour son entourage, représente la première cause d'invalidité professionnelle et engendre une répercussion économique très importante tant sur le plan du système de soins que sur le plan du travail et de la vie sociale [9]. Parmi les maladies psychiques, les troubles anxieux et les états dépressifs, ont une prévalence importante [11,12].

Tout ceci survient lors d'une de crise économique, dans le contexte duquel il semble bien que l'éducation pour la santé fasse plutôt moins partie des priorités budgétaires [13].

#### 1.1.4 Le changement de l'organisation du travail



Les structures type « maison de santé » correspondent à un désir des professionnels de santé de changer leur organisation de travail : la rupture de l'isolement professionnel, le désir des jeunes professionnels de travailler en équipe et la recherche par les professionnels de santé d'une amélioration de leur qualité de vie.

Des travaux témoignent de ces préoccupations. En 2011, la thèse de médecine de Vincent Leprette [14] a étudié les motivations des porteurs de projet de maison de santé. Il a interrogé 12 médecins généralistes, porteurs d'un projet de maison/pôle de santé, et il en ressort, au niveau des aspirations personnelles, un désir des professionnels de santé de répondre à la surcharge de travail, d'avoir des outils de travail performant, de pouvoir transmettre aux générations suivantes et enfin d'améliorer la gestion du temps de travail par rapport au temps de loisir.

Une amélioration des connaissances sur ce sujet semble néanmoins nécessaire. La thèse de médecine de S. Sarni, de 2012 [15], qui a étudié la vision des futurs médecins généralistes de l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire, a montré qu'ils n'étaient pas suffisamment informés sur ce mode d'exercice. Ils désiraient travailler en groupe mais craignaient les contraintes administratives et relationnelles d'un travail en maison de santé pluridisciplinaire. De plus ils exprimaient une crainte de l'installation et un désir de réaliser des remplacements en début de carrière. Ce désir de remplacement semblait plutôt une solution d'attente. Les internes de médecine générale étaient bien conscients des problèmes liés à la démographie, mais seulement 12,2 % des internes ayant répondu à une enquête nationale [16], déclaraient ne pas vouloir exercer en zone déficitaire. Si une aide leur était proposée pour un exercice dans ces zones, la majorité des internes (69,5 %) souhaiterait bénéficier d'une aide financière et logistique à la création d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un cabinet de groupe, d'avantages fiscaux ou de la présence d'une école, d'une crèche ou d'une garderie à proximité de leur lieu d'exercice. Les mesures organisationnelles étaient donc largement plébiscitées.

La féminisation du corps médical, accentue ce besoin de structuration. Cependant, d'après l'enquête de l'ISANR MG [16], ces différences ne paraissent pas fondamentales. Pour les femmes l'augmentation de la rémunération n'apparaît qu'en 6ème position des mesures souhaitées, contre la 3ème pour les hommes. Les femmes font plus le choix de mesures organisationnelles professionnelles et personnelles : présence d'une crèche, d'une garderie ou d'une école, ou la création d'un statut équivalent à ceux des praticiens hospitaliers.

### 1.1.5 Le changement de la conception d'organisation des soins primaires

La tendance actuelle est celle d'une réflexion forte sur l'organisation du soin primaire. Le tournant symbolique et législatif a été pris lors de l'adoption de la loi HPST. La définition des soins primaires en France est apparue dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009 sous le titre : « Accès de tous à des soins de qualité » [17]. Elle a repris à son compte les propriétés de globalité et de coordination des prises en charge déjà notées depuis longtemps dans la définition Européenne de la médecine générale [17]. Cependant, la définition française des soins de premier recours n'intègre pas les propriétés d'accessibilité et de continuité des soins telles que décrites par l'Organisation mondiale de la santé. Une réflexion forte des enseignants de la filière universitaire a lieu et des propositions d'amélioration de l'organisation ont été effectuées [18, 19]. Ces propositions concernent des domaines aussi variés que le financement, la gouvernance des soins, les ressources humaines, l'accessibilité et la coordination des soins. Clairement, il est annoncé que définir les rôles, les compétences, définir les tâches sont des points incontournables si le désir est bien de développer les soins primaires en France. Le constat est également effectué par la fédération des maisons médicales et pôles de santé [1].

L'engagement de démarches qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles est indissociable de cette évolution.

La tendance démographique, la demande de soins, les demandes des professionnels, l'évolution structurelle du soin primaire concourent toutes quatre à l'émergence et à la dissémination importante des maisons et pôles de santé. Mais, qu'est-ce qu'une maison de santé pluridisciplinaire ?

### 1.2 La maison de santé pluridisciplinaire

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique :

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. « Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Il existe deux structures possibles : la maison de santé qui est un lieu dans lequel les professionnels exercent leur activité, ou le pôle de santé qui représente un regroupement de professionnels de santé, qui exercent chacun dans leur cabinet ou officine. Il est également possible de concilier les deux, c'est-à-dire une maison de santé qui travaille au sein d'un pôle de santé autour d'un projet commun de santé [20].

EN 2010, le comité interministériel d'aménagement et du développement du territoire a acté le lancement d'un vaste programme de développement national des maisons de santé afin de financer 250 projets entre 2010 et 2013. Ceci a permis d'introduire la possibilité de financements d'expérimentation en ambulatoires [20].

Ces aides financières (Financement par l'ARS, financement régional et financement départemental) sont destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans des zones pour lesquelles il a été constaté un déficit de l'offre de soins.

Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé [1]. Cependant, dès que des financements publics sont sollicités, le projet doit répondre à un cahier des charges: au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...).

Ils s'organisent autour d'un projet de santé commun, qui les réunit et dans lequel il est prévu de réaliser des actions de prévention et/ou de santé publique, d'améliorer la prise en charge des patients, selon les besoins de la population et d'améliorer la continuité des soins [1].

De plus le projet de santé a pour objectif, non seulement des soins coordonnés mais également l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles, tel que des transferts de tâches avec des modifications des rôles des professionnels de santé [1].

### 1.2.1 Le contexte local : Le projet de Maison/Pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont

Un contrat local de santé (annexe 1) a été réalisé par la communauté d'agglomérations « Val et Forêt » qui comporte les communes d'Eaubonne, Ermont, Montlignon, Saint-Prix, le Plessis-Bouchard et de Saint-Leu-la-Forêt. Trois communes ont signés le contrat local de

santé : Ermont, Eaubonne et Montlignon. Celui-ci prévoit une baisse de l'offre de soins ambulatoires du fait des départs en retraite des professionnels de santé d'ici 2-3 ans. Par ailleurs, la démographie locale augmente et les récents aménagements du territoire vont générer une croissance de la population de 3 à 4000 habitants supplémentaires sur la même période. L'augmentation du nombre de patients atteint de pathologies chroniques (santé mentale, personnes en perte d'autonomie et personnes âgées en maintien à domicile (MAD)) provoque également une augmentation de la demande. Il est nécessaire de penser et agir pour une meilleure offre de soins et l'amélioration de leur efficacité. C'est dans ce contexte qu'est né le projet de la maison médicale et pôle de santé à Ermont. L'objectif est d'améliorer la démographie des professions de santé en créant une structure attractive et novatrice pour les jeunes professionnels. L'efficacité (c'est à dire une meilleure efficacité au meilleur coût) sera améliorée par une meilleure coordination de ceux-ci grâce à la dynamique créée par cette structure et les projets de santé qui en font partie intégrante.

### 1.2.2 Historique du projet

Le projet a vu le jour en Septembre 2012 avec l'implication importante d'un leader de projet, médecin généraliste, suite à ce contrat local de santé. Ensuite plusieurs réunions ont eu lieu. Celles-ci ont abouti à la constitution d'un groupe de professionnels intéressés par le projet. Il s'est formé une équipe de 4 professionnels de soins primaires impliqués dans le projet. Une association, « L'association pour le développement de maison et de pôle de santé primaire d'Ermont », a été formée le 01/10/2012 (Annexe 2).

Le but de l'association était le développement des soins de santé primaire et la coordination avec les autres structures d'offre de soins médicaux et médico-sociaux, autour du pôle de santé primaire d'Ermont.

L'équipe s'est ensuite agrandie et comprend actuellement 11 professionnels dont 2 ou 3 professionnels qui réfléchissent encore à leur adhésion dans le projet (6 professionnels désirent investir les locaux de la maison de santé pluridisciplinaire tandis que 5 souhaitent participer dans le pôle de santé sans se déplacer physiquement). Un projet de soin initial a été écrit après plusieurs réunions de réflexion et a été présenté à l'ARS afin d'obtenir des fonds pour réaliser une étude de faisabilité.

Parallèlement des locaux sont recherchés activement afin d'obtenir des locaux adaptés aux professionnels qui souhaitent investir la maison de santé et de pouvoir organiser des réunions pluridisciplinaires et des actions de prévention et de santé publique au sein du pôle de santé.

### 1.2.3 Données de la littérature actuelles

D'après l'expérience de P. DE HAAS [21], fondateur d'une maison de santé pluridisciplinaire à Pont-D'ain, 6 « briques » sont indispensables afin de réussir un projet de maison de santé :

- L'analyse territoriale : il est primordial de comprendre le contexte géographique et économique du territoire, d'analyser les données sociodémographiques, les éventuelles données sanitaires disponibles et de faire l'état des lieux de l'offre de soins du territoire afin de déterminer si le projet est viable ou non.
- La dynamique humaine : la construction d'une dynamique professionnelle est indispensable. Un leader professionnel de santé est nécessaire au projet ainsi qu'une bonne coordination et une bonne entente entre les professionnels et les collectivités locales
- Le projet de santé et le projet professionnel : pièces maitresses de la coordination des soins. Ils doivent être pensés et réfléchis de façon collective.
- Les aspects juridiques : ils sont importants car ils permettent de construire une organisation sur des bases solides
- Le financement du bâtiment : financement privé ou publique. Des financements via l'aide des collectivités locales, des financements privés par des investisseurs ou des financements des collectivités territoriales sont possibles
- L'immobilier : prévoir les espaces, les travaux nécessaires, les besoins des professionnels...

Or d'après une étude de santé publique réalisée par Gérard Durand [22], on dénombre entre 600 et 1700 centres de santé en France en 2012 dont 500 qui sont dans une réelle dynamique de groupe autour d'un projet de soins. En effet, de nombreux projets sont plutôt des regroupements de professionnels de santé sans réelles actions de santé publique ni coordination des soins.

Son étude montre qu'il est primordial de s'intéresser à la réalité de travailler ensemble, avant la finalisation d'un projet. Une des clés de la réussite est de garantir un fonctionnement différent, avec un sens différent des hiérarchies au sein du groupe de professionnels. Cela permet l'expression des compétences de chacun.

La thèse de médecine générale, de Druz Johann, de 2011[23], a étudié les obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soin lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire.

Cette étude a été effectuée auprès de 39 infirmier(e)s diplômé(s) d'état (IDE) et a relevé différents freins à l'installation en maison/pôle de santé pluridisciplinaire :

- ✓ Des freins liés à l'absence d'utilité ressentie dans leur pratique actuelle à rejoindre de telles structures
- ✓ Des freins financiers (charges inhérentes à la structure, mise en place de rémunérations forfaitaires, perte d'autonomie financière)
- ✓ Des craintes liées à la perte d'autonomie dans l'organisation de leur travail et de la subordination aux médecins
- ✓ Des craintes liées au risque d'exclusion des professionnels extérieurs à la structure
- ✓ Les craintes d'une négligence des patients à mobilité réduite
- ✓ Des craintes liées au respect du libre choix des patients des professionnels de santé

Dans l'ensemble ils semblent motivés à rejoindre de telles structures, principalement en milieu rural et moins en milieu urbain où le besoin est moins ressenti. De plus il est à noter au moment de l'étude un certain manque d'informations au sujet des maisons de santé pluridisciplinaires.

La thèse de médecine générale, de M. Vincent Leprette, de 2011, [14] a étudié les motivations des porteurs de projets (médecins généralistes) et les difficultés qu'ils ont rencontrées.

Cette thèse a concerné 12 médecins généralistes, porteurs de projets de maison/pôle de santé, en île de France. De cette étude il ressortait une motivation liée aux difficultés pour les patients d'accès aux soins primaires dans les zones déficitaires mais également un désir des professionnels de se regrouper afin de garantir la qualité de leur travail et de répondre au mieux à leurs nouvelles missions. Les difficultés rencontrées étaient des difficultés méthodologiques mais aussi financières, juridiques et immobilières. C'est pourquoi l'étude concluait qu'il était nécessaire de développer et appuyer les organismes d'accompagnement de tels projets (tel que la FFMPS). Cela passait également par la communication et l'information de la population médicale dès la faculté.

Ces deux thèses ont apportés beaucoup concernant les craintes et les réticences des médecins généralistes et des IDE, cependant elles n'ont pas étudié les difficultés de cohésion d'une équipe de professionnels au sein d'un projet en cours.

Les thèses de VADANT Elise de 2011[24], de MORANA Emmanuel de 2011[25] et de HLI Tcha de 2012[26], ont plus spécifiquement étudié les exigences des professionnels pour

adhérer à un projet de maison de santé pluridisciplinaire ainsi que les difficultés rencontrées au démarrage d'un tel projet.

Le projet de maison de santé pluridisciplinaire de Vanault-les-Dames, en milieu rural [27], est porté par des professionnels de santé en coordination avec les élus locaux et les autorités régionales de santé. Leur projet est un véritable exemple de coordination, de mutualisation des compétences et de partage des tâches. Le projet est né en Juin 2009, suite à l'initiative de professionnels de santé et des collectivités locales ainsi la maison de santé a ouvert ses portes en Février 2012. L'objectif de ce projet était d'améliorer la prise en charge des patients, notamment atteint d'une maladie chronique, mais également de permettre une attractivité des professionnels de santé dans un milieu rural. Le projet qu'ils ont présenté montre un certain engagement de tous les professionnels de santé impliqués. Il aurait été intéressant de voir comment, en pratique, les projets ont été mis en place. Cependant, dans l'article il n'était pas fait mention de la façon dont les professionnels de ce projet se sont accordés entre eux et comment une telle cohésion a été obtenue. Des questions restent en suspens : Qui a proposé les projets de coordination et de transfert des tâches ? Le leader ou l'équipe de professionnels ? Travail par réunions en groupe ou entretiens individuels ? Est-ce qu'ils se connaissaient avant et travaillaient déjà ensemble ?

Lors de la rédaction du projet de soins initial, auquel l'équipe, dont la rédactrice de cette thèse, a participé, un constat a été que les différents professionnels avaient des difficultés à se projeter dans l'avenir de façon concrète. En effet ils étaient tous d'accord sur le fait que la coordination des soins était primordiale et permettrait d'améliorer la prise en charge des patients en soins de premier recours, cependant ils avaient des difficultés à imaginer, concrétiser, dans la pratique les moyens qui permettraient d'atteindre cet objectif.

De plus au cours de nos réunions de groupe certains professionnels prenaient plus facilement la parole et se projetaient plus aisément dans un projet de coordination concret que d'autres.

#### 1.2.4 Objectifs/Question de recherche

Un tel projet de travail en équipe suppose de nouvelles conceptions du soin partagé et de fonctionnements coordonnés. Ceci implique des changements de pratiques professionnelles et une évolution des rôles des acteurs impliqués. Ce changement de posture professionnel ne va pas de soi.

Nous nous sommes proposés, de ce fait, d'étudier la conception du soin de chaque professionnel, et les changements tels qu'ils sont vus lors de la mutation vers une pratique différente, afin de finaliser un projet de soins cohérent et coordonné avec des éléments permettant une application pratique des actions prévues.

L'objectif de cette recherche était d'explorer et comprendre les conceptions d'évolution de l'organisation des soins primaires et des rôles de chacun au sein d'une équipe multidisciplinaire, ainsi que les craintes et aspirations des professionnels de santé porteurs de ce projet spécifique. L'hypothèse de départ est que ce recueil permettrait de finaliser un projet de soins cohérent du fait de la prise en compte des objectifs de chacun. Une autre hypothèse était d'analyser si la réalisation d'entretiens individuels des professionnels impliqués dans un projet de coordination des soins, leur permettait de mieux se projeter concrètement dans des projets d'organisation des soins primaires.



## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1 Objectifs

L'objectif général de cette étude était d'explorer et comprendre les conceptions d'évolution des rôles des professionnels de santé impliqués dans le projet de maison de santé pluridisciplinaire d'Ermont ainsi que leurs aspirations et leurs craintes.

Les objectifs détaillés se proposaient :

- ✓ De rechercher les facteurs favorisant la cohésion de l'équipe soignante et la cohérence des points de vue des médecins et non médecins (pharmacien, paramédicaux)
- ✓ De tenir compte des avis de chacun et permettre une meilleure finalisation du projet de soin

### 2.2 Choix de la méthode

Notre objectif principal nécessitait d'explorer les points de vue des participants, de recueillir des données verbales pour une démarche interprétative. Le choix d'une méthode qualitative a donc été retenu.

En effet, ce type d'étude permet une approche des représentations des professionnels, de leurs ressenties, de leurs aspirations et de leurs craintes puisqu'elle permet un dialogue entre l'investigateur et le professionnel interviewé [28-30]. Elle autorise et favorise l'expression des points de vue personnels.

De plus notre objectif secondaire était d'évaluer si le fait de réaliser des entretiens individuels permettait aux professionnels interviewés de mieux se projeter concrètement dans le projet. Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés nous a paru, dans ce contexte, plus judicieux que des entretiens collectifs (focus groups).

### 2.3 Description de la méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens individuels semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 3).

Les entretiens semi-dirigés sont des entretiens à questions ouvertes qui permettent d'obtenir des réponses sur des thèmes prédéfinis au préalable dans un guide d'entretien. Des sous-thèmes peuvent également être définis. L'investigateur peut faire des relances au cours de l'entretien afin d'amener la personne interviewée à répondre plus précisément à la question posée.

Les questions du guide d'entretien étaient organisées en trois parties :

- Une première partie qui s'intéressait à la situation actuelle des professionnels et aux soins prodigués dans la commune (accès aux soins, actions de prévention et action de santé publique)
- La deuxième partie s'intéressait à leur vision de l'évolution de l'exercice en libéral (évolution des rôles des professionnels, soins partagés, soins coordonnés, transfert des compétences) et à leur désir d'implication personnelle dans les différents projets envisagés par le pôle de santé pluridisciplinaire (enseignement, actions de prévention et de santé publique, réunions pluridisciplinaires)
- La dernière partie évoquait leurs motivations et réticences à s'impliquer dans le projet ainsi que les craintes et réticences possibles des patients

Le guide d'entretien a été validé par une personne extérieure au projet de recherche (médecin généraliste) afin de valider la compréhension des questions du guide.

#### 2.4 Les entretiens

Les professionnels ont été contactés par téléphone ou par mail afin d'organiser une rencontre entre l'investigateur et le professionnel.

Les rencontres étaient réalisées en face à face.

Les entretiens duraient en moyenne entre 30 et 45 min.

Les entretiens se sont déroulés entre le 29/06/2013 et le 01/08/2013, ils ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits intégralement par écrit par l'investigateur.

Le consentement pour l'enregistrement de l'entretien a été obtenu oralement en début d'entretien pour tous les professionnels.

Il a également été mentionné le caractère anonyme de ces entretiens et la garantie de son utilisation à des fins de recherche.

Ensuite après la réalisation de tous les entretiens, l'accord pour la publication des verbatim a été obtenu auprès de chaque professionnel par mail.

Certaines relances ont été utilisées lorsque des précisions paraissaient nécessaires.

Exemples de relances:

Ici le professionnel (E2) parlait des soins coordonnés en généralité et il semblait intéressant de faire préciser les coordinations nécessaires avec son propre métier.

**Relance : Et dans ta part de travail est ce qu'il y a des choses qu'il faudrait coordonner ?**

Ici le professionnel (E4) parlait des avantages et des inconvénients de son exercice actuel en groupe, or nous désirions également avoir son avis sur la différence entre le travail libéral et le salariat.

**Relance : Et entre le libéral et le salariat ?**

Parfois des relances ont été faites afin de préciser la question posée.

Exemples :

Dans ce cas la personne interviewée (E4) avait besoin de spécifier le cadre géographique de la question.

**Q4**

« Heu, à Ermont, spécifiquement à Ermont ? »

**Relance : A Ermont et Ile de France**

Ici, le professionnel (E3) avait besoin de clarifier la question

**Q2**

« Je ne sais pas ce que c'est que les soins partagés ? »

**Relance : C'est quand plusieurs professionnels de santé se coordonnent pour soigner un patient**

Enfin certaines relances ont été faites afin de favoriser la parole  
Exemple :

Dans ce cas le professionnel (E8) concluait en disant que c'était plus compliqué d'accueillir des étudiants en libéral et il a semblé utile à l'investigateur de faire préciser les causes et de favoriser la parole sur ce sujet.

**Q4**

« Alors on l'a fait dans le cadre du libéral. Je participais énormément à la formation quand j'étais en intra hospitalier. Il y en a qui n'aimait pas former mais moi ça ne m'a jamais dérangé, ça c'était intéressant. Mais après ça dépend, en libéral c'est plus compliqué.

**Relance : Pourquoi ?**

Autre exemple, dans lequel la relance permettait d'explorer d'autres pistes auquel le professionnel n'avait peut-être pas pensé de premier abord (E8).

**Relance : D'autres choses d'un point de vue financier, personnel ?**

## 2.5 L'échantillonnage

Les seuls critères d'inclusion des professionnels de santé a reposé sur le fait qu'ils acceptent de participer à l'étude et qu'ils soient un minimum impliqués dans le projet de maison/pôle de santé d'Ermont.

Afin d'obtenir un maximum d'avis différents, il a été décidé d'inclure un maximum de professionnels dont certains qui étaient très impliqués dans le projet d'Ermont depuis le départ et d'autres qui l'étaient moins et n'étaient pas encore décidés à rejoindre le projet.

11 professionnels étaient éligibles, cependant seuls 9 des professionnels ont pu être interviewés et les 2 professionnels qui n'ont pas participé ont évoqués des raisons personnelles et d'organisation pratique.

## 2.6 Analyse des données

Après leur transcription, les entretiens ont été codés à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative Nvivo 10 software par l'investigateur et avec l'aide d'un deuxième chercheur expérimenté dans ce type d'analyse et l'utilisation de ce logiciel.

Le premier entretien, choisi au hasard, a été encodé par l'investigateur et le deuxième chercheur (AM et LT). Puis les codes utilisés ont été comparés. Les différences d'interprétation ont été résolues par discussion et réattribution des intitulés et des définitions. Nous avons abouti à un encodage homogène et au plus près du texte.

Ce premier codage a servi pour les l'analyse des entretiens ultérieurs.

Au cours de cette 2<sup>ème</sup> étape, plusieurs entrevues ont eu lieu pour s'assurer de l'homogénéité du codage.

Le codage a été réalisé de manière inductive et analytique selon une approche phénoménologique (analyse des propos dans leur contexte), idée par idée, ligne par ligne, selon une méthode d'analyse ouverte [31].

Il y a eu plusieurs relectures afin d'analyser au plus près les différents textes analysés. Ensuite les codes ont été regroupés en thèmes et catégories (codage axial).

Le codage axial a permis de définir 2 grandes catégories :

- Le système de soins primaires actuel avec ses avantages, ses inconvénients et les circuits de soins disponibles

- Le changement des rôles et de l'organisation des soins que pourrait permettre un travail en équipe au sein d'une Maison/Pôle de santé pluridisciplinaire

Des sous- thèmes ont été attribués à chacune de ces 2 grandes catégories :

- Le système de soins primaires actuel avec ses avantages, ses inconvénients et les circuits de soins disponibles
  - ✓ Les patients
  - ✓ La communication
  - ✓ Les soins primaires
  - ✓ Les soins secondaires
  - ✓ Les actions de santé publique
- Le changement des rôles et de l'organisation des soins que pourrait permettre un travail en équipe au sein d'une Maison/Pôle de santé pluridisciplinaire
  - ✓ Les avantages des changements vers des soins coordonnés
  - ✓ L'avenir des soins primaires
  - ✓ La conception de l'évolution de l'exercice
  - ✓ Les difficultés liées au changement
  - ✓ L'implication personnelle
  - ✓ Les moyens
  - ✓ Les objectifs

Nœuds axiaux :

Nom	Description	Nombre de Références
Changement des rôles / organisation des soins	Propos sur changements en rapport avec pole / MS	268
avantage des cgt vers soins coordonnés		91
Avenir soins primaires	Tout ce qui à trait à l'avenir des soins primaires	4
Conception évolution de l'exercice	Le praticien évoque l'évolution de l'exercice	8
difficultés liées au cgt		45
Implication personnelle	Tout ce qui à trait à l'implication personnelle dans le fonctionnement du projet: RP, enseignement, actions de prévention et d'actions de santé publique	34
moyens		53
objectifs de cgt		33
Système de soins	système actuel, avantages, analyse, inconvénients, circuit actuel	154
Communication	Tout ce qui a trait à la communication que ce soit interprofessionnelle, patient-pro, Hôpital, SS...	49
Patients		13

santé publique	1
Soins primaires	78
Soins secondaires	13

Afin de répondre à notre objectif secondaire nous avons réalisé, environ 1 mois après le dernier entretien, un questionnaire court quantitatif de 5 questions demandant des réponses par oui ou non et une question ouverte en fin de questionnaire (Annexe 4).

Les questions portaient sur les bénéfices apportés ou non par l'entretien individuel sur leur projection de manière concrète dans les actions prévus par le projet, la définition de leur rôle dans ce projet, leur désir d'implication personnelle et la prise en compte ou non de leurs envies et propositions.

La question ouverte permettait d'ajouter des propositions ou commentaires.

Le questionnaire a été envoyé par mail et le recueil des données par retour de mail.

### 3. RESULTATS

#### 3.1 Description de l'échantillon

Notre échantillon comprenait, 9 professionnels de 5 professions de santé différentes, dont 4 hommes et 5 femmes dont les âges étaient compris entre 31 et 63 ans (cf. Tableau 1):

- 1 Kinésithérapeute
- 1 pédicure-podologue
- 2 médecins généralistes
- 1 médecin remplaçant en médecine générale
- 1 pharmacien
- 3 Infirmiers diplômés d'état

Ils exerçaient tous en libéral ou en exercice mixte, 8 des professionnels exerçaient à Ermont et 1 à Puteaux/Corneilles.

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

<b>Professionnels</b>	<b>Durée d'installation</b>	<b>Mode d'exercice</b>	<b>Profession</b>	<b>Ville d'exercice</b>	<b>âge</b>	<b>genre</b>
E1	Entre 20 et 40 ans	Libéral	Kinésithérapeute	Ermont	> 60	masculin
E2	Entre 20 et 40 ans	Mixte	Pédicure-podologue	Ermont	< 50	féminin
E3	Entre 10 et 20 ans	Libéral	Pharmacien	Ermont	< 50	féminin
E4	Entre 20 et 40 ans	Libéral	Médecin	Ermont	< 60	masculin
E5	entre 1 et 5 ans	Libéral	Infirmier(e)	Ermont	< 50	masculin
E6	Entre 5 et 10 ans	Libéral	Médecin	Ermont	< 40	féminin
E7	entre 1 et 5 ans	Libéral	Infirmier(e)	Ermont	< 40	féminin
E8	entre 1 et 5 ans	Libéral	Infirmier(e)	Ermont	< 40	masculin
E9	< 1 an	Libéral	Médecin remplaçant	Puteaux/Corneilles	< 40	féminin

### 3.2 Persistance d'une hiérarchisation professionnelle

Certains professionnels paramédicaux explicitaient clairement l'importance de garder une certaine hiérarchie entre les médecins et les paramédicaux : le médecin était vu comme légitime dans ses décisions du fait d'études plus longues et de son savoir intellectuel.

**E1 :** « *Oui, à condition quand même que la primauté reste aux médecins* »

**E1 :** « Ne faisons pas des médecins aux pieds nus comme en Chine, voilà »

**E1 :** « pour pas qu'ils jouent au médecin. Le médecin c'est son rôle il a fait des études qui sont plus longues »

Néanmoins, ils étaient aussi conscients de l'importance du rôle de chacun et de l'importance des échanges pour résoudre les problèmes.

**E6 (médecin):** « Oui, ça demande des échanges, ça demande du contact, et ça demande que chacun reste à sa place »

D'autres parlent de cette hiérarchie de façon beaucoup plus implicite et ne savent pas trop comment ils sont vus par les médecins :

**E3 (pharmacien) :** « Je pense que les médecins plus jeunes, c'est-à-dire X et Y, voilà, vous savez que bah, je pense, je ne sais pas le ressenti que vous avez vis-à-vis de nous mais (...) On travaille plus en harmonie, on essaye de, voilà, qu'avant il y avait vraiment un peu de conflits entre les deux, et les anciennes générations, genre l'autre cabinet, ne supporte pas trop les substitutions, les machins »

Enfin certains parlent d'une hiérarchie mais celle-ci est vue de façon plus collaborative avec une entente sur les niveaux et domaines de compétences de chacun.

**E7 :** « pour une prise en charge avec un ostéopathe, avec un kiné pas loin, avec une podologue, qui peut donner son avis, le médecin qui prescrit, l'infirmière qui va faire, qui dit ce n'est pas possible ou c'est possible, qui donne aussi son expérience »

Il persistait, donc, dans les entretiens une certaine hiérarchisation des professions. Nous avons constaté que souvent le médecin généraliste est vu comme décideur et responsable par les paramédicaux qui eux sont considérés comme vecteurs des soins. Ce concept de hiérarchisation se retrouve dans certains sous-entendus perceptibles dans les entretiens.

La dynamique d'une maison médicale et d'un pôle de santé nécessite l'implication de chacun à son niveau de compétence. Dans le cas contraire, cela peut entraîner des incompréhensions entre les professionnels.



### 3.3 Des difficultés à concrétiser les projets de soins en pratique

Les entretiens ont révélé une conscience de la valeur ajoutée des soins coordonnés, et une grande envie de tous les participants à se concentrer sur cet aspect de la prise en charge pour leurs patients. Selon les participants, les circuits de soins méritent d'être mieux organisés, cependant il existe des difficultés pour tous, médecins comme paramédicaux, à se projeter dans la mise en place pratique de cette organisation.

Plusieurs difficultés ont été colligées:

- La nécessité d'une meilleure communication entre les professionnels a été très souvent citée. Elle permettrait des prises en charge plus rapide en cas de dégradation de l'état de santé des patients. Des cas cliniques ont été cités. Par contre, les praticiens avaient du mal à proposer des solutions pratiques d'amélioration.

**E8 :** « Oui, je dirai l'interface. La communication oui, il y a un patient qu'on a été obligé de faire ré hospitaliser, un mal perforant qui était nickel, et en 24H il se redégrade, donc le problème, c'est le temps qu'on refasse le circuit hôpital, machin et tout gnagnagna et bah on a perdu 5 jours, quoi, donc ça s'est creusé donc bénéfique pour le patient 0 et voilà quoi. »

- Certaines professions, bien que parfois impliquées dans d'autres projets de coordination, tels les pharmaciens, avaient du mal à trouver leur place dans cette organisation de soins coordonnés.

**E3 :** « Bah, moi je ne peux pas faire grand-chose, oui, les formations, assister donc aux formations, heu, essayer de, éventuellement en faire pourquoi, pas, c'est surtout ça quoi »

- Des réflexions sur la rémunération, ont été effectuées. Notamment, les pédicures-podologues, en dehors des soins des plaies des diabétiques de grade 2 ou 3, n'ont pas de soins pris en charge par la sécurité sociale. Les soins peuvent parfois engendrer des frais importants pour les patients. Ceci entraînait une difficulté à se projeter dans des projets de coordination dans une structure qui a pour objectif d'accueillir les patients les plus démunis et pratiquer des tarifs de secteur 1 avec prise en charge de la CMU et de l'AME

**E2 :** « Heu, pour les paramédicaux, et là je vais parler pour moi, particulièrement, ce serait peut-être le coût puisque les soins, l'AMP est à 0.63 euros donc ça fait 1.26 euro pour un soin qui va coûter 35 euros, donc ça c'est une difficulté, je pense, réelle pour certains patients, bien

que malgré tout, vu que c'est... , il ne peuvent pas s'en passer, ils vont faire l'effort de payer, mais je trouve que c'est un réel, enfin c'est pas normal et c'est pas juste que ces soins-là ne soient pas pris en charge. C'est comme les lunettes, si tu veux, si tu n'as pas une bonne mutuelle, tu es obligé de te payer tes lunettes et la sécu va te rembourser très peu et je trouve que ce n'est pas un luxe. Voilà, après pour les diabétiques, bah, c'est assez bien, puisque maintenant avec la convention, les grades 2 et 3 c'est bon. Un peu dommage pour les grades 1 qui nécessiteraient une bonne prévention, justement parce que c'est le moment où ils vont passer, il faut surveiller justement, et ceux-là, ben, cela sont peut-être un petit peu négligés »

- Parfois, les professionnels doutaient de l'impact que la coordination des soins, ou les actions de prévention, pourrait avoir sur les patients.

**Q : Et le fait que ce soit des réunions avec des patients tu penses que ça pourrait être bénéfique ?**

**E9 :** « Oui mais je ne pense pas que les patients viendraient »

### 3.4 La vision des professionnels du système de soins actuel

Tous les professionnels étaient satisfaits de leur travail en libéral ou en exercice mixte cependant ils notaient plusieurs difficultés de prise en charge des patients.

#### 3.4.1 Les difficultés des patients

- Ils constataient que l'accès aux soins médicaux et paramédicaux était actuellement difficile. Cela risquait de s'aggraver dans le futur avec de nombreux départs en retraite dans les 3 années à venir et des difficultés rencontrées pour trouver des successeurs.

**E1 :** « mais nous vieillissons tous, beaucoup vont partir en retraite et ce qui était difficile aujourd'hui pour trouver parfois un médecin, va devenir quasiment impossible »

**E7 :** « Heu, voilà, oui c'est surtout la pénurie médicale qui va commencer à freiner pas mal la prise en charge »

**E8 :** « Bah, ça va être la cata, surtout au niveau médical. Dans les 3 ans je crois qu'il y en a 4 qui vont partir. Et les kinés pour les paramédicaux, certaines infirmières aussi, et voilà »

- Les délais de consultation paraissaient trop longs. Il était établi par les professionnels un manque d'organisation des consultations de demandes semi-urgentes.

**E2 :** « Heu, pour les médicaux, ça je sais, c'est la disponibilité, les gens semblent avoir beaucoup de mal à obtenir des rendez-vous assez rapidement, c'est-à-dire que quand ton gamin a de la fièvre ou quoi et qu'on te dit qu'il n'y a pas de places avant mardi prochain et que c'est jeudi, ça fait loin, donc, voilà »

**E4 :** « Heu, je suis assez effaré aussi, du délai d'attente pour certains actes. Heu, pour avoir des radios on est plutôt bien loti mais pour avoir, heu, un avis intellectuel, pour avoir, heu, accès à... En payant on n'y arrive toujours vite, quoi, mais sinon, heu, les gens le disent très bien, je veux dire, heu, il y a des délais d'accès aux spécialistes, et on ne va pas parler de l'ophtalmo, c'est tellement évident. Heu, mais parfois pour avoir un avis pour une pathologie complexe auprès d'un neurologue, par exemple, un neurologue compétent, heu mais ça peut demander des semaines »

**E6 :** « Oui les délais sont longs, aussi, les kinés, il y a très peu de kinés disponibles rapidement. Heu, infirmières c'est plus rapide généralement mais kiné, les délais sont assez longs, orthophonistes les délais sont assez longs »

- Ces difficultés étaient encore plus importantes pour les personnes en situation de handicap.

**E5 :** « Les difficultés rencontrées, heu, pour se déplacer »

**E7 :** « Oui, pour venir, bah, oui c'est bête mais pour venir, physiquement »

- Un autre ordre de constat concernait l'accessibilité financière aux soins. Les médecins et des spécialistes de secteur 2 pratiquent pour ces professionnels, des honoraires trop élevés. A l'inverse, des soins qui sont considérés comme des soins de base, comme la confection d'une orthèse plantaire, ou des soins de pédicurie, semblent très mal pris en charge.

**E2 :** « Heu, pour les paramédicaux, et là je vais parler pour moi, particulièrement, ce serait peut-être le coût puisque les soins, l'AMP est à 0.63 euros donc ça fait 1.26 euro pour un soin qui va coûter 35 euros, donc ça c'est une difficulté, je pense, réelle pour certains patients, bien que malgré tout, vu que c'est..., il ne peuvent pas s'en passer, ils vont faire l'effort de payer, mais je trouve que c'est un réel, enfin c'est pas normal et c'est pas juste que ces soins-là ne soient pas pris en charge »

**E4 :** « Oh, bah, il y a le prix, d'abord, moi je suis assez effaré de ce que les gens peuvent payer de leur poche, dès il s'agit d'aller voir un spécialiste et c'est d'autant plus aberrant que des fois ils n'ont pas besoin d'aller le voir du tout »

**E7 :** « Alors, médicaux, heu, beaucoup de médecins qui sont déconventionnés, qui mettent des tarifs très très élevés, qui freinent pas mal à la consultation, surtout à domicile. »

- Dans ce contexte, les médecins évoquaient les difficultés liées aux tiers payant.

**E9 :** « Heu, le problème de tiers payant, l'avance des frais »

- Il était constaté que le morcèlement des soins engendre des prises en charge mal coordonnées. Le sentiment était fort pour recentrer les soins sur le patient dans sa globalité et non plus uniquement sur les maladies et les symptômes.

**E2 :** « De prévention, hum..., de santé publique, peut-être, par le biais d'une meilleure cohésion pluridisciplinaire, une meilleure prise en charge des patients, qui des fois sont un peu perdu dans les multitudes d'avis. Enfin, pour moi ça c'est hyper important »

**E4 :** « Le soin du patient est horriblement cloisonné, et voir les individus comme des petits bouts mit ensemble, c'est je trouve, c'est horrifiant, non seulement c'est horrifiant du point de vue de ma philosophie personnelle mais en plus c'est horrifiant du point de vue de la qualité de la prise en charge »

### 3.4.2 Les difficultés des praticiens

- La sensation d'isolement était l'un des principaux désavantages de l'exercice en libéral

**E1 :** « Ne pas être tout seul, c'est vrai, c'est important »

**E2 :** « puis de ne pas être tout seul dans son coin. Moi, je n'aime pas exercer toute seule dans mon coin, je n'ai jamais été seule dans un cabinet »

**E9 :** « inconvénients, enfin, l'exercice seul, sans équipe. Je vois que des patients, tout au long de la journée, même quand il y a des associés, je ne vois pas forcément les associés et je trouve que, oui, tu te sens seule »

**E5 :** « heu, les inconvénients, c'est le fait d'exercer tout seul »

- Le manque de communication entre les professionnels rendait les soins ambulatoires difficiles, et leur réalisation inutilement longue. Ceci semblait particulièrement vrai pour les patients multi morbides, atteints de maladies chroniques.

**E2 :** « Quand tu vois qu'un médecin ne sait pas que son patient est déjà sous insuline parce que son diabétologue l'a mis et qu'il n'a pas fait de courrier au médecin et que le médecin ne comprend pas pourquoi avec ses cachets il n'y arrive pas et que rien n'est équilibré, qu'il écrit

au diabétologue qu'il faudrait peut-être envisager de la passer sous insuline et qu'il dit mais il y est déjà depuis 1an ½. Ça, tu vois, ça rend fou. Donc, ouais tout ça »

**E3 :** « Heu, et c'est vrai que une réunion ou l'infirmière nous dirait que, heu, regardez ces compresses là je ne les aime pas parce qu'elles font ça et moi je préfère cette gamme-là. Et bien on le sait et puis voilà ce serait tellement facile, quoi. Ou que vous, vous nous disiez, bah voilà on a été à un congrès sur l'épilepsie, heu, il y a tel médicament qui vient de sortir, ne vous inquiétez pas, heu, si on prescrit avec ça, bah voilà, c'est un nouveau truc qu'ils vont mettre en place, c'est facile »

**E7 :** «Oui, bah, montrer une plaie, avoir l'avis en directe, et ne pas dire bah le docteur il va venir, il va débiller et puis vous me direz ce qu'il a dit. Ce n'est pas pareil que de voir la plaie ensemble et de dire, oui, regarde ce n'est pas beau là, c'est rouge, et de dire on va faire ça, on va faire ça... »

**E8 :** « Oui, je dirai l'interface. La communication oui, il y a un patient qu'on a été obligé de faire ré hospitaliser, un mal perforant qui était nickel, et en 24H il se redégrade, donc le problème, c'est le temps qu'on refasse le circuit hôpital, machin et tout gnagnagna et bah on a perdu 5 jours, quoi, donc ça s'est creusé donc bénéfique pour le patient 0 et voilà quoi »

- Une mauvaise coordination avec les soins secondaires aboutit à des hospitalisations inutiles.

**E4 :** « A côté de ça, pour hospitaliser un diabétique en bonne santé et lui faire un bilan, aucuns problèmes, sauf que ça ne sert à rien. Pour moi, c'est au médecin généraliste de prendre ça en charge, le bilan annuel d'un patient diabétique, alors qu'ici il y en a beaucoup d'hospitalisé, ça coûte un fric fou mais ça ne sert à rien »

- L'offre de soins était d'une importante qualité technique, mais celle-ci s'accompagne d'une mauvaise prise en charge relationnelle et communicationnelle.

**E4 :** « Heu, sans avoir recours à la technique, aux spés, aux autres spés etc... C'est-à-dire, on est dans une époque, extraordinairement, où la technique prend énormément d'importance, où celui qui a raison c'est celui qui détient le bel instrument, l'IRM, etc... Où finalement la mobilisation des moyens est complètement disproportionnée par rapport à la demande, heu, du point de vue technique et où la mise à disposition de l'humain est totalement sous proportionnée par rapport à la demande. C'est à dire que quand tu vas aux urgences tu as un plateau technique formidable, mais c'est l'horreur du point de vue relationnel »

- L'intégration des objectifs de formation au sein d'un cabinet nécessiterait des changements personnels, mais aussi des aménagements de local.

**E8 :** « Alors on l'a fait dans le cadre du libéral. Je participais énormément à la formation quand j'étais en intra hospitalier. Il y en a qui n'aimait pas former mais moi ça ne m'a jamais dérangé, ça c'était intéressant. Mais après ça dépend, en libéral c'est plus compliqué. Dans le cadre où on fait que du domicile, c'est un peu plus complexe. Car déjà il faut le temps que le patient s'acclimate à la personne, elle n'a pas forcément confiance. C'est beaucoup plus simple, en intra hospitalier »

**E6 :** « Bah, c'est ce que je disais à Y, pour, heu, par rapport aux locaux que j'ai, je n'ai pas la place de mettre un étudiant à côté »

- Les participants s'inquiétaient du cadre législatif autour des changements évoqués de leur métier (transfert de compétences).

**E7 :** « Ce serait bien mais c'est tout le cartel législatif qu'il faut changer là »

**E8 :** « On fait même des gaz du sang, nous, à domicile, par contre respect de la réglementation, le médecin il est présent au domicile, quand on pique. On l'a déjà fait, tout est aménageable, du moment que tu restes dans la légalité, et dans la sécurité pour le patient »

- Les actions de prévention et de santé publique nécessiteraient des changements organisationnels et logistiques ainsi qu'une réflexion sur la redistribution des rôles.

**E4 :** « Oui, bien sûr et puis de les organiser mieux sur le plan pratique, moi, je vois ce que je fais, par exemple sur le cancer du côlon, les hémocults, je suis sûre que si on arrivait à mettre en place un cadre où la secrétaire appelle les gens où il y a un suivi, voilà, un suivi régulier, où on peut extraire nos données, savoir exactement ce que l'on fait, heu, repérer les patients sur lesquels il faut faire des actions particulières, heu, les relancer, faire des réunions d'information là-dessus, moi je suis sûre qu'on peut, oui bien sûr, par exemple mais ça peut être le frottis, ça peut être la mammo, ça peut être autre chose, la colique du nourrisson, par exemple (rires) »

**E8 :** « Bah, on le fait déjà avec des prestataires de services, sur des grosses prises en charge. Où il va y avoir le prestataire de service qui va fournir le matos, qui est en lien avec nous, l'infirmier qui va faire, justement, la prestation de soin. Heu, il y a le contact avec la structure hospitalière, avec la structure de santé qui suit derrière, mais ça c'est des choses qui sont formelles quand on bosse avec des prestataires »

- Les professionnels étaient attirés par l'aspect formation apporté par la nouvelle structure.

**E1 :** « Donc c'est bien d'apprendre, moi je lis régulièrement avec l'EMC etc...mais quand tu es dans ton coin parfois ça t'emm..... »

### 3.5 Les propositions effectuées pour améliorer la prise en charge des patients

- Les professionnels étaient attirés par une amélioration de la qualité des soins primaires avec une vision plus globale du patient par les professionnels de santé

**E5 :** « Eh bien la prise en charge dans la globalité du patient »

**E7 :** « Pas aller balloter voir le docteur, après aller voir la pédicure et après les soins de l'infirmière, enfin, pour lui je pense que c'est, enfin, vraiment pour lui il est soigné dans sa globalité quoi, il y a plusieurs personnes qui vont s'occuper de lui »

**E2 :** « Le traitement du patient est optimisé, on le prend dans sa globalité au lieu de chacun raisonner dans son coin, on va vraiment porter le patient vers ce qu'il pourra y avoir, je pense de mieux pour lui », « Le travail d'équipe, vraiment, avoir une bonne cohésion, quoi, pour que le patient soit, encore une fois, prit dans sa globalité et qu'on fasse des soins chouettes quoi »

**E3 :** « Oui les gens qui ont une pathologie sauront que bah voilà, ils peuvent poser des questions à vous, assister à des réunions, venir nous voir nous en dehors, parce que, bon, c'est plus simple, bah voilà quoi »

**E4 :** « Heu, donc la conception de soins partagés autour du patient comme individu et pour moi elle s'oppose à la conception de soins morcelés, telle qu'elle est pratiquée actuellement donc, je, c'est un système, une façon de penser, auquel j'adhère totalement. Heu, la richesse, elle est bel et bien dans la diversité des points de vue sur la personne et pas dans le morcèlement des points de vue centrés sur l'organe »

- Ils désiraient que ce lieu soit une référence (disponibilité, sécurité) pour les patients.

**E6 :** « Heu, d'avoir un lieu de référence, quand ils ne sont pas bien, de pouvoir aller à un lieu fixe en sachant qu'il y aura quelqu'un pour les accueillir »

**E2 :** « Et puis peut être aussi pour certains d'avoir un peu le sentiment d'être un peu protégé »

**E8 :** « Justement, avoir l'ensemble des catégories professionnelles qui soient disponibles sur un même lieu ou sur une même zone géographique et disponible et à même de répondre à la demande, forcément plus rapidement, parce que s'il y a des connexions c'est plus rapide »

**E5 :** « Je ne pense pas parce que la plus part du temps quand on parle de ce type de structure, quand ils arrivent ils ont en gros un service clés en main, c'est comme la voiture, il n'y a pas

la carrosserie d'un côté, la mécanique de l'autre, et tout est regroupé. Clés en main et si il y a besoin de faire quelque chose, eh bien on peut tout faire au même endroit »

- Les notions de respect du choix de ses soignants par le patient et du secret professionnel étaient des références non négociables.

**E9 :** « il y a des patients qui ont besoin d'une prise en charge plus régulière et en même temps tu ne peux pas les harceler »

**E1 :** « Ça ne change rien pour moi mais ça je suis très très attaché à ça, parce qu'il y a des choses que les patients me disent et ils me disent parfois, il ne faut pas le dire au docteur. Je ne le dirai pas au docteur », « il faut faire très attention parce que quand on est très nombreux, je suis très attaché quand même au secret médical »

**E2 :** « De ne pas tout dire ? Oui parce que justement, après le patient, va être trop vigilant à ce qu'il va dire et il ne va plus délivrer les informations et donc, moi je pense que c'est hyper important de ne pas tout dire, heu, voilà, si ça concerne une plaie, un pansement oui, après si on rentre plus dans l'aspect psychologique ou un petit peu vicieux de certains patients, heu, tu sais de jouer avec les praticiens, de ne pas raconter la même chose à tout le monde, non, parce que si on dit tout, il va se méfier. D'abord il va partir, il va mettre en échec les traitements et il va partir vers d'autres professionnels et heu donc savoir aussi en garder un petit peu sous le coude pour que justement on soit efficace »

- Amélioration des communications inter professionnelle et intra professionnelle
  - ✓ Cette communication apporterait des solutions plus rapides et plus efficaces.

**E9 :** « La coordination des soins, la proximité pour les patients, de ne pas courir à aller chercher tel ou tel podologue, infirmier, kiné »

**E5 :** « pouvoir avoir accès à des professionnels autre que ta profession de façon immédiate », « A la limite, peut-être organiser des staffs, et puis comme tu disais tout à l'heure parler d'un problème qu'on a rencontré, alors que ce soit un problème paramédical, médical, éthique et puis voir les solutions de façon collégiale qu'on est en mesure de proposer »

**E7 :** « Et sur pleins, pleins de choses, pareil les AVK, heu, d'avoir une petite marche de manœuvre, enfin voilà d'appeler, d'avoir tout de suite quelqu'un qui te réponds est ce qu'on baisse la dose, est ce qu'on arrête, enfin, sur pleins de cas à domicile », « Bah pareil, c'est la communication entre soignants, heu, pour une prise en charge avec un ostéopathe, avec un kiné pas loin, avec une podologue, qui peut donner son avis, le médecin qui prescrit,



l'infirmière qui va faire, qui dit ce n'est pas possible ou c'est possible, qui donne aussi son expérience »

**E8 :** « Tout de suite si il y a un souci, bah, ça peut être géré rapidement, parce que, justement, tous les intervenants ont des liens de connexion »

- ✓ L'adaptation du parcours de soins au patient et à la gravité de ses problèmes était un des éléments clés de cette coordination.

**E4 :** « Heu, moi je souhaite que ce soit exactement l'inverse, quand les gens viennent dans le cabinet que l'on est en train de concevoir, que voilà, qu'ils s'y sentent bien et que l'on ne parle pas forcément de maladie. Heu, tout en sachant que l'on reste, et c'est le socle de notre pratique, des scientifiques, qui savent exactement quoi mobiliser au bon moment et c'est bien ça la définition de la compétence. C'est qu'on ne va pas déclencher le plan Orsec, et ça va être clairement dit, pour quelque chose qui ne le mérite pas mais qu'on sait parfaitement ce qu'il faut faire du point de vue technique s'il y a quelque chose qui ne va pas. Heu, voilà donc ça c'est, cette notion de réponse adaptée, heu, ne pas rendre les gens malades avec des examens inutiles, avec de la médecine inutile, avec des circuits inutiles, parce que des circuits inutiles il y en a plein, je pourrais en faire des listes entières et bien l'état d'esprit, la façon dont et l'avantage pour les patients c'est bien ça »

- Les professionnels ont cité nombre de sujets de réunion pluridisciplinaire, dans le cadre de leur formation. Ces sujets prenaient naissance dans les problèmes pratiques qu'ils ont à résoudre au sein de la population dont ils s'occupent. Ils avaient parfois du mal à faire des choix, et du mal à désigner autre chose qu'un domaine de pathologie plutôt qu'une situation de soins.

**E2 :** « Tous les sujets m'intéressent »

**E9 :** « Bah, centré sur les patients et les pathologies chroniques, voir ce que l'on peut améliorer dans la prise en charge des patients qui ont des maladies chroniques. Toutes les maladies chroniques, je pense, qu'elles ont besoin d'une concertation multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge »

**E4 :** « Oh, moi, je crois que tout est intéressant, humm, en matière de formation continue, il faut partir de la pratique, théoriser et puis revenir à la pratique »

**E5 :** « Moi, en fait, il n'y a pas de sujets en particulier que je voudrais aborder, en fait les sujets qui seraient bon à aborder c'est le sujets qui concerne la population dans laquelle on exerce sur notre commune »

**E6 :** « Heu, bah tout ce qui est gériatrie, de manière générale, parce que c'est les patients qu'on a le plus de mal à bouger, donc pour avoir des avis de pneumo, de cardio etc... C'est vrai que de pouvoir discuter sur un dossier, heu, pour ces patients là qu'on a du mal à bouger, oui»

**E8 :** « Non, c'est plutôt au cas par cas je pense, heu »

- Parmi les sujets abordés le plus souvent, nous citerons :
  - ✓ Le maintien à domicile
  - ✓ Les soins palliatifs
  - ✓ Les maladies chroniques
  - ✓ La prise en charge psychologique
  - ✓ Les plaies chroniques
  
- Les actions de prévention et de santé publique

De nombreux objectifs qui pourraient faire l'objet d'actions ont été évoqués. Cependant, la part de ce qui était du ressort de la santé publique, et des actions individuelles n'a pas été distinguée dans les propos des uns et des autres.

- ✓ Les maladies chroniques dont le diabète, l'HTA et les dyslipidémies, les anticoagulants et les soins de plaies ou de pédicurie
- ✓ les maladies sexuellement transmissibles et la contraception
- ✓ La prise en charge des addictions dont le tabac, l'alcool, les drogues notamment chez les jeunes
- ✓ La prévention des chutes et de la dysautonomie des sujets âgés, par la mise en œuvre de dispositifs de maintien à domicile plus efficaces, du fait de la prise en charge coordonnée.
- ✓ Les douleurs chroniques
- ✓ L'obésité
- ✓ La prise en charge précoce des troubles psychiques
- ✓ En termes de moyens, les actions d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, les actions de prévention générales à propos des maladies sexuellement transmissibles et les addictions, ont été cités.

3.6 La vision du changement de l'organisation des soins primaires en rapport avec la mise en œuvre du Pôle de santé: moyens proposés, avantages, freins

### 3.6.1 Les moyens proposés

- La mise en œuvre d'un dossier médical commun.

Ce dossier était vu comme un outil incontournable au service du patient. Il n'est plus la propriété du médecin, mais la notion de respect du secret et de la confidentialité restait très présente.

**E1 :** « Pour le patient, l'avantage, si tu veux c'est que il sait que tout est groupé, son dossier est là, il ne va pas répéter 10 000 fois la même chose, ça c'est important »

**E2 :** « Bah, déjà, un partage des axes et des données, alors peut-être pas sur ce qui est ultra confidentiel et qui ne regarde personne d'autre que le médecin mais par exemple que toi tu puisses intervenir sur le dossier, savoir que moi je suis intervenu tel jour, qu'il y a eu un pansement de décharge, heu, que je l'ai revu tant de fois, que je te l'ai orienté mais qu'il n'est pas venu, heu, voilà »

**E8 :** « Alors déjà au niveau de la coordination, dans un truc comme ça, vraiment le dossier partagé, ça permet d'avoir tout de suite des infos, parce que les gens ne sont pas forcément joignables tout de suite. Et le partage d'infos, ça accélère beaucoup de choses », « tout le monde a accès aux mêmes informations et voilà quoi »

- La mise en œuvre d'une organisation de la structure de manière à ce que les échanges inter professionnels soient plus rapides.

**E8 :** « Tout de suite si il y a un souci, bah, ça peut être géré rapidement, parce que, justement, tous les intervenants ont des liens de connexion »

**E7 :** « Et sur pleins, pleins de choses, pareil les AvK, heu, d'avoir une petite marche de manœuvre, enfin voilà d'appeler, d'avoir tout de suite quelqu'un qui te réponds est ce qu'on baisse la dose, est ce qu'on arrête, enfin, sur pleins de cas à domicile »

**E5 :** « pouvoir avoir accès à des professionnels autre que ta profession de façon immédiate », « Je ne sais pas, si tu as un patient, qui est sorti de l'hôpital qui s'est cassé la jambe, qui a un plâtre, toi tu viens faire les injections, il a un problème de douleur, tu peux lui proposer une solution avec un médecin qui est disponible, après s'il a besoin de Kiné, tu as le kiné tout de suite sous la main. En discutant avec lui tu t'aperçois que son fils est dyslexique et bah, tu as une psychomotricienne ou une orthophoniste qui est disponible »

- La mise en place de réunions d'échanges sur les pratiques professionnelles. Ces réunions pourraient être utiles pour résoudre des problèmes pratiques ou au contraire pour travailler sur des concepts, comme ici, celui d'automédication.

**E3 :** « Heu, et c'est vrai que une réunion ou l'infirmière nous dirait que, heu, regardez ces compresses là je ne les aime pas parce qu'elles font ça et moi je préfère cette gamme-là. Et bien on le sait et puis voilà ce serait tellement facile, quoi. Ou que vous, vous nous disiez, bah voilà on a été à un congrès sur l'épilepsie, heu, il y a tel médicament qui vient de sortir, ne vous inquiétez pas, heu, si on prescrit avec ça, bah voilà, c'est un nouveau truc qu'ils vont mettre en place, c'est facile. Vous le diriez à vos patients et quand ils viendraient chez nous on leur dirait, bah voilà on est au courant, c'est une nouvelle thérapeutique qui se met en place, on remet le même message pour les clients c'est mieux, pour nous c'est mieux, c'est sûr que ce serait l'idéal, quoi »

**E4 :** « Heu, je crois que dans les deux sens, il faut qu'on travaille mieux, que, qu'on travaille, par exemple, autour du concept d'automédication avec le pharmacien, heu, moi ça me tenterai bien comme coordination avec ce professionnel de soins là, voilà. Il y en a sûrement d'autres »

- L'organisation de consultations communes avec différents professionnels de santé

**E8 :** « Des visites c'est compliqué, c'est des consultations à plusieurs, donc c'est plus dans un lieu commun où on dit bah voilà aujourd'hui vous allez partir en consultation avec le docteur à telle heure, je serais là aussi, voilà c'est ma consultation aussi, je serais là aussi présente pour voir le problème »

- L'Organisation d'un outil de travail permettant des recueils de données pour relancer les patients pour des actions de prévention et de santé publique

**E4 :** « Oui, bien sûr et puis de les organiser mieux sur le plan pratique, moi, je vois ce que je fais, par exemple sur le cancer du côlon, les hémocults, je suis sûre que si on arrivait à mettre en place un cadre où la secrétaire appelle les gens où il y a un suivi, voilà, un suivi régulier, où on peut extraire nos données, savoir exactement ce que l'on fait, heu, repérer les patients sur lesquels il faut faire des actions particulières, heu, les relancer, faire des réunions d'information là-dessus, moi je suis sûre qu'on peut, oui bien sûr, par exemple mais ça peut être le frottis, ça peut être la mammo, ça peut être autre chose, la colique du nourrisson, par exemple (rires) »

- L'organisation de réunions de concertation pluri professionnelles pour les patients nécessitant une prise en charge complexe

**E6 :** « Heu, bah tout ce qui est gériatrie, de manière générale, parce que c'est les patients qu'on a le plus de mal à bouger, donc pour avoir des avis de pneumo, de cardio etc... C'est vrai que de pouvoir discuter sur un dossier, heu, pour ces patients là qu'on a du mal à bouger, oui »

**E7 :** « C'est ces trois-là mais pas en particulier, c'est au cas par cas. Je trouve que c'est bien quand on a un souci avec un, d'en parler, d'essayer avec justement une équipe pluridisciplinaire de décortiquer et d'aider la personne le mieux et puis nous aussi parce que c'est mieux, la prise en charge est plus facile »

- La réflexion sur le transfert de compétences restait mitigée. Celui-ci devra être ciblé et encadré par des formations adaptées.

**E2 :** « donc, heu, le transfert des compétences oui, peut –être pour décharger un secteur où on a une pénurie, par exemple, de médecin ou d'ophtalmo, heu, mais ça dépend quelles compétences et quelles sont les professions visées, égoïstement.

Par exemple, que quelqu'un puisse faire un fond d'œil, heu et que ce soit envoyé à l'ophtalmo et que lui décèle, heu, ne donne rendez-vous, par exemple s'il est surchargé, ne donne rendez-vous qu'à ceux qui le nécessite vraiment, voilà, là je trouve que ça c'est un transfert de compétences intelligent »

**E5 :** « Heu, je pense qu'il serait bien de faire des transferts de compétences médecins/infirmiers pour des prises en charge à domicile qui pourrait soulager peut être les médecins, je pense à des trucs du style, heu, tout ce qui est TP/INR au domicile, heu, certains renouvellements d'ordonnance, heu, ça c'est des choses qui sont à l'étude. Je pense que ce serait une bonne chose »

**E6 :** « Je trouve très bien que les infirmières, est maintenant l'autorisation de faire des ordonnances pour tout ce qui est soins de pansements etc... parce que ça soulage et qu'elles savent mieux que nous, ce qui est plus adapté pour telle plaie ou ulcère, etc... qu'elles sont mieux formées que nous pour ça. Heu, que le kiné détermine le nombre de séances, ça me va bien aussi »

**E1 :** « Donc je crois que si on est bien dans sa tête bien dans sa peau pourquoi pas, mais bien encadré quand même »

- Aux questions du guide d'entretien, sur le désir d'implication dans les projets d'action de prévention/santé publique, de réunions pluridisciplinaires et d'accueil des étudiants, les professionnels avaient tous répondu « oui ». Cependant concernant l'accueil des étudiants certains ont ajoutés des commentaires, en soulignant la nécessité d'organiser cet accueil en termes de temps et de locaux.

**E8 :**

**Q4 : seriez-vous d'accord pour accueillir des jeunes étudiants de votre profession afin de les former ?**

« Alors on l'a fait dans le cadre du libéral. Je participais énormément à la formation quand j'étais en intra hospitalier. Il y en a qui n'aimait pas former mais moi ça ne m'a jamais dérangé, ça c'était intéressant. Mais après ça dépend, en libéral c'est plus compliqué.

**Q : Pourquoi ?**

« Dans le cadre où on fait que du domicile, c'est un peu plus complexe. Car déjà il faut le temps que le patient s'acclimate à la personne, elle n'a pas forcément confiance. C'est beaucoup plus simple, en intra hospitalier. Enfin je pense que ce n'est pas dans les mœurs, mais après c'est vrai qu'il y a certaines choses qui sont... mais on l'a déjà fait. »

**Q : tu serais d'accord ou pas alors ?**

« Ça dépend de comment c'est fait, mais là actuellement on n'en prend plus et pourtant on a des demandes »

**E6 :**

**Q4 : seriez-vous d'accord pour accueillir des jeunes étudiants de votre profession afin de les former ?**

« Bah, c'est ce que je disais à Y, pour, heu, par rapport aux locaux que j'ai, je n'ai pas la place de mettre un étudiant à côté. Heu, si je prenais un étudiant ce serait un petit, un externe, heu, plutôt pour l'aspect il n'est pas très souvent là et il est encore curieux de la chose et il n'en sait pas encore trop pour me casser derrière et me dire c'est plus comme ça, maintenant les choses ont changé. Donc un externe éventuellement. »

### 3.6.2 Les avantages

- La structure permettrait de rompre avec l'isolement professionnel

**E1 :** « Je pense que les gens ont besoin de se regrouper parce qu'ils ont besoin de... on n'a plus envie d'être tout seul et puis parce que le statut à changer. Avant tu étais tout seul, tu avais la grosse maison bourgeoise etc... et tu étais un notable, maintenant tout ça c'est fini, c'est terminé donc maintenant on a besoin d'être avec les autres, ça c'est vrai »

**E2 :** « Puis de ne pas être tout seul dans son coin. Moi, je n'aime pas exercer toute seule dans mon coin, je n'ai jamais été seule dans un cabinet »

**E5 :** « Par ce que ce n'est pas tout seul dans ton coin, que dès fois, tu vas avoir, la science pour le résoudre »

- Les échanges permettraient de s'ouvrir à d'autres métiers que le sien, et c'était une source d'enrichissement.

**E1 :** « parce que parfois on n'a pas tous lu la même chose donc ça permet d'évoluer, d'apprendre un certain nombre de choses même si ce ne sont pas dans notre compartiment »

**E2 :** « Bah, je ne sais pas, parce que moi je suis déjà allée à des formations comme ça, et tout m'intéresse, que ce soit la sclérose en plaque, heu, les démences frontales. Parce que même si ça n'a pas un intérêt direct sur ta profession, du style, les mycoses plantaires ou machin, en fait, tu es amené à rencontrer quand même, nous on a des consultations assez longues et on est amené à rencontrer des gens qui nous parlent énormément et du coup, chaque connaissance des pathologies ou chaque connaissance d'un sujet, en fait, va être un atout dans la prise en charge du patient, de petits conseils qu'on va pouvoir leur apporter, peut-être pas aussi bien que le médecin qui lui va avoir plus le rôle médicamenteux et tout ça, mais de petits conseils en plus, bah, par exemple sur l'équilibre alimentaire du diabétique »

**E3 :** « Apprendre pleins de choses, heu, pouvoir peut être en apprendre aux autres »

- L'évolution des rôles permettrait également une revalorisation du métier.

**E3 :** « Ah oui, donc ça pourrait, heu, redonner une autre image à notre métier, heu, puisque en fait les gens verraient que nous aussi on est des professionnels de santé pas que des vendeurs de boîtes »

- Le travail en équipe était valorisé pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients

**E2 :** « Le travail d'équipe, vraiment, avoir une bonne cohésion, quoi, pour que le patient soit, encore une fois, prit dans sa globalité et qu'on fasse des soins chouettes quoi »

**E9 :** « D'accord, donc, la centralisation des soins, en gros, et le travail d'équipe, ça je trouve ça génial »

**E4 :** « Les avantages, heu, une équipe dynamique, heu, une structure qui est vraiment faite et pensée pour accueillir les gens, heu, avoir des idées des autres, parce que voilà, je ne détiens pas la vérité tout seul. Heu, sur le fonctionnement professionnel, voilà, c'est ce genre de choses. La richesse elle est dans la diversité, donc, pour moi c'est les avantages »

**E8 :** « Tout de suite si il y a un souci, bah, ça peut être géré rapidement, parce que, justement, tous les intervenants ont des liens de connexion donc ça peut aller beaucoup plus vite, je pense, et donc gain de temps, donc bénéfique pour le patient, et je pense, bénéfique aussi pour

les professionnels, parce qu'on peut faire quelque chose, de beaucoup plus synchronisé, beaucoup plus efficace et gain d'argent pour la sécu, aussi »

**E5** : « il y a une plate-forme où tout le monde travaille avec les mêmes outils »

### 3.6.3 Les freins pour les patients

- Le patient pourrait se sentir obligé d'aller voir les professionnels de la structure alors qu'il ne le souhaite pas.

**E9** : « de même que pour les patients, en fait, du coup, parce qu'ils peuvent avoir des réticences parce que ça implique que les patients peuvent se sentir obligés de devoir aller chez l'infirmier ou le podologue ou le kiné ou le spé, alors que le feeling ne passe pas forcément, ou que les soins ne sont pas forcément bons »

### 3.6.4 Les freins pour les praticiens

- Les difficultés pourraient se situer au niveau du temps nécessaire à la mise en place des actions prévues au sein du projet

**E1** : « Pas forcément la réunionite aigue, où on perd du temps etc... »

**E3** : « Bon après c'est sûr que si c'est super chronophage et que »

**E5** : « Ouais, alors maintenant ça dépend dans quel cadre, hein et comment ça s'organise. Après il ne faut pas que ça alourdisse notre travail au quotidien à nous, quoi », « Le temps, parce que c'est chronophage, tu organise des réunions, tu fais des staffs, ça peut prendre un petit peu beaucoup de temps, parfois ce n'est pas évident à combiner, mais bon ça s'organise quoi »

**E7** : « Eh bien que je suis beaucoup à domicile et que les plages horaires sont très flexibles et malheureusement ils ne vont pas tous bien, et donc parfois je prends beaucoup de temps et je peux ne pas honorer les rendez-vous à heures fixes et voilà. C'est surtout ça, la journée elle est longue et il faut trouver une plage horaire, oui c'est surtout ça le problème, la logistique »

- Les difficultés pourraient être liées à l'âge des professionnels

**Q** : **Quelles seraient, selon vous, les réticences qui pourraient vous empêcher d'adhérer à un tel projet ?**

**E1** : « Si j'ai 30 ans, rien, maintenant je me dis quand est-ce que je vais m'arrêter ? »

**E3** : « et j'ai envie de profiter un peu de la vie, d'être un peu plus cool », « Des réticences, heu, bah, c'est voilà, si je suis trop fatiguée »



- Des difficultés relationnelles pourraient survenir, en lien avec des divergences d'opinion et de pratique

**E5 :** « Voilà. Après c'est aussi un problème de position par rapport à la prise en charge de certains patients, on peut ne pas être d'accord. Voilà, sinon c'est tout »

**E8 :** « La non adhésion ou la non implication des autres professionnels qui sont dans la maison, dans la structure »

**E2 :** « Bah, j'en aurais pas beaucoup, sauf si je ne me sentais pas en phase avec les praticiens avec qui je travail, sinon j'en aurais pas beaucoup »

**E9 :** « Et avant de rentrer dans une maison médicale, tu ne sais pas comment les gens pratiquent, donc, il y a des personnes dont tu sais à posteriori qu'ils ne travaillent pas très bien ou pas de la façon dont tu aimerais que ce soit fait, ou les patients sont pas forcément content, ou voilà, après ça peut mettre en porte à faux les choses et du coup ça peut, enfin c'est difficile du coup le relationnel au sein d'une telle structure si jamais il y a des conflits, c'est pas évident à gérer »

**E4 :** « Heu, trop de divergence dans la conception du soin entre professionnels. Heu, il n'y a que ça, je pense »

- Ces difficultés relationnelles pourraient trouver leur source dans une certaine subordination aux médecins

**E1 :** « Peut-être la seule réserve, ce qui est un petit peu embêtant dans ce genre de structures, à ce moment-là, heu... c'est que tu es un petit peu, mais après ça changera, parce que toutes les villes le feront, c'est que tu es entre guillemet un petit peu tributaire du médecin, puisque nous on agit uniquement sur prescription médicale, , on est pas ostéopathe, nous, on est que des paramédicaux, donc il y a un lien de subordination, qui est un petit peu embêtant »

- Il existait aussi, dans ce projet spécifique, des difficultés affectives liées à un déplacement dans une structure alors qu'une des collègues du cabinet actuel ne peut pas suivre

**E2 :** « Alors non pour plusieurs raisons, un parce que quand j'ai monté le cabinet, il y a eu les infirmières qui sont venues et C., l'ostéopathe et que je la laisserais pas tomber, je ne me verrai pas lui dire, bah, nous on s'en va et puis débrouille toi, ce n'est pas mon état d'esprit donc »

**E7 :** « Je ne sais pas. On m'a accueillie dans ce cabinet et je n'aimerais pas laisser C. (ostéopathe) avec qui je m'entends très bien »

### 3.7 Typologie des praticiens

Nous avons pu déterminer différentes typologies de praticiens :

- Les leaders qui étaient capables de mieux conceptualiser le changement de pratique et l'évolution des rôles de chacun, nécessaires à la mise en place d'une telle structure. Ils arrivaient à se projeter dans l'avenir du projet de façon concrète avec plusieurs idées pratiques.
- Les suiveurs qui avaient envie d'améliorer l'organisation des soins primaires et de travailler en équipe mais qui avaient du mal à concrétiser les actions et les moyens le permettant
- Les contemplatifs, qui n'étaient pas encore décidés ni convaincus mais qui semblaient séduits par les idées proposées

### 3.8 Evaluation du changement provoqué par les entretiens de recherche

Un questionnaire a été envoyé aux différents professionnels interviewés, environ un mois après le dernier entretien afin d'évaluer le changement qui a pu être provoqué par celui-ci.

Questions	Oui	non
1 : L'entretien a-t-il permis de mieux vous projeter en pratique dans le projet ?	6	3
2 : L'entretien vous a-t-il permis de mieux définir votre rôle, au sein du projet ?	4	5
3 : Est-ce que votre désir d'implication personnel a évolué, depuis l'entretien ?	2	7
4 : Est-ce que le projet donne suffisamment d'importance, selon vous, aux envies et aux propositions des non médecins ?	9	0

A la question 5, ouverte, sur les propositions ou commentaires à faire, il y a eu peu de réponses hormis :

**E4 :** « A ce niveau, Il est important maintenant que nous concrétisions au niveau du local, afin de pouvoir nous organiser sur le plan pratique »

**E2 :** « Oui, j'espère sincèrement que ce projet beau et noble verra le jour »

**E1 :** « Cette question pour ma part est trop tardive puisque dans le meilleur des cas il me reste moins de deux ans de carrière »

**E5 :** « Je pense qu'il faut qu'on soit dans la structure pour que les différents projets se concrétisent »

On note de cette petite étude quantitative trois éléments:

- L'entretien a dans l'ensemble permis aux professionnels de mieux se projeter en pratique, notamment pour les professionnels qui étaient un peu plus « suiveurs » que « leaders »
- L'entretien n'a pas modifié le désir d'implication personnel qui était présent auparavant
- Les professionnels impliqués (médecins ou paramédicaux) transmettent tous qu'ils sont écoutés et impliqués de la même manière

## 4. DISCUSSION

### 4.1 Limites de l'étude

#### - Recrutement des professionnels

Les professionnels recrutés pour cette étude étaient tous plus ou moins impliqués dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ce qui fait que l'échantillon n'était pas représentatif de la population des professionnels de santé en générale.

De plus, deux professionnels impliqués dans le projet n'ont pas pu être interviewé ce qui a pu entraîner un biais dans l'analyse des résultats.

Cependant notre travail a étudié les avis de différents professionnels et de professions de santé multiples ce qui rend notre travail enrichissant par la divergence des points de vue.

#### - Taille de l'échantillon

Une des faiblesses de cette étude est la taille de l'échantillon qui n'a comporté que 9 entretiens individuels, ce qui est faible et rend difficile l'extrapolation des données.

#### - Biais de l'interviewer

Le biais lié aux compétences de l'investigatrice dans le domaine des enquêtes qualitatives et des entretiens individuels semi-dirigés est non négligeable.

En effet, étant novice pour animer des entretiens, certaines relances ont été formulées de façon trop fermées et d'autres relances qui auraient été nécessaires afin de faciliter la discussion n'ont pas été réalisées. D'ailleurs les derniers entretiens comportaient plus de relances ce qui a favorisé la parole sur certains sujets.

Or d'après Andréani et Conchon [32], un des critères de validité d'une étude qualitative est la formation et l'expérience de l'enquêteur. C'est primordial car la manière de poser les questions favorise plus ou moins la parole.

#### - Rapport de confidentialité et d'intérêt dans le projet

Etant impliquée dans le projet de maison/pôle de santé d'Ermont ainsi que mon directeur de thèse, cela a pu influencer les professionnels interviewés et gêner leur expression.

Cependant, le fait que les professionnels connaissaient l'investigatrice a également pu aider à la discussion, rendant l'entretien plus convivial et moins solennel.

#### - Biais de l'analyse

Les études qualitatives ont des critères de validité différents des études quantitatives [31,32]. En effet dans les études qualitatives la validité interprétative est plus adéquate que la validité interne plutôt adaptée aux études quantitatives.

La réflexivité est la projection de l'analyste via les données recueillies pour dégager le sens de l'étude. La démonstration de la validité interprétative est assurée par la méthode de triangulation, qui est un processus de validation par la combinaison de plusieurs méthodes et sources d'information.

La triangulation implique le recoupement des données, des méthodes, des analystes et des schémas de travail afin de valider que les résultats sont concordants entre eux.

Dans notre étude nous avons effectué une triangulation lors de l'analyse des résultats puisque le codage a été réalisé pour un premier entretien par deux chercheurs (l'investigatrice et le directeur de thèse) et une harmonisation des codages a été effectuée. Puis nous avons eu plusieurs réunions de travail afin de vérifier la concordance d'interprétation des données.

Cependant nous n'avons pas pu, lors de ce travail, réaliser une triangulation des méthodes (entretiens et observations par exemple) ni des sources de données, ce qui peut avoir entraîné un biais.

Concernant l'étude quantitative par retour d'entretien, son interprétation est difficile, et elle permet seulement de se faire une idée sur l'effet de l'intervention via l'entretien individuel. En effet, pour pouvoir interpréter correctement ces résultats il aurait fallu avoir un groupe témoin à comparer au groupe intervention. De plus l'échantillon étant très petit, la puissance est donc minime. Enfin le moment de l'intervention dans le cours du projet est important. Ici, le projet était bien avancé et les professionnels de santé impliqués et motivés.

Il serait intéressant dans un autre travail, au début de l'élaboration d'un projet, d'étudier l'effet de l'intervention par entretiens individuels versus absence d'intervention.

#### 4.2 Synthèse des résultats

- La conception de l'évolution des soins primaires et des modifications des rôles de chacun

Au cours des entretiens les professionnels ont pu formaliser un certain nombre de points importants pour le projet. Ils avaient tous un désir d'implication personnelle fort dans une réorganisation du soin primaire.

Ils souhaitaient améliorer la prise en charge des patients avec des soins plutôt centrés sur le patient et non sur la maladie ou les symptômes afin de prodiguer des soins de qualité. Ils désiraient, également, clarifier le parcours de soins (améliorer la gestion des semi-urgences, la coordination avec les soins secondaires et la coordination des soins pour les patients présentant des poly pathologies).

Concernant les actions de prévention et/ou d'action de santé publique, ils désiraient y participer en fonction des besoins de la population. Quatre grands thèmes semblaient importants à aborder : les pathologies chroniques (cardiovasculaires, rhumatologiques, les plaies chroniques), le maintien à domicile et les soins palliatifs, la prise en charge précoce des troubles psychologiques (dépression, anxiété, harcèlement moral au travail...) et enfin les addictions et comportements à risques surtout chez les jeunes (Tabac, alcool, obésité, maladies sexuellement transmissibles, contraception).

Ils ont exprimés le désir de participer activement dans des réunions pluridisciplinaires dans le but d'approfondir leurs connaissances au sein d'une équipe de professionnels de corps de métier différents. Ceci leur permettrait d'apprendre des autres et d'apporter leurs expériences personnelles au groupe.

Enfin, concernant l'évolution des rôles de chacun et le transfert de compétences, les avis restaient discordants. Ils n'y étaient pas opposés cependant il devrait être ciblé selon les besoins, encadré par des formations et protocolisé en fonction des évolutions législatives.

Afin de répondre à ces objectifs, plusieurs moyens ont été proposés. L'utilisation d'un outil informatique performant en faisait partie. Il faudrait qu'il permette l'accessibilité aux différents professionnels à un dossier médical commun, mais aussi l'extraction de données dans le but de participer activement à des travaux de recherche universitaires et d'améliorer les actions de prévention (listing des actions à mener et relance des patients).

Concernant la communication interprofessionnelle plusieurs types de réunions ont été évoquées : des réunions de partage des pratiques professionnelles afin de les harmoniser, des réunions de concertation multidisciplinaires pour les patients présentant des prises en charge complexes et des réunions pluri professionnelles ouvertes aux différents professionnels de la région dans le cadre de la formation continue.

Il persistait au cours des entretiens, certaines difficultés à concrétiser ces actions dans leurs réalisations pratiques.

Ce point peut être expliqué par le fait que le projet n'était pas encore totalement finalisé.

Lors d'un retour d'entretien, un des professionnels a d'ailleurs précisé, que selon lui, les projets se concrétiseraient lorsqu'il serait présent dans la structure physiquement (retour entretien E5).

Ces difficultés peuvent également s'expliquer par certains freins : financiers pour les professionnels qui prodiguent des soins non remboursés par la sécurité sociale ou des craintes, telles que la non adhésion des patients aux actions menées pour eux.

- Hiérarchisation des professionnels de santé

D'après les résultats de l'étude de Druz j. de 2011 [23], un frein important à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état aux projets de maisons/pôles de santé pluridisciplinaires, était la crainte de subir de nouveau une subordination aux médecins.

De même, dans l'article de Durand G., de 2012 [22], il est abordé la difficulté de travailler ensemble en libéral, notamment pour les infirmier(e)s, qui en s'installant, ne subissent plus les hiérarchies hospitalières et ne souhaitent pas repasser sous le joug des médecins.

Or, dans notre étude, il persistait une hiérarchie des rôles entre les médecins et les paramédicaux, au cours des entretiens. Cependant, les professionnels ne semblaient pas avoir conscience de celle-ci. Ce point a été confirmé par l'enquête finale vers les professionnels interviewés. Or un manque de synergie du groupe pourrait résulter de cette hiérarchisation persistante, non perçue comme telle.

Ce point peut être expliqué par plusieurs raisons. Tout d'abord, il a pu exister un biais lié au fait que l'investigatrice des entretiens était impliquée dans le projet. Cette proximité entre observateur et interviewé a pu faciliter la parole sur le sujet et faire ressortir des propos sur la hiérarchie professionnelle alors qu'ils étaient contenus jusque-là. Mais, elle a également pu engendrer des non-dits par crainte des professionnels d'être « mal vus » dans le projet. Il est également possible, étant donné, les nombreuses discussions en équipe réalisées auparavant, que les professionnels aient ressenti une prise en compte positive de leurs avis. Une crainte liée à cette hiérarchie restait néanmoins persistante, mais pas forcément ressentie comme telle. Il sera, de toute façon, primordial, de rediscuter de ce point, au sein du groupe en raison des conséquences possibles sur la cohésion de l'équipe.

- Avantages et freins évoqués par les professionnels

Beaucoup d'avantages ont été cités en faveur d'un travail en équipe au sein d'une maison/pôle de santé pluridisciplinaire.

Le principal avantage était celui de l'amélioration de la qualité des soins prodigués au patient. Ensuite les échanges interprofessionnels semblaient pouvoir apporter épanouissement personnel et professionnel.

Enfin, la revalorisation de certains métiers vus parfois par les patients comme des métiers ne relevant pas vraiment des professions de santé était importante.

Les conclusions apportées par la thèse de M. Vincent Leprette de 2011 [14], qui avait étudié les avantages et les freins chez les médecins généralistes à la réalisation d'une maison/pôle de santé, relevaient principalement des freins financiers, immobiliers et juridiques. Il était donc préconisé de développer les structures d'accompagnement à la création de tels projets.

Or, dans notre étude, ces freins n'ont pas été cités, hormis des freins financiers pour un des professionnels qui désirait participer au pôle sans se déplacer physiquement dans la structure, étant donné son âge proche de la retraite.

L'aide du tiers facilitateur, et de la FEMASIF, peuvent expliquer cet état de fait. En effet, ils ont été présents, lors de la présentation du contrat local de santé et ensuite lors de diverses réunions afin d'aider à la concrétisation du projet.

Les craintes exprimées étaient concentrées sur le temps nécessaire à la réalisation des différentes actions prévues par le projet et sur les possibles divergences d'opinions et de pratiques des professionnels. Plus spécifiquement au projet d'Ermont, des freins au déplacement physique dans la structure ont été retrouvés, notamment relationnels liés au fait qu'une collègue faisant partie intégrante actuellement d'un des cabinets ne puisse pas se déplacer dans la structure.

Concernant les craintes des patients plusieurs réticences possibles étaient importantes à prendre en compte, selon les professionnels, notamment le maintien du secret médical, la liberté de choix des professionnels de santé et enfin l'accès aux soins des personnes à mobilité réduite.

Cependant nous n'avons pas étudié l'avis des patients, ce qui pourrait faire l'objet d'un autre travail.

#### 4.3 Difficultés de mise en œuvre des projets : propositions de solutions

- Certains projets se concrétiseront une fois la structure et le fonctionnement en place. Il faudra, donc, prévoir des temps dédiés à la réflexion et l'organisation de ces projets



En effet, dans le livre, « Monter et faire vivre une maison de santé », de P. De Haas [21], il présente plusieurs projets qui ont abouti à la réalisation d'une maison de santé pluridisciplinaire dans diverses régions de France. Ces projets sont variés et nés dans des contextes différents, selon les besoins locaux.

Dans l'exemple de la maison de santé de Pont-D'Ain, l'équipe de professionnels de santé s'est regroupé au départ pour des raisons pratiques plutôt que l'organisation des soins. En effet, plusieurs des professionnels recherchaient des locaux plus adaptés (locaux neufs, aux normes, fonctionnels, plus accessibles, disposant de places de parking) et le projet était l'occasion pour eux de pouvoir trouver des locaux tout en rejoignant un groupe de professionnels de santé.

Le désir de partage et de coordination des soins est apparu progressivement par la proximité, à partir du moment de l'installation dans les locaux et après quelques années de vie commune.

Ils ont donc formalisé une charte, un projet de santé et un projet professionnel et depuis la dynamique de groupe est entretenue par différents moyens dont des réunions régulières pour la coordination des soins, des repas pris en commun et des réunions de gestion de la copropriété.

Cet exemple montre que certains projets de coordination naissent suite au regroupement, au fur et à mesure que les professionnels se côtoient et travaillent ensemble. Il faudra donc accorder du temps à l'équipe pour qu'elle se soude afin d'organiser et entreprendre des projets en commun.

L'envie est un moteur primordial dans un projet et cette étude a démontré l'enthousiasme des différents professionnels. La démarche adoptée permettrait de prendre conscience plus facilement des difficultés rencontrées et à venir.

- S'inspirer des projets entrepris par d'autres structures en France et dans d'autres pays.

Dans certains pays, notamment en Belgique, il existe des associations de patients qui permettent d'améliorer les soins de la structure selon les besoins et les envies exprimés par les patients et non ciblés uniquement sur ce que les professionnels de santé pensent « bon » pour leurs patients[33, 34]. De plus ce type d'associations permet de développer l'autonomie des patients vis-à-vis de leur santé.

Il pourrait donc être intéressant de prendre l'avis des patients sur leurs désirs concernant les actions de prévention et/ou de santé publique à mener et sur leurs besoins en terme de santé et

de prise en charge, via un questionnaire lors de l'ouverture de la structure et tout au long de l'évolution du projet via une association d'usagers.

- Réglementer l'organisation au sein de la maison/pôle de santé

Une charte devra être rédigée afin de définir ensemble comment les professionnels désirant se joindre au projet pourront le faire (nécessité d'une « période d'essai » dans le but d'apprécier si le professionnel a des objectifs et des pratiques qui correspondent au projet?). Elle permettrait, également, de définir ce qui peut ou non être divulgué aux autres intervenants et de définir les règles nécessaires à une entente cordiale au sein du groupe (règles de fonctionnement interne, financières et juridiques).

- S'inspirer des expérimentations déjà menées concernant les professionnels qui ont des difficultés à trouver leur place dans cette organisation de coordination.

Concernant la mise en place du dispositif d'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux par les pharmaciens un avenant à la convention nationale pharmaceutique a été formalisé. Il a été signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine, le 10 janvier 2013 [35]. Cet avenant fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients sous traitement chronique par antivitamine K (AVK). Les grands principes de cet accompagnement, définis par la convention, sont « *de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement* ».

« Le pharmacien s'engage dans ce cadre à donner aux patients les précisions et informations suivantes :

- ✓ la posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques par exemple)
- ✓ la durée de traitement
- ✓ les précautions d'emploi
- ✓ les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré
- ✓ les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps
- ✓ les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient

- ✓ les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements »

Les moyens proposés pour atteindre ces objectifs sont des entretiens pharmaceutiques, permettant une prise en charge personnalisée et optimale du patient. Un entretien à l'initiation du traitement puis au moins 2 entretiens par an sont préconisés, dans un espace prévu à cet effet (confidentialité) et avec accord du patient.

De même une prise en charge des patients asthmatiques, souvent mal contrôlés suite à une mauvaise observance de leur traitement, est un objectif de la convention [36]. En effet il est indispensable que ces patients bénéficient d'un accompagnement, au long cours, sur l'utilisation de leur traitement. Le rôle du pharmacien dans ces cas précis pourrait être primordial et se traduirait par :

- ✓ Le contrôle de l'observance du traitement de fond
- ✓ La réalisation d'entretiens pharmaceutiques au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur la bonne utilisation de son traitement
- ✓ Le contrôle régulier de la maîtrise de la technique d'inhalation par le patient ainsi que la bonne observance du traitement
- ✓ En cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient

- Discuter de ce que les professionnels désirent faire des possibles fonds versés par l'Agence régionale de santé (ARS)

Via les financements alloués par l'ARS [20], il est possible de prévoir un fond dédié à certaines actions de santé publique réalisées par les professionnels au sein du pôle de santé. Par exemple, suite à la réalisation d'une étude, s'il s'avère nécessaire d'agir du point de vue orthopédique chez des patients souffrant du dos avec des déformations plantaires, exerçant des métiers difficiles et étant en situation précaire, il peut être décidé d'allouer certains fonds à la réalisation de ces soins. Il faudra que l'équipe se réunisse afin de déterminer à quels projets les fonds seront destinés selon les besoins prioritaires des patients.

- Concernant la coordination inter et intra professionnelle

Prévoir un circuit de soins pour les prises en charge semi-urgentes, avec centralisation par le secrétariat et plages horaires prévues à cet effet. Selon les besoins, à évaluer au démarrage du

projet, il peut être nécessaire de prévoir à la fois des créneaux de semi-urgences pour les patients tout venant et quelques créneaux destinés aux besoins des infirmiers du pôle de santé.

Etant donné les craintes exprimées liées au temps nécessaire aux différentes actions de la maison/pôle de santé, il sera essentiel d'organiser les réunions pluridisciplinaires de telle manière que cela ne soit pas trop chronophage et de discuter ensemble de la périodicité de ces réunions.

Il faudra organiser des protocoles de prises en charge rapides avec les structures de soins régionales (Hôpital et clinique). Il sera, également, nécessaire de développer au sein de la structure un outil permettant une communication avec ces structures, via, par exemple, des boîtes mails cryptés. L'ASIP met au point actuellement, avec le concours de l'ensemble des ordres des professionnels et les organisations professionnelles libérales et hospitalières, un système de messageries sécurisées de santé. Elles permettent des accès sécurisés à des boîtes mails cryptés qui permettraient des échanges entre les professionnels de soins primaires et les structures de soins secondaires [37]. Cet outil n'est pas encore disponible mais est en cours de développement.

Un recueil de données concernant les actions de prévention avec relances réalisées par le secrétariat pourrait être mis en place. De la même manière, comme cela a été fait dans la maison de santé de Steenvoorde [21], un protocole d'accueil des patients qui font des demandes de consultations urgentes pourrait être réalisé et le personnel d'accueil formé à ce type de demandes afin d'améliorer le circuit d'accueil des patients.

Un outil performant pour ce type de structures doit être recherché.

Le cahier des charges serait :

- ✓ Outil permettant la mise en commun de plusieurs plannings au sein de la maison de santé médicale mais également sur les postes des professionnels au sein du pôle de santé qui ne sont pas sur les lieux
- ✓ Secret médical conservé au sein des dossiers médicaux avec accès par des codes différents selon les professions de santé.
- ✓ Extraction de données possible afin de prévoir des actions de prévention et/ou de santé publique

- ✓ Extraction de données possibles pour réaliser des projets de recherche en médecine générale
- ✓ Possibilité de consulter les dossiers médicaux à distance, notamment pour les visites à domicile
- ✓ Outil permettant la télétransmission pour les patients bénéficiant de la CMU, l'AME et du tiers payant

Le ministère de la santé a rédigé un guide méthodologique afin d'aider les professionnels de santé exerçant en maison et/ou pôle de santé pluridisciplinaire à partager certaines informations au sein de ces structures tout en respectant la loi et le code de déontologie [38].

L'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) [39] a également publié une étude sur les systèmes d'information des maisons et pôles de santé, centres de santé polyvalents qui permet de savoir quels sont les différents modèles possibles et leurs conditions de mise en œuvre.

Certains outils existent pour des structures comme celles-là et certains possèdent des logiciels d'aide à la prescription homologués par l'HAS, comme par exemple :

- ✓ ICT chorus [40]
- ✓ Eo [41]

#### 4.4 Difficultés pour certains professionnels à conceptualiser les missions des maisons/pôle de santé pluridisciplinaires

Les professionnels les moins impliqués dans le projet avaient plus de difficultés à se rendre compte des enjeux de coordination d'une telle structure. Ceci peut être expliqué par le fait qu'ils n'ont pas assisté aux réunions avec le coordinateur de la Femasif. Mais également, pour les plus jeunes, par le fait qu'ils n'ont jamais eu accès au cours de leurs études à des stages leur permettant de comprendre en quoi consiste la coordination des soins ambulatoires.

Quand le projet m'a été proposé, j'ai eu des difficultés à différencier une maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'un regroupement de professionnels. J'étais séduite par l'idée de travail en équipe et pas seulement avec des médecins mais aussi avec des paramédicaux, mais j'avais du mal à cerner les objectifs de coordination et leur mise en pratique. Ce n'est qu'après un travail de recherche d'informations que j'ai mieux cerné ce qu'étaient les missions d'une telle structure.

Il serait donc intéressant de développer des stages, au cours de la formation des jeunes professionnels de santé, au sein d'équipes pluridisciplinaires avec des missions de

coordination des soins. A la faculté Denis-Diderot- paris7 ce type de stages commence à s'organiser. Ils proposent des missions de coordination des soins au sein de différentes maison de santé pluridisciplinaires, en île de France.

Dans le projet d'Ermont il conviendra, lorsque la structure le permettra, d'accueillir les étudiants afin qu'ils puissent se familiariser avec les missions de coordination.

#### 4.5 Proposition de projet de soins (annexe 5)

## 5. CONCLUSION

Le développement des maisons et pôles de santé en France, est actuellement en plein essor, en France. Plus de 1000 projets sont en cours d'élaboration. Plusieurs raisons expliquent ce développement. Tout d'abord l'inégalité entre l'offre et la demande de soins nécessite une restructuration du soin primaire afin de permettre un accès aux soins pour tous. Les missions de santé évoluent et offrent de plus en plus de soins de prévention. Celles-ci demandent du temps aux praticiens. Le travail en équipe est un élément facilitateur. De plus les professionnels de santé, dont les jeunes générations, ressentent le besoin de modifier leur organisation de travail afin de rompre avec l'isolement professionnel et améliorer leur qualité de vie. Le projet d'Ermont s'est constitué à partir des constats du contrat local de santé réalisé par l'agglomération Val et Forêt. Il a été construit sous l'impulsion d'un leader, médecin généraliste, rejoint ensuite par différents professionnels. Celui-ci a progressé et une équipe de 11 professionnels s'est constituée. Ils n'avaient pas tous la même conception du travail, de son partage, la même culture professionnelle, les mêmes parcours. Leurs niveaux d'implication étaient diversifiés : adhésion simple, participation sur certains points, pour d'autres, action et conception du projet. La mise en place d'un tel projet implique une compréhension des nouvelles organisations du soin primaire ainsi que l'acceptation d'une modification des rôles des différents professionnels. Les membres de l'équipe faisaient état d'une envie de progression dans ce sens, sans pouvoir formaliser cela de façon pratique. Cet état de fait constituait un point faible. Afin de renforcer la cohésion du groupe et d'améliorer la faisabilité du projet, une étude qualitative a été réalisée.

Notre étude, avait pour but d'explorer et comprendre les conceptions d'évolution de l'organisation des soins primaires et des rôles de chacun au sein de l'équipe multidisciplinaire, en cours de constitution. Les craintes et aspirations des professionnels de santé porteurs de ce projet spécifique ont également été explorées.

Nous avons réalisés des entretiens individuels de 9 de ces professionnels (3 médecins généralistes, 1 kinésithérapeute, 1 podologue, 1 pharmacien et 3 infirmiers). En fin d'étude, un retour des interviewés a été effectué afin de valider leurs propos et de savoir dans quelle mesure les entretiens avaient pu faire évoluer leur point de vue.

Plusieurs points clés du projet ont pu être formalisés par les professionnels. Ils avaient tous un désir d'implication fort dans une réorganisation du soin primaire. Le désir de clarification du parcours de soin, l'amélioration des soins centrés sur le patient avec une prise en charge plus

globale et mieux organisée en étaient les 3 composantes principales. Les exemples cités étaient l'organisation pour les demandes semi-urgentes, la coordination des soins entre les professionnels du pôle, et vers les autres structures de soins. Cette organisation devait s'appuyer sur des outils de communication : dossier médical commun, réunions de coordination. Il existait, également, un désir d'amélioration des actions actuelles de prévention. Le maintien à domicile des personnes âgées, la prise en charge des maladies chroniques et des addictions étaient les principaux thèmes abordés. Enfin, Ils désiraient enrichir leurs compétences via des formations continues sur des sujets divers et variés, impliquant tous les corps de métier. L'accueil des étudiants était accepté mais pour certains une organisation de cet accueil était nécessaire ainsi que l'adaptation des locaux. Il persistait une hiérarchie des rôles entre les médecins et les paramédicaux. Les professionnels, contrairement à ce qui était attendu, ne semblaient pas avoir conscience de celle-ci. Ce point a été confirmé par l'enquête finale vers les professionnels interviewés. Un manque de synergie du groupe pourrait résulter de cette hiérarchisation persistante, non perçue comme telle. Les paramédicaux resteraient au rang de simples exécutants. Ce point fondamental devra être rediscuté, en raison de ses conséquences possibles sur la cohésion de l'équipe. De plus, la réalisation pratique des actions semblait toujours difficile à concrétiser. Ceci pouvait être lié au fait que le projet n'est pas encore totalement finalisé. Concernant le transfert de compétences, les avis restaient discordants. Les professionnels n'y étaient pas opposés mais il devra être ciblé, protocolisé en fonction des évolutions légales et encadré par des formations. Les freins juridiques, financiers ou immobiliers à la réalisation du projet ne semblaient pas faire partie de leurs craintes, contrairement aux études précédentes. La mise en place d'organismes d'accompagnement aux projets de maisons/pôles de santé (FFMPS) avec aide apportée par un tiers facilitateur peuvent expliquer cet état de fait. Les réticences étaient concentrées sur les différences de fonctionnement professionnel, et la crainte du temps nécessaire à la mise en place des actions prévues par le projet.

Notre travail a permis de confirmer les points faibles de ce projet spécifique. Il a soulevé des pistes de réflexion et permis de proposer des solutions d'organisation. Celles-ci pourraient être formalisées sous la forme d'une charte spécifique au projet. Elle pourrait, ainsi, aider les professionnels à concrétiser de façon pratique les actions de santé prévues.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. Fédération Française des Maisons et Pôles de santé. Présentation de la FFMPS 2013-2014. Paris : 2013 [consulté le 09/10/2013]  
Disponible sur : < <http://www.ffmps.fr> >
2. JUILHARD J-M, CROCHEMORE B, TOUBA A, VALLANCIEN G, CHAMBAUD L, SCHAETZEL F. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. La Documentation française, 2010
3. ATTAL-TOUBERT K. et VANDERSCHELDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et Résultats. DREES, Février 2009
4. Legmann M. sous la direction de Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2013. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins, section santé publique et démographie médicale, 2013.
5. Insee - Santé - Professions de santé en 2012 [Internet]. [Consulté le 09/10/2013].  
Disponible sur:  
<[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103)>
6. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES (Institut de Recherche en Economie de la Santé). [Consulté le 09/10/2013].  
Disponible sur:  
<<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoProfAutres.htm>>
7. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Questions d'économie de la santé 2012;174. [Consulté le 09/10/2013]  
Disponible sur : < <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>>

8. Delord A-L. La santé des femmes menacée: La gynécologie médicale en danger. SODEPAR SAS; 2010

9. DANET S. L'état de santé de la population en France : Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011. Etudes et Résultats. DREES, Juin 2012.

10. Cambois E, Barnay T. Espérances de vie, espérances de vie en santé et âge de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France. Retraite et société. 8 sept 2010 [Consulté le 09/10/2013];n° 59(3):194-205.

Disponible sur: <[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=RS\\_059\\_0194](http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RS_059_0194)>

11. L'état de santé de la population en France - Rapport 2011. DRESS.

Disponible sur: <<http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>>

12. Haut Conseil de la santé publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. La Documentation française, 2010.

13. Demeulemeester R. En France, l'éducation pour la santé marque le pas. Cause ou conséquence d'un sous-investissement politique ? Santé Publique. 1 juill 2013 [Consulté le 09/10/2013]; S2 (N°2 Suppl.): 93-99.

Disponible sur: <[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=SPUB\\_133\\_0093](http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SPUB_133_0093)>

14. LEPRETTE M. Vincent. Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôle de santé en île de France : motivations des porteurs de projets et difficultés rencontrées. Thèse de médecine générale : Paris 5 : 2011.

15. SARNI Selma. L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire vu par les futurs médecins généralistes : étude à partir d'un focus group d'internes effectuant un SASPAS. Thèse de médecine générale : Nantes : 2012.

16. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Réalisée par l'ISNAR-IMG Du 2 juillet 2010 au 1<sup>er</sup> janvier 2011.[Consulté le 09/10/2013]

Disponible sur : < <http://www.isnar-img.com/content/enquête-nationale-sur-les-souhaits-d'exercice-des-internes-de-médecine-générale-résultats> >

17. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR;SASX0822640L. Paris, 2009. [Consulté le 09/10/2013]. 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)>

18. Cartier T, Mercier A, De Pourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, Bourgueil Y, Renard V. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. Exercer 2012;101:65-71.

19. Cartier T, Mercier A, Huas C, Boulet P, Calafiore M, Leruste S, Renard V. Propositions pour l'organisation des soins primaires en France. Exercer 2012;104:212-9.

20. Présentation-Création-Financement-Exemple-Contacts. Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires. [Consulté le 09/10/2013]

Disponible sur : <<http://www.rosny93.fr/IMG/pdf/1Dossier-MSPP-Presentation.pdf>>

21. DE HAAS. Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. Ed Le Coudrier 169p.

22. DURAND Gérard. Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose. Rev Prescrire 2012 ; 32(346) :614-619.

23. DRUZ Johann. Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire. Thèse de médecine générale : Grenoble : 2011.

24. VADANT Elise. Exigences des professionnels de santé dans le projet de maison médicale à Vizille (38). Thèse de médecine générale : Grenoble : 2011.

25. MORANA Emmanuel. Etude des premiers développements d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire dans une ville de Seine-et-Marne. Thèse de médecine générale : Créteil : 2011.
26. TCHA Hli. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22). Thèse de médecine générale : Université de Bretagne Occidentale : 2012.
27. Vanault-les-Dames : une maison de santé pluri professionnelle en milieu rural. Rev Prescrire 2012 ; 32 (344) : 462-465.
28. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L. et Al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008; 84:142-5.
29. Silverman D. Doing qualitative research: a practical handbook. SAGE; 2005.
30. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE Handbook of Qualitative Research. SAGE; 2011.
31. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003
32. Andreani JC, Conchon F. Les méthodes d'évaluation de la validité des enquêtes qualitatives en Marketing. [Consulté le 09/10/2013].  
Disponible sur:  
< [http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/pdf\\_2003/fr/andreani\\_conchon.pdf](http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/pdf_2003/fr/andreani_conchon.pdf) >
33. Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophone. [Consulté le 09/10/2013]  
Disponible sur internet : < [http://maisonmedicale.org/?page=detail\\_maison&id\\_maison=11](http://maisonmedicale.org/?page=detail_maison&id_maison=11) >
34. Ligue des usagers des services de santé. [Consulté le 09/10/2013]  
Disponible sur: <<http://www.luss.be/>>

35. Avenant n°1 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie. Journal officiel de la République Française. 27 Juin 2013. [Consulté le 09/10/2013]

Disponible sur:

< [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/joe\\_20130627\\_0147\\_0011\\_1\\_.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20130627_0147_0011_1_.pdf) >

36. Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. [Consulté le 09/10/2013]

Disponible sur: < [http://www.celtipharm.com/Portals/0/Documents/DOC-Pdf/DOC-CNAM-120405-ConventionPharmaceutique\\_CAU.pdf](http://www.celtipharm.com/Portals/0/Documents/DOC-Pdf/DOC-CNAM-120405-ConventionPharmaceutique_CAU.pdf) >

37. Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP). [Consulté le 09/10/2013]

Disponible sur: <<http://esante.gouv.fr/services/mssante/editeurs-operateurs>>

38. Ministère chargé de la santé. Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients. Novembre 2012 [Consulté le 09/10/2013].

Disponible sur:

<[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_methodo\\_circulation\\_infos\\_22\\_11\\_12.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf)>

39. ASIP Santé. Cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et des centres de santé polyvalents. Décembre 2011 [Consulté le 09/10/2013]

Disponible sur:

< [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP\\_CDC\\_MPSP\\_CSP\\_V1\\_dec\\_2011.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_CDC_MPSP_CSP_V1_dec_2011.pdf) >

40. ICT International Cross Talk. [Consulté le 09/10/2013]

Disponible sur:

< [http://www.group-ict.com/index.php?l\\_idpa=70](http://www.group-ict.com/index.php?l_idpa=70) >

41. Silk Informatique. [Consulté le 09/10/2013]

Disponible sur:

< <http://www.silk-info.com/eo-medecin.html> >

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Contrat local de santé**

**Annexe 2 : Statuts ADPMS Ermont**

**Annexe 3 : Guide d'entretien**

**Annexe 4 : Questionnaire retour d'entretien**

**Annexe 5 : Proposition de projet de soins**

**Annexe 6 : Entretiens**

**Annexe 7 : Retours d'entretien**

## Annexe 1



# Contrat Local de Santé de Val-et-Forêt





### **Préambule : Le contexte du CLS de Val-et-Forêt**

Conformément à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (H.P.S.T), l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France a souhaité s'engager de façon volontariste dans la signature de Contrats Locaux de Santé avec certaines communes d'Île-de-France. Ces Contrats Locaux de Santé sont pour l'Agence l'un des outils privilégiés pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé qui caractérisent la région.

Afin de prévenir une baisse de la démographie médicale annoncée sur le territoire, d'améliorer l'organisation et l'accès aux soins et de renforcer les actions de prévention santé, la Communauté d'agglomération Val-et-Forêt a souhaité s'engager dans un Contrat Local de Santé. A ces fins les statuts de la Communauté d'agglomération Val-et-Forêt ont été modifiés pour signer un Contrat Local de Santé entre l'intercommunalité, l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et la Préfecture du Val d'Oise.

Un courrier en date du 17 octobre 2011, a été adressé dans ce sens, au Directeur général de l'ARS Ile-de-France par le Président de la Communauté d'agglomération Val-et-Forêt, M. Alain GOUJON.

#### **1. Présentation des éléments de diagnostic <sup>1</sup>partagés entre les cosignataires**

La Communauté d'agglomération Val-et-Forêt (CAVF) est située à 20 km au nord de Paris, dans la vallée de Montmorency. Elle est composée des villes d'Eaubonne, d'Ermont, de Montlignon, Saint-Prix, du Plessis-Boucard et de Saint-Leu-la-Forêt. Avec le départ de Franconville et l'intégration de Saint-Leu-la-Forêt en janvier 2009, la communauté d'Agglomération évolue. Elle atteint 83 685 habitants (INSEE 2007). Les communes principales sont Ermont (27 670 habitants) et Eaubonne (23 541 habitants), la plus petite commune est Montlignon (2516 habitants). La population de la CAVF entre 1999 et 2007 a augmenté de + 2.9%. Elles concernent surtout les classes d'âge les plus âgées.

La densité de la population intercommunale est de 3 616.2 habitants par km<sup>2</sup> pour une superficie de 28.2 km<sup>2</sup>.

La Communauté d'agglomération Val-et-Forêt est très bien desservie en transport par 16 lignes de bus (et de nombreux arrêts) et 6 gares (RER et train). Elle est bien reliée au réseau routier, elle est notamment traversée par l'axe autoroutier A115.

<sup>1</sup> Sources INSEE 2007 – CNAF 2009 – SNIR 2009



Au recensement de l'INSEE 2007, Val-et-Forêt comptait 41056 résidences principales avec une majorité d'habitants en appartement (61.1%) et 13.60%<sup>2</sup> de logements sociaux avec 21% sur Eaubonne et 30.28% sur Ermont.

Le nombre de logements relevant du Parc Privé Potentiellement Indigne représente 2.1%, 3.2% et 3.5% de l'ensemble des résidences principales respectivement pour les communes d'Eaubonne, Montlignon et Ermont, ce qui est inférieur à la moyenne départementale (4.6%).

L'indicateur de Développement Humain (IDH)<sup>3</sup> est de 0.65 pour Montlignon, 0.61 pour Eaubonne et 0.59 pour Ermont légèrement supérieur à celui du Val d'Oise. Toutefois il existe des disparités infracommunales, notamment avec les quartiers relevant de la politique de la ville.

Val-et-Forêt a deux communes en Contrat Urbain de Cohésion Sociale : Eaubonne et Ermont. La ville d'Eaubonne a deux quartiers relevant de la Politique de la ville : le Mont d'Eaubonne et les Dures Terres, et Ermont en a trois : Les Chênes, Les Espérances et Les Passerelles/Carreaux.

Des données statistiques spécifiques disponibles pour les quartiers ermontois ont été intégrées dans l'état des lieux qui suit et mettent en évidence des indicateurs moins favorables pour les habitants de ces quartiers. Nous ne disposons pas de données pour les quartiers eaubonnais relevant de la politique de la ville mais le diagnostic participatif réalisé fait état également de difficultés sur ces territoires.

### ASPECTS QUANTITATIFS

#### **Une population âgée mais des quartiers concentrant une population jeune**

La population de la Communauté d'Agglomération Val-et-Forêt est plus âgée que celle du département ou de la région : les personnes de 60 ans et plus représentent 19,6 % de la population de la Communauté d'Agglomération Val-et-Forêt contre 15,1 % sur le département et 16,9 % en région.

Sur les trois communes signataires du Contrat Local de Santé les indices de vieillissement sont nettement supérieurs à ceux du département :

La commune de Montlignon a 9.3% de sa population âgée de 80 ans ou plus alors que la moyenne départementale est de 5.8%. L'indice de vieillissement<sup>4</sup> est de 71.4 pour Ermont, 72.1 pour Montlignon et de 89.9 pour la commune d'Eaubonne alors qu'il est de 52.1 pour le Val d'Oise. A ce titre la problématique spécifique de prise en charge des personnes âgées ressort. Les réponses apportées prendront en compte les particularités, notamment démographiques, de ces communes.

Au sein de la commune d'Ermont, les quartiers « des Chênes » et « les Espérances » se distinguent de la ville d'Ermont par une surreprésentation des jeunes : 30% de la population a moins de 20 ans<sup>5</sup>.

De même, au sein de la commune d'Eaubonne, en 1999, le quartier des Dures Terres a 26.5% de sa population âgée de moins de 20 ans<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Inventaire des logements locatifs sociaux du département au 1<sup>er</sup> décembre 2010

<sup>3</sup> IDH2 : l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme d'Ile-de-France a développé une mesure du bien-être et du développement humain proche de l'indicateur de développement humain (IDH) développé par les institutions des Nations-Unies, croisant dans un même indicateur des données relatives au revenu, à l'éducation et à la santé.

<sup>4</sup> Rapport de la population âgée de 60 ans et plus à celle de moins de 20 ans

<sup>5</sup> Données issues du document Résultats et Analyse du recensement de la population ermontoise de 2007, Anne-Charlotte KOPP, avril 2011

<sup>6</sup> Données INSEE, RP 1999



### Profil économique et social des habitants de Val-et-Forêt

En 2007, la taille des ménages sur la Communauté d'Agglomération Val-et-Forêt varie entre 2,4 personnes et 2,8 personnes, pour une moyenne de 2,6 comparable à celle du département et légèrement supérieure aux moyennes régionale et nationale. La population active est composée d'une part de 41% d'employés et d'ouvriers et d'autre part de 25% de cadres. Le taux de chômage est de 7.7% en 2006.

Seuls 15.1% des personnes de 15 ans et plus non scolarisés ou scolarisés jusqu'en primaire ou collège sont sans diplôme en 2007. Ce taux est inférieur à la moyenne du Val d'Oise (20.5%) et à celle de l'Île-de-France (18.1%).

Le pourcentage de familles monoparentales a augmenté dans toutes les communes de la CAVF entre 1999 et 2007. En 2007, les pourcentages varient entre 7.4% à Montlignon et 17.1% à Ermont.

Au total, la CAVF compte parmi ses habitants un pourcentage de familles monoparentales plus important que le pourcentage départemental de 11.1%.

La part des bénéficiaires de la CMU-C est de 3.6%, inférieure à la moyenne du Val d'Oise (5.8%).

30% des foyers fiscaux sont non imposables pour la commune d'Eaubonne et 35.5% pour Ermont, ce qui est plus faible que pour le Val d'Oise (39.1%).

La part des allocataires percevant des prestations sociales de la CAF est de 13.5% et de 15.1% respectivement sur les communes d'Eaubonne et Ermont, semblable pour cette dernière à la moyenne départementale de 15%.

La part des étrangers représente 8.5%, 7.8% et 5% respectivement pour les populations d'Ermont, Eaubonne et Montlignon.

Les habitants de Val-et-Forêt ont globalement un profil social et économique satisfaisant mais les indicateurs sont nettement moins bons si on regarde la population des quartiers en politique de la ville.

18% des familles ermontoises avec enfant(s) sont des familles nombreuses (3 enfants et plus).

Ces dernières sont surreprésentées dans le quartier des Chênes où elles représentent plus de 26% des familles avec enfants<sup>3</sup>.

A Ermont, 17.1% des familles sont monoparentales contre 15.9% pour le Val d'Oise. Les quartiers « des Chênes », « Centre ville » et « les Passerelles/Carreaux » cumulent la part la plus élevée de familles monoparentales avec plus de 35.5%.

18% de la population ermontoise vit sous le seuil de bas revenus<sup>4</sup>. Les IRIS<sup>5</sup> « Delacroix », « Espérances », et « Renoir »<sup>6</sup> rassemblent la plus forte proportion de population vivant sous le seuil de bas revenus (entre 30 et 40% de la population).

Le taux de chômage dans le quartier des Chênes est de 16.1 % en 2007, il est bien supérieur à la moyenne départementale de 11.2%.

<sup>3</sup> Quartiers relevant de la politique de la ville.

<sup>4</sup> Le seuil de bas revenus est la valeur de la moitié du revenu médian. Ce seuil national a été établi à partir de l'enquête

Budget des Familles de 1994, et actualisé chaque année par l'Insee à partir de données issues de la Comptabilité

Nationale. Il est en 2007 de 10 451 euros par an et par unité de consommation.

<sup>5</sup> Ilots Regroupés pour des Indicateurs Statistiques

<sup>6</sup> Quartiers relevant de la politique de la ville.



Le diagnostic social partagé de la ville d'Ermont en date de 2008 indique que le taux de personnes bénéficiant de la CMU-C est égal à 9% de la population résidant dans les quartiers relevant de la politique de la ville, alors qu'il est de 5.8% pour le Val d'Oise.

**En termes de santé :**

L'espérance de vie à la naissance est de 83.7, 84.9 et 84.3 pour les femmes et de 78.6, 78.2 et 81.9 pour les hommes respectivement pour les communes d'Eaubonne, Ermont et Montlignon.  
Le taux de mortalité infantile en 2010 est de 3.9 pour 1000 naissances, identique à celui du département du Val d'Oise.

**Concernant l'offre et la consommation de soins ambulatoires :**

La densité de médecins généralistes<sup>7</sup> est supérieure à la moyenne du département (8.9 pour 10 000 habitants) pour les communes de Montlignon (15.6 pour 10 000 habitants) et d'Eaubonne (11 pour 10 000 habitants), mais inférieure en ce qui concerne Ermont (8 pour 10 000 habitants). A noter qu'il existe un problème de répartition sur les quartiers. Par ailleurs, les perspectives de développement des villes en matière d'habitat risquent, à moyen terme, d'accentuer le problème de démographie médicale.

La part des généralistes en secteur 1 est supérieure à la moyenne du département de 82.1% pour les communes d'Eaubonne et de Montlignon respectivement à 88.5% et 100 % (pour 3 médecins). Elle est inférieure à la moyenne départementale pour la commune d'Ermont où seulement 67.9% des généralistes sont en secteur 1.

A Eaubonne, 53.8% des généralistes ont 55 ans et plus contre 45.7% pour le Val d'Oise. (45.5% pour Ermont). 25% ont 60 ans et plus sur la commune de Montlignon pour une moyenne départementale de 25.6%.

La densité des spécialistes de 1<sup>er</sup> recours est légèrement inférieure à la moyenne du département pour la commune d'Eaubonne (25.5 pour 100 000 habitants contre 27 pour le Val d'Oise).

**Concernant l'offre et la consommation de soins hospitalières :**

L'offre est satisfaisante sur la communauté d'agglomération Val-et-Forêt :

Elle bénéficie d'une offre de proximité, pour la Médecine, Chirurgie et Obstétrique principalement de l'hôpital Simone Veil (site d'Eaubonne et de Montmorency) et de la clinique Claude Bernard à Ermont. La clinique Mirabeau à Eaubonne a également une activité de médecine orientée vers les soins palliatifs.

Pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), l'intercommunalité dispose de la clinique Mirabeau avec 30 lits de SSR polyvalents et 30 lits de SSR à orientation rééducation fonctionnelle. L'hôpital Simone Veil propose des soins de suite gériatrique et soins palliatifs et une unité de soins de suite et de rééducation avec une Hospitalisation à domicile (HAD) comprenant 20 places.

**La consommation de soins hospitaliers :**

L'hôpital Simone Veil et la clinique Claude Bernard sont les principaux établissements de recours aux soins des habitants de Val-et-Forêt avec respectivement 34% et 28% de recours.

**Dans le détail, par activité et par commune :**

**Pour la commune d'Eaubonne**

Pour la médecine, l'hôpital Simone Veil est le principal établissement d'accueil (52.6%) suivi par la clinique Claude Bernard (18.9%).

<sup>7</sup> Données Cartosanté 2009 – ARS 2010 – population INSEE RP 2007



Pour la chirurgie, l'hôpital Simone Veil et la clinique Claude Bernard sont les principaux établissements d'accueil (57.3% des séjours consommés).

Pour l'obstétrique et les accouchements ce sont toujours ces deux établissements (42.4% pour la clinique en obstétrique et 41.7% en accouchements et pour l'hôpital Simone Veil 33.6% en obstétrique et 41.4% en accouchements).

En ce qui concerne les soins de suite et de rééducation : l'hôpital Simone Veil est le principal établissement de recours avec 31.2%, suivi par la clinique Mirabeau avec 23.1%.

#### Pour la commune d'Ermont

Pour la médecine, l'hôpital Simone Veil est le principal établissement d'accueil (43.2%) suivi par la clinique Claude Bernard (24.1%).

Pour la chirurgie, l'hôpital Simone Veil est le principal établissement d'accueil (40.6%) suivi par la clinique Claude Bernard (18.2%).

Pour l'obstétrique et les accouchements le principal établissement est la clinique Claude Bernard avec respectivement 57.5% et 57.3% suivi par l'hôpital Simone Veil avec 17% en obstétrique et 20.7% en accouchements).

En ce qui concerne les soins de suite et de rééducation : l'hôpital Simone Veil est le principal établissement de recours avec 26%, suivi par la clinique Mirabeau avec 14.6%.

#### Pour la commune de Montlignon

Pour la médecine, l'hôpital Simone Veil est le principal établissement d'accueil (41.4%) suivi par la clinique Claude Bernard (26.2%). Tous les autres établissements de recours se situent en dehors du Val d'Oise.

Pour la chirurgie, les deux établissements cités précédemment cumulent 53.1% des séjours consommés.

Pour l'obstétrique et les accouchements les principaux établissements sont encore la clinique Claude Bernard (avec respectivement 44.8% et 47.4%) et l'hôpital Simone Veil (avec 37.9% en obstétrique et 47.4% en accouchements).

En ce qui concerne les soins de suite et de rééducation : l'hôpital Simone Veil est le principal établissement de recours avec 38.5%, suivi par la clinique Mirabeau, l'hôpital le Parc à Taverny et le CH de Carnelle à Saint Martin du Tertre avec 15.4% de séjours consommés.

Il serait opportun que les deux principaux établissements hospitaliers (hôpital Simone Veil et la clinique Claude Bernard) qui ont pris part au diagnostic santé puissent participer à une réflexion permettant de favoriser la mise en réseau et le partage des expériences et des pratiques entre professionnels de santé du secteur sanitaire et de l'ambulatoire. L'ARS sera attentive aux travaux menés dans le cadre de cette réflexion, le travail en réseau faisant partie des objectifs du PSRS.

#### **Dans le domaine de l'offre médico-sociale :**

On trouve sur l'intercommunalité 4 centres de PMI, dont deux se situent sur les communes d'Eaubonne et Ermont et un centre de planification familiale à Ermont.

Val-et-Forêt dispose aussi d'un centre de dépistage et de soins sur Eaubonne et de deux Missions Locales à Franconville et Taverny comprenant respectivement un pôle santé social avec une psychologue et un point santé avec une conseillère santé.

#### Services pour les personnes handicapées

L'offre de service pour les personnes handicapées est satisfaisante car de nombreux établissements sont implantés sur la CAVF et dont elle peut disposer en tant que de besoin : 1 Institut Médico-professionnel à Ermont, un foyer pour travailleurs handicapés à Ermont, un Institut Médico-Educatif à Ermont, un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique à Montlignon, un Service d'Education Spécialisée et de Soins A



Domicile (SESSAD) à Ermont, un Etablissement et Service d'Aide par le Travail et une Maison d'Accueil Spécialisée à Saint-Leu-la-Forêt.

#### Service pour les personnes âgées

Val-et-Forêt a un Point Conseil 3<sup>ème</sup> âge situé sur la commune de Saint-Leu-la-Forêt et une association gérontologique comprenant un CLIC et un réseau (Joséphine) gérontologique s'adressant notamment aux habitants du territoire. La commune d'Eaubonne dispose de son propre service de maintien à domicile comportant notamment un service de soins infirmiers à domicile.

7 EHPAD et 6 maisons de retraite sont présentes sur l'intercommunalité.

L'offre de service est satisfaisante mais des difficultés ont été identifiées concernant la mise en réseau des acteurs intervenant auprès des personnes âgées, notamment concernant le repérage des situations complexes.

#### ASPECTS QUALITATIFS

Un diagnostic participatif (consultable en annexe 4) a été réalisé sur la Communauté d'agglomération Val-et-Forêt de mars à octobre 2011 avec l'aide d'un prestataire externe (Icône Médiation Santé). Il a permis d'identifier avec l'aide des élus, des professionnels et des habitants trois problématiques spécifiques que nous retrouvons à travers les axes stratégiques. En voici une synthèse :

#### Une offre de soins qui pourrait se dégrader d'un point de vue quantitatif (démographie médicale) et qualitatif (organisation de l'offre de soins)

Quantitativement, il semble nécessaire d'envisager d'ores et déjà des mesures pour anticiper les futurs départs en retraite de certains médecins libéraux, notamment en incitant de jeunes médecins à s'installer sur la CAVF. Pour cela, il semble nécessaire de tisser des liens avec des médecins en formation (internes) et remplaçants, et de proposer à de jeunes médecins un cadre de travail attractif et organisé.

L'instauration d'une chaîne de prise en charge doit permettre de fluidifier le parcours de la personne aux différents moments clés de son parcours de santé. Les professionnels et les habitants rencontrés ont fait état de perte d'informations au cours des prises en charge par manque de coordination entre les différents professionnels, libéraux et hospitaliers. De plus, la recherche d'une meilleure coordination entre les professionnels de santé libéraux répond à des objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient mais aussi aux évolutions des pratiques professionnelles. Le travail en équipe et en coordination entre les différents professionnels de santé de premier recours correspond aux souhaits des jeunes professionnels de santé, notamment médecins généralistes. C'est un élément important à travailler pour attirer de nouveaux professionnels à exercer en libéral et à s'installer sur des territoires peu pourvus ou en perte de professionnels de santé.

#### Une offre de prévention ponctuelle et non coordonnée (actions collectives) et un déficit en consultation de prévention

Il existe sur le territoire de la CAVF de nombreuses structures et services ayant pour objectif de mettre en œuvre des actions collectives de prévention. Néanmoins, ces actions sont pour la plupart soit ponctuelles, isolées ou ciblées, construites sur une logique propre à chaque structure qui porte ces actions. Par conséquent, si l'on recense un certain nombre d'initiatives locales, on ne peut toutefois parler de réelles dynamiques territoriales (à l'échelle de la CAVF) en matière de prévention. Il semble pertinent de travailler au sein du Contrat Local de Santé sur la mise en réseau des acteurs et le développement des actions de prévention santé sur le territoire de la CAVF.

Ce champ d'intervention très large rend nécessaire de se recentrer sur certaines thématiques et populations. De plus, l'offre en consultations de prévention a été jugée quantitativement faible sur la CAVF, et ce malgré des besoins en prévention forts. Ce constat a été fait dans plusieurs domaines : consultations PMI, planification familiale, consultations adolescents non hospitalières... L'absence sur le territoire de centre de



santé municipal ou de lieu de proximité pour réaliser un bilan de santé renforce ce constat. Si cette carence est générale, la thématique « santé mentale / souffrance psychique » a plus spécifiquement été évoquée, avec deux publics particulièrement ciblés sur cette problématique : les jeunes et les populations défavorisées. Le problème de l'accessibilité aux structures déjà existantes a également été identifié.

**Un manque de coordination des différents acteurs intervenant dans le parcours de vie des personnes âgées en perte d'autonomie**

Une meilleure coordination des différents professionnels intervenant dans le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie : ce manque de coordination se constate à plusieurs niveaux :

- à domicile : la coordination entre les différents professionnels de santé, notamment pour éviter les hospitalisations, est jugée souvent insuffisante ;
- à l'hôpital : perte des coordonnées des référents, pas de transmission de données entre les différents services et les urgences, entre les équipes médicales et sociales... ;
- à la sortie de l'hospitalisation, très souvent sans accompagnement et sans lien de fait avec les acteurs de la prise en charge à domicile (sociale, médico-sociale et sanitaire), que cela soit avec les structures et services (SSIAD, CCAS...) ou avec les médecins traitants lorsque les situations sont complexes d'un point de vue social et/ou médical ;
- lorsque se pose la question d'une institutionnalisation entre les acteurs de la prise en charge à domicile et les EHPAD (la situation devient vite traumatique lorsqu'elle n'est pas préparée). Face à des personnes âgées de plus en plus dépendantes, dont la situation se dégrade, l'expertise du médecin traitant pour juger des actions à mettre en place est nécessaire, et celui-ci n'est pas toujours coopératif et/ou disponible. Cela se traduit par des ruptures de la prise en charge et des parcours « en pointillés », malgré des tentatives, à ce jour, d'utilisation d'outils (fiches de liaison entre certains acteurs).

**2. Modalités d'articulation avec les orientations stratégiques du Programme Régional de Santé (PRS) (et les objectifs spécifiques des schémas à venir)**

Dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), l'Agence définit les grandes orientations de la politique de santé dans la région en identifiant huit principes qui devront structurer son action et fixer le cap de ses interventions au service de la santé des Franciliens :

- Investir dans la prévention pour éviter les soins inutiles,
- Mobiliser tous les acteurs pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- Renforcer la vigilance face aux risques sanitaires pour protéger la population,
- Structurer l'offre de soins selon les besoins,
- Rendre cohérents les parcours de santé des usagers par une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale,
- Faire aller de pair l'amélioration de l'efficacité et la garantie de la qualité des prises en charge,
- Rendre effective la démocratie sanitaire par le développement de l'observation et de l'information en santé,
- Favoriser la créativité des acteurs locaux, comme levier majeur du changement

La Loi Hôpital patient santé et Territoire a instauré le contrat local de santé comme un outil visant à mieux répondre aux besoins de proximité de la population tout en participant à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS).

Ce contrat ne concerne pas seulement les actions de prévention ou de promotion de la santé mais aussi le champ de l'offre de soins ou bien celui du secteur médico-social et de l'ambulatoire.



Outil de réduction des inégalités, le CLS s'inscrit naturellement dans le cadre de la Politique de la Ville en complétant le volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale et dans le cadre des actions de santé qui sont portées par la ville en dehors du CUCS.

La mise en œuvre sera immédiate pour certaines actions ou différée pour d'autres, de façon à répondre au mieux aux exigences des schémas encore en élaboration. C'est à ce titre que les clauses du présent contrat seront revues à un an.

Il s'établit autour du diagnostic partagé entre la Communauté d'agglomération Val et Forêt et l'ARS, en associant des partenaires externes. Il a pour objectif de favoriser une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés. Ceux-ci devront notamment être précisés dans le diagnostic complémentaire. En déterminant des priorités partagées, le contrat local de santé ne peut résumer l'ensemble des besoins ou des demandes de chacun des signataires.

**Les enjeux repérés par l'ensemble des acteurs locaux sont :**

1. La promotion d'une offre de soins de proximité innovante et accessible à tous
2. Le développement de l'offre de prévention à destination des personnes et groupes vulnérables
3. Le renforcement des mesures d'accompagnement médico-social des personnes en perte d'autonomie
4. L'amélioration de la coordination des prises en charge dans les parcours de santé

**3. Présentation de l'historique en matière de démarches locales de santé sur le territoire et modalités d'articulation possibles**

La compétence en matière de santé pour la CAVF est très récente (janvier 2011).

Toutefois, les communes de la CAVF ainsi que les acteurs présents sur ce territoire développent d'ores et déjà de nombreuses actions dans le champ sanitaire et médico-social. C'est pourquoi la plupart des actions envisagées dans ce CLS tiennent compte de cet existant, avec pour objectifs de renforcer, de diffuser à l'échelle de la CAVF, d'ajuster et/ou de coordonner ces différentes initiatives.

Ainsi, toutes les communes développent des actions en direction des personnes âgées de 60 ans et plus visant à renforcer le lien social, soit par des événements ponctuels dans l'année rassemblant les personnes (repas de fin d'année, barbecue du 14 juillet...), soit par des actions plus larges (rencontres intergénérationnelles, ateliers bien-être, ateliers cuisine, mémoire, sorties culturelles ...). La Communauté d'agglomération favorise également le déplacement des seniors sur le territoire en développant en 2012 la gratuité des transports en commun pour ces personnes.

La commune d'Ermont a un service de prévention santé à part entière depuis un certain nombre d'années. Elle développe un grand nombre d'actions de prévention en direction des personnes âgées, des jeunes, des personnes en situation de handicap, et concernant également la parentalité. Elle développe depuis quelques années un grand nombre d'actions avec les écoles dans le cadre du Programme « Bougez Plus Mangez Mieux ».

La commune d'Eaubonne développe également des actions de prévention en direction des jeunes. Elle organise notamment chaque année une kermesse santé attirant un grand nombre de jeunes des écoles, des collèges et lycées de la ville. Une psychologue qui travaillait déjà à la petite enfance exerce depuis peu à l'Espace Jeunesse et Familles de la commune dans le cadre d'actions autour de la parentalité.

Par ailleurs, le diagnostic santé réalisé sur la CAVF en 2011 va permettre de renforcer la dynamique santé en s'appuyant sur les priorités mises en exergue à l'issue du diagnostic.



## Le contrat Local de Santé de Val-et-Forêt

Vu la loi n° 2009-879 Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009,

Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles

L. 1434-2, « *Le projet régional de santé est constitué ... la programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17* »

L. 1434-17, « *La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* »

R.1434-7, « *... les contrats locaux de santé sont soumis pour avis aux conférences de territoires concernées* »

Vu la décision du Comité interministériel des villes du 18 février 2011 « Favoriser l'articulation entre les ASV et les CLS »

Vu la délibération du conseil communautaire en date du 12 décembre 2011

Il est convenu ce qui suit :

### Titre 1 : Champ du contrat

#### Article 1 : Parties signataires

Le présent contrat est conclu entre :

- L'Agence Régionale de Santé, représentée par son Directeur général, Monsieur Claude EVIN
- L'Etat, représenté par le Préfet du Val d'Oise, Monsieur Pierre-Henry MACCIONI
- La Communauté d'Agglomération Val-et-Forêt représentée par son Président, Monsieur Alain GOUJON

#### Article 2 : Périmètre géographique du contrat

Le Contrat local de santé est signé par la Communauté d'agglomération Val et Forêt. Les actions seront déclinées à l'échelle de trois villes : Eaubonne, Ermont et Montlignon.

Toutefois, et conformément aux exigences d'un CLS, **la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé** est prise en compte de façon transversale dans les quatre orientations du CLS. Il sera donc nécessaire d'orienter plus particulièrement les actions vers les publics les plus vulnérables et les territoires les plus spécifiques au regard de la problématique soulevée, (focus sur les territoires de la politique de la ville).

#### Article 3 : Prise en compte des démarches locales de santé des collectivités territoriales

Le présent CLS prend en compte les démarches locales de santé mises en place par les communes de la CAVF ainsi que par les acteurs présents sur ce territoire. Les actions envisagées dans le cadre du CLS tiennent compte de cet existant, et ont donc pour objectifs de renforcer, de diffuser, d'ajuster et/ou de coordonner ces différentes initiatives.





**Article 4 : Partenaires non signataires**

- Chacune des communes de Val et Forêt qui accompagnera le dispositif
- Conseil général du Val d'Oise
- Hôpital Simone Veil – Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency
- Clinique Claude Bernard à Ermont
- CHU Bichat-Beaujon
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Val d'Oise
- Inspection Académique
- Autres partenaires ou associatifs en tant que de besoin



**Titre 2 : Objet du contrat et engagement des signataires**

**Article 5 : Axes stratégiques, objectifs et actions du contrat**

**Axe stratégique 1 : Promouvoir une offre de soins de proximité innovante et accessible à tous**

**Objectif 1: Maintenir une offre de soins de ville en adéquation avec le contexte sociodémographique de la CAVF**

Action 1 : Informer les professionnels de santé sur les possibilités d'installation sur le territoire (fiche 1)

Action 2 : Développer des mesures d'aide à l'installation des jeunes médecins portées par la CAVF (sur le plan professionnel et personnel) (fiche 2)

**Axe stratégique 2: Développer l'offre de prévention et de soins à destination des personnes et groupes vulnérables**

**Objectif 1: Favoriser l'accessibilité de structures proposant des soins et des consultations de prévention**

Action 1 : Regrouper trois structures pour améliorer la prise en charge de la santé mentale et des addictions (fiche 3)

**Objectif 2 : Généraliser des actions collectives non ponctuelles et coordonnées sur des problématiques ou populations ciblées**

Action 1 : Réaliser des actions collectives ciblées et coordonnées en promotion/prévention santé (fiche 4)

**Axe stratégique 3: Renforcer les mesures d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie sur des situations complexes repérées par les communes**

**Objectif 1 : Mettre en réseau les différents professionnels intervenant dans le parcours de santé des personnes en perte d'autonomie**

Action 1 : Mettre en place une commission inter secteur pour traiter des situations complexes (fiche 5)



**Titre 3 : Durée, suivi et révision du contrat**
**Article 6 : Durée du contrat**

Le présent contrat est valable pour une durée de 6 années, à compter de sa signature.

**Article 7 : Révision du contrat**

Au terme de la première année, le présent contrat devra faire l'objet d'une clause de révision pour être mis en cohérence avec les axes stratégiques du futur Programme Régional de Santé. Le présent contrat pourra toutefois être révisé et complété par avenant par les parties au cours des 5 années restantes.

**Article 8 : Suivi et évaluation du contrat**

Les instances de pilotage :

**Le COMITE DE PILOTAGE** est l'instance décisionnelle du CLS.

**Il est composé :**

- du Préfet ou son représentant
- du Délégué Territorial 95 de l'ARS ou son représentant
- du Directeur de la Direction départementale de la Cohésion sociale ou son représentant
- du Président du Conseil général ou de son représentant
- du Président de la Communauté d'agglomération Val-et-Forêt ou de son représentant
- des Maires des communes s'engageant dans le dispositif (Eaubonne, Ermont, Montlignon)
- d'un élu référent sur l'ensemble du périmètre
- du Directeur de la CPAM du Val d'Oise ou de son représentant
- de la Directrice de la Clinique Claude Bernard ou de son représentant
- du Directeur de l'hôpital Simone Veil ou de son représentant
- du coordonnateur du CLS

**Missions :** son rôle est de valider le bilan de l'année précédente et les perspectives/orientations de l'année suivante proposées par le comité technique.

Il veille aussi à la bonne articulation entre le CLS et d'autres dispositifs et services proches, tels que le Plan local de l'habitat ; le CUCS des villes inscrites en politique de la ville (Ermont, Euabonne). Il reste vigilant sur l'actualité des politiques de santé publique en général, et des CLS en particulier.

**Rythme :** Il se réunit au minimum une fois par an (en décembre) pour valider le bilan de l'année précédente et les perspectives/orientations de l'année suivante

**Le COMITE TECHNIQUE** est l'instance de suivi du CLS.

**Il est composé :**

- du coordonnateur du CLS
- d'un référent technique par commune
- d'un référent technique par fiche-action qui travaille en étroite collaboration avec le coordonnateur du CLS
- de la Directrice de la Clinique Claude Bernard ou de son représentant
- du Directeur de l'hôpital Simone Veil ou de son représentant

- des représentants de l'ARS/DT 95 en charge des sujets traités dans les actions
- des partenaires ou acteurs impliqués dans les actions de terrain, dans les domaines respectifs mis à l'ordre du jour

**Mission** : il a pour mission d'organiser la (ou les) réunion(s) du Comité de pilotage, en préparant les supports nécessaires à la validation. Il propose des recommandations au comité de pilotage.

Il s'assure auprès des groupes de travail thématiques (des fiches-actions) du suivi de la mise en œuvre des actions sur le territoire (suivi du respect des engagements des responsables d'actions, du respect des échéances ...) et promeut, oriente et entérine le travail des groupes de travail thématiques.

Chaque référent aura la responsabilité de mettre en œuvre le dispositif d'évaluation de sa fiche-action (cf. détail des indicateurs dans les fiches-actions) et de produire un bilan annuel de son action. Celui-ci sera remis au coordinateur du CLS. Ces productions serviront de base à la réalisation d'un bilan global annuel du CLS réalisé par le coordinateur avec l'aide du Comité technique.

**Rythme** : Il se réunit au moins une fois par an et plus selon les besoins liés à l'actualité

A Paris, le 13 JAN. 2012

Le président de la Communauté  
d'Agglomération Val-et-Forêt



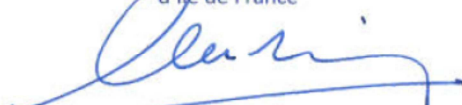
Alain GOUJON

Le Préfet du Val d'Oise



Pierre-Henry MACCIONI

Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé  
d'Île de France



Claude EVIN



## ANNEXES

**Annexe 1 : Fiches actions 1 à 5 du Contrat Local de Santé**

**Annexe 2 : Glossaire**

**Annexe 3 : Monographies d' Ermont, Eaubonne et Montlignon**

**Annexe 4 : Diagnostic territorial participatif de la CAVF**



ANNEXE 1 : FICHE 1			
<b>Action 1 : Informer les professionnels de santé sur les possibilités d'installation sur le territoire</b>			
<b>Rappel de l'axe stratégique du CLS concerné et de l'objectif opérationnel que cherche à atteindre l'action</b>	<p><b>Axe 1 :</b> Promouvoir une offre de soins de proximité innovante et accessible à tous.</p> <p><b>Objectif 1 :</b> Maintenir une offre de soins de ville en adéquation avec le contexte socio-démographique de la CAVF.</p>		
<b>Description de l'action</b>	<p>Actions en relation avec le SROS ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En liaison avec la CPAM, l'URPS, les Ordres, mettre en place une permanence locale pour informer, conseiller et faciliter les premières démarches d'installation des professionnels de santé souhaitant s'installer dans le département</li> <li>▪ Organisation une fois par an d'une journée découverte départementale pluri professionnelle à laquelle pourrait participer la CAVF afin de permettre aux jeunes diplômés et aux nouveaux arrivants de découvrir le tissu sanitaire local et rencontrer des professionnels installés</li> <li>▪ Perspectives du territoire : éventuellement mise en place d'un forum local d'information aux professionnels de santé sur l'installation en libéral sur le territoire</li> </ul>		
<b>Identification du responsable de l'action</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>Structures identifiées :</b> ARS/DT 95</td> <td style="width: 40%;"><b>Moyens engagés :</b> Journées découvertes Permanences locales</td> </tr> </table>	<b>Structures identifiées :</b> ARS/DT 95	<b>Moyens engagés :</b> Journées découvertes Permanences locales
<b>Structures identifiées :</b> ARS/DT 95	<b>Moyens engagés :</b> Journées découvertes Permanences locales		
<b>Autres acteurs à mobiliser</b>	<b>Structures identifiées :</b> URPS, CPAM, Ordres professionnels de santé		
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Journée d'information une fois par an à compter de 2012 Permanences locales à compter de 2012		
<b>Dispositif de suivi :</b>	<p>Comité technique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tenue de la journée découverte ;</li> <li>▪ Nombre de professionnels de santé rencontrés dans le cadre des permanences locales</li> <li>▪ Nombre d'installations de médecins et parmi ceux-ci nombre de présents à la « journée découverte »</li> <li>▪ Nombre de nouveaux professionnels de santé installés en libéral sur la commune</li> <li>▪ Répertoire Partagé des Professionnels de Santé</li> </ul>		
<b>Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taux de participation des jeunes professionnels à la journée découverte, à la permanence ;</li> <li>▪ Date de la journée (attention aux interférences avec les examens) ;</li> <li>▪ Accessibilité du lieu de la journée, de la permanence</li> </ul>		



ANNEXE 1 : FICHE 2			
<b>Action 2</b> : Développer des mesures d'aide à l'installation des jeunes médecins portées par la CAVF (sur le plan professionnel et personnel)			
<b>Rappel de l'axe stratégique du CLS concerné et de l'objectif opérationnel que cherche à atteindre l'action</b>	<p><b>Axe 1</b> : Promouvoir une offre de soins de proximité innovante et accessible à tous.</p> <p><b>Objectif 1</b> : Maintenir une offre de soins de ville en adéquation avec le contexte socio-démographique de la CAVF.</p>		
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise à disposition d'outils tels qu'un document de synthèse sur l'offre de santé, un listing des professionnels de santé installés avec identification des professionnels « ressource » ;</li> <li>▪ Mise en place de la fibre optique sur le territoire pour favoriser les échanges entre professionnels (entre les secteurs hospitalier / libéral et entre les libéraux médecins spécialistes / généralistes / paramédicaux) ;</li> <li>▪ Aide au logement personnel : création d'une convention identique entre les trois communes mettant à disposition des logements pour les professionnels de santé sous certaines conditions ;</li> <li>▪ Favoriser le lien entre les médecins anciennement installés et les jeunes professionnels qui arrivent via la mise à disposition de salles de réunion voire d'outils dématérialisés d'échanges (site internet...) ;</li> <li>▪ Création d'une convention avec la faculté de médecine Paris VII Bichat/Beaujon pour développer les stages en ambulatoire sur le territoire</li> </ul>		
<b>Identification du responsable de l'action</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Structure identifiée :</b> chaque commune pilote cette action</td> <td style="width: 50%;"><b>Moyens engagés :</b> En cours de budgétisation</td> </tr> </table>	<b>Structure identifiée :</b> chaque commune pilote cette action	<b>Moyens engagés :</b> En cours de budgétisation
<b>Structure identifiée :</b> chaque commune pilote cette action	<b>Moyens engagés :</b> En cours de budgétisation		
<b>Autres acteurs à mobiliser</b>	URPS, CPAM, ordres des professionnels de santé, ARS, Conseil Régional, Conseil Général		
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Premier semestre 2012 pour l'élaboration des outils puis accompagnement des professionnels en continu.		
<b>Dispositif de suivi</b>	<p>Assuré par le Comité technique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre d'installations de médecins et parmi ceux-ci nombre de présents à la « journée découverte » (cf fiche action 1) ;</li> <li>▪ Type d'aides apportées</li> </ul>		
<b>Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veiller à ce que les médecins déjà installés sur le territoire puissent aussi bénéficier de certaines aides (local professionnel, outils technologiques pour l'information et la communication...)</li> <li>▪ Efficacité des aides (et notamment de l'aide au logement) pour pérenniser l'installation sur le territoire ;</li> <li>▪ Manque de visibilité actuelle sur les capacités de financement des collectivités.</li> </ul>		



ANNEXE 1 : FICHE 3			
<b>Action 1</b> : Regrouper trois structures pour améliorer la prise en charge de la santé mentale et des addictions			
<b>Rappel de l'axe stratégique du CLS concerné et de l'objectif opérationnel que cherche à atteindre l'action</b>	<p><b>Axe 2</b> : Développer l'offre de prévention et de soins à destination des personnes et groupes vulnérables.</p> <p><b>Objectif 1</b> : Favoriser l'accessibilité de structures proposant des soins et des consultations de prévention</p>		
<b>Description de l'action</b>	<p>Il s'agit d'améliorer l'accessibilité des personnes en exprimant le besoin aux structures proposant des soins et des consultations de prévention en santé mentale et addictologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regroupement de 3 structures de santé mentale et addictologie de l'hôpital S. Veil : le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Imagine, le Centre Médico-Psychologique d'Eaubonne et le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel d'Ermont, dans un local facilement repérable et accessible en transport en commun (au-dessus de la Poste d'Ermont )</li> </ul>		
<b>Identification du responsable de l'action</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Structure identifiée :</b> Hôpital S. Veil – Groupement Hospitalier Eaubonne – Montmorency</td> <td style="width: 50%;"><b>Moyens engagés :</b></td> </tr> </table>	<b>Structure identifiée :</b> Hôpital S. Veil – Groupement Hospitalier Eaubonne – Montmorency	<b>Moyens engagés :</b>
<b>Structure identifiée :</b> Hôpital S. Veil – Groupement Hospitalier Eaubonne – Montmorency	<b>Moyens engagés :</b>		
<b>Autres acteurs à mobiliser</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Structures identifiées :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres services de l'hôpital S. Veil : urgences, infectiologie, alcoologie ...</li> <li>▪ Autres établissements hospitaliers</li> </ul> </td> <td style="width: 50%;"><b>Moyens engagés :</b></td> </tr> </table>	<b>Structures identifiées :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres services de l'hôpital S. Veil : urgences, infectiologie, alcoologie ...</li> <li>▪ Autres établissements hospitaliers</li> </ul>	<b>Moyens engagés :</b>
<b>Structures identifiées :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres services de l'hôpital S. Veil : urgences, infectiologie, alcoologie ...</li> <li>▪ Autres établissements hospitaliers</li> </ul>	<b>Moyens engagés :</b>		
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Installation des 3 structures dans les nouveaux locaux fin 2012		
<b>Dispositif de suivi</b>	Assuré par le Comité technique		
	Nombre de personnes orientées par les professionnels vers ces structures Qualité de l'orientation		
<b>Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir...</b>			





ANNEXE 1 : FICHE 4		
<b>Action 1: Réaliser des actions collectives ciblées et coordonnées en promotion/prévention santé</b>		
<b>Rappel de l'axe stratégique du CLS concerné et de l'objectif opérationnel que cherche à atteindre l'action</b>	<p><b>Axe 2 :</b> Développer l'offre de prévention et de soins à destination des personnes et groupes vulnérables.</p> <p><b>Objectif 2 :</b> Généraliser <u>des actions collectives</u> non ponctuelles et coordonnées sur des problématiques ou populations ciblées</p>	
<b>Description de l'action</b>	<p>Pour la thématique « <u>Jeunes parents : santé et parentalité</u> », l'action vise essentiellement à <b>renforcer et à mettre en lien/cohérence les différents dispositifs/structures/initiatives recensées sur la CAVF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de repérage des parents en difficulté avec leurs jeunes enfants,</li> <li>▪ d'aide sur le plan collectif (groupes de paroles parents, parents/enfants, Accueil parents-enfants autour du jeu...),</li> <li>▪ d'information et/ou d'accompagnement sur le plan individuel (Point info familles, Reap...).</li> </ul> <p>Pour la thématique « <u>Jeunes / adolescents : addictions, mal être, alimentation</u> », l'action vise à <b>définir collectivement, à l'échelle de la CAVF, une thématique et un public « fil rouge » (jeunes, parents...)</b> sur une année, avec possibilité de mise en place d'un forum intercommunal sur la thématique retenue.</p> <p>De plus, au vu des résultats du diagnostic, une réflexion a été entamée sur la nécessité d'améliorer le repérage et l'orientation du jeune/adolescent en souffrance psychique/mal être sur le territoire en travaillant sur une mise en réseau des acteurs concernés, notamment l'Education Nationale.</p> <p>Pour la thématique « <u>Personnes âgées : chutes, mémoire, alimentation, lien social</u> », l'action vise à <b>renforcer, à diffuser et à mettre en cohérence à l'échelle de la CAVF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les actions de repérage des personnes isolées et faiblement mobiles (celles qui ne bénéficient pas aujourd'hui des actions de prévention) : visite de convivialité, portage de repas, plan canicule...,</li> <li>▪ les actions visant à recréer du lien social (condition nécessaire pour obtenir une participation aux actions collectives des personnes aujourd'hui en rupture de liens sociaux),</li> <li>▪ les actions visant à favoriser la mobilité physique des personnes en perte d'autonomie (différentes initiatives privées et publiques sur le territoire),</li> <li>▪ les actions collectives de prévention.</li> </ul>	
<b>Identification du responsable de l'action</b>	<p><b>Structure potentiellement mobilisable pour le portage de l'action :</b></p> <p>Communauté d'agglomération Val et Forêt</p>	<p><b>Moyens nécessaires à mobiliser :</b></p> <p><u>Humains :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temps de coordination</li> <li>▪ Temps de secrétariat</li> </ul> <p><u>Matériels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Financement des actions collectives</li> <li>▪ Financement du forum</li> </ul>



**ANNEXE 1 : FICHE 4 (suite)**

**Action 1: Réaliser des actions collectives ciblées et coordonnées en promotion/prévention santé**

<p><b>Autres acteurs à mobiliser</b></p>	<p><b>Structures potentiellement mobilisables sur l'action:</b>  <b>ARS</b>          Services des villes          Conseil Général          CAF          Hôpital          Education nationale          Réseau associatif          Missions locales          Association gérontologique          Etablissements pour personnes âgées          Associations de quartier</p>	<p><b>Moyens engagés :</b></p> <p>Un coordonnateur</p> <p>Moyens matériels propres à chaque structure</p>
<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p>Janvier/mars 2012 : Phase de mobilisation des acteurs potentiellement mobilisables sur les trois thématiques</p> <p>Avril-septembre 2012 : Définition des modalités communes visant au renforcement et à la cohérence d'action</p> <p>Octobre 2012/mars 2013 : Mise en œuvre et évaluation</p>	
<p><b>Dispositif de suivi</b></p>	<p>Assurée par le coordinateur et le secrétariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tableaux de bord de suivi quantitatif</li> <li>▪ Phase qualitative évaluative en fin d'année, avec les partenaires</li> <li>▪ Nombre (avec évolution) et qualité des structures/services mobilisées</li> <li>▪ Nombre et qualité des actions de prévention mises en œuvre</li> <li>▪ Nombre et qualité des publics touchés</li> <li>▪ Niveau de satisfaction des publics touchés</li> <li>▪ Qualité du partenariat au regard des liens et de la cohérence d'action obtenus</li> </ul>	
<p><b>Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir...</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phases en amont de mobilisation et de formation commune à ne pas négliger.</li> <li>▪ Mise en cohérence complexe à l'échelle intercommunale.</li> <li>▪ Nécessité de respecter l'autonomie d'action de chacun.</li> <li>▪ Travail de coordination lourd et important</li> <li>▪ Respect du cahier des charges en cas de financement sollicité sur les crédits Prévention Promotion de la Santé de l'ARS</li> </ul>	



ANNEXE 1 : FICHE 5		
Action 1 : Mettre en place une commission inter secteur sur des situations complexes		
<b>Rappel de l'axe stratégique du CLS concerné et de l'objectif opérationnel que cherche à atteindre l'action</b>	<p><b>Axe 3 :</b> Renforcer les mesures d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie sur des situations complexes repérées par les communes.</p> <p><b>Objectif 3 :</b> Mettre en réseau les différents professionnels intervenant dans le parcours de santé des personnes en perte d'autonomie.</p>	
<b>Description de l'action</b>	<p>Mise en place d'une <b>commission « inter-secteurs » sur des situations complexes</b> : évaluation et prise en charge globale de situations jugées complexes et/ou sensibles) présentées par les membres de la commission.</p> <p>En parallèle du travail sur ces situations concrètes, les membres de la commission participeront à des actions collectives visant à renforcer leurs compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation commune (construction d'une culture commune sur la grande dépendance).</li> <li>▪ Temps d'échanges pour mieux se connaître entre membres de la commission et repérer de nouveaux membres potentiels en fonction des situations rencontrées.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construction / utilisation d'outils communs de transmission / coordination.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Identification du responsable de l'action</b>	<b>Structure potentiellement mobilisable pour le portage de l'action :</b>	<b>Moyens nécessaires à mobiliser :</b>
	les CCAS des communes	<p>Un coordonnateur</p> <p>L'Association gérontologique Vallée de Montmorency- Rives de Seine</p> <p>"</p>
<b>Autres acteurs à mobiliser</b>	<b>Structures potentiellement mobilisables sur l'action</b>	<b>Moyens engagés :</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les partenaires de l'Association gérontologique</li> <li>• Autres partenaires</li> </ul>	Mise à disposition de professionnels sur les temps de prise en charge des situations complexes
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p><u>Janvier/mars 2012</u> : Phase de mobilisation des acteurs potentiellement mobilisables.</p> <p><u>Avril/juin 2012</u> : Formation-action (construction d'une culture commune, définition du mode de fonctionnement de la commission, programmation...).</p> <p><u>Septembre/décembre 2012</u> : Phase expérimentale.</p> <p><u>Janvier/mars 2013</u> : Phase évaluative et ajustements</p>	

<b>ANNEXE 1 : FICHE 5 (suite)</b>	
<b>Dispositif de suivi</b>	<p>Assurée par le coordinateur et le secrétariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tableaux de bord de suivi quantitatif.</li> <li>▪ Phase qualitative évaluative en fin d'année, avec les membres de la commission.</li> <li>▪ Nombre (avec évolution) de participants à la commission.</li> <li>▪ Nombre de situations complexes prises en charge collectivement.</li> <li>▪ Nombre de situations proposées (dont celles ayant fait l'objet d'une prise en charge simple hors commission mais facilitées par la coordination.</li> <li>▪ Résultats obtenus sur les situations complexes.</li> <li>▪ Qualité du partenariat – Qualité des formations.</li> </ul>
<b>Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification de l'ensemble des acteurs concernés</li> <li>▪ Mobilisation des acteurs</li> </ul>



## ANNEXE 2 : GLOSSAIRE

### A

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

### C

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CAVF : Communauté d'Agglomération Val-et-Forêt

CCAS : Centre communal d'action sociale

CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLS : Contrat local de santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU : Couverture Médicale Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France

CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CUCS : Contrats urbain de cohésion sociale

### D

DT 95 : Délégation territoriale du département 95

### E

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMIL : Equipe Mobile Instaurant le Lien

### H

HAS : Haute Autorité de Santé Publique

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

### P

PACT : Propagande et action contre les taudis

PLS : Prêts locatifs sociaux

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRS : Plan Régional de Santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

### S

SSD : Service Social Départemental

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

**U**

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée



## Annexe 3

### Monographies :

- Ermont
- Eaubonne
- Montlignon



## Annexe 4

### Diagnostic territorial participatif de la CAVF





## **Annexe 2**

### **STATUTS de**

### **L'Association pour de le développement de maison et de pole de santé primaire d'Ermont**

#### **Article 1er**

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour titre « Association pour de le développement du pole de santé primaire d'Ermont » dont le sigle est ADMPS Ermont. Sa durée est illimitée.

#### **Article 2**

Cette association a pour but le développement des soins de santé primaire et de la coordination avec les autres structures d'offre de soins médicaux ou médico-sociaux, autour du pôle de santé primaire d'Ermont.

#### **Article 3**

Le siège social est fixé au 35 r Stalingrad 95120 ERMONT. Il pourra être transféré par simple décision du conseil d'administration ; la ratification par l'assemblée générale sera nécessaire.

#### **Article 4**

L'association se compose de :

-Membres actifs ou adhérents.

Sont membres actifs ceux qui ont pris l'engagement de verser annuellement une cotisation fixée chaque année par l'assemblée générale

-Membres d'honneur.

Sont membres d'honneur ceux qui ont rendu des services signalés à l'association ; ils sont dispensés de cotisation.

-Membres bienfaiteurs

#### **Article 5**

Admission

Pour faire partie de l'association, il faut être agréé par le bureau qui statue, lors de chacune de ses réunions, sur les demandes d'admission présentées.

#### **Article 6**

Les membres.

Sont membres actifs ou adhérents tout professionnel de santé et du secteur médical ou socio-médical

ayant formalisé son intention de participer au développement des soins de santé primaire et de la coordination avec les autres structures d'offre de soins médicaux ou médico-sociaux, autour du pôle de santé primaire d'Ermont.

Toutes les personnes physiques ou morales qui partagent les objectifs de l'association peuvent également y adhérer.

#### **Article 7**

##### **Radiations**

La qualité de membre de l'association se perd en cas de :

- Démission ;
- Décès ;
- Radiation ;

La radiation est prononcée par le conseil d'administration pour non-paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications.

### **Article 8**

Les ressources de l'association comprennent :

1. Le montant des droits d'entrée et de cotisations ;
2. Les subventions de l'État, des régions, des départements et des communes.
3. D'autres dons, produits financiers conformes à la législation ou legs peuvent faire partie des ressources de l'association sous réserve qu'ils n'altèrent pas l'autonomie de décision de l'association.

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte de résultat, un bilan et une annexe, conformément aux dispositions du règlement du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations. Ces documents doivent être établis dans les six mois suivant la clôture de l'exercice.

### **Article 9**

Conseil d'administration

L'association est dirigée par un conseil de 4 à 12 membres, élus pour deux années par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles.

Le conseil d'administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé de :

1. Un(e) président(e) et un(e) ou plusieurs vice-président(e)s
2. Un(e) secrétaire et, s'il y a lieu, un(e) secrétaire adjoint(e) ;
3. Un(e) trésorier(e) et, si besoin, un(e) trésorier(e) adjoint(e).

Le conseil est renouvelé tous les 2 ans.

En cas de vacances, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Le Président représente l'association dans tous les actes courants.

Il peut ester en justice au nom de l'association

### **Article 10**

Réunion du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit autant de fois que de besoin, et une fois au moins tous les six mois, sur convocation du président, ou sur la demande du quart de ses membres. Il peut s'adjoindre toute commission ou toutes personnes qui, du fait de leurs compétences, peuvent être utiles à son action. Seuls les administrateurs élus ont une voix délibérative.

Les décisions sont prises à la majorité des voix ; en cas de partage, la voix du président est prépondérante. Tout membre du conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives pourra être considéré comme démissionnaire. Dans tous les cas l'intéressé ayant été invité à se présenter devant le bureau pour fournir des explications.

### **Article 11**

#### Assemblée générale ordinaire

L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association à quelque titre qu'ils soient affiliés. L'assemblée générale ordinaire définit les grandes lignes de l'association. Elle se réunit chaque année au moins une fois par an.

Formalités : Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du secrétaire. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Le président, assisté des membres du bureau, préside l'assemblée et expose la situation morale de l'association. Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'assemblée. Il est procédé, le cas échéant, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement, au scrutin secret, des membres du conseil d'administration sortants. Ne devront être traitées, lors de l'assemblée générale, que les questions soumises à l'ordre du jour. Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres à jour de leurs cotisations.

#### Pouvoirs

Une même personne morale ou physique ne peut détenir plus de deux pouvoirs.

### **Article 12**

#### Assemblée générale extraordinaire

Si besoin est, ou sur la demande de la moitié plus un des membres inscrits, le président peut convoquer une assemblée générale extraordinaire, suivant les formalités prévues par l'article 11. Dans le cas de l'assemblée générale extraordinaire, un quorum d'un tiers des adhérents est requis, faute de quoi l'assemblée sera reportée à une date ultérieure. Les décisions sont prises à la majorité absolue des voix des membres à jour de leurs cotisations.

Une même personne morale ou physique ne peut détenir plus de deux pouvoirs.

### **Article 13**

#### Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration, qui le fait alors approuver par l'assemblée générale. Ce règlement éventuel précise certains points des statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'association.

### **Article 14**

#### Dissolution

En cas de dissolution prononcée par les deux tiers au moins des membres présents à l'assemblée générale, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

### Article 15

#### Modification des statuts

Les modifications statutaires doivent faire l'objet d'une assemblée générale extraordinaire convoquée cet effet. Les modifications doivent obtenir la majorité des 2/3 des mandats présents ou représentés. Les convocations doivent être adressées au moins 15 jours à l'avancé, le cachet de la poste faisant foi.

**Les présents statuts ont été approuvés par l'assemblée générale constitutive du premier octobre 2012.**

Le président

Dr Alain MERCIER



La secrétaire

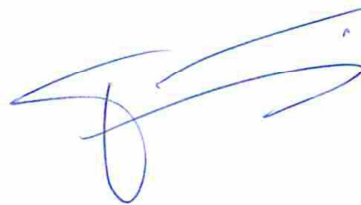
Agnes DESTOMBES



La secrétaire adjointe



Le trésorier



## **Annexe 3**

### **Guide d'entretien**

Je vous remercie d'avoir bien voulu me consacrer un peu de temps pour cette interview. Je tiens à vous informer que vos réponses resteront parfaitement anonymes et que ce qui est important ce sont vos ressentis et vos projets.

Acceptez-vous que j'enregistre vos réponses ?

#### **A) Situation actuelle :**

- 1) Quelle est votre profession ? Quel est votre âge ?**
- 2) Quel est votre mode d'exercice actuel ?**
- 3) Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de ce mode d'exercice ?**
- 4) Selon vous, quels sujets de prévention et/ou d'action de santé publique seraient-il importants de mener dans la commune d'Ermont ?**
- 5) Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées par les patients pour avoir accès aux soins médicaux et paramédicaux à Ermont ?**

#### **B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé :**

- 1) Que pensez-vous d'une évolution des rôles des professionnels de santé ?**
- 2) Que pensez-vous de la conception de soins partagés ?**
- 3) Seriez-vous d'accord pour participer à la réalisation de réunions pluridisciplinaires, dans le cadre de la formation continue ?**
  - si oui, quels sujets aimeriez-vous aborder lors de ces réunions ?
- 4) Seriez-vous d'accord pour accueillir de jeunes étudiants de votre profession afin de les former ?**
- 5) Seriez-vous d'accord pour participer à des campagnes de prévention (vaccinations, dépistage, éducation thérapeutique et diététique) et/ou à d'actions de santé publique ?**
  - Si oui, quels sont les sujets de prévention et/ou d'action de santé publique qui vous intéressent plus particulièrement ?
- 6) Quels seraient vos projets de coordination avec les autres professionnels de santé au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ?**

#### **C) Avantages d'un travail en maison de santé pluridisciplinaire :**

- 1) Quels seraient, selon vous, les avantages à travailler en tant que médecin ou infirmier ou kiné (à adapter selon l'interlocuteur) au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ?**
- 2) Quels seraient, selon vous, les avantages apportés aux patients d'une telle structure à Ermont ?**

#### **D) Réticences au travail en maison de santé pluridisciplinaire :**

**1) Quelles seraient, selon vous, les réticences qui pourraient vous empêcher d'adhérer à un tel projet ?**

- sur le plan personnel
- sur le plan professionnel
- sur le plan des relations interprofessionnelles
- sur le plan financier
- sur le plan du projet immobilier

**2) Quelles seraient, selon vous, les réticences des patients ?**

**Merci beaucoup pour vos réponses**

## Retour entretiens

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé), depuis l'entretien ?

## Annexe 5



## **PRESENTATION DU PROJET DE SOINS**

Le contrat local de santé réalisé par la communauté d'agglomération de Val et Forêt, retient plusieurs objectifs dans les communes d'Ermont, Montlignon et Eaubonne : création de structures de soins attractives pour les jeunes professionnels de santé étant donné le départ prévisible de nombreux professionnels de santé dans les trois années à venir, amélioration de la prise en charge des patients notamment en terme de prévention et de santé public dans les domaines de la prise en charge de la santé mentale, des personnes âgées (maladies chroniques), le maintien à domicile et la prévention chez les jeunes (contraception, addictions etc...) et amélioration de l'accès aux soins des personnes défavorisées.

### ➤ Coordination et continuité des soins :

Les professionnels impliqués amélioreront la coordination intra et inter professionnelle autour de 3 thématiques:

- Améliorer la prise en charge et la coordination des soins, en particulier au niveau de la santé mentale et des addictions :
  - Coordonner les soins entre les différentes structures existantes dans le territoire (notamment avec le centre Edouard Toulouse regroupant le CMP, le réseau IMAGINE et le Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)).
  - Coordonner la prise en charge en fonction du degré évolutif et du parcours des patients afin d'obtenir un équilibre entre les soins primaires et les soins secondaires, permettant un accès égalitaire et rapide en rapport avec la gravité des patients
  - Organiser des rendez-vous « demande de soins urgents non programmés » au sein de la maison / pôle de santé en cas de demande des patients. Cette organisation reposera sur une démarche d'élaboration de protocoles communs de prise en charge. Cette organisation se fixe les règles strictes de la déontologie médicale, avec le respect des choix du patient (retour systématique de la consultation vers le médecin traitant par le biais d'un compte rendu). Ce mode de fonctionnement se veut un recours logique aux demandes de soins non programmés des patients à la fois pour éviter le morcèlement des soins, source d'examen redondants et inutiles et les recours aux urgences, source de dépenses excessives, voire d'hospitalisations inutiles.
- Améliorer la prise en charge des personnes âgées :
  - Organiser un suivi coordonné des maladies chroniques au sein de la maison de santé. Cette coordination se fera à la fois entre les médecins généralistes et les professionnels para médicaux et entre les médecins généralistes et les professionnels de spécialités (cardiologue, neurologue, gériatre, par ex) grâce à des protocoles permettant d'élaborer des circuits de soins en fonction de la gravité et de l'urgence. Il sera fait appel aux techniques actuelles de télémédecine (transmission d'électrocardiogrammes, ou de photos numérisées pour la dermatologie par exemple). Des réunions pluri-professionnelles autoriseront des prises de décisions coordonnées autour des dossiers de patients concernés.
  - Améliorer les actions de dépistage/vaccination recommandés par l'HAS
  - Pour les patients diabétiques de grade 2 et 3, et pour les plaies chroniques en général, des consultations conjointes podologue/infirmier(e) +/- médecin seront mise en place afin de mieux prévenir et traiter les problèmes de cicatrisation des plaies des diabétiques
  - Détection et signalisation des patients qui évoluent vers une perte d'autonomie avec intervention rapide des différents professionnels (kinésithérapeute, médecins, infirmière) afin de ralentir la progression de celle-ci, et de prévenir les hospitalisations non programmées pour perte d'autonomie.
  - Coordonner les soins entre les différentes structures existantes (Hôpital Simone Veil, Clinique Claude Bernard, association France Diabète 95 (AFD 95))
- Améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie :

- Coordonner la prise en charge des soins afin de diminuer les hospitalisations évitables, en organisant des visites à domicile pluri professionnelles
- Etablir des protocoles de sorties d'hospitalisation.
- Coordonner la prise en charge lorsqu'une institutionnalisation est envisagée (relations professionnels de la maison/pôle de santé et les structures d'actions sociales)
- Favoriser la prise en charge des patients en soins palliatifs via une coordination entre les professionnels de santé de soins primaires et les réseaux de la région (Onconord)

Afin de permettre cette coordination des soins, plusieurs moyens sont envisagés :

- Réunions de coordination intra et inter professionnelles, permettant les échanges sur les situations complexes (Centre Edouard Toulouse, Réseau Onconord, PMI), la mise en place de protocoles de prise en charge en collaboration avec les structures médicales et médico-sociales ainsi que des réunions de formation continue, ouvertes à tous les professionnels de santé des trois communes)
- Utilisation au sein de la structure d'un outil informatique, permettant l'utilisation d'un dossier médical partagé via un code sécurisé et un accès à certaines informations du dossier selon une habilitation précédemment définie (type ICT chorus). La messagerie sécurisée, de type Apicrypt, permettra des échanges d'informations entre les différents professionnels de soins primaires et de soins secondaires et les différentes structures (laboratoire d'analyses médicales, centre de radiologie, hôpital, clinique...)
- Protocolisation des prises en charge notamment concernant les patients en perte d'autonomie et en soins palliatifs.

Concernant la continuité des soins, les professionnels, notamment les médecins, s'engagent à répondre aux demandes de soins des patients en organisant des consultations programmées pour les maladies chroniques et des consultations non programmées pour la prise en charge des pathologies aiguës.

De plus, les patients seront informés, que s'ils le désirent, ils auront la possibilité, en cas d'absence de leur médecin traitant de consulter un autre médecin de la structure, (maison / pôle de santé) sans pertes d'informations puisque le dossier sera partagé.

Tous les professionnels de santé impliqués dans le projet s'engagent à faciliter la continuité des soins via une communication intra professionnelle et une protocolisation des prises en charge.

- Contractualisation sur des actions de santé publique locales spécifiques : Parmi les 3 thématiques retenues plusieurs actions de santé publique vont être mise en place :
  - Action de dépistage/vaccination selon les recommandations de l'HAS (et les dernières recommandations du calendrier 2013 parues dans le BEH [http://www.invs.sante.fr/content/download/62968/248437/version/5/file/BEH\\_14\\_15\\_2013.pdf](http://www.invs.sante.fr/content/download/62968/248437/version/5/file/BEH_14_15_2013.pdf)), via un listing des patients, à l'aide de l'outil informatique choisi, qui n'ont pas réalisé soit le vaccin, soit l'examen de dépistage recommandé, puis courrier de rappel à tous ces patients, via le secrétariat
  - Amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, notamment le diabète, l'hypertension artérielle et les patients sous anticoagulants. Il est prévu des bilans annuels pluri professionnels (le patient est convoqué et réalise le bilan nécessaire en quelques heures, via des consultations conjointes et/ou successives), prise en charge des plaies d'origine diabétique de manière coordonnées (podologue/infirmière +/- médecins) et organisation de l'auto mesure tensionnelle avec les pharmaciens.
  - Amélioration de l'information des jeunes adultes ou adolescents concernant les moyens de contraception et les IST, en collaboration avec la PMI, en organisant des consultations d'informations pluri professionnelles (pharmacien/médecins/sage-femme)
- Accessibilité aux soins : Tous les professionnels de santé de la structure sont en accord avec la pratique d'honoraires de secteur 1 et l'application de la CMU, de l'AME et du tiers payant pour les patients en situation précaire. En accord avec les caisses de sécurité sociale concernées, la pratique du tiers payant sera facilitée en dehors de ces cas réglementaires. En effet, il est bien connu maintenant depuis les

rapports de l'IRDES que cette pratique n'est pas inflationniste pour les soins et facilite la prise en charge des populations en précarité.

Les professionnels de santé s'engagent à répondre aux demandes de soins des patients des 3 communes concernées en concertation avec leur médecins généralistes traitants, et d'assurer, pour les médecins généralistes, des consultations non programmées afin de pouvoir répondre à des demandes de soins urgentes.

Enfin les professionnels de santé à l'origine du projet de soins, réalisent tous quotidiennement des visites à domicile et s'engagent à les poursuivre pour permettre un accès aux soins des personnes ne pouvant se déplacer dans la structure, notamment dans les quartiers relevant de la politique de la ville.

- Amélioration et modification des conditions d'exercice des professionnels : Les professionnels amélioreront les conditions d'exercice en facilitant la communication inter professionnelle via des outils de communication (par ex. ICT pour le partage des informations des dossiers, Apicrypt pour la transmission des résultats de biologie, communication sécurisée (MS santé) pour les courriers ) et des réunions d'échanges ce qui permettra de colliger les informations utiles. Des formations continues seront organisées au sein de la structure afin de partager les compétences et d'améliorer l'harmonisation des pratiques

Enfin le flux de patients sera mieux gérer grâce à la mise en place de consultations non programmées qui permettront aux patients d'avoir un rendez-vous dans la journée en cas d'urgence (actuellement les patients ne trouvent en général pas de rendez-vous dans la région avant 2 à 3 jours)

- Mise en place d'actions complémentaires : Les acteurs du projet mettront en place les conditions nécessaires pour recevoir un label universitaire. Ils accueillent déjà les étudiants de médecine. Ils accueilleront également des étudiants infirmiers, podologues et en kinésithérapie.

De plus depuis peu la faculté de médecine de l'Université Paris Diderot-Paris 7 organise des journées, intégrées au stage SASPAS des étudiants en médecine générale, pendant lesquels s'ils le désirent ils accomplissent des missions de coordination des soins au sein de maisons/pôles de santé. Ces stages seront organisés au sein de la structure dès la mise en place d'un encadrement pédagogique adapté.

Il est prévu de mettre en place des actions complémentaires selon le bon développement de la structure comme la prise en charge pour les patientes qui le désireront d'IVG ambulatoires, en collaboration avec un centre IVG (Louis Mourier par exemple).

Aucun ergothérapeute n'est actuellement installé dans la région. Des vacances d'ergothérapeute ou de psychomotricien apporteraient beaucoup dans la prise en charge des patients en perte d'autonomie. De même un médecin addictologue a été contacté et serait intéressé par des vacances au sein de la maison de santé.

Des vacances pour une assistante sociale sont souhaitables, afin d'orienter les patients selon leur besoins et améliorer la prise en charge administrative en cas d'institutionnalisation.

Enfin les professionnels réfléchissent, sur le modèle de ce qui se fait déjà, (en Belgique par exemple voir [http://maisonmedicale.org/?page=detail\\_maison&id\\_maison=11](http://maisonmedicale.org/?page=detail_maison&id_maison=11) et le travail de la coopérative de patients et du centre de santé intégré Bautista Van Shauven/ Dr André Crismer) , à la création d'une éventuelle association d'usagers du cabinet, qui permettrait aux patients d'être acteurs dans les modifications apportées à la maison de santé et d'intervenir de façon active dans l'amélioration de la prise en charge de leur santé.

## Annexe 6

### Entretien E1

#### A) Situation professionnelle actuelle

##### Q1Q2

« Je suis kinésithérapeute depuis 40 ans cette année, je suis installé depuis 39 ans. J'ai 63 ans 1/2 et je pratique une activité purement libérale »

##### Q3

« La différence entre le libéral et le salarié, ce qui me plaît dans le libéral c'est qu'avec le patient nous sommes à égalité, à savoir je lui fournis une prestation, il me règle cette prestation et par la même je me dois de lui offrir un minimum (Rires). Je ne dis pas qu'à l'hôpital mes confrères ne le font pas mais c'est vrai que quand il n'y a pas cette relation finalement, il se peut qu'on se laisse aller, voilà ce n'est pas grave... Moi je l'ai vu, on prête un petit peu moins attention parce que ce n'est pas grave, de toute façon, il va rester 8 jours, et puis il a une tête qui nous revient pas et puis voilà, tandis qu'en libéral, c'est quand même lui...en plus on sait très bien qu'un mauvais point, il va en parler etc... une clientèle se fait difficilement mais elle peut se défaire très facilement. Donc il y a cette épée de Damoclès qui m'a toujours bien plu, parce qu'on était à égalité, voilà, entre lui et moi, ce qu'on n'a pas toujours à l'hôpital, même pour certain patron, on sent que bon vraiment parfois ils ne sont pas toujours très aimables, on sent que de temps en temps il faudrait qu'ils reviennent sur terre. Par contre c'est très chronophage, ça bouffe le temps, parce qu'il y a déjà le temps de l'exercice, il y a la paperasse, il y a le fait qu'il faut se tenir au courant, heu... quand on est salarié c'est pris sur le temps de travail, nous ça s'ajoute au temps de travail, donc il y a des fois où les rayons qui dépassent 23 heures à mon âge maintenant ouf...ça fatigue un peu »

##### Q4

« Alors d'un point de vue kinési, c'est tout ce qui concerne, notamment chez les enfants le cartable, l'ergonomie des bureaux, notamment parce qu'on a tous des ordinateurs, donc toutes les tendinites etc., on est toujours, à commencer par moi, très mal placé, par rapport à ses écrans, surtout si on a des problèmes cervicaux et autres et puis aussi parce que quand on fait des visites il y a le problème de l'obésité et la façon dont les français se nourrissent, on sent qu'il y a une augmentation de l'obésité, et je crois qu'il faut arrêter le truc avant qu'on se retrouve comme aux Etats-Unis, où c'est tout juste si on te donne pas une prime si tu as perdu 1 kilo. »

##### Q5

« Eh bien, à Ermont, je crois qu'on a une bonne densité médicale mais nous vieillissons tous, beaucoup vont partir en retraite et ce qui était difficile aujourd'hui pour trouver parfois un médecin, va devenir quasiment impossible. Autre chose peut-être, le système de gardes à Ermont n'est pas bien fait, heu... dans la mesure où les médecins qui sont installés ne prennent pas la garde, donc ils la confient etc... et je pense que c'est pas toujours bien, je sais que le conseil de l'Ordre du val de marne a un système qui est différent, c'est-à-dire que le médecin généraliste est obligé de prendre sa garde c'est une obligation, il vient au CHU, il vient à Créteil, il prend une voiture du SAMU et c'est le régulateur qui va envoyer les pompiers, une ambulance, le généraliste ou envoyer la grosse artillerie. Et ça peut être que ce n'est pas si mal que ça !!! C'est-à-dire que les médecins et les kinés, c'est pareille, on ne s'est pas organisé parce qu'on est une profession libérale, on veut être tout seul, on en a rien à faire des autres et je pense qu'il faut qu'on se méfie, c'est pour ça d'abord qu'SOS médecin est né, heu tout le monde se repose là-dessus mais il faut faire bien attention, il y a un moment donné il y a une commune où on avait voulu les interdire d'exercer, donc je crois qu'il faudrait que les médecins se réunissent pour se dire on va faire un tour de garde, réel, après 20H, quitte à avoir un interne etc..., mais je crois qu'il faut prévoir ça, ça évitera que les gens aillent directement à l'hôpital et je crois que ça les rassurerait aussi...comme font les pharmaciens, ils ont bien un tour de garde »

##### Q : Et du point de vue des kinés ?

« Pour les kinés il n'y a que pour le réseau bronchiolite tout ça où ça intervient, tu t'inscris et à ce moment-là, bon bah, ce jour-là tu sais que tu es de garde »

##### Q : Heu je voulais dire pour l'accès aux kinésithérapeutes ?

« Si, combien de fois je dis non ? Ca oscille entre 25 et 30%. Je prends tous les appels que j'ai eu, toutes les attentes préalables que j'ai faites et dans ces ententes préalables il y a parfois des renouvellements, donc ça augmenterait mon nombre de refus mais ça fait au moins, exactement sur l'an dernier, 25.67 % »

##### Q : Et l'année d'avant ?

« C'était à peu près pareil l'année précédente et pour cette année ça doit tourner dans ces eaux-là. Mais mes confrères sont pareil, on se les renvoie parfois... »

#### B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé

##### Q1

« Heu... A condition qu'ils soient formés pour accomplir des tâches. Oui, à condition quand même que la primauté reste aux médecins. Ne faisons pas des médecins aux pieds nus comme en Chine, voilà...Parce que dans toutes les professions, je parle pour les professions paramédicales, heu, il y a des gens qui ont choisi ça dès le départ, en général, je pense que ce sont qui, je vais être méchant, ce sont les meilleurs. Je n'aime pas les Kinés ou les Infirmières par défaut. Moi j'ai jamais voulu faire médecine, j'ai un frère qui est patron, j'ai un qui est généraliste, ma sœur est infirmière, donc ce n'était pas mon truc moi je voulais faire plutôt à la limite un prof de sport ou dans l'enseignement mais pas ça et bon en jouant au Rugby, je me suis péti les mains, je trouvais que c'était chouette parce que ça alliait la pathologie et puis finalement un peu l'enseignement, bref, c'était mon truc. Si on leur donne trop, enfin... Il faudrait que ce soit bien encadré pour pas qu'ils jouent au médecin. Le médecin c'est son rôle il a fait des études qui sont plus longues donc, je n'ai ni complexe d'infériorité ni de machin, ce sont des compétences qui sont différentes et il faut reconnaître que voilà c'est comme ça. Quand on monte dans l'avion, même si on a piloté un petit avion ce n'est pas pour autant que l'on peut piloter le Boeing. Donc je crois que si on est bien

dans sa tête bien dans sa peau pourquoi pas, mais bien encadré quand même. Ça c'est le problème un peu des ostéopathes hein, qui à mon avis est une technique et pas un métier, ce n'est pas une profession. D'abord le conseil de l'ordre gueule tout le temps à ce sujet, et puis ce que j'ai vu dans le quotidien du médecin, si on continue, on va avoir 60 000 ostéopathes, il y en a 3500 en Angleterre, ça donne une idée de voilà. Et puis l'ostéopathe il joue au docteur parce qu'il y a toujours DO, ça veut dire docteur en ostéopathie, c'est comme les dentistes, enfin j'en ai marre des mecs qui ont des complexes d'infériorité. Si tu veux être médecin, tu passes le concours, c'est tout !! Basta... »

**Q2**

« Je pense que c'est une bonne chose, parce que là aussi, on a du mal parfois, on ne sait pas bien ce qu'on doit faire, heu on n'ose pas appeler, on sait que le médecin il reçoit plein d'appels à chaque fois. C'est vrai que je pense que, ça c'est un avantage quand on est à l'Hôpital, on se réunit une fois de temps en temps et ça permet d'abord d'échanger, parce que parfois on n'a pas tous la même chose donc ça permet d'évoluer, d'apprendre un certain nombre de choses même si ce ne sont pas dans notre compartiment. Donc moi je trouve ça bien. Pas forcément la réunionite aigue, où on perd du temps etc... mais ça je pense que c'est une bonne chose avec même d'autres confrères, parce que finalement là je vais m'arrêter donc j'ai les dossiers pour mes confrères, je vais leur donner, il y a des coordonnées etc... mais c'est vrai qu'on échange peu sur sa façon de pratiquer mais même au sein d'un cabinet ordinaire. Je cite un exemple du truc qu'on peut apprendre alors que c'est de la culture médicale pour un kiné, c'est plus important pour un médecin, c'est de savoir que les cancers du sein, thyroïde, prostate, poumon, te filais éventuellement des cancers des os etc... c'est des métastases. Bon directement le kiné n'a pas réellement besoin de le savoir mais c'est intéressant, ça je l'ai appris dans les staffs. Donc c'est bien d'apprendre, moi je lis régulièrement avec l'EMC etc...mais quand tu es dans ton coin parfois ça t'emmerde...(RIRES) »

**Q3**

« Bien sûre »

**Q : si oui, quel sujet aimerais-tu que l'on aborde, en particulier, si il y en a un ?**

« Heu, Peut-être pas forcément dans la pathologie, je pense il y a un domaine où je dirai, même les médecins, kiné et autres, tous ce qui est psychologie, je pense qu'on n'est pas très doué, on n'est pas très fort. Si, un sujet, parce que moi je vois, il y en a beaucoup qui se défilent, heu, il y a la mort, l'accompagnement. Si tu es en phase avec ta propre mort, tu sais que tu vas mourir, c'est plus facile d'aller vers les autres et de les aider. Quant à savoir pourquoi j'ai toujours aimé ça, je n'en sais rien. Peut-être parce que je sais que je vais mourir (RIRES) et donc j'en profite. Mais, oui je pense que ça c'est important. J'ai vu des médecins se défiler, pour les médecins aussi, je pense, je le vois... la façon, à quel moment on va donner de la morphine, à quel moment on va aider, gentiment, à ce que ça se termine bien. Et ça je pense que les médecins sont très mal à l'aise, parce qu'ils n'ont pas été formés hein... peut être toi plus, parce que tu es la jeune génération, j'en vois beaucoup, heu... On a connu des patients qui sont parti en souffrant. Je crois qu'il ne faut pas exagérer, on n'est pas, il ne faut pas voler la mort aux gens »

**Q4**

« Oui, moi je l'ai déjà fait »

**Q5**

« Ba oui, tant qu'on ne me met pas la casquette de la CGT moi ça me suffit (RIRES). Ça s'est fait, les pédicures l'on fait, les ophtalmos le font, les kinés l'ont fait pour le dos etc... il n'y a pas si longtemps que ça. Heu, oui oui pourquoi pas. »

**Q : Dans ton métier qu'est ce qui te plairait plus particulièrement ?**

« Surtout pour les lombalgies, incontestablement, expliquer aux gens, notamment ceux qui travaillent, mais ça c'est de mieux en mieux fait, car on voit moins d'accident de travail à ce sujet, mais c'est vrai parfois des trucs tout couillon, ce n'est pas évident, c'est la maman, le bébé et le lit. On a tous un bébé qui est lourd et c'est vrai qu'on se penche tous et quand ils sont un peu plus grand on a descendu le lit alors il faut descendre la barrière, il faut y penser, parce que chez Ikea il n'y pas de barrière. »

**Q6**

« Je n'ai pas d'idées, non je n'ai pas d'idées. J'ai un copain qui est pharmacien, quand on se rencontre on ne parle pas tellement du job. J'avoue que je suis un peu sec »

**Q : par exemple avec le pôle de santé est ce qu'il y a des sujets où tu aimerais que les choses soient plus coordonnées avec les médecins, les infirmiers, les podologues ?**

« Oui mais ça existe déjà avec le réseau Joséphine. Lorsqu'un patient est hospitalisé, où là quand quelqu'un est âgé, on a la chance d'avoir le réseau Joséphine où il y a une infirmière coordinatrice qui vient et qui va examiner et qui va faire venir le psychomotricien etc..., l'ergothérapeute, pour voir comment ça va s'organiser. C'est elle qui va voir combien il faut de clés parce que c'est important, pour qu'on puisse avoir la clé, des choses comme ça donc ça existe mais on pourrait l'extrapoler à partir de ça, car on va avoir de plus en plus de gens qui vont rester chez eux car ça coûte moins cher et aux gens et à la société donc c'est important qu'à un moment donné, là aussi on puisse se réunir mais ça peut se faire au sein d'une seule réunion, d'où l'intérêt dans les réunions de bien suivre le truc, il y a le moment où on prend le café et après on bosse, pour aller vite, parce que là aussi il ne faut pas que ça dure ad vitam aeternam »

**C) Avantages d'un travail en maison de santé**

**Q1**

« Ne pas être tout seul, c'est vrai, c'est important, pouvoir demander le renseignement plus rapidement, hein. Heu, enfin, voilà, à la fois le libéral c'est bien mais c'est vrai que c'est surtout au niveau intellectuel que t'es un peu tout seul, voilà, donc je pense que ça c'est une forme de sécurité et puis parce que je pense que c'est comme ça que ça va se terminer, de toute façon, qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas. Je pense que les gens ont besoin de se regrouper parce qu'ils ont besoin de... on n'a plus envie d'être tout seul et puis parce que le statut à changer. Avant tu étais tout seul, tu avais la grosse maison bourgeoise etc... et tu étais un notable, maintenant tout ça c'est fini, c'est terminé donc maintenant on a besoin d'être avec les autres, ça c'est vrai. Mais là forcément tu es confronté à une forme de concurrence qui est proche, moi j'ai déjà travaillé avec un confrère mais c'est vrai qu'à la fin il n'y avait pas concurrence mais on travaillait

dans ce même cabinet mais bon on se croisait, on parlait deux minutes et puis c'était tout, c'était exceptionnel qu'on échange sur : tient ça je ne sais pas le faire comment tu fais toi ? Non parce que je crois qu'il y avait toujours ce côté tu sais d'égo hypertrophié»

**Q : C'est effectivement la différence entre une maison de santé pluridisciplinaire et un rassemblement de professionnels dans un cabinet et voilà.... Le but c'est quand même aussi de se réunir, de coordonner les soins...**

« En effet c'est plus stimulant, je sais que quand on allait aux EDU, quand on y allait ensemble c'était quand même plus facile. Ah oui on se stimule, c'est un peu comme quand toi tu vas faire de la gym, quand t'y vas toute seule ça t'emmerde, si la copine elle vient, le jour où t'as pas envie bah t'y vas quand même, et puis après t'es bien content d'y être allé, je crois que c'est le même truc, que ce soit physique ou intellectuel on est tous pareil. »

**Q2**

« Pour le patient, l'avantage, si tu veux c'est que il sait que tout est groupé, son dossier est là, il ne va pas répéter 10 000 fois la même chose, ça c'est important. Tout en sachant, je suis très attaché à ne savoir que ce que le patient m'a dit, voilà, parce qu'il y a des choses que le patient dit à son médecin, il y a des choses que le patient dit à son kiné et si il le dit au kiné et pas au médecin c'est qu'il a ses raisons. Et ça je crois que c'est quand même très très important. Au même titre que j'ai une patiente qui est séropositive, c'est elle qui me l'a dit, je veux que ce soit elle qui me l'ai dit et que je ne l'ai pas lu quelque part, voilà, c'est important !! Ça ne change rien pour moi mais ça je suis très très attaché à ça, parce qu'il y a des choses que les patients me disent et ils me disent parfois, il ne faut pas le dire au docteur. Je ne le dirai pas au docteur, il faut faire très attention parce que quand on est très nombreux, je suis très attaché quand même au secret médical. Au même titre que je n'ai pas besoin de tout savoir, je m'en fou moi, il y a un tas de truc ce n'est pas mon problème. Heu le médecin ne saura pas que Mme Intel trompe son mari, elle me l'aura dit, mais toi quand tu vas l'examiner si elle te dit qu'elle a des rapports autres parce qu'elle est inquiète etc... ça c'est elle qui te le dit, moi j'ai pas à le savoir »

**Q : Donc il faudrait un moyen de communication qui permette de maintenir un certain secret médical, c'est ça ?**

« Oui il faudrait faire une conférence en expliquant bien ce que l'on doit pouvoir dire aux autres et ce que l'on ne doit pas dire. Je vais te raconter une histoire 10 secondes : j'ai un copain, qui comment dirais-je, qui un jour, heu... m'a expliqué qu'il avait eu un enfant, hors mariage, etc... heu bon très bien, c'est un ami, qui passait du temps à la maison, il est décédé maintenant, heu... il est mort et alors, le secret est toujours avec lui. Je ne me vois pas tu vois... au même titre qu'un de mes copains, ce n'était pas de sa faute, à malheureusement, dans un accident de voiture tué quelqu'un, il me l'a dit un jour, très bien, il me le dit à moi, mon épouse ne le sait pas du tout et ça ne la regarde pas. Il y aussi un copain qui est décédé d'une leucémie et qui maigrissait et ma femme, lui disait..., moi je le savais parce qu'il me l'avait dit, elle lui disait oh là là tu devrais me donner le régime que tu fais parce qu'il est superbe, oh là là tu perds drôlement bien, comment tu fais ? Forcément, bon bas moi je ne disais rien, je n'ai pas dit à ma femme arrête de le .... Qu'est-ce que tu voulais que je dise ?, rien. Et ça je suis très très attaché à ça.»

#### **D) Réticences au travail en maison de santé**

**Q1**

« Si j'ai 30 ans, rien, maintenant je me dis quand est ce que je vais m'arrêter ? Voilà. Sinon, non, je pense que quand on est jeune, il n'y a aucuns problèmes. Peut-être la seule réserve, ce qui est un petit peu embêtant dans ce genre de structures, à ce moment-là, heu... c'est que tu es un petit peu, mais après ça changera, parce que toutes les villes le feront, c'est que tu es entre guillemet un petit peu tributaire du médecin, puisque nous on agit uniquement sur prescription médicale, on est pas ostéopathe, nous, on est que des paramédicaux, donc il y a un lien de subordination, qui est un petit peu embêtant, si tu veux. D'autre part, pour agrandir ta clientèle, jamais le médecin d'à côté ne t'enverra des patients parce qu'il sait qu'il y a un généraliste qui est là. Ça c'est clair !! On va prendre l'exemple du pôle de santé, s'il se fait au bout d'Ermont, le confrère, éventuellement qui sera là jamais le Dr Y ne lui enverra un client mais ça c'est parce qu'on est dans la situation intermédiaire, tu vois. Moi je me souviens très bien, par exemple, tu es généraliste, et tu es installé, et il y a un ORL qui s'installe juste au-dessus de chez toi. Très mauvais choix, il faut qu'il s'installe la porte d'à côté, parce que à ce moment-là ça ne dérangera pas les autres généralistes d'envoyer à cet ORL, mais pas dans le même escalier, ça ce n'est pas bon... Mon père qui était ORL me l'a expliqué il y a très longtemps. Moins pour les infirmiers parce que si tu veux ils ont moins de soins que nous mais là oui, incontestablement, oui. Les autres médecins vont voir ça d'un mauvais œil, donc ils ne prescriront pas en disant allez là parce que voilà, tu vois... C'est le problème, le hic il est là. Ce serait un pôle de santé où il y aurait que des spécialistes ça ne poserait pas de problèmes, là ça peut être un frein majeur, je dirais »

**Q : Pour l'instant est ce que ça t'intéresserait de te déplacer dans la maison de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?**

« Heu, j'ai fini dans, allez, si ça me fait suer, je peux arrêter dès cette année, théoriquement ma retraite c'est le 01/04/2015, je pense finir l'année 2015, mais c'est ce que j'avais dit, hein, ici, je suis le propriétaire. Donc je n'ai pas de charges particulières, donc pourquoi aller à mon âge, je ne vais pas me remettre des charges, tu vois... »

**Q : Donc il y a un frein économique ?**

« Bah, oui, tu vois, pourquoi aurais-je un loyer alors que..., je pourrais me dire bon très bien, je me déplace, je mets un locataire, tu vois et comme ça, ça fait la rue Michel, heu, ça c'est pas un truc, je ne le ferai pas, parce qu'on sait les problèmes que ça pose avec les locataires, on va rechanger la loi, mais je pense que quand je prends ma retraite je..., sauf si j'ai trouvé un type assez fou, pour reprendre et gracieusement je suis prêt à lui refiler le matériel, mais il y a peu de chance. C'est pour ça, je suis trop vieux. Moi si tu veux, quand j'étais rentré dans le projet c'est qu'au départ, c'était X que je connais bien, donc je me suis dit je vois qu'il n'y a personne donc je vais lui filer un coup de main, et puis après j'ai trouvé que là il exagérait un peu et que comme je m'étais engagé vis-à-vis d'Y, moi je suis quelqu'un de très fidèle, donc, voilà, je ne change pas mon fusil d'épaule comme ça, surtout que je n'avais pas, au départ, d'engagement particulier vis-à-vis de X, j'en avais vis-à-vis d'Y, donc je continue, voilà c'est tout»

**Merci beaucoup**

**Entretien E2**

## **A) Situation professionnelle actuelle**

**Q1**

« Pédicure-podologue, 42 ans »

**Q2**

« J'ai un exercice mixte, c'est-à-dire salarié et libéral »

**Q3**

« Alors, les avantages, heu...comment te dire, si, c'est d'éviter une certaine lassitude d'un quotidien, toujours le même et puis un des gros avantages, c'est, heu, tu ne vois pas en cabinet ce que tu vois à l'hôpital et puis la pluridisciplinarité de l'exercice, voilà... l'ouverture sur plein d'autres métiers, que ce soit des agents d'entretien, d'aide-soignante et tout ça pour l'hôpital et en cabinet, vu que c'est un cabinet de groupe sur les autres activités, et puis de ne pas être tout seul dans son coin. Moi, je n'aime pas exercer toute seule dans mon coin, je n'ai jamais été seule dans un cabinet. »

**Q : Et les inconvénients ?**

« Heu les inconvénients, c'est que tu cavale, quand même, c'est-à-dire justement le fait d'être amené à bouger et bien c'est que des fois tu aimerais bien passer toute la journée au même endroit. Voilà, ça c'est... et puis d'essayer d'être au top partout et voilà, ça fait un peu, mais bon...Enfin, il n'y en a pas beaucoup des inconvénients parce que moi j'aime ce mode d'exercice là, mais ça serait ça de cavalier, oui, de ne pas se poser. Des fois, il y a des semaines où t'aimerais être toute la semaine au même endroit, mais je m'en laisserais vite. »

**Q4**

« De prévention, hum..., de santé publique, peut-être, par le biais d'une meilleure cohésion pluridisciplinaire, une meilleure prise en charge des patients, qui des fois sont un peu perdu dans les multitudes d'avis. Enfin, pour moi ça c'est hyper important, après, heu, prévention, l'hygiène pour les pieds diabétiques, là je vais parler égoïstement pour ma part, les mauvais retours veineux, savoir mettre les bas de contention, qui sont souvent trop serrés, qui glissent, qui machin. Heu, aussi peut être l'éducation thérapeutique, heu, dans le pansement, ou peut-être, dans la prise médicamenteuse puisque souvent en fait les patients tu t'aperçois qu'ils font mal leurs pansements, ou font mal leurs soins parce que ça n'a pas été forcément bien expliqué et que du coup, tu as un nettement moins bon résultat, voir pas de résultat du tout, parce que mauvaise compréhension, ouais... »

**Q5**

« Heu, pour les médicaux, ça je sais, c'est la disponibilité, les gens semblent avoir beaucoup de mal à obtenir des rendez-vous assez rapidement, c'est-à-dire que quand ton gamin a de la fièvre ou quoi et qu'on te dit qu'il n'y a pas de places avant mardi prochain et que c'est jeudi, ça fait loin, donc, voilà. Heu, pour les paramédicaux, et là je vais parler pour moi, particulièrement, ce serait peut-être le coût puisque les soins, l'AMP est à 0.63 euros donc ça fait 1.26 euro pour un soin qui va coûter 35 euros, donc ça c'est une difficulté, je pense, réelle pour certains patients, bien que malgré tout, vu que c'est..., il ne peuvent pas s'en passer, ils vont faire l'effort de payer, mais je trouve que c'est un réel, enfin c'est pas normal et c'est pas juste que ces soins-là ne soient pas pris en charge. C'est comme les lunettes, si tu veux, si tu n'as pas une bonne mutuelle, tu es obligé de te payer tes lunettes et la sécu va te rembourser très peu et je trouve que ce n'est pas un luxe. Voilà, après pour les diabétiques, bah, c'est assez bien, puisque maintenant avec la convention, les grades 2 et 3 c'est bon. Un peu dommage pour les grades 1 qui nécessiteraient une bonne prévention, justement parce que c'est le moment où ils vont passer, il faut surveiller justement, et ceux-là, ben, cela sont peut-être un petit peu négligés. Après heu pour les infirmières, je pense que c'est bien pourvu, je pense qu'ils accèdent quand même relativement. Les kinés, à domicile, enfin ça c'est le retour de mes patients, mais c'est récurrent, en fait, la kinésithérapie à domicile. Déjà, ils ont du mal à avoir des rendez-vous en cabinet et à domicile c'est quasi impossible. Les chirurgiens-dentistes, ça va, à priori. Orthophonistes, aussi, très difficile, parce que les agendas sont remplis du coup voilà. Heu, après chez les spécialistes, c'est aussi le coût, ça dépend des spécialistes, en fait, donc souvent tu leur dit, pour pas les mettre mal à l'aise, tu les invite à aller sur ameli.fr, tu sais parce que quand tu vas dans vous êtes patients, après tu vas dans ameli direct et en fait, ils ont accès aux professionnels et voir si ils sont conventionnés secteur 1 ou pas, et du coup ça les mets plus à l'aise, parce que c'est toujours un moment difficile, le surcoût que ça peut générer, donc voilà. Je pense que j'ai fait le tour. »

## **B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé**

**Q1**

« C'est-à-dire ? »

**Q : Par exemple changer un petit peu les limites et le transfert de certaines compétences**

« Pourquoi pas ça dépend qui est concerné, là je vais parler pour ma paroisse. Si demain les infirmières sont amenées à avoir la compétence de faire un ongle incarné, couper des ongles, enlever des cors, je vais dire c'est carrément mon métier qui est mis à mal, donc, heu, le transfert des compétences oui, peut-être pour décharger un secteur où on a une pénurie, par exemple, de médecin ou d'ophtalmo, heu, mais ça dépend quelles compétences et quelles sont les professions visées, égoïstement.

Par exemple, que quelqu'un puisse faire un fond d'œil, heu et que ce soit envoyé à l'ophtalmo et que lui décèle, heu, ne donne rendez-vous, par exemple s'il est surchargé, ne donne rendez-vous qu'à ceux qui le nécessite vraiment, voilà, là je trouve que ça c'est un transfert de compétences intelligent. Heu, permettre aux infirmières de faire certains actes, heu, que seul les médecins font, d'ailleurs un peu comme avant, les vaccins, seul les médecins le faisaient, et faire le vaccin de la grippe, bon, voilà je trouve que ça c'est un transfert de compétences, qui est bien, parce que ça décharge les médecins, ça désengorge les consultations, heu voilà. Après, ça dépend quelles compétences et ça dépend aussi des lieux géographiques, par ce que bien évidemment en province, heu, il y aura plus de transfert de compétences, certainement qu'en région parisienne où finalement les soins sont relativement bien pourvus. Tu arrives à trouver des professionnels spécialistes ou pas, assez facilement, quand même, par rapport à la province où tu dois attendre neuf mois pour voir un ophtalmo, donc voilà »

**Q2**

« C'est-à-dire ? »

**Q : Le fait que les soins soient organisés en coordination, qu'il y ait plusieurs professionnels de santé qui agissent ensemble, de façon coordonnée, pour les soins de certains patients.**

« Ba ça, moi je trouve ça bien, ça va aller avec ce que je disais, moi j'adore l'exercice de groupe, donc, ce n'est pas pour rien, c'est parce que justement il y a une cohésion qui fait que, heu, le traitement du patient est optimisé, on le prend dans sa globalité au lieu de chacun raisonner dans son coin, on va vraiment porter le patient vers ce qu'il pourra y avoir, je pense de mieux pour lui, c'est-à-dire, une bonne coordination, voilà...Heu, si ça dérange pas le patient, mais je pense que ça ne le dérangera pas dans la mesure où ça peut être que mieux pour lui. Quand tu vois qu'un médecin ne sait pas que son patient est déjà sous insuline parce que son diabétologue l'a mis et qu'il n'a pas fait de courrier au médecin et que le médecin ne comprend pas pourquoi avec ses cachets il n'y arrive pas et que rien n'est équilibré, qu'il écrit au diabétologue qu'il faudrait peut-être envisager de la passer sous insuline et qu'il dit mais il y est déjà depuis 1an ½. Ça, tu vois, ça rend fou. Donc, ouais tout ça ...

**Q : Et dans ta part de travail est ce qu'il y a des choses qu'il faudrait coordonner ?**

« Oui par exemple quand il y a des cors infectés, quand il y a des ongles incarnés ou des maux perforants, en fait, avoir une bonne cohésion avec l'infirmière, le médecin, la pédicure-podologue, chez qui le patient parle et qui aura peut-être des infos que le médecin n'aura pas. Par exemple, à Clichy, j'allais chez une patiente, maghrébine, et personne ne comprenait pourquoi son diabète n'était pas équilibré et que ça n'allait pas et tout. Donc du coup, il y avait des plaies, il y avait... Et en fait, tu sais, ils ont des grands canapés, qui font tous le tour de la pièce et il y avait une petite table basse avec une nappe et en fait en dessous, c'était bourré de pâtisseries marocaines. Et en fait, elle en bouffait à longueur de journée. Et elle était grosse comme un haricot, et donc moi je l'ai vu. Ou mamie qui chute tout le temps que personne ne sait pourquoi, et, en fait, elle s'alcoolisait, et moi quand je venais à domicile, elle ne prenait pas la peine de ranger le ballon de rouge parce que elle m'identifiait pas vraiment comme un professionnel de santé qui pouvait avoir des contacts avec... Et donc, quand on faisait un staff une fois par mois, on mangeait ensemble, et on discutait des cas, voilà et puis ça permettait, un de savoir qui intervenait chez cette patiente et de pouvoir avoir une vision du patient autre pour chacun des professionnels ou l'histoire de la famille, ou comprendre que non, papi, il n'est pas obsédé mais il a une démence frontale et que c'est pour ça qu'il peut avoir des attitudes déplacées... et du coup, tu l'aborde pas de la même façon. Donc, enfin moi, je trouve qu'il n'y a pas mieux. »

**Q3**

« Un grand oui »

**Q : Quels sujets aimerais-tu aborder ?**

« Tous les sujets m'intéressent »

« Bah, je ne sais pas, parce que moi je suis déjà allée à des formations comme ça, et tout m'intéresse, que ce soit la sclérose en plaque, heu, les démences frontales. Parce que même si ça n'a pas un intérêt direct sur ta profession, du style, les mycoses plantaires ou machin, en fait, tu es amené à rencontrer quand même, nous on a des consultations assez longues et on est amené à rencontrer des gens qui nous parlent énormément et du coup, chaque connaissance des pathologies ou chaque connaissance d'un sujet, en fait, va être un atout dans la prise en charge du patient, de petits conseils qu'on va pouvoir leur apporter, peut-être pas aussi bien que le médecin qui lui va avoir plus le rôle médicamenteux et tout ça, mais de petits conseils en plus, bah, par exemple sur l'équilibre alimentaire du diabétique. Bah, si tu fais une formation avec une diététicienne et tout ça, tu apprends pleins de choses, que toi tu vas prendre le temps de retransmettre au patient si il te pose des questions ou un coup j'avais été sur les pannes sexuelles chez le diabétique, eh bien, ça c'est un vrai sujet tabou, que les patients n'osent pas aborder avec le médecin, et si j'avais pas été à cette formation-là, c'est pas des choses que tu vas aborder comme ça, quoi, et pourtant c'est une vraie souffrance chez les patients donc comme nous on a du temps avec les patients, et des fois tu sens qu'ils veulent t'emmener sur un terrain et donc si tu n'as pas une petite connaissance bah ça reste là, donc tout est intéressant. Ce n'est peut-être pas une réponse qui va te satisfaire, mais... »

**Q4**

« Oui »

**Q5**

« Oui »

**Q : est ce qu'il y a un sujet qui te plairait plus particulièrement dans ta profession ?**

« Bah, je l'ai déjà fait, sur le pied du diabétique où on avait fait une marche, après on leur avait fait faire leur dextro, on avait expliqué les chaussures, on avait examiné les pieds, après on a touché l'intérieure des chaussures, machin, faire des pièges, mettre des haricots, les gens les sentaient pas, enfin, savoir identifier que, enfin, oui moi je l'ai déjà fait. Enfin, sur tout, moi je, heu, voilà, comment couper un ongle, plus propre à mon métier, bien mettre ses semelles, parce que des fois, encore l'autre jour, et c'était une patiente jeune, elle m'a dit oh je ne sais pas mais dans ces chaussures-là ça ne va pas, en fait elle avait mis ses semelles à l'envers donc tu m'étonne que ça n'allait pas et que et bon, enfin, après voilà n'importe quoi qui puisse aider les patients, moi, tous les sujets m'intéressent, en fait. »

**Q6**

« Bah, déjà, un partage des axes et des données, alors peut-être pas sur ce qui est ultra confidentiel et qui ne regarde personne d'autre que le médecin mais par exemple que toi tu puisses intervenir sur le dossier, savoir que moi je suis intervenu tel jour, qu'il y a eu un pansement de décharge, heu, que je l'ai revu tant de fois, que je te l'ai orienté mais qu'il n'est pas venu, heu, voilà. Le travail d'équipe, vraiment, avoir une bonne cohésion, quoi, pour que le patient soit, encore une fois, prit dans sa globalité et qu'on fasse des soins chouettes quoi, pas que il soit allé et puis si on est plusieurs pédicure-podologues de la commune, de voir que finalement si moi j'ai annoncé quelque chose qui n'a pas pu lui convenir et qu'il y a un autre podologue qui est dans le réseau et qui va mettre ah Ba tiens, je l'ai vu tel jour et que c'est le lendemain, tu vois que le médecin puisse percevoir un peu la personnalité du patient, qui va ou tu refuses de faire des semelles à un enfant, parce que oui il a les pieds plats comme tous les enfants et que tu as mis que pour toi c'était trop tôt et que tu vois qu'au final il a quand même été en faire parce que c'était plus une inquiétude, alors, peut être voir que je ne l'ai peut-être pas suffisamment rassuré, ou que, il y a la pression des grands mère derrière qui disent qu'il faut qu'il mette des chaussons, qu'il mette des semelles et qu'elle en a eu quand elle était petite, tu vois. Donc, moi je trouve que voilà, partage des données, je trouve que c'est vachement bien, oui. »



### C) Avantages d'un travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire

#### Q1

« Bah, ça, justement, la cohésion, je vais me répéter, la cohésion professionnelle, l'ouverture sur les autres, enfin tout ce que j'ai toujours cherché dans mon activité, heu, sur les autres métiers, sur pas rester tout seul dans son coin et puis l'ouverture sur les patients, aussi, parce que forcément on va en apprendre en travaillant en équipe, on apprendra plus sur notre patient que quand on est tout seul dans son coin et heu enfin oui on en gagne notre vie mais c'est avant tout un métier de santé et bah porter le patient vers ce qu'il y a de mieux pour lui, et voilà »

#### Q2

« Bah à être pris en charge totalement et dans sa globalité, et permettre d'optimiser tous les traitements pour lui, en fait, de l'amener à ce qu'il y a de mieux et heu, psychologiquement, physiquement. Et puis peut être aussi pour certains d'avoir un peu le sentiment d'être un peu protégé, en fait, tu vois ? Le fait que les patients communiquent, moi, c'est ce que j'avais ressenti à Clichy, d'abord ils faisaient attention, ils essayaient, ils savaient qu'on communiquait entre nous, alors on ne disait pas tout.

#### Q : Est-ce que ça c'est important ?

« De ne pas tout dire ? Oui parce que justement, après le patient, va être trop vigilant à ce qu'il va dire et il ne va plus délivrer les informations et donc, moi je pense que c'est hyper important de ne pas tout dire, heu, voilà, si ça concerne une plaie, un pansement oui, après si on rentre plus dans l'aspect psychologique ou un petit peu vicieux de certains patients, heu, tu sais de jouer avec les praticiens, de ne pas raconter la même chose à tout le monde, non, parce que si on dit tout, il va se méfier. D'abord il va partir, il va mettre en échec les traitements et il va partir vers d'autres professionnels et heu donc savoir aussi en garder un petit peu sous le coude pour que justement on soit efficace. »

### D) Réticences au travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire

#### Q1

« Bah, j'en aurais pas beaucoup, sauf si je ne me sentais pas en phase avec les praticiens avec qui je travail, sinon j'en aurais pas beaucoup. Heu, ne pas se sentir en phase c'est-à-dire pas avoir vraiment la même..., mais bon je pense que quand tu rentres dans un projet comme ça tu l'as, quoi, ce n'est pas. Je pense que les gens qui viendraient dans une maison ou un pôle de santé pour heu, juste parce que c'est un bon plan, tout est fait, ils partiraient vite, parce qu'ils ne correspondraient pas à l'état d'esprit, je pense, maintenant je suis peut-être trop naïve. »

#### Q. Pour l'instant tu te déplacerais physiquement dans la maison médicale?

« Alors non pour plusieurs raisons, un parce que quand j'ai monté le cabinet, il y a eu les infirmières qui sont venues et X, l'ostéopathe et que je la laisserais pas tombé, je ne me verrai pas lui dire, bah, nous on s'en va et puis débrouille toi, c'est pas mon état d'esprit donc, voilà et puis parce que j'ai fait l'acquisition des locaux et du coup, je les rembourse et heu ça aurait un coût trop élevé pour moi de louer d'un côté et de rembourser de l'autre. Après si tout le monde avait pu intégrer la maison de santé pourquoi pas, j'aurais pu réfléchir à le remettre à la location d'un appartement tout simple et puis intégrer la maison de santé, ce serait devenu, pas un projet, mon cabinet, mais ça aurait pu être un autre intérêt financier, on va dire, mais heu, mais là il y a la donnée affective qui fait que moi j'ai un esprit d'équipe très fort, ancré, donc voilà.

Maintenant si jamais, la nouvelle disposition pour les lois handicapé, faisait que je n'avais pas mon agrément, voilà, je reconsidèrerais peut-être si il reste une place, ma position, parce que là ce serait, je serai obligée, en fait, de me mettre en conformité, et donc là, tant qu'à partir autant intégrer un lieu où on est tous ensemble et où on a un état d'esprit identique, après voilà. Rien n'ai fermé, quoi, rien n'est jamais fermé d'ailleurs parce que peut être que si demain, l'Ostéopathe finalement partait vers d'autres lieux ou machin, je reconsidèrerais, peut être aussi, encore une fois, si à ce moment-là il reste de la place, pourquoi pas.

#### Q : Donc si j'ai bien compris il y a une raison affective parce qu'il y a une collègue de qui tu ne veux pas te séparer et une raison financière c'est ça ?

« Oui »

#### Q : Mais participer dans le projet en tant que pôle ?

« A fond »

**Merci beaucoup**

## Entretien E3

### A) Situation professionnelle actuelle

#### Q1

« Je suis pharmacien, 47 ans »

#### Q2

« Bah, libéral »

#### Q3

« L'avantage c'est que tu es ton propre patron, l'inconvénient, heu, ben, nous ce que l'on ressent de plus ne plus c'est qu'on est pieds et poings liés devant la SECU, quoi. La SECU baisse le prix des médicaments, notre marge baisse, et là actuellement, cette année, il y a plein de pharmacies qui vont vraiment beaucoup souffrir. Je ne sais pas comment ça va donner, quoi, et puis je trouve ça débile parce qu'ils baissent le prix des médicaments, moralité il y a des usines et des entreprises qui vont être au chômage et ils vont payer le chômage de l'autre côté, enfin, bon, ça c'est un vague sujet. Voilà, Bah maintenant, moi j'ai toujours dans le coin de mon cerveau, une image où tu sais tu es employé de la SECU et tu peux dire tout ce que tu veux à tes clients (rires) et leur dire l'ordonnance n'est pas valable ou je ne peux

pas faire ça et enfin tout ce qu'on leur fait, il y en a pour lesquels ils ne se rendent pas compte, quoi, mais bon, notre métier c'est d'être libéral donc on est libéral. Mais d'un autre côté nous, on est obligé d'être libéral, parce qu'on est le seul métier où on a le droit de refuser la vente. C'est-à-dire que quelqu'un arrive et me demande du Dulcolax, j'ai le droit de dire non, même si c'est en vente libre, parce que par exemple j'estime que bon voilà elle est anorexique, elle fait la maladie des laxatifs, j'ai le droit de dire non, personne ne me dira quoique ce soit, par contre c'est pour ça que le pharmacien titulaire, enfin, il ne peut y avoir qu'un pharmacien titulaire par pharmacie, tu ne peux pas avoir des chaînes parce que sinon tu aurais un patron qui dirait je veux tant de chiffre par mois et dans ce cas-là tu entre en conflit, avec justement, cette éthique de dire bah oui ok on est des commerçants, c'est vrai que je suis une commerçante mais il y a la santé. Il y a des fois tu ne peux pas dire, Oh ne vous inquiétez pas je vais vous en refourguer, heu voilà, quoi.»

**Q4**

« Prévention et santé publique, alors, moi, les gens parlent moins avec moi mais ce qui me vient à l'idée c'est l'obésité parce que j'y suis vachement sensible, le surpoids, je trouve, que la population, il y a des gros problèmes de surpoids, que les gens ne bougent plus, tout ça. Heu, l'alcoolisme, qu'est-ce qu'on en a qui sentent l'alcool. Heu, prévention, je ne sais pas, après, les troubles cognitifs chez les personnes âgées, c'est vrai qu'on en a beaucoup. Tout ce qui..., enfin moi je vois les personnes qui sont toute seule et qui ont des gros problèmes et qui ne peuvent plus s'assumer, je ne sais pas comment on peut faire avec ces gens-là, quoi, par exemple. »

**Q5**

« Heu, les rendez-vous, parce que, par exemple, un rendez-vous chez le dentiste, et bah, quand tu commences il faut attendre 3 semaines, 6 semaines, prendre un rendez-vous chez un dentiste c'est un peu l'enfer. Chez un médecin, je pense, que quand même ça doit aller à peu près. Le samedi, c'est l'horreur, on en avait parlé, que le samedi après-midi, c'est vrai que, avoir une permanence le samedi après-midi ce serait bien, parce que souvent les gens ont des trucs, enfin, ils se réveillent souvent au dernier moment aussi. Heu, difficultés, bah, heu, non je pense que voilà. »

## **B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé**

**Q1**

« Alors, par exemple, si je parle du mien, c'est celui que je connais en premier, alors, on est censé évoluer, parce que on est censé faire le truc des AvK, tu es au courant, voilà, heu, donc, c'est censé nous faire compenser la perte de marge avec la baisse de prix, c'est-à-dire que tu as plein de pharmacies qui vont se casser la figure, c'est pas un secret, parce que ça fait, là ils ont fait la baisse de prix mais les AvK c'est pas encore mis en place, et avant que ce soit mis en place tout ce qu'ils sont censé mettre en place, on va vraiment souffrir. Heu, ce que je trouve bien dans cette histoire, heu, bon c'est que ça revalorise un peu notre métier, parce qu'on est souvent considéré comme des vendeurs de boîtes, bon, de moins en moins quand même, enfin souvent il y a avait un rapport médecin/pharmacien, alors avant on était obligé de vous casser les pieds je peux remplacer l'Amodex par du Clamoxyl, enfin tu vois, l'horreur, maintenant avec le droit de substitution on est plus souple de ces rapports-là. Je pense que les médecins plus jeunes, c'est-à-dire Y et X, voilà, vous savez que bah, je pense, je ne sais pas le ressenti que vous avez vis-à-vis de nous mais on travaille plus en harmonie, on essaye de, voilà, qu'avant il y avait vraiment un peu de conflits entre les deux, et les anciennes générations, genre l'autre cabinets, ne supporte pas trop les substitutions, les machins, on prend leur rôle, enfin, moi, je ne me mettrai jamais à la place d'un médecin, enfin, je veux dire, mais je ne sais plus où je voulais en venir. Ah oui, donc ça pourrait, heu, redonner une autre image à notre métier, heu, puisque en fait les gens verraient que nous aussi on est des professionnels de santé pas que des vendeurs de boîtes. Les infirmiers qui ont le droit de prescrire, c'est bien aussi, moi, je trouve, parce que ça vous soulage vous, plutôt que de renvoyer la personne chez le médecin pour avoir une ordonnance pour des compresses ou des machins, l'infirmier peut les prescrire ou les sages-femmes, je trouve ça très bien aussi. Heu, ton rôle toi, je ne sais pas comment il évolue ? »

**Q2**

« Je ne sais pas ce que c'est que les soins partagés ? »

**Q : C'est quand plusieurs professionnels de santé se coordonnent pour soigner un patient**

« Bah alors, c'est l'idéal, c'est justement ce qui manque à Ermont, quoi. C'est vrai que depuis qu'on se connaît un peu mieux, quand Y m'appelle, c'est super facile, quoi, voilà. Maintenant c'est vrai que, nous on est très loin, d'abord nous les pharmaciens ils sont tous seul parce que on n'a jamais de réunions entre nous etc... On est peu informé de choses même si on essaye de s'informer c'est très vague. Heu, et c'est vrai que une réunion ou l'infirmière nous dirait que, heu, regardez ces compresses là je ne les aime pas parce qu'elles font ça et moi je préfère cette gamme-là. Et bien on le sait et puis voilà ce serait tellement facile, quoi. Ou que vous, vous nous disiez, bah voilà on a été à un congrès sur l'épilepsie, heu, il y a tel médicament qui vient de sortir, ne vous inquiétez pas, heu, si on prescrit avec ça, bah voilà, c'est un nouveau truc qu'ils vont mettre en place, c'est facile. Vous le diriez à vos patients et quand ils viendraient chez nous on leur dirait, bah voilà on est au courant, c'est une nouvelle thérapeutique qui se met en place, on remet le même message pour les clients c'est mieux, pour nous c'est mieux, c'est sûre que ce serait l'idéal, quoi. Pour que les messages soient homogène, pour qu'on sache de quoi on parle et avoir une facilité de, c'est vrai que c'est tellement plus facile quand on se connaît de parler que quand on se connaît pas, quoi. C'est vrai que c'est ce qui manque, je sais qu'il y a des endroits où les médecins et les pharmaciens, enfin, se connaissent et discutent et tout, ici je pense qu'il y avait pas mal de médecins, peut être beaucoup et c'est difficile d'aller voir. Et puis on se parle pas, il n'y a que Y qui est venu se présenter ou dire bonjour, voilà je m'installe dans le coin, les autres heu, pft... à peine ils bougent. C'est un peu dommage, parce que le fait de se connaître c'est tellement plus simple »

**Q3**

« Bah oui, bien sûre »

**Q : Quels sujets tu aimerais qu'on aborde ?**

« Bah, oui les gros trucs, les grosses pathologies, bah, je ne sais pas, le diabète, l'hypertension, tous ces trucs-là, bah, je ne sais pas, il y a tellement de pathologies à voir. Je ne sais pas, il y a tellement de trucs. N'importe quel sujet et puis après rebondir, en faire d'autre. »

**Q4**

« Alors, je l'ai fait parce que j'ai été maître de stage, j'en ai souffert c'était l'horreur. Heu, En fait, je n'ai pas eu de bol, je suis tombé sur, même des 5<sup>ème</sup> années, mais des catas, des horreurs quoi. Il y en avait une, elle m'avait fait des trucs mais pas possible, du genre à être obligé de rappeler le client pour s'excuser. Elle lui sort, heu, il prenait de la morphine, elle le regarde et elle lui fait, vous n'êtes pas constipé ? Bah non. Ah bah vous devriez ! Alors, tu rappelles le client. Et une fois elle sort une ordonnance avec du Salbutamol suppo, alors je lui fais pourquoi on donne du Salbutamol suppo à une femme enceinte et pas en spray ? Parce que les sprays sont contre indiqué chez la femme enceinte. Des cas mais j'ai eu que des cas, l'horreur, des 5<sup>ème</sup> années de pharmacie, alors, tu vois j'y vais à reculons. Par contre j'ai eu des petites de sanitaire et sociale, donc qui font après BP, préparateur et tout, super, la gamine je l'ai même embauché, heu, je l'ai rembauché là, elle travaille et tout. Donc, heu, les 6<sup>ème</sup> années, tu vois, j'en suis un peu revenu, quoi. Oui je l'ai fait, oui, et puis il y a 2 choses. Nous on a un stage en deuxième année où pendant 6 semaines tu découvres le métier, pour faire des reconnaissances de machin, ça demande, pff..., plein de matériel, il faut pouvoir avoir le temps de t'en occuper, c'est lourd, enfin, je trouve que c'est lourd. Heu, ensuite tu as deux stages un en 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup>, que je trouve complètement débile parce que tu viens pendant 1 semaine et il faut que tu fasses des commentaires d'ordonnance sur l'hypertension, sur la douleur. Donc tu prends des ordonnances, faut que tu fasses des, enfin, c'est du scolaire, je ne vois pas l'intérêt de venir passer une semaine en pharmacie, pour ça. Donc je ne voyais pas trop l'intérêt. Et puis les 6<sup>ème</sup> années, donc, ça dure 6 mois, et, heu, bah, là c'est..., tu as à boire et à manger, et puis c'est quand même une charge un peu financière, parce que ça te coûte quand même un petit peu et puis tu ne peux pas non plus lui demander d'être au comptoir tout le temps parce qu'elle est censé se former et puis ça te prend du temps, quoi, c'est vrai que ça prend du temps. Bah, si tu veux le faire correctement, il faudrait avoir plus de temps pour s'investir et je dois dire que là, je commence à en avoir ras le bol, enfin, j'adore mon métier, mais j'en ai un peu marre de..., et j'ai envie de profiter un peu de la vie, d'être un peu plus cool. Donc oui, Je pourrai le faire, oui, oui, bien sûre, il n'y a pas de soucis, je l'ai déjà fait mais j'en suis un peu revenu et puis alors il faut s'inscrire, alors l'autre fois il fallait aller à Chatenay Malabry, alors, moi, rien que le fait de prendre ma voiture pour aller jusqu'à Chatenay Malabry....enfin avec le GPS ça va mieux mais alors sans le GPS ça a été l'horreur. »

#### Q5

« Sans problèmes, moi, au contraire, ça me permettrait de me reformer, de réapprendre des choses, heu, d'essayer de... oui il faut essayer de toute façon qui ne se lance pas à l'eau ne peut pas savoir si il sait nager »

**Q : Est ce qu'il y a des sujets que tu aimerais plus particulièrement que les autres ?**

« Non franchement, là je ne sais pas »

#### Q6

« Bah, moi je ne peux pas faire grand-chose, oui, les formations, assister donc aux formations, heu, essayer de, éventuellement en faire pourquoi, pas, c'est surtout ça quoi. »

#### C) Avantages d'un travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire

##### Q1

« Eh bien on en a parlé tout à l'heure, une meilleur coordination, la facilité de contact, heu, bah, apprendre pleins de choses, heu, pouvoir peut être en apprendre aux autres. Heu, et puis donner, une évolution, je veux dire, quoi, c'est vrai que, je dis n'importe quoi, si on fait une formation sur le diabète, pendant 3 mois, toute l'équipe se met à fond sur le diabète, on remet à jour nos connaissances, on fait la diététique, on fait le truc à fond, c'est que du bonheur, voilà. C'est toujours valorisant de stimuler, tout ça, quoi, enfin je veux dire. »

##### Q2

« Bah une homogénéisation, je veux dire, si par exemple ils savent que il vont te consulter, tu dis, bah voilà, heu, pendant 3 mois, je dis n'importe quoi, on dit qu'au sein de la maison de santé, on va faire des formations sur le diabète, vous êtes diabétique, venez nous voir, mardi soir il y aura une réunion sur l'alimentation par exemple, heu, qu'ils me voient à la réunion, qu'ils sachent que je fais partie du truc, ils viendront peut être après la réunion voir à la pharmacie, reposer des questions, ce qui fait qu'il y a une synergie et puis on pourrait parler de ça, oui par exemple faire les 3 mois du diabète, voilà. Et puis après on ferait les 3 mois de l'hypertension, voilà, des réunions sur l'alimentation sur l'hypertension, sur les conseils, je ne sais pas, tout ce qui va avec, faire un peu de sport, bah je ne sais pas, tout ce qui peut venir, et puis, donc ça pourrait faire, oui une dynamique entre .. Oui les gens qui ont une pathologie sauront que bah voilà, ils peuvent poser des questions à vous, assister à des réunions, venir nous voir nous en dehors, parce que, bon, c'est plus simple, bah voilà quoi. »

#### D) Réticences au travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire

##### Q1

« Des réticences, heu, bah, c'est voilà, si je suis trop fatiguée (RIRES). Heu, des réticences je n'en ai pas, de toute façon il faut bien essayer, heu, non je ne vois pas. Bon après c'est sûr que si c'est super chronophage et que, mais bon je ne vois que le côté positif, je veux dire, si on se dit on fait un mois de diabète et on trouve que c'est trop court, eh bien on adapte, je veux dire, voilà quoi. Je parle toujours du diabète mais il y a l'hypertension, l'épilepsie ou je ne sais pas quoi, et voilà quoi. »

**Merci beaucoup**

### Entretien E4

#### A) Situation professionnelle actuelle

##### Q1

« Je suis médecin généraliste, 53ans »

##### Q2

« Actuellement, j'exerce en libéral, donc, avec 2 autres médecins généralistes, heu, dans un cabinet de groupe, donc, à Ermont »

##### Q3

« Les avantages, tout ce qui est partage de frais, tout ce qui est, heu, tout ce qui est gestion en commun des à côté de notre profession, heu, ça c'est pour le côté un peu, voilà, terre à terre. Maintenant il y a beaucoup d'avantages potentiels, que moi, je ne vis pas énormément dans le cabinet médical où je suis actuellement. Heu, pour plusieurs raisons, pour plusieurs raisons, heu, difficile à dire comme ça, je crois que la première raison c'est que je suis arrivé comme une pièce rapportée il y a 4 ans, et que je sens beaucoup moins ça maintenant, mais il y avait un décalage important dans ma pratique, heu, et celle des médecins avec qui je me suis associé il y a 4 ans. Donc, heu, il a fallu, trouver une façon de fonctionner, en commun, heu, qui n'est pas évidente. En fait, je crois qu'il y a un décalage parce que d'abord, moi je suis enseignant et elles pas, heu, il y a un décalage, je pense, au point de vue du rôle que je mets, que je me mets comme médecin généraliste. Heu, moi je venais de province, je suis enseignant et très impliqué dans l'enseignement donc, je m'implique beaucoup plus à tous les niveaux, je crois que mes collègues, heu, même si elles travaillent bien, elles voient plus le médecin généraliste comme un aiguilleur, ou comme quelqu'un qui a moins de poids par rapport aux autres spécialistes, tandis que moi je suis extrêmement dubitatif et extrêmement critique sur le rôle des autres spécialités dans la prise en charge des patients. Donc je pense que ce décalage-là, fait qu'on n'a pas forcément le même point de vue, sur le circuit des patients, sur, heu, même sur leur prise en charge, heu, donc ça créer des décalages, tu vois, de prise en charge. Moi je vois bien, que je ne prends pas en charge les patients de la même façon qu'elles, même si sur le rôle de tel ou tel spécialiste, sur le circuit de soin de tel ou tel patient, quand on en discute, voilà, on n'est pas forcément en opposition. »

**Q : Et entre le libéral et le salariat ?**

« Alors si je parle pour moi, sur le plan de la prise en charge, de mon implication pour la prise en charge du patient, ça ne change rien. Heu, si je parle du point de vue de la tranquillité d'esprit, heu, et de l'organisation, je pense que ça pourrait changer beaucoup, entre le libéral et le salariat. Heu, parce que la notion de concurrence est beaucoup moins importante, on fait un métier où voilà, il faut gagner sa vie, où les charges sont importantes, heu, donc, la notion de concurrence, elle est quand même toujours en toile de fond, surtout là en région parisienne. Heu, tandis que le salariat, je pense, ça permet beaucoup plus le partage des informations ou même des patients, ou le travail partagé parce que l'implication personnelle, la personnalisation de la patientèle, elle est beaucoup plus en arrière-plan, à ce moment-là. »

**Q4**

« Heu, à Ermont, spécifiquement à Ermont ? »

**Q : A Ermont et Ile de France**

« Alors, je parle d'abord, ce dont, moi j'ai envie, mon..., moi ce que j'aime faire c'est, heu, ne pas négliger la souffrance psychologique, et même psychologique habituelle et ordinaire des gens, celle dont ils ne se rendent même plus compte et, heu, dans une consultation sur 5 ou sur 4, heu, on se rend compte que quand on veut prendre correctement en charge cette souffrance psychologique, heu, c'est difficile. C'est difficile, tout seul, pour des questions de temps, pour des questions parfois de compétences personnelles, pour aussi des raisons sociales, pour des raisons de, aussi de point de vue, parce que quand on est médecin généraliste on a un point de vue médical pur, biomédical, entendre des travailleurs sociaux, des psychiatres, des psychologues, des psychomotricien, que sais-je qui prennent en charge ces même patients, heu, c'est très intéressant. Donc moi je crois que, je ressens énormément la détresse de certaines personnes dans ces moments-là, dans ces consultations-là et des limites que l'on peut avoir tout seul, donc, pour moi c'est la première chose. »

**Q : Et tu penses que l'on pourrait faire une meilleure prévention de ce genre de problèmes ?**

« Prévention ? Tout au moins de prise en charge, ça c'est sûre. Heu, prévention, peut-être dans la mesure, ou on peut prévoir par exemple des actions concrètes, heu mais prévention, ou au moins dépistage précoce, ou au moins prise en charge précoce. Au sens de prévention d'aggravation des troubles, hein, par exemple.

Après on peut parler du maintien à domicile aussi, heu, je ne sais pas, moi réunion de concertation sur le maintien à domicile ça me tente beaucoup, heu, voilà. Sur tout ce qui est PMI, aussi, travailler en meilleure entente avec les autres acteurs institutionnels comme la PMI, heu sur la prévention des hospitalisations inutiles par exemple, heu voilà, sur tout ce qui est prévention, en particulier, heu, le frottis, enfin tout ça, c'est tellement évident, que je n'en ai pas parlé, voilà. J'ai parlé d'abord de mon truc à moi, et voilà. Heu, voilà, déjà ça fait pas mal, ça fait pas mal de sujets. »

**Q5**

« Oh, bah, il y a le prix, d'abord, moi je suis assez effaré de ce que les gens peuvent payer de leur poche, dès il s'agit d'aller voir un spécialiste et c'est d'autant plus aberrant que des fois ils n'ont pas besoin d'aller le voir du tout. Heu, je suis assez effaré aussi, du délai d'attente pour certains actes. Heu, pour avoir des radios on est plutôt bien loti mais pour avoir, heu, un avis intellectuel, pour avoir, heu, accès à... En payant on n'y arrive toujours vite, quoi, mais sinon, heu, les gens le disent très bien, je veux dire, heu, il y a des délais d'accès aux spécialistes, et on ne va pas parler de l'ophtalmo, c'est tellement évident. Heu, mais parfois pour avoir un avis pour une pathologie complexe auprès d'un neurologue, par exemple, un neurologue compétent, heu mais ça peut demander des semaines, et heu, ça moi, je trouve ça incroyable. Donc l'accès aux soins, c'est assez paradoxal, parce qu'on est en région parisienne, d'un des pays les plus riches du globe et la plate-forme technique de Paris, il n'y a pas mieux en France, mais pour avoir des avis spécialisés sur des choses complexes, des prises en charge antidouleur, par exemple, heu, c'est très difficile. A côté de ça, pour hospitaliser un diabétique en bonne santé et lui faire un bilan, aucuns problèmes, sauf que ça ne sert à rien. Pour moi, c'est au médecin généraliste de prendre ça en charge, le bilan annuel d'un patient diabétique, alors qu'ici il y en a beaucoup d'hospitalisés, ça coûte un fric fou mais ça ne sert à rien. Tandis que pour avoir des avis sur des choses complexes, heu, sur des prise en charge douleur, tiens, j'ai mis 3 semaines à hospitaliser une patiente en Gériatrie, heu, parce que elle était anémiée, insuffisante rénale, il y avait des arbitrages à faire sur ses traitements, heu, voilà des décisions à prendre, il fallait faire ça de façon concertée, j'ai mis 3 semaines à l'hospitaliser alors que ça aurait pu demander quelques jours, voilà, donc... »

**Q : Donc le plan financier et le délai pour avoir des avis spécialisés c'est ça ?**

« Oui tout à fait »

**B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé**

**Q1**

« Heu, d'abord c'est très clair, heu, c'est à nous de le faire, même si c'est institutionnel et que c'est marqué dans la loi HPST, heu, c'est à nous de le faire. Moi, je suis totalement critique et même parfois méchant envers nos collègues généralistes qui, heu, je veux dire méchant, voilà critique mais au sens négatif du terme sur leur attitude qui consiste à critiquer le système de soin, la sécurité sociale, les institutions etc... et puis à rien faire et à toucher des actes pour aller au golf ou prendre des vacances. Heu, voilà, si tu veux que ta profession change et bien, c'est à toi de le faire, voilà, donc je suis pour l'implication personnelle là-dedans. Et voilà, c'est surtout ce moteur-là, qui me..., je veux dire, une profession qui ne change pas, elle est morte. Heu, on doit changer, moi j'ai toujours été convaincu que les soins primaires, le métier de médecin généraliste c'était une voie absolument incontournable et essentielle du système de soin et que si elle était faible, le système de soin se casserait la gueule. Heu, ce qui est, ce qui doit tenir le plus et ce qui doit être le plus solide, dans toute construction, c'est bien la base, et tout est fait depuis des années pour dire dans les mots que le médecin généraliste c'est la base ou le pivot, enfin, bref, et dans les actes rien n'ai fait. Donc à partir du moment où on me permet que des actes puissent se concrétiser, je fonce, moi ça me plaît beaucoup, donc, heu, voilà, c'est pour ça que je le fais. Parce que de toute façon, toutes les données de la littérature le prouvent, quand les soins primaires sont bien organisés et que les médecins généralistes sont des professionnels compétents et bien formés non seulement les patients sont mieux pris en charge mais en plus on fait des économies. Donc, ça, ça me hérisse tellement que les politiques, la sécu, etc... oublie ça et que la société oublie ça, heu, que, moi, ça me donne de l'énergie pour le faire. Voilà. »

#### **Q2**

« Bah, c'est dans le même esprit que ce que je viens de dire. Je veux dire, heu, on va repartir du patient. Le soin du patient est horriblement cloisonné, et voir les individus comme des petits bouts mis ensemble, c'est je trouve, c'est horrifiant, non seulement c'est horrifiant du point de vue de ma philosophie personnelle mais en plus c'est horrifiant du point de vue de la qualité de la prise en charge. Heu, donc la conception de soins partagés autour du patient comme individu et pour moi elle s'oppose à la conception de soins morcelés, telle qu'elle est pratiquée actuellement donc, je, c'est un système, une façon de penser, auquel j'adhère totalement. Heu, la richesse, elle est belle et bien dans la diversité des points de vue sur la personne et pas dans le morcellement des points de vue centrés sur l'organe. »

#### **Q3**

« Oui bien sûr, c'est..., oui, c'est mon état d'esprit donc voilà, je suis même pour que les paramédicaux et pourquoi pas les auxiliaires de vie etc... s'engagent dans des actions précises et soient leader d'un projet. Ce n'est pas forcément au seul médecin généraliste d'imaginer, parce que c'est celui qui a fait des études et qui est le plus intelligent, entre guillemets, heu, parce que l'intelligence ce n'est pas seulement ce que l'on sait mais c'est aussi son application pratique, heu, voilà je suis pour que les autres professionnels soient moteur dans ce domaine-là. »

#### **Q : Est-ce qu'il y a un sujet que tu aimerais que l'on aborde plus particulièrement ?**

« Oh, moi, je crois que tout est intéressant, humm, en matière de formation continue, il faut partir de la pratique, théoriser et puis revenir à la pratique. Après, quoi, oui, bien sûr, moi tout ce qui est prise en charge, ce que j'ai dit tout à l'heure, mes petits dadas c'est la prise en charge de la souffrance psychologique, heu, voilà. Il n'y a pas que le grand schizophrène, voilà, heu, qui est intéressant, entre guillemets. Le concept de patient intéressant, ça m'a toujours horrifié, moi je veux dire, heu, ta souffrance à toi elle est toujours la chose la plus importante du monde, heu c'est pas parce que ton cas est intéressant pour les médecins, ça voudrait dire quoi, ça voudrait dire que les autres ne sont pas intéressants, je veux dire la personne, pour moi, qui est harcelée au travail, qui est en souffrance personnelle parce qu'elle a des gamins et qu'elle est toute seule, pff, c'est tout aussi intéressant, même si tu n'as pas un joli cas clinique que tout le reste. Moi j'ai envie qu'on s'occupe de choses comme ça, pour faciliter la prise en charge, heu, après on peut conceptualiser, on peut, heu, voilà. Mais, malgré ce que j'ai dit tout à l'heure, je trouve qu'à partir du moment où on construit quelque chose à partir de cas pratiques, tout peut être intéressant, voilà, après il faut choisir, et si il faut choisir, je pense que, et si je raisonne comme professionnel de santé, heu, c'est les deux sujets que j'ai dit tout à l'heure la souffrance et le maintien à domicile. Maintien à domicile, ça va avec, il suffit de faire un tour en EHPAD, ouah, c'est chaud. »

#### **Q4**

« Eh bien je le fais déjà, donc ça va, ça ne me pose pas de soucis. J'aimerais bien aller un petit peu plus loin, qu'ils fassent un tour avec nos infirmiers, voilà, qu'ils acquièrent cet état d'esprit, heu, de soins partagés, de réseaux de professionnels de soins primaires, voilà, je pense que c'est vraiment l'avenir de la profession. »

#### **Q5**

« Oui, bien sûr et puis de les organiser mieux sur le plan pratique, moi, je vois ce que je fais, par exemple sur le cancer du côlon, les hémocults, je suis sûr que si on arrivait à mettre en place un cadre où la secrétaire appelle les gens où il y a un suivi, voilà, un suivi régulier, où on peut extraire nos données, savoir exactement ce que l'on fait, heu, repérer les patients sur lesquels il faut faire des actions particulières, heu, les relancer, faire des réunions d'information là-dessus, moi je suis sûr qu'on peut, oui bien sûr, par exemple mais ça peut être le frottis, ça peut être la mammo, ça peut être autre chose, la colique du nourrisson, par exemple (rires) »

#### **Q6**

« Oh, est ce que ce n'est pas un peu pareil que la question précédente, ça ? Les projets de coordination, qu'est ce qui d'autre me vient à l'esprit, heu, le, je ne sais pas, le patient sous AvK, par exemple avec les pharmaciens. On a la chance d'avoir une pharmacienne dans le projet, je pense que c'est très bien, les, humm, les pharmaciens on travaille... Il faut penser que chaque fois qu'on fait une ordonnance le patient se retrouve chez le pharmacien et que beaucoup de patients vont prendre conseils auprès du pharmacien. Heu, je crois que dans les deux sens, il faut qu'on travaille mieux, que, qu'on travaille, par exemple, autour du concept d'automédication avec le pharmacien, heu, moi ça me tenterait bien comme coordination avec ce professionnel de soins là, voilà. Il y en a sûrement d'autres. »

### **C) Avantages d'un travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

#### **Q1**

« Les avantages, heu, une équipe dynamique, heu, une structure qui est vraiment faite et pensée pour accueillir les gens, heu, avoir des idées des autres, parce que voilà, je ne détiens pas la vérité tout seul. Heu, sur le fonctionnement professionnel, voilà, c'est ce genre de choses. La richesse elle est dans la diversité, donc, pour moi c'est les avantages. »

**Q : Et sur le plan personnel ça apporterait des avantages ou pas ?**

« Eh bien, sur le plan personnel, ça va avec, hein. De la même façon, je pense, qu'on ne peut pas ne pas aimer ses patients, on est forcé d'aimer un peu les professionnels avec qui on bosse, sinon, on sort le revolver et on arrête. Ce n'est pas possible sinon (RIRES) »

**Q2**

« Heu, les avantages, là je vais me situer en tant qu'enseignant, c'est vraiment leur montrer que à condition que les professionnels s'organisent, heu, eh bien, on peut vraiment prendre en charge la quasi-totalité de leurs problèmes de santé. Heu, sans avoir recours à la technique, aux spés, aux autres spés etc... C'est-à-dire, on est dans une époque, extraordinairement, où la technique prend énormément d'importance, où celui qui a raison c'est celui qui détient le bel instrument, l'IRM, etc... Où finalement la mobilisation des moyens est complètement disproportionnée par rapport à la demande, heu, du point de vue technique et où la mise à disposition de l'humain est totalement sous proportionnée par rapport à la demande. C'est à dire que quand tu vas aux urgences tu as un plateau technique formidablement, mais c'est l'horreur du point de vue relationnel. Heu, moi je souhaite que ce soit exactement l'inverse, quand les gens viennent dans le cabinet que l'on est en train de concevoir, que voilà, qu'ils s'y sentent bien et que l'on ne parle pas forcément de maladie. Heu, tout en sachant que l'on reste, et c'est le socle de notre pratique, des scientifiques, qui savent exactement quoi mobiliser au bon moment et c'est bien ça la définition de la compétence. C'est qu'on ne va pas déclencher le plan Orsec, et ça va être clairement dit, pour quelque chose qui ne le mérite pas mais qu'on sait parfaitement ce qu'il faut faire du point de vue technique s'il y a quelque chose qui ne va pas. Heu, voilà donc ça c'est, cette notion de réponse adaptée, heu, ne pas rendre les gens malades avec des examens inutiles, avec de la médecine inutile, avec des circuits inutiles, parce que des circuits inutiles il y en a plein, je pourrais en faire des listes entières et bien l'état d'esprit, la façon dont et l'avantage pour les patients c'est bien ça. »

**D) Réticences au travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

**Q1**

« Bonne question, trop d'obstacles administrativo-économiques. Heu, trop de divergence dans la conception du soin entre professionnels. Heu, il n'y a que ça, je pense »

**Merci beaucoup**

**Entretien E5**

**A) Situation professionnelle actuelle**

**Q1**

« Je suis infirmier diplômé d'état, 41 ans. »

**Q2**

« Heu, en libéral »

**Q3**

« Heu, les avantages c'est qu'on est son propre patron, heu, les inconvénients, c'est le fait d'exercer tout seul. »

**Q4**

« Bah, là comme ça je n'en vois pas. C'est vrai que, prévention, la mairie nous envoie toujours des fascicules par rapport à la canicule, après sur la commune d'Ermont, nous on est en relais avec la caisse primaire d'assurance maladie, là, qui nous a distribué, tu sais, les nouveaux fascicules par rapport aux diabétiques, SOFIA, là. Heu, non je ne vois pas. »

**Q : Dans ton métier il n'y a rien pour lequel tu t'es dit ce serait bien qu'on prenne les choses un petit peu plus tôt ?**

« Oui, par rapport à la dépendance, par rapport au diabète, oui il y aurait des choses à faire, notamment le regroupement médical, là, c'est ce qui permet de, mais, faut-il encore avoir le réseau qui permet de le faire. Enfin, monter des choses avec des gens qui ont envie de monter des choses, mais toi tout seul dans ton coin, tu ne pourras rien faire. »

**Q5**

« Les difficultés rencontrées, heu, pour se déplacer, accessibilité, heu, manque de professionnels, médicaux j'entends, paramédicaux au niveau infirmiers il me semble qu'il y a ce qu'il faut, après au niveau kiné, bah, ça va se raréfier avec les départs en retraite, pareil pour les médecins, voilà. »

**B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé**

**Q1**

« Heu, je pense qu'il serait bien de faire des transferts de compétences médecins/infirmiers pour des prises en charge à domicile qui pourrait soulager peut être les médecins, je pense à des trucs du style, heu, tout ce qui est TP/INR au domicile, heu, certains renouvellements d'ordonnance, heu, ça c'est des choses qui sont à l'étude. Je pense que ce serait une bonne chose. »

**Q2**

« C'est l'avenir au niveau de la prise en charge des patients en ville, parce qu'en fait quand tu exerces une profession libérale, tu t'aperçois tout de suite que tu es un petit peu seul, dès fois pour contacter les gens, pour avoir des prescriptions ou pour parler d'un patient c'est un petit peu difficile. »

**Q3**

« Ouais »

**Q : Est-ce qu'il y a des sujets en particulier que tu aimerais aborder?**

« Moi, en fait, il n'y a pas de sujets en particulier que je voudrais aborder, en fait les sujets qui seraient bon à aborder c'est le sujets qui concerne la population dans laquelle on exerce sur notre commune »

**Q : D'accord donc partir de cas clinique c'est ça ?**

« Ouais, non, pas partir de cas cliniques mais de voir quels sont les besoins de la population, en fonction de sa tranche d'âge, de ces problèmes et à partir de là, monter ce qui est le plus pertinent. Si t'as une commune avec beaucoup d'enfants faire un truc sur les enfants, si tu as beaucoup de personnes âgées faire un truc sur les personnes âgées. Enfin cibler là où il faut le faire, quoi. »

**Q4**

« Oui, on l'a déjà fait »

**Q5**

« Ouais, alors maintenant ça dépend dans quel cadre, hein et comment ça s'organise. Après il ne faut pas que ça alourdisse notre travail au quotidien à nous, quoi. »

**Q : Est qu'il y a des sujets qui te plairaient plus que d'autres ?**

« Non. Moi ce serait plutôt, enfin perso, c'est la pédiatrie, quoi après je te dis c'est surtout fonction des besoins sur la commune, sur mon secteur d'activité. »

**Q : D'accord et personnellement, à quoi tu penserais comme sujet de prévention et/ou d'action de santé publique chez les enfants**

« L'hyperthermie »

**Q : D'accord et si il fallait organiser quelque chose, une action, comment on pourrait organiser ça ?**

« Quelle type d'action, je trouve ça toujours un petit peu impersonnel d'envoyer des papiers avec des notes explicatives après convoquer les gens ça fait beaucoup de personnes à convoquer. Après peut être cibler juste les patients qui viennent au cabinet. Par exemple, tout bête, toi tu prends quelqu'un en consultation, alors il faut avoir le temps, hein, mais bon, tu prends quelqu'un en consultation ou moi je me déplace chez les gens ou ils viennent au cabinet pour un pansement, une piqûre, tu as toujours une petite feuille explicative et tu peux prendre le temps pour faire passer une information, là c'est intéressant. Où vous en êtes par rapport à ça ? Qu'est-ce que vous faites ci ? Qu'est-ce qu'on vous a conseillé de ? voilà. »

**Q6**

« Projets, j'en ai pas comme ça. »

**Q : Alors imagine toi, par exemple, un jour où tu étais face à un patient un peu complexe, et tu t'es dit tiens j'aurais bien aimé être un peu plus soutenu par d'autres professionnels**

« A la limite, peut-être organiser des staffs, et puis comme tu disais tout à l'heure parler d'un problème qu'on a rencontré, alors que ce soit un problème paramédical, médical, éthique et puis voir les solutions de façon collégiale qu'on est en mesure de proposer. Par ce que ce n'est pas tout seul dans ton coin, que dès fois, tu vas avoir, la science pour le résoudre. »

#### **C) Avantages d'un travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

**Q1**

« Eh bien la prise en charge dans la globalité du patient, heu, pouvoir avoir accès à des professionnels autre que ta profession de façon immédiate et puis pouvoir proposer un offre de soins qui soit bien meilleure au patient. Et puis, toi, faire en sorte d'optimiser ta prise en charge. Je ne sais pas, si tu as un patient, qui est sorti de l'hôpital qui s'est cassé la jambe, qui a un plâtre, toi tu viens faire les injections, il a un problème de douleur, tu peux lui proposer une solution avec un médecin qui est disponible, après s'il a besoin de Kiné, tu as le kiné tout de suite sous la main. En discutant avec lui tu t'aperçois que son fils est dyslexique et bah, tu as une psychomotricienne ou une orthophoniste qui est disponible. C'est ça l'avantage, c'est en fait, le problème en libéral c'est que tu évolue tout seul et ce n'est pas comme à l'hôpital où tu peux avoir sous le coude tout de suite un médecin ou un autre professionnel, là tu es un petit peu tout seul et pour aller chercher un petit peu d'aide, c'est dure. Et parfois tu peux avoir une réponse qui est retardée dans le temps, ça c'est important, parce que dès fois les gens ils ont besoin de solutions tout de suite. »

**Q2**

« Bah en fait je pense que peut être ta question elle est mal posée parce que tu peux répondre dans la première déjà, donc voilà. Pour les patients en fait c'est package, c'est ça qui est intéressant pour un patient »

**Q : Et il pourrait y avoir des inconvénients pour les patients ?**

« Non, comme ça j'en vois pas. »

#### **D) Réticences au travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

**Q1**

« Le temps, parce que c'est chronophage, tu organise des réunions, tu fais des staffs, ça peut prendre un petit peu beaucoup de temps, parfois ce n'est pas évident à combiner, mais bon ça s'organise quoi. Voilà. Après c'est aussi un problème de position par rapport à la prise en charge de certains patients, on peut ne pas être d'accord. Voilà, sinon c'est tout. »

**Merci beaucoup**

### **Entretien E6**

#### **A) Situation professionnelle actuelle**

**Q1**

« Médecin généraliste, 39ans »

**Q2**

« Exercice libéral, secteur 1 »

**Q3**

« Avantages, heu, pouvoir travailler avec les horaires qu'on veut, heu, pouvoir sélectionner sa patientèle, pouvoir choisir le lieu et la façon dont on exerce, de ne pas avoir de hiérarchie. Inconvénients, quand on veut partir en vacances, il faut chercher un remplaçant, inconvénients, les charges, tout ce qui est secrétariat, tout ce qui est femme de ménage, etc...Heu, voilà. Non je trouve plus d'avantages que d'inconvénients, quand même »

#### Q4

« Santé publique, heu, prévention alcool et tabac chez les jeunes. Heu, je ne sais pas, il y a pas mal de choses quand même sur Ermont déjà, ils ont quelque chose sur Alzheimer, qui n'est pas mal foutu. Oui je dirai, tabac et Alcool chez les jeunes, je ne vois pas d'autres choses comme ça à brut pour point. »

#### Q5

« Les délais de rendez-vous, l'accès handicapé qui n'est pas accessible partout. Heu, non, délais de rendez-vous principalement »

#### Q : Que ce soit pour les médicaux et les paramédicaux ?

« Oui les délais sont longs, aussi, les kinés, il y a très peu de kinés disponibles rapidement. Heu, infirmières c'est plus rapide généralement mais kiné, les délais sont assez longs, orthophonistes les délais sont assez longs. »

### B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé

#### Q1

« Qu'on nous demande de faire de plus en plus de prévention et que, et que ça prend beaucoup de temps. Qu'il y a de plus en plus de paperasse et que ça prend du temps. Heu, c'est un peu chronophage. »

#### Q : Et qu'est-ce que tu penses de l'évolution des rôles des paramédicaux ?

« Je trouve très bien que les infirmières, est maintenant l'autorisation de faire des ordonnances pour tout ce qui est soins de pansements etc... parce que ça soulage et qu'elles savent mieux que nous, ce qui est plus adapté pour telle plaie ou ulcère, etc... qu'elles sont mieux formées que nous pour ça. Heu, que le kiné détermine le nombre de séances, ça me va bien aussi. Heu, que les pharmaciens gèrent les INR, bof, je trouve que ça, c'est un petit peu sortir de leur contexte, je verrai mieux une infirmière qu'un pharmacien pour ce rôle. Heu, qu'est ce qui peut y avoir d'autre, je ne vois que ça. »

#### Q2

« Qu'il faut savoir travailler en groupe et que ce n'est pas donné à tout le monde. C'est pas donné à moi, je ne sais pas travailler en groupe, donc, faut avoir l'habitude de travailler en groupe et il faut aimer ça. Ça peut être positif mais il faut une bonne entente et il faut une bonne coordination et ce n'est pas facile. »

#### Q : Dans la pratique tu veux dire, à mettre en place en pratique ?

« Oui, ça demande des échanges, ça demande du contact, et ça demande que chacun reste à sa place. »

#### Q3

« Pourquoi pas, pour certains patients bien précis, ce qui se fait déjà pour les Alzheimer par exemple. »

#### Q

« Heu, bah tout ce qui est gériatrie, de manière générale, parce que c'est les patients qu'on a le plus de mal à bouger, donc pour avoir des avis de pneumo, de cardio etc... C'est vrai que de pouvoir discuter sur un dossier, heu, pour ces patients là qu'on a du mal à bouger, oui. »

#### Q4

« Bah, c'est ce que je disais à Y, pour, heu, par rapport aux locaux que j'ai, je n'ai pas la place de mettre un étudiant à côté. Heu, si je prenais un étudiant ce serait un petit, un externe, heu, plutôt pour l'aspect il n'est pas très souvent là et il est encore curieux de la chose et il n'en sait pas encore trop pour me casser derrière et me dire c'est plus comme ça, maintenant les choses ont changé. Donc un externe éventuellement. »

#### Q5

« Pourquoi pas »

#### Q

« Oui tout ce qui est contraception, tout ce qui est MST, tout ce qui est par rapport aux lycéens, etc... »

#### Q6

« Aucune idée. »

#### Q : Par exemple, imagine toi une situation un peu complexe, où tu t'es dit, je suis un peu seul, j'aurais bien aimé qu'il y ait d'autres professionnels pour m'aider...

« Alors on est d'accord pluridisciplinaire, c'est paramédical ?

#### Q : Alors là c'est un peu général, on parle paramédical mais ça peut aussi être des médicaux, des spécialistes, des institutions, des hôpitaux...

« Alors, je reste sur ma Gériatrie, c'est là où j'ai le plus de mal à gérer et c'est là où j'ai le plus besoin d'avis. »

### C) Avantages d'un travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire

#### Q1

« Partager les frais, la permanence des soins, humm, partage de compétences, les échanges, pouvoir discuter des cas. »

#### Q2

« Heu, d'avoir un lieu unique, d'avoir un dossier unique, pas besoin de raconter à nouveau toute leur vie, vu que le dossier serait j'espère commun, heu, bah d'avoir plusieurs personnes qui connaissent leur dossier et donc d'avoir plusieurs intervenants possibles et plusieurs sons de cloches éventuellement. Heu, d'avoir un lieu de référence, quand ils ne sont pas bien, de pouvoir aller à un lieu fixe en sachant qu'il y aura quelqu'un pour les accueillir. »

### D) Réticences au travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire

#### Q1

« Du médecin ou du patient ? »

#### Q : les deux

« Bah mes réticences à moi, bah, c'est ce que je te disais tout à l'heure, c'est de travailler en groupe, je ne sais pas trop, j'ai quitté l'hôpital pour ça, donc j'avoue que j'aurai du mal à travailler avec d'autres professions. Heu, après à part ça, c'est plutôt que je suis asociale, quoi.



Après pour le patient, des réticences, heu, je ne sais pas pourquoi il en aurait, il n'y a pas de raisons qu'il en ait, puisqu'il pourrait quand même choisir son médecin, etc... et qu'il y aurait plus d'accessibilité pour lui, donc je ne vois pas pourquoi, lui, aurait des réticences. »

**Merci beaucoup**

## Entretien E7

### A) Situation professionnelle actuelle

**Q1**

« Infirmière, 35 ans »

**Q2**

« Libéral »

**Q3**

« Alors, les avantages, heu les avantages, heu, plus de relationnel avec les patients, heu, on les connaît mieux dans leur globalité parce qu'on intervient à domicile, donc dans leur cadre très personnel, avec la famille, heu, des soins très variés, de chirurgie, de médecine, de palliatif, des gens très aisés, des gens dans le besoin, heu, voilà. Les inconvénients, bah, c'est assurer 24H/24H les soins, tous les jours de l'année. »

**Q4**

« Alors, heu, de façon globale, qu'on trouve aussi à Ermont, c'est tout ce qui est sur le diabète. Heu, ils sortent avec, souvent de l'insuline et un protocole alimentaire, qu'ils ne comprennent pas, qu'ils ne mettent pas en application. Heu, donc ça c'est surtout le diabète, après, heu, qu'est-ce qu'il y a d'autres, en prévention. Oui, tout ce qui est lié aussi aux anticoagulants, AvK, ils ne sont pas très au clair, faire attention si c'est plus fluide, faire attention à ne pas tomber, à ne pas se cogner, à ne pas se brosser les dents, enfin les gencives, tout ce qui est risqué hémorragique. Qu'est-ce qu'il y a d'autres, heu, et puis, heu, oui après on passe dans le palliatif, dans tout ce qui est éducation de la famille par rapport aux points d'appui, c'est simple mais c'est important, aux risques d'escarres, de l'alimentation à privilégier dans ces cas-là, et puis pour les gens qui ont des cancers, oui, ils ne sont pas très au clair, ils ont besoin de beaucoup d'écoute, et beaucoup de conseils diététiques, de ce qu'ils ont le droit de faire, de ne pas faire, enfin tout ça, moi je trouve, que c'est les trois grands thèmes. »

**Q5**

« Alors, médicaux, heu, beaucoup de médecins qui sont déconventionnés, qui mettent des tarifs très très élevés, qui freinent pas mal à la consultation, surtout à domicile. Le problème du domicile, que les médecins ne se déplacent pas trop à domicile, heu, ensuite qu'est-ce qu'il y a, et bien le manque de médecins, de spécialistes, heu et de généralistes qui va venir de plus en plus, voilà. Les paramédicaux, et bien pareils, des pénuries de Kinés, à domicile, des pénuries de Kinés en cabinet. Les infirmiers, non, ça va, on est à peu près bon là-dessus. Heu, voilà, oui c'est surtout la pénurie médicale qui va commencer à freiner pas mal la prise en charge. »

### B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé

**Q1**

« Bah, il est nécessaire, il est nécessaire que justement cette cohésion qu'on a à l'hôpital de communiquer entre paramédicaux et médicaux, heu, entre paramédicaux, enfin que ça se mette en place, des dossiers de soins, des lieux de rencontres, des lieux avec des réunions, des formations, heu, discuter de patients en commun, qui posent problèmes ou qui ne posent pas de problèmes d'ailleurs, mais pouvoir évoluer et avoir une prise en charge un peu plus cohérente, quoi. »

**Q : Et qu'est-ce que tu penses du transfert des tâches, si certaines tâches étaient transféraient aux infirmiers aux podologues etc...**

« Ce serait bien mais c'est tout le cartel législatif qu'il faut changer là. Bah, déjà, on nous en demande pas mal hors de notre cadre. A tous, hein, médecins ou infirmières, mais oui ce serait bien qu'on fasse confiance un peu plus aux infirmières pour ne pas faire déplacer le médecin pour rien, quoi. »

**Q2**

« Essentielle pour la bonne prise en charge. Heu, à domicile, enfin pas à domicile mais en ville, elle est essentielle, c'est l'avenir quoi, parce que les hôpitaux ils sont engorgés, ils prennent les cas lourds et les cas les moins lourds ils arrivent à la maison et les prises en charge des médecins et des infirmières, elles ne sont pas..., elles ne sont pas encore optimales quoi. On n'est pas encore bien au point là-dessus »

**Q3**

« Bah oui »

**Q**

« Non, c'est plutôt au cas par cas je pense, heu, bon après on est à Ermont, c'est ce que je disais, on voit beaucoup de diabétiques, de palliatifs, de patients atteints de cancer. C'est ces trois-là mais pas en particulier, c'est au cas par cas. Je trouve que c'est bien quand on a un souci avec un, d'en parler, d'essayer avec justement une équipe pluridisciplinaire de décortiquer et d'aider la personne le mieux et puis nous aussi parce que c'est mieux, la prise en charge est plus facile. »

**Q4**

« Eh bien j'en ai »

**Q5**

« Oui »

**Q**

« Les trois que j'ai dit, mais surtout les diabétiques en fait, parce que ce sont vraiment eux qui sont au domicile au long cours et qui l'auront toute leur vie et pour qui il faudra en remettre une petite dose régulièrement et voilà. »

**Q6**

**Q : Imagines toi tu étais avec un patient au domicile, c'était un cas un peu compliqué et tu aurais aimé avoir un peu d'aide d'autres professions ?**

« Sur les plaies du pied diabétique par exemple, j'aurais bien aimé avoir X pas loin. J'ai eu hier le cas, voilà, je me suis retrouvée avec une plaie, je fais quoi, oui, je panse mais je veux un avis plus concret de personnes qui connaissent bien le pied du diabétique ou d'un avis médical pour dire est ce que tu penses voilà, la critique, quoi, moi je mets ça est ce que tu penses que c'est bien, sur les pansements sur les traitements antibiotiques, quand un truc ne marche pas top, est ce qu'il faut attendre, est ce qu'il faut rappeler le médecin, plein de choses comme ça. Sur le palliatif pareil, heu, on le trouve pas bien est ce qu'il faut appeler pour mettre un antalgique, est ce qu'il faut mettre de la morphine, est ce qu'on en met assez, est ce qu'on en met pas assez, est ce qu'il faut passer à autre chose. Voilà, c'est sur tous ces points où on est devant et voilà. Ça peut être le kiné aussi, des douleurs, ou l'ostéopathe, ça peut être des douleurs chez la fin de vie, bah, l'ostéopathe il est magique hein, il n'est pas reconnu mais il ne fait pas de mal en tout cas. Et le médecin en plus de l'ostéopathe, en plus de l'infirmière et bien ça donne une super prise en charge, quoi. Et sur pleins, pleins de choses, pareil les AvK, heu, d'avoir une petite marche de manœuvre, enfin voilà d'appeler, d'avoir tout de suite quelqu'un qui te réponds est ce qu'on baisse la dose, est ce qu'on arrête, enfin, sur pleins de cas à domicile. »

**Q : Donc surtout sur la communication, c'est ça ?**

« Oui, bah, montrer une plaie, avoir l'avis en directe, et ne pas dire bah le docteur il va venir, il va déballer et puis vous me direz ce qu'il a dit. Ce n'est pas pareil que de voir la plaie ensemble et de dire, oui, regarde ce n'est pas beau là, c'est rouge, et de dire on va faire ça, on va faire ça....»

**Q : et donc concrètement ce serait des visites à plusieurs, comment tu le verrais concrètement?**

« Des visites c'est compliqué, c'est des consultations à plusieurs, donc c'est plus dans un lieu commun où on dit bah voilà aujourd'hui vous allez partir en consultation avec le docteur à telle heure, je serais là aussi, voilà c'est ma consultation aussi, je serais là aussi présente pour voir le problème. »

#### **C) Avantages d'un travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

**Q1**

« Bah pareil, c'est la communication entre soignants, heu, pour une prise en charge avec un ostéopathe, avec un kiné pas loin, avec une podologue, qui peut donner son avis, le médecin qui prescrit, l'infirmière qui va faire, qui dit ce n'est pas possible ou c'est possible, qui donne aussi son expérience. Voilà, c'est plusieurs avis sur un problème qu'on n'arrive pas à résoudre »

**Q2**

« Bah, pour eux c'est bonheur, ils voient tout, enfin voilà, c'est comme à l'hôpital, quoi, il va voir tout corps de métier, de la santé pour son problème et pas aller balloter voir le docteur, après aller voir la pédicure et après les soins de l'infirmière, enfin, pour lui je pense que c'est, enfin, vraiment pour lui il est soigné dans sa globalité quoi, il y a plusieurs personnes qui vont s'occuper de lui. »

**Q : Et tu penses qu'ils peuvent avoir des réticences ?**

« Oui, pour venir, bah, oui c'est bête mais pour venir, physiquement. Après je pense qu'ils seraient plus content de dire, oui le médecin il a vu, l'infirmière elle a vu, il a dit ça. Ça met plus en confiance d'avoir plusieurs professionnels en cohésion. C'est juste le déplacement qui va être dure. »

#### **D) Réticences au travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

**Q1**

« Eh bien que je suis beaucoup à domicile et que les plages horaires sont très flexibles et malheureusement ils ne vont pas tous bien, et donc parfois je prends beaucoup de temps et je peux ne pas honorer les rendez-vous à heures fixes et voilà. C'est surtout ça, la journée elle est longue et il faut trouver une plage horaire, oui c'est surtout ça le problème, la logistique

**Q : Tu as peur que ce soit un peu chronophage, c'est ça ?**

« Oui

**Q : Et pour l'instant est ce que tu te déplacerais dans la maison médicale de santé ou plutôt participer au pôle de santé ?**

« Je ne sais pas. On m'a accueillie dans ce cabinet et je n'aimerais pas laisser X avec qui je m'entends très bien. »

**Merci beaucoup**

### **Entretien E8**

#### **A) Situation professionnelle actuelle**

**Q1**

« Infirmier, 35ans »

**Q : Durée d'installation**

« Ça fera 4 ans au mois de Novembre »

**Q2**

« Libéral »

**Q3**

« Avantages et inconvénients ? Heu, les avantages c'est que quand on est sur une création de cabinet comme on l'a fait, on fait ce qu'on a envie de faire, comme on a envie de le faire, ça c'est important, au niveau de l'organisation de la journée ou du type de soins qu'on prend. Inconvénients, on les connaissait à la base donc, voilà, quoi, ils sont acceptés, donc voilà. »

**Q : C'est quoi ces inconvénients ?**

« On fait des heures, et voilà, quoi. »

**Q4**

« Action de prévention et de santé publique. Coordination, coordination pluridisciplinaire, il n'y a rien de fait, nous on a les gens avec qui on a l'habitude de bosser mais sorti de là, un peu compliqué »

**Q : Est-ce qu'il y a un sujet de prévention pour lequel la coordination serait particulièrement importante ?**

« Plaies chroniques »

**Q5**

« Heu, le moment où il y a besoin des soins. En ce moment c'est la galère. »

**Q : L'été tu veux dire ?**

« Oui, il y a un patient qui est en attente de trouver un chir, dommage. Tous les chirs, ils sont en vacances, les chir ortho, il n'y a pas d'ortho nul part. »

**Q : Et l'hiver ça se passe bien ?**

« Alors là c'est en ce moment, mais sinon après on a l'avantage d'avoir quand même dans le bassin de population une clinique qui tourne pas mal et quand même un centre hospitalier général. L'offre de soins au niveau des médecins elle s'amenuise de plus en plus sur Ermont, vue la démographie médicale. Au niveau infirmier, libéral, c'est pareil. Au niveau des Kinés ça devient compliqué.

**Q : Donc c'est surtout les départ à la retraite c'est ça ?**

« Bah, ça va être la cata, surtout au niveau médical. Dans les 3 ans je crois qu'il y en a 4 qui vont partir. Et les kinés pour les paramédicaux, certaines infirmières aussi, et voilà. »

## **B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé**

**Q1**

« L'évolution des rôles des professionnels de santé, en extra hospitalier ? »

**Q : Oui**

« Bah, je différencierais la prise en charge, on va dire, chronique, des gens qu'on voit souvent, type personnes âgées où on fait le relais sur plein de choses, on suppléait des fois même la famille, des choses comme ça. On fait le lien, bah, c'est le seul contact qui reste avec l'extérieur, des patients qui restent cloîtrés chez eux et qui ne peuvent plus bouger, on fait le lien avec l'extérieur. Et sinon... Je trouve qu'il y a de moins en moins de conseils et d'éducation. L'éducation thérapeutique que ce soit pour le diabète, que ce soit pour énormément de choses. Des choses qui ne sont pas expliquées, ou oh non à l'hôpital on ne m'a rien dit, non, on ne m'a pas expliqué, le pourquoi du comment, qu'est-ce que ça fait. Alors, après c'est sûr qu'il y a des patients qui ne sont pas à même d'intégrer ce qu'on va leur dire, ça ce n'est pas la peine, il faut le dire avec des mots simples déjà »

**Q : Et alors qu'est-ce que tu penserais du transfert de certaines tâches, compétence ?**

« J'ai fait mon mémoire sur le glissement de tâches, donc... De toute façon il y a des choses que ce soit en intra ou extra hospitalier, voilà. Je sais que nous, il y a certains vaccins qu'on a le droit de faire et d'autre qu'on n'a pas le droit de faire. Certains qu'on a le droit de faire même si c'est la primo injection, d'autres qu'on doit attendre d'être au moins à la deuxième injection, heu, voilà, il pourrait y avoir beaucoup de simplification. C'est un exemple comme un autre. Moi, ça ne me poserait pas de soucis. Il y a énormément de choses qu'on fait dans le milieu hospitalier, qui nécessite pas vraiment, enfin il n'y a pas de conséquences derrière. On fait même des gaz du sang, nous, à domicile, par contre respect de la réglementation, le médecin il est présent au domicile, quand on pique. On l'a déjà fait, tout est aménageable, du moment que tu restes dans la légalité, et dans la sécurité pour le patient. »

**Q : Et est-ce qu'il faudrait mettre en place certaines choses pour pouvoir permettre ce transfert de compétences ?**

« Bah il y a certaines choses, juste que ce soit légiféré, point. »

**Q2**

« Soins partagés, qu'est-ce qu'on appelle soins partagés ?

**Q : soins coordonnés ?**

« Bah, on le fait déjà avec des prestataires de services, sur des grosses prises en charge. Où il va y avoir le prestataire de service qui va fournir le matos, qui est en lien avec nous, l'infirmier qui va faire, justement, la prestation de soin. Heu, il y a le contact avec la structure hospitalière, avec la structure de santé qui suit derrière, mais ça c'est des choses qui sont formelles quand on bosse avec des prestataires. Sinon, quand on n'a pas de prestataires, généralement, c'est nous qui faisons le relais à droite, à gauche. C'est vrai qu'il y a peu de coordination entre les professionnels libéraux et les structures hospitalières, ça c'est clair. »

**Q3**

« Oui. Le Partage d'expérience, qui est très important. »

**Q**

« Il y a plein de choses, les plaies chroniques, c'est un truc qui revient. Et on travaille énormément sur de l'empirique, alors qu'il y a certains médecins qui sont fixés sur tel ou tel truc et puis qui connaissent pas et qui restent comme ça, et on dit on veut bien essayer mais ça ne fonctionnera pas et ça ne fonctionne pas et on reste dans ce schéma, et puis ça se dégrade, et puis ça se dégrade, et puis ça se dégrade, voilà on arrive à des situations où c'est totalement la merde. »

**Q : donc faire un point sur les plaies chroniques, leur prise en charge, c'est ça ?**

« Oui »

**Q : et tu serais d'accord pour y participer activement ?**

« Oui »

**Q4**

« Alors on l'a fait dans le cadre du libéral. Je participais énormément à la formation quand j'étais en intra hospitalier. Il y en a qui n'aimait pas former mais moi ça ne m'a jamais dérangé, ça c'était intéressant. Mais après ça dépend, en libéral c'est plus compliqué.

**Q : Pourquoi ?**

« Dans le cadre où on fait que du domicile, c'est un peu plus complexe. Car déjà il faut le temps que le patient s'acclimate à la personne, elle n'a pas forcément confiance. C'est beaucoup plus simple, en intra hospitalier. Enfin je pense que ce n'est pas dans les mœurs, mais après c'est vrai qu'il y a certaines choses qui sont... mais on l'a déjà fait. »

**Q : tu serais d'accord ou pas alors ?**

« Ça dépend de comment c'est fait, mais là actuellement on n'en prend plus et pourtant on a des demandes »

**Q5**

« Oui »

**Q**

« Le diabète, car souvent les patients ils sont complètement à la ramasse. Soit ils sont complètement à la ramasse, soit on ne leur a pas donné d'informations du tout, soit des informations très parcellaires, ce qui fait qu'ils restent figés sur un protocole X ou Y et il n'y a pas d'adaptation alors qu'on peut très bien vivre avec le diabète une fois qu'on l'a intégré et qu'on l'a compris. Surtout si le patient a compris comment lui il fonctionne avec son diabète. Et on peut faire plein, plein, plein de choses même si on est diabétique. Et des exemples, j'en ai à la pelle. »

**Q6**

« J'ai du mal à me projeter »

**Q : Alors imagine toi tu étais chez un patient dans une situation complexe et tu t'es dit j'aurais bien aimé qu'il y ait d'autres professionnels et comment tu penses qu'on pourrait faire pour que ça se coordonne tout ça ?**

« Alors déjà au niveau de la coordination, dans un truc comme ça, vraiment le dossier partagé, ça permet d'avoir tout de suite des infos, parce que les gens ne sont pas forcément joignables tout de suite. Et le partage d'infos, ça accélère beaucoup de choses. Par exemple, un soin post opératoire là, moi j'ai un mauvais filing, je le sens mal, j'appelle le chir je lui dis pour moi c'est en train de se collecter en dessous, le chir il répond directe, et il me dit mais je la vois dans trois jours, je lui dis pour moi c'est trop tard. Voilà et le lendemain matin il était là et résultat des courses il faut passer au bloc. Voilà parce qu'on arrive à avoir le professionnel, donc on arrive à s'articuler.

**Q : D'accord donc la communication ?**

« Oui, je dirai l'interface. La communication oui, il y a un patient qu'on a été obligé de faire ré hospitaliser, un mal perforant qui était nickel, et en 24H il se redégrade, donc le problème, c'est le temps qu'on refasse le circuit hôpital, machin et tout gnagnagna et bah on a perdu 5 jours, quoi, donc ça s'est creusé donc bénéfice pour le patient 0 et voilà quoi. »

#### **C) Avantages d'un travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

**Q1**

« Justement, il y a une coordination qui est conjointe, voilà, il y a une plate-forme où tout le monde travaille avec les mêmes outils, tout le monde a accès aux mêmes informations et voilà quoi, il y a l'interconnexion. Tout de suite si il y a un souci, bah, ça peut être géré rapidement, parce que, justement, tous les intervenants ont des liens de connexion donc ça peut aller beaucoup plus vite, je pense, et donc gain de temps, donc bénéfice pour le patient, et je pense, bénéfice aussi pour les professionnels, parce qu'on peut faire quelque chose, de beaucoup plus synchronisé, beaucoup plus efficace et gain d'argent pour la sécu, aussi. »

**Q : sur le plan personnel, ça pourrait t'apporter des choses ou pas ?**

« Oui, parce qu'il y a des fois où on est un peu dépassé. Bon ça ça ne marche pas, bah, qu'est-ce qu'on va faire ? On a eu le cas avec un médecin qui est un peu borné, bah, oui, mais qu'est-ce qu'on fait. Voilà »

**Q2**

« Bah, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est vraiment la rapidité de prise en charge. Justement, avoir l'ensemble des catégories professionnelles qui soient disponibles sur un même lieu ou sur une même zone géographique et disponible et à même de répondre à la demande, forcément plus rapidement, parce que s'il y a des connexions c'est plus rapide. »

**Q : Est-ce qu'ils peuvent avoir des réticences ?**

« Je ne pense pas parce que la plus part du temps quand on parle de ce type de structure, quand ils arrivent ils ont en gros un service clés en main, c'est comme la voiture, il n'y a pas la carrosserie d'un côté, la mécanique de l'autre, et tout est regroupé. Clés en main et si il y a besoin de faire quelque chose, eh bien on peut tout faire au même endroit. »

#### **D) Réticences au travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

**Q1**

« La non adhésion ou la non implication des autres professionnels qui sont dans la maison, dans la structure.

**Q : D'autres choses d'un point de vue financier, personnel ?**

« Non »

**Merci beaucoup**

### **Entretien E9**

#### **A) Situation professionnelle actuelle**

**Q1**

« Je suis médecin généraliste remplaçante, 31 ans »

**Q2**

« Je fais que des remplacements en libéral »

**Q3**

« Heu, avantages, plus de temps libre et de liberté, heu..., inconvénients, enfin, l'exercice seul, sans équipe. Je vois que des patients, tout au long de la journée, même quand il y a des associés, je ne vois pas forcément les associés et je trouve que, oui, tu te sens seule »

**Q4 modifiée : En région parisienne**

« Humm..., bah, heu, on fait quand même déjà pas mal de prévention, en fait, entre le cancer du sein, le cancer du côlon, etc...  
Ce qu'il faudrait développer encore plus ?

**Q : Oui**

« Heu, le tabagisme, par exemple »

**Q5 modifiée : en île de France**

« Heu, le problème de tiers payant, l'avance des frais »

**B) Evolution des rôles et de la conception du soin au sein d'une maison de santé :**

**Q1**

« Ça veut dire quoi ? »

**Q : Bah, par exemple si jamais il y a avait des taches qui sont actuellement purement médicales qui étaient transférées à des infirmiers ou des kinés, ou des choses comme ça. Par exemple si les infirmiers faisaient les ECG pour soulager un peu les médecins ou autre »**

« Non, je trouve que là c'est bien avec, par exemple, les infirmiers qui font l'éducation des diabétiques. Oui, pourquoi pas l'électro, oui, qu'ils fassent l'électro ça ne change pas grand-chose, il faudra qu'on le lise de toute façon, donc. Tu perds moins de temps mais le patient il n'en fait rien de son ECG, donc. Je ne vois pas ce qui pourrait être, enfin, tu vois déjà l'éducation sur le diabète ou sur les maladies chroniques. Eventuellement, développer sur les autres maladies chroniques. »

**Q2**

« Ça veut dire quoi ? »

**Q : Alors, c'est par exemple le fait que les choses soient un petit peu coordonnée entre les médicaux et les paramédicaux, qu'il y ait des visites à plusieurs avec podologue, médecin, infirmier, pour un pied diabétique, enfin bon, voilà... »**

« Ca je trouve ça bien, même je trouve que c'est essentiel »

**Q3**

« Bien sûre »

**Q : Quels sujets ?**

« Bah, centré sur les patients et les pathologies chroniques, voir ce que l'on peut améliorer dans la prise en charge des patients qui ont des maladies chroniques. Toutes les maladies chroniques, je pense, qu'elles ont besoin d'une concertation multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge »

**Q4**

« Heu, oui »

**Q5**

« Ca consisterait en quoi ?

**Q Je ne sais pas l'éducation par exemple, la prévention du diabétique, l'HTA, la contraception etc...**

« Oui mais ça consisterait en quoi, concrètement ? »

**Q : Bah, par exemple, faire des réunions avec des patients pour parler du régime diabétique, ou des trucs comme ça ? »**

« Oui,

**Q : est-ce qu'il y a un sujet qui t'intéresserait, en particulier »**

« Heu Oui, plus le diabète, enfin, plus les pathologies chroniques encore une fois. Après je vois, vaccinations tout ça, moi, ça je ne trouve pas ça essentiel. Plus de la prévention sur de l'éducation, sur l'HTA, heu, le diabète, les choses dont la médecine générale, on est beaucoup centré dessus, en fait, le cholestérol... »

**Q : Et le fait que ce soit des réunions avec des patients tu penses que ça pourrait être bénéfique ?**

« Oui mais je ne pense pas que les patients viendraient »

**Q6**

« Des réunions multidisciplinaires régulières pour parler au moins une fois toutes les semaines ou tous les 15 jours selon la patientèle pour parler de certains cas, comme un groupe de pairs, en fait, pour pouvoir partager et proposer des rendez-vous, à tel ou tel patient. Mais ça demande une organisation, c'est-à-dire que, heu, comment dire, soit le patient vient te voir et dans ce cas-là, t'en parle parce qu'il t'a interpellé dans ta réunion et donc il faut le ré interpellé pour qu'il vienne, soit, oui il faut que ce soit comme ça, mais en même temps il y a des patients qui ont besoin d'une prise en charge plus régulière et en même temps tu ne peux pas les harceler. Mais, enfin, oui des réunions multidisciplinaires pour pouvoir coordonner les choses entre les paramed et les médicaux.

**C) Avantages d'un travail en maison de santé :**

**Q1**

« La coordination des soins, la proximité pour les patients, de ne pas courir à aller chercher tel ou tel podologue, infirmier, kiné, mais en même temps, heu, est ce que je donne les inconvénients ou c'est après ?

**Q : Après**

« D'accord, donc, la centralisation des soins, en gros, et le travail d'équipe, ça je trouve ça génial »

**Q : Et sur le plan personnel est ce que ça pourrait avoir des avantages ?**

« Je pense que tu ne gagnes pas en temps libre »

**Q2**

« Bah, comme je l'ai dit, la centralisation des soins et la simplification du parcours de soins »

**D) Réticences au travail en maison/pôle de santé pluridisciplinaire**

**Q1**

« Les gens qui travaillent et de même que pour les patients, en fait, du coup, parce qu'ils peuvent avoir des réticences parce que ça implique que les patients peuvent se sentir obligé de devoir aller chez l'infirmier ou le podologue ou le kiné ou le spé, alors que le feeling ne passe pas forcément, ou que les soins ne sont pas forcément bons. Et avant de rentrer dans une maison médicale, tu ne sais pas

comment les gens pratiquent, donc, il y a des personnes dont tu sais à posteriori qu'ils ne travaillent pas très bien ou pas de la façon dont tu aimerais que ce soit fait, ou les patients sont pas forcément content, ou voilà, après ça peut mettre en porte à faux les choses et du coup ça peut, enfin c'est difficile du coup le relationnel au sein d'une telle structure si jamais il y a des conflits, c'est pas évident à gérer »

**Q : Donc il faudrait que tu connaisses un peu mieux les gens qui travaillent avant de t'installer dans une structure comme ça, c'est ça ?**

« C'est un peu dommage mais c'est par réputation, en gros. Après, si c'est dynamique, c'est jeune, et que on peut en discuter et il n'y a pas de, enfin, on peut en parler, c'est ouvert, et il n'y a pas de forts caractères qui se braquent. Voilà, si c'est fait intelligemment dans ces réunions, il n'y a pas de soucis, quoi »

**Q : est-ce que tu serais partante pour entrer dans un tel projet ou pas ?**

« Oui, mais pas forcément à Ermont car je n'ai pas d'attaches particulières à Ermont. »

**Merci beaucoup**

## Annexe 7

### Retour Entretien E1

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?

### Retour Entretien E2

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?

Oui, j'espère sincèrement que ce projet beau et noble verra le jour

### Retour Entretien E3

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?



#### Retour Entretien E4

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

non, mais en tant que leader, il me permet de mieux prendre en compte les niveaux d'implication de chacun

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?

A ce niveau, Il est important maintenant que nous concrétisons au niveau du local, afin de pouvoir nous organiser sur le plan pratique

#### Retour Entretien E5

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Parce que le projet commence à prendre forme et ça augmente ma motivation

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?

Je pense qu'il faut qu'on soit dans la structure pour que les différents projets se concrétisent

### Retour Entretien E6

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?

### Retour Entretien E7

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?

### Retour Entretien E8

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?

Non

### Retour Entretien E9

1. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé, vous a permis de mieux vous projeter, en pratique, dans le projet de maison/pôle de santé pluridisciplinaire d'Ermont ?

Oui

Non

2. Est-ce que, selon vous, l'entretien réalisé vous a permis de mieux définir votre rôle au sein du projet ?

Oui

Non

3. Est-ce que, selon vous, votre désir d'implication personnelle a-t-il évolué ? Et si oui, pourquoi ?

Oui

Pourquoi ?

Non

4. Trouvez-vous que le projet donne suffisamment d'importance aux envies et propositions des non médecins ?

Oui

Non

5. Avez-vous pensé à d'autres propositions / évolutions / commentaires à propos du projet (le vôtre, ou celui de la maison de santé, depuis l'entretien) ?

Non

**Mme THELOT-BACH Lorène**

**Exploration des conceptions de l'évolution de l'organisation des soins primaires et  
compréhension des rôles professionnels lors de la conception d'un pôle de santé ; étude  
qualitative**

**RESUME**

En France, environ 1000 projets de pôles de santé sont en cours d'élaboration. Le projet d'Ermont s'est construit sous l'impulsion d'un leader, rejoint par d'autres professionnels. Une équipe de 11 professionnels s'est constituée. Leur conception du travail, de la culture professionnelle, leurs parcours n'étaient pas identiques. Certains adhéraient simplement au projet, d'autres se situaient dans l'action. Beaucoup des membres du groupe faisaient état d'une envie de progression dans le travail en commun, sans pouvoir formaliser cela de façon pratique. Cet état de fait constituait un point faible. Afin de renforcer la cohésion du groupe, d'améliorer la faisabilité du projet, une étude qualitative a été effectuée. Son but était d'explorer et de comprendre leurs conceptions des rôles de chacun, leurs craintes et aspirations.

Trois médecins généralistes, 1 Kinésithérapeute, 1 podologue, 1 pharmacien et 3 infirmiers ont été interviewés. En fin d'étude, un retour vers les interviewés a été effectué afin de valider leurs propos et de savoir dans quelle mesure les entretiens avaient pu faire évoluer leur point de vue.

Les professionnels avaient tous un désir d'implication fort. Le désir de clarification du parcours de soins, la nécessité d'une vision globale et du soin centré sur le patient en étaient les 3 composantes principales. Cette organisation devrait s'appuyer sur des outils de communication : dossier médical commun, réunions de coordination. Il persistait une hiérarchie des rôles entre les médecins et les paramédicaux. Les professionnels ne semblaient pas avoir conscience de celle-ci. Un manque de synergie du groupe pourrait en résulter. La réalisation pratique des actions semblait toujours difficile à concrétiser. Le transfert des compétences, devra être ciblé, et protocolisé. Les freins juridiques, immobiliers ou financiers à la réalisation du projet ne faisaient pas partie de leurs craintes. Celles-ci se sont concentrées sur les différences de fonctionnement professionnel, et la crainte de perte de temps lors de la mise en place des actions prévues.

Ce travail a soulevé des pistes de réflexion et permis d'imaginer des solutions d'organisation. Celles-ci pourraient être formalisées sous la forme d'une charte spécifique au projet. Celle-ci pourrait aider les professionnels à concrétiser de façon pratique les actions de santé prévues.

**MOTS-CLES**

Maison de santé/pôle pluridisciplinaire

Conception de soins primaires

Qualitative

Evolution des rôles