

2015-2016

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
GÉNÉRALE

**Création d'un Pôle de Santé au Mans :
Représentations des professions
médicales et paramédicales**

QUEANT Noémie

Né le 17 décembre 1985 à Flers (61)

Sous la direction de Monsieur le Professeur GARNIER François et
Madame le Docteur JAGUELIN Véronique

Membres du jury

Monsieur le Professeur LEROLLE Nicolas	Président
Monsieur le Professeur GARNIER François	Directeur
Madame le Docteur JAGUELIN Véronique	Codirecteur
Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François	Membre
Madame Le Docteur RAMOND-ROQUIN Aline	Membre

Soutenue publiquement le :
22 novembre 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée QUEANT Noémie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **25/09/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

A Monsieur le Professeur Nicolas Lerolle,

Vous me faites l'honneur de présider le jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François Garnier et A Madame le Docteur Véronique Jaguelin,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidé. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-François Huez et A Madame le Docteur Aline Ramond-Roquin,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie de votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mes parents,

Vous m'avez offert la chance de faire ces études. Cette thèse en est l'aboutissement et je suis heureuse de partager cet événement avec vous. Votre soutien indéfectible m'a permis d'en arriver là. Je ne sais à quel point vous remercier...

Papa, nos caractères forts nous entraînent régulièrement vers des désaccords et des « conflits », mais ceux-ci sont vite oubliés par ces moments de rires et de joies mémorables. Maman, merci pour ton écoute, ta patience et tes conseils depuis 30 ans, déjà ! Tu as toujours été présente lorsque j'en avais besoin et je t'en suis infiniment reconnaissante.

Je vous remercie pour cet enthousiasme que vous avez su nous faire partager.

A mon frère,

« Il faut rendre à César ce qui appartient à César », cette première année de médecine, je te la dois et ce n'est pas toi qui me contredira ! A ta manière, tu as su être un pilier indispensable lors de mes études. J'ai le sourire aux lèvres en pensant à tous ces bons moments qu'on passe ensemble, à nos fous rires, à nos sorties... Merci !

A ma famille,

Vous comptez beaucoup pour moi. Nos retrouvailles sont toujours des moments merveilleux.

A mes grands-parents, merci pour tous les week-ends « au grand air » passés en votre compagnie. Une pensée plus particulière pour mon papy, qui a toujours eu confiance en moi.

A mes amis et amies,

J'ai de la chance de vous avoir ! Vos attentions discrètes, vos sourires communicatifs, vos oreilles attentives et nos instants de complicités m'apportent un bonheur incommensurable. Michel Bouthot a dit : « le meilleur ami de « merci » est « beaucoup » », alors Merci Beaucoup, pour tout, mes amis.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MATERIEL ET MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Introduction

D'après le ministère de la santé, la médecine générale dite de premier recours ne serait plus à même de répondre aux attentes des professionnels, à la prise en charge et à la prévention des maladies chroniques ni d'assurer un égal accès aux soins à l'ensemble de la population (1).

Par conséquent, en 2009 l'état décide de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de soins en promulguant la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires). Elle est suivie par la loi Fourcade en 2011. Ces lois ont pour but de clarifier les définitions des maisons de santé et des pôles de santé et de les développer, elles renouvellent celles des centres de santé et précisent pour la première fois les missions des médecins généralistes. Elles insistent notamment sur la santé publique, en particulier la prévention et l'éducation thérapeutique. Leur souhait est de replacer les professionnels de santé de proximité au cœur de l'organisation du système de santé pour l'améliorer (2,3).

Une nouvelle dynamique est alors lancée, celle de l'exercice pluridisciplinaire de premier recours au sein de maisons ou pôles de santé. Dans l'ensemble du territoire français ces établissements fleurissent. En Sarthe, de nombreuses structures ont vu le jour, mais certaines n'avaient pas de projet bien établi et n'ont malheureusement pas perduré. Afin que ces programmes soient viables, ils doivent être réalisés dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en adéquation avec les besoins de la population et les souhaits de chaque participant. Cette thèse a pour objectifs de connaître les envies des professionnels de santé, les représentations et les

attentes des professionnels médicaux et paramédicaux vis-à-vis de ces structures pluridisciplinaires.

Pour mieux comprendre le contexte de santé sarthois et plus particulièrement celui du Mans, je vais, dans un premier temps, vous décrire la démographie de ce département. Puis je développerai la loi HPST, l'importance de la médecine préventive dans les soins primaires et la place de l'éducation thérapeutique.

1. La Sarthe, sa démographie

La Sarthe est un département de la région Pays de la Loire. En 2013, la population de la Sarthe est évaluée à 584 865 habitants (4). Le Mans est la préfecture de la Sarthe, elle recense une population totale de 148 484 habitants, ce qui la place troisième ville des Pays de la Loire, derrière Nantes et Angers.

La pyramide des âges sarthoise se modifie, la génération nombreuse, née après 1945, arrive actuellement à l'âge de la retraite et celle née après la première guerre mondiale entre dans le grand âge (5) ! Selon les projections de la population réalisées par l'INSEE, en comparant avec les données de 1999, le nombre de personnes âgées de 60 à 75 ans va ainsi croître de 42% à l'horizon 2020. La mortalité a connu un recul au cours des 15 dernières années, du fait d'une prise en charge plus efficace des maladies de l'appareil circulatoire et des cancers. Cependant la mortalité prématurée (décès survenus avant l'âge de 65 ans) est supérieure à la moyenne régionale et nationale. Elle résulte principalement de la forte mortalité

par suicide et par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool (6). Entre 2007 et 2009, 11900 personnes résidant en Sarthe, ont été admises en ALD 30, par an. Les maladies cardio-vasculaires, les cancers et le diabète sont à l'origine de 74% des ALD 30. Ce qui est supérieur à la moyenne nationale (7).

La démographie médicale sarthoise s'appauvrit. Nous comptons 98,8 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, pour une moyenne nationale française de 131 pour 100 000 habitants. L'ARS des Pays de la Loire démontre que 78% des médecins généralistes de la Sarthe ont plus de 50 ans et 31% ont plus de 60 ans. Par conséquent, dans 5 ans, le nombre de médecin généraliste au Mans passera de 113 à 74 ! (8)

Constat identique pour les autres professions paramédicales.

Sans compter sur le manque d'attractivité de la médecine générale lors du concours de l'ECN. En 2014, sur les 8190 postes ouverts à l'ECN, 46% étaient réservés à la médecine générale dont 194 sont restés vacants (9). La Sarthe est considérée comme un territoire faiblement attractif. Le conseil national de l'ordre des médecins a souligné que l'exercice libéral souffrait, depuis une dizaine d'années, d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié et plus particulièrement hospitalier. Les jeunes professionnels ne s'installent plus en milieu libéral dès la fin de leurs études, l'âge d'installation serait de 37 ans. Une étude de 2015 de la CGET a précisé les facteurs d'attractivités des jeunes médecins généralistes : la qualité et le cadre de vie offerts sur le territoire, l'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif sur le territoire porté par des confrères, les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire (10) ...

Nous notons tout de même ces dernières années un regain d'attrait des étudiants pour la médecine générale, notamment avec la mise en place de stage obligatoire en médecine

générale permettant une meilleure connaissance de cette spécialité. Une enquête de l'ISNAR sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale démontre que 84,2% ont choisi volontairement la médecine générale à l'ECN en 2010.

Ces chiffres nous confirment ce que nous savons ! La population française vieillit et la communauté sarthoise n'y échappe pas. Le vieillissement de la population est associé au développement de maladies chroniques nécessitant un suivi régulier. Le manque de médecins et de paramédicaux va rendre difficile la prise en charge de ces patients en ambulatoire. Sans oublier, qu'une grande partie des patients âgés dépendants sarthois vivent à domicile. L'état répond à ce problème en modifiant le système de santé français et notamment en créant des maisons de santé et des pôles de santé. Ceux-ci auraient pour but d'améliorer la prise en charge des patients sur le plan curatif mais aussi sur le plan préventif et éducatif en optimisant la collaboration plus étroite entre professionnel et en régulant la répartition géographique des acteurs de santé. La volonté des professionnels de santé de voir évoluer leurs pratiques et leurs conditions de travail serait également prise en compte, afin d'attirer les jeunes médecins.

2. La Loi HPST

2.1. Définition

A quoi correspond la Loi HPST ? Cette loi a été promulguée en juillet 2009, elle affiche pour ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création

d'Agences Régionales de Santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (11). L'HAS parle d'un exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôles de santé et centre de santé (Annexe 2). Ces structures offrant aux professionnels un exercice coordonné dans l'objectif de garantir aux patients un accès équivalent, sur tout le territoire, à la prévention programmée et à des soins de qualité. Il s'agit d'un regroupement de professionnels exerçant en ambulatoire sur un projet de soins commun, tout en assurant la continuité des soins, soit dans un lieu unique pour les maisons de santé, soit dans le cadre d'un regroupement virtuel pour les pôles de santé (12). Il existe un règlement arbitral établi par la Loi HPST, que les acteurs de cette structure doivent suivre pour bénéficier d'un financement (13) (Annexe 3)

2.2. Les soins primaires et la médecine préventive

Les soins de santé primaire ont été abordés officiellement en 1978 lors de la déclaration d'Alma Ata, afin d'élever le niveau de santé des populations démunies. Ils offrent le moyen d'assurer un accès équitable aux soins de santé et de mieux utiliser les ressources. D'après le ministère de la santé 1999, il s'agit du premier niveau de soin, et, en règle générale, le premier point de contact d'une personne avec le système de santé. Ils comprennent des conseils sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, l'évaluation de l'état de santé, l'établissement d'un diagnostic et la prescription d'un traitement dans le cas d'affections chroniques ou épisodiques, de même que les soins de soutien et les soins de réadaptation. Après un constat déplorant que les objectifs des accords d'Alma Ata ne soient pas atteints, l'OMS a souhaité relancer le débat sur les soins de santé primaires en 2008 pour réorienter les systèmes de santé nationaux (14).

Le Dr Margaret CHAN, directeur général de l'OMS, a écrit dans un éditorial de la revue The Lancet : « avant toute chose, les soins primaires offrent le moyen d'organiser la gamme complète des soins du foyer à l'hôpital, en donnant autant d'importance à la prévention qu'à la guérison et en investissant les ressources de manière rationnelle aux différents niveaux de soins. »

La définition des soins primaires ou soins de premier recours pourrait être la suivante (reprise aux états généraux de l'organisation de la santé en 2008) (15) :

« Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des soins de premier recours.

Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes
- La dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux
- En tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins
- L'éducation pour la santé »

La prévention et l'éducation thérapeutique prennent une place non négligeable dans la définition des soins primaires. La médecine préventive présente des difficultés de mise en œuvre depuis plus d'un siècle. Dès la naissance de la médecine clinique au XIXème siècle, il est apparu une différence entre la médecine curative qui est fondée sur le colloque singulier du praticien et de *son* patient et la médecine préventive qui est quant à elle soucieuse d'appréhender les maladies et les handicaps de manière collective, suscitant par la même occasion la médecine sociale.

Elle a commencé par la vaccination, la lutte anti tuberculeuse, les dispensaires... Puis elle s'est développée grâce aux lois sur les assurances sociales-maladies avec la prévention sociale du risque pour limiter les causes les plus fréquentes d'interruption de travail. Le clivage entre prévenir et guérir sera encore plus flagrant avec l'apparition du sida dans les années 1980 (16).

2.3. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20% de la population, sont atteintes de maladies chroniques. Soit plus de la moitié des motifs de consultation en médecine générale. Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. L'HAS souligne l'intérêt de l'éducation thérapeutique en juin 2007 en précisant « elle est complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications. L'éducation thérapeutique participe à l'amélioration de la santé du patient et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. »

L'OMS fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité. Dans un rapport de 1996, selon L'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie

et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie. » (17)

Devant l'allongement de l'espérance de vie et donc l'augmentation des maladies chroniques, l'état a décidé de réagir. Il semblerait que l'éducation thérapeutique soit nécessaire pour impliquer le patient dans la gestion et les soins de sa maladie et ainsi de diminuer les complications et les incapacités qu'elles engendrent.

L'éducation thérapeutique peut être proposée tout au long de la maladie chronique. L'offre d'éducation thérapeutique initiale permet d'évaluer l'acquisition des compétences. Elle suit l'annonce du diagnostic ou une période de vie avec la maladie sans prise en charge éducative. Si les objectifs éducatifs sont atteints, un renforcement par un suivi régulier est proposé. Elle permet, grâce à une éducation thérapeutique continue de consolider les acquis du patient et de les actualiser au besoin. Toujours adaptée au patient et à son mode de vie. On en profite pour soutenir et encourager le patient dans la mise en œuvre du projet, évaluer le retentissement familial. Des nouvelles compétences peuvent être développées selon l'évolution de la maladie et du traitement (18,19).

L'éducation thérapeutique est principalement réalisée dans les centres hospitaliers mais elle est par définition intégrée au soin, donc il convient de la déployer en soins de premier recours. C'est pour cela qu'une part importante du « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 » est consacrée à l'éducation thérapeutique du patient (19). Ce Plan prévoit en particulier :

- d'intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique
- de rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville

- de mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants en développant notamment une coordination régionale des ressources dans ce domaine.

L'éducation thérapeutique réalisée au cabinet serait intégrée aux soins et pourrait être définie comme séquentielle et continue. Intégrée aux soins car elle pourrait se dérouler lors d'une consultation en discutant avec le patient pendant 5-10 minutes. Séquentielle en se découpant en plusieurs consultations. Le médecin généraliste suit son patient régulièrement, il pourrait intervenir lors de changement de vie, d'événements nouveaux tout au long du suivi, l'éducation serait donc continue (21).

D'après D'Amour, Sicotte et Lévy, « les besoins de santé de la clientèle sont de plus en plus complexes, les problèmes sont souvent chroniques et comportent des dimensions socio-économiques importantes. Aucun professionnel ne possède à lui seul l'expertise nécessaire » (22). Mais les professionnels de santé sont-ils prêts à adhérer à un pôle de santé et notamment aux exigences du règlement arbitral des maisons et pôles de santé ? Sont-ils prêts à participer à des séances d'éducation thérapeutique ? Comment se représentent-ils ce pôle de santé ? Comment exercent-ils les soins primaires et la médecine préventive ? C'est pour répondre à ces problématiques que nous avons réalisé cette étude.

MATERIEL ET METHODE

1. Le choix de la méthode qualitative

Pour réaliser cette étude nous avons opté pour une méthode qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés nous permettant d'analyser des données non directement chiffrables par les personnes interrogées, telles que l'opinion de la personne, son ressenti, ses doutes, son comportement...

Il nous a semblé que ce choix était le plus pertinent afin de comprendre le plus justement possible les envies et les craintes des professionnels de santé. Nous avons évoqué une étude quantitative mais nous serions passés à côté de données non confiées à l'écrit. Le contact inter humain permet de communiquer plus facilement et de relever des sous-entendus ou des non-dits.

2. Le choix du lieu et de l'échantillon des professionnels

L'enquêteur est domicilié au Mans et y travaille depuis deux ans. Il a rencontré durant un remplacement un médecin généraliste qui avait pour souhait de travailler en collaboration avec des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant à proximité. Ce médecin avait programmé une réunion conviant ces professionnels voisins, pour évoquer la création d'un pôle

de santé. A l'issue de cette réunion nous avons décidé de mener une enquête sur les attentes de ces professionnels.

Nous avons choisi le secteur du Mans et plus particulièrement les quartiers ouest du Mans. Sur cette zone, nous recensons 17 médecins généralistes, 5 partent à la retraite prochainement. Il existe plusieurs cabinets infirmières, kinésithérapeutes, podologues...

Lors de la réunion nous avons relevé les noms des participants pour pouvoir les contacter par la suite. Nous avons essayé d'obtenir un échantillonnage varié que ce soit en termes de sexe, âge, profession.

3. Recueil des données

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés qui se sont déroulés de mai 2015 à mai 2016. Nous avons pris contact par téléphone avec certains professionnels de la liste établie suite à la réunion, pour leur expliquer le sens du projet, l'intérêt d'une étude qualitative et par conséquent de les interroger de vive voix. Après leur accord, nous sommes convenus d'une date et d'une heure qui conviennent à l'interviewé et à l'enquêteur. Ils se sont déroulés sur le lieu de travail des professionnels.

Pour faciliter les échanges durant les entretiens nous avons réalisé un guide d'entretien. Il a été établi après une analyse bibliographique. Après trois entrevues nous avons décidé de faire un point, la trame du guide a été légèrement modifiée, puis elle est restée identique jusqu'aux dernières interviews.

Ce guide avait pour objectif de recueillir des données :

-Sur le pôle de santé (structure, rôle, organisation, crainte...) et non sur une maison médicale. Les professionnels étaient nombreux et tous installés, il nous a semblé plus judicieux de parler directement d'une organisation en multi-sites et donc d'un pôle de santé plutôt que d'un site unique comme une maison de santé. Toutefois nous avons abordé l'intérêt ou l'envie d'une structure centrale.

-Sur l'éducation thérapeutique (formation, thème, rémunération...), pour deux raisons. La première étant que l'éducation thérapeutique fait partie des missions d'un pôle de santé. Et la deuxième, le médecin à l'origine de la réunion et du projet a fait une formation sur l'éducation thérapeutique et souhaite le développer.

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique, après obtention du consentement du professionnel interrogé. Ils ont été informés du respect de leur anonymat ainsi que les personnes citées dans leurs discours. Ils ont duré au maximum 1h, en une seule séance.

L'enquêteur a essayé de poser des questions ouvertes pour laisser le professionnel s'exprimer librement. Il a également été neutre afin de ne pas guider les propos du professionnel. Il a parfois été obligé d'intervenir pour reformuler des propos, de demander au professionnel d'étoffer ses réponses et éviter les dérives. Lorsque tous les thèmes étaient abordés et que l'interrogé n'avait plus de matière, l'entretien prenait fin.

4. Retranscription et analyse des données

L'ensemble des entretiens a été retranscrit manuellement par l'enquêteur sur un logiciel de traitement de texte. La totalité des 11 discours écrits ont constitué un corpus. Nous avons essayé de conserver leurs expressions ainsi que leurs mimiques orales. La retranscription ne permettant pas de ressentir le sentiment mis dans le mot.

Nous avons réalisé une analyse thématique du corpus. Plusieurs relectures ont été nécessaires pour dégager les éléments sémantiques fondamentaux mais aussi les sous-entendus, l'intensité dans le propos. Pour être par la suite regroupés en catégorie. Tout en étant le plus fidèle.

Résultats

Pour réaliser cette étude nous avons interrogé des professionnels de santé afin de connaître leurs attentes vis-à-vis de la création d'un pôle de santé au Mans.

L'étude est faite de 11 interviews. 8 étaient présents à la première réunion organisée par le médecin souhaitant monter ce pôle de santé. Les 3 autres se sont joints au projet après en avoir entendu parler par le biais des participants.

La moyenne d'âge est d'environ 45 ans. Hormis les podologues, tous travaillent en cabinet de groupe. Seul un médecin a une activité libérale et salariale.

Personnes interviewées		Age	Sexe	Travail seul ou en groupe	Salarié/libéral	Installation	Accueil étudiant
Médecins généralistes	E4	> 55	Homme	En groupe	Libéral	>25 ans	Oui
	E5	35-45	Femme	En groupe	Libéral	10 ans	Oui
	E11	> 55	Homme	En groupe	Salarié et libéral	>25 ans	Oui
Infirmières	E1	45-50	Femme	En groupe	Libéral	>10 ans	Oui
	E6	25-35	Femme	En groupe	Libéral	> 10 ans	Oui
	E7	45- 50	Femme	En groupe	Libéral	2 ans	Oui
Pharmaciens	E3	45-50	Homme	En groupe	Libéral	>10 ans	Oui
	E8	25-35	Homme	En groupe	Libéral	2 ans	Oui
Kinésithérapeute	E2	25-35	Femme	En groupe	Libéral	5 ans	Oui
Podologues	E9	> 55	Homme	Seul	Libéral	> 25 ans	Non
	E10	>55	Femme	Seul	Libéral	> 25 ans	Oui

1. La structure

La totalité des interviewés évoquent une structure pluridisciplinaire.

"C'est un lieu où on retrouve différents personnels de santé que ce soit médecin, infirmier, podologue, kiné, dentiste, tout ce qui a attiré à la santé" E7

"C'est la réunion de plusieurs disciplines pour s'entraider, c'est un travail d'équipe" E9

Le souhait de travailler en groupe est prépondérant. Ils diffèrent toutefois sur l'architecture de cette structure. La moitié aimerait une structure « unique » regroupée sur un même pôle géographique, pour faciliter la communication « en se croisant dans les couloirs ». Ils parlent d'une structure neuve, avec une accessibilité facilitée pour les handicapés, voire une maison ronde avec le patient au centre. Un médecin préconisait qu'on se fasse aider d'un ergonome pour construire ce pôle et travailler dans les meilleures conditions. Pour les pharmaciens, une structure qui se construit près de chez eux, est un bénéfice, les patients sortent du cabinet et vont à la pharmacie la plus proche...

"Je trouve qu'un pôle géographique, ne faut pas non plus qu'il soit trop énorme, mais un pôle géographique c'est quand même pas mal, car on se croise " "c'est le problème du téléphone. Si on n'est pas dans le même endroit, si on a jamais d'occasions d'échanger ça se fera par téléphone et forcément on est disponible quand on est en consultation..." "Mais je pense que plus on se connaît plus on a confiance et plus on peut se dire les choses de manière calme, tranquille, pondérée par le fait qu'on travaille ensemble et qu'on s'est choisi." E4

"C'est sûr que si tout le monde est au même endroit, c'est plus facile, clairement !...Mais ça serait mieux, c'est quand même plus facile de frapper à la porte plutôt que d'avoir une messagerie ou s'appeler" "Une grosse structure, avec tout accessible pour le patient, comme un hôpital. Plusieurs services avec chacun sa spécificité » E7

"Le fait d'aller à la machine à café ça permet de construire une culture professionnelle. Et la culture professionnelle elle se construit aussi au quotidien" E11

L'autre moitié ne voit pas l'intérêt d'être regroupé en un site unique. Ils mettent en avant la différence entre la ville et la campagne. En ville, il manque de place pour réunir tous les paramédicaux sur un même lieu. La communication se ferait par mail, téléphone... en réseau. Toutefois un endroit neutre pour réaliser les réunions serait souhaitable. Finalement le multi sites serait plus rassurant le temps d'apprendre à se connaître, à communiquer ensemble et voir comment le pôle de santé peut fonctionner. Le déménagement serait dans un second temps.

"Moi je ne vois pas l'apport supplémentaire d'une structure unique. Car à partir du moment où on a des points de réunions et où on a un fichier commun. De se croiser dans les couloirs ça ne nous apporte pas grand-chose" "Et en plus il faut vraiment attendre que ça fonctionne pour parler de structure parce que tout le monde a son cabinet et personne n'a envie de déménager" E5

"A l'échelle du Mans, on ne sera pas forcément regroupé mais on sera dans un secteur géographique proche afin de faire des réunions sur un dossier précis." E3

" Mais après il y a des contraintes logistiques. Dans les villages ça me paraît jouable. En ville, on court après la place. Surtout si on veut installer autant de monde (infirmière, médecins généraliste, pharmacie, sage-femme, que sais-je)" E7

Ce travail en équipe engendrerait des nouveaux métiers. Il pourrait s'agir d'infirmière coordinatrice qui s'occuperait des charges administratives, devenues de plus en plus imposantes. Celle-ci aurait également pour rôle de mettre du lien entre les acteurs du Pôle de santé. On modifierait les compétences et les rôles de chacun. Les infirmières seraient de plus en plus cliniciennes, elles pourraient gérer « la bobologie » E6. Développement des infirmières ASALEE...

Cette entreprise serait gérée par un leader, indispensable pour tenir le projet debout.

2. Les motivations pour adhérer au Pôle de santé

2.1 Favoriser la communication

Au fur et à mesure des interviews, nous avons remarqués que la communication actuelle entre paramédicaux était souvent décrite comme moindre. Elle serait peu fréquente et pas efficace. Avec l'augmentation des maladies chroniques et la prise en charge à domicile de ces patients, le travail en solitaire semble peser pour les soignants. Un sentiment de solitude apparaît. Régulièrement, ils n'ont pas les antécédents du patient ni les courriers des dernières hospitalisations ou des spécialistes. Ils doivent prendre des décisions rapides sans avoir les informations nécessaires pour faire un soin optimal.

"il n'y en a aucune. Si on ne décide pas d'appeler untel ou untel. Si on décide de faire à sa sauce on peut très bien le faire..." "Donc si on voit un problème on les appelle. Mais on ne les a pas de visu et ça manque" E6

Les raisons données au manque de communication sont essentiellement le manque de temps et la peur de déranger. Ils ont l'impression de passer leur temps à courir après les

différents professionnels de santé. Ils perdent du temps à joindre les différents soignants du patient. Et ils appréhendent d'appeler les médecins, de se faire rejeter. Par conséquent les appels se font lorsque le problème est déjà bien installé...

"Bah pas tellement, ça se fait quand il y a problèmes, il est un peu tard. Quand il y a un souci là on s'appelle. Mais le souci il était peut-être là depuis longtemps, on aurait peut-être pu dépister avant... Donc j'espère que ça nous évitera ce genre de choses" E5

Cette appréhension de déranger est dû à un sentiment de hiérarchie. Il persisterait le schéma vertical du médecin puis de l'infirmière. Cette relation ne favoriserait pas les échanges. Le travail en équipe ne va pas de soi pour un médecin, il n'a pas été formé pour fonctionner ainsi. Par conséquent les compétences des autres acteurs de santé sont ignorées, alors qu'elles pourraient compléter celle du médecin. Nous avons eu des propos forts, les mots « subalterne » et « 5^{ème} roue du carrosse » ont été utilisés. Toutefois, les relations avec les jeunes médecins sont plus aisées.

"Ah oui pour certains pour les avoir c'est à reculons. On demande des prescriptions, ils ne nous les font pas, on rappelle on se fait envoyer balader. Je ne comprends pas ça, car c'est un travail d'équipe. C'est malheureux d'avoir oublié ça..." E1

"Il y a un travail d'éducation pour les médecins. On se croit au sommet de la hiérarchie et qu'on ne peut pas être formé par les IDE. On n'a pas à former les IDE et les IDE n'ont pas à nous former, mais ils ont à travailler ensemble. Et si on arrive à travailler ensemble, on se formera et on évoluera. Ce n'est pas spécifique à la médecine. Un jeune est plus souple, a plus envie de comprendre, de changer des choses." E4

Par conséquent, la principale motivation pour adhérer au pôle de santé serait de favoriser la communication. Le fait de se rencontrer permettrait d'échanger, se connaître, d'apprendre,

s'enrichir, améliorer ses compétences. Un état de collaboration se développerait. Selon D'Amour et Sicotte, « la collaboration peut être définie comme un processus conjoint de prise de décision partagée. Un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs expériences pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci. » (22)

L'accès au médecin pour poser ses questions, demander des examens, avoir le suivi des patients serait facilité par la proximité et la connaissance de l'autre. Le rapprochement entre professionnels développerait la continuité des soins et ainsi éviterait des erreurs de prise en charge.

"je veux donner du sens au travail et globalement je cultive la qualité au travail ensemble puis on en discute et on s'enrichit les uns les autres. L'objectif c'est que tout le monde monte en compétence"E11

"J'ai toujours pensé qu'on ne pouvait pas être tout seul...On est des êtres de relations, si on connaît du monde, si on sait qui fait quoi... on est plus efficace. Le fondement de notre métier c'est ça, savoir à qui faire appel, à qui orienter"E11

2.2. Améliorer la prise en charge des patients

Le patient reste au cœur des pensées des professionnels de santé. Leur souhait est d'harmoniser le discours de tous les intervenants dans la prise en charge du patient afin d'agir plus rapidement et d'améliorer la qualité des soins. La mise en place de protocoles et la définition des rôles de chacun « afin d'aller dans le même sens » sont les 2 axes à travailler.

"Harmoniser les discours, qu'on puisse avoir le même discours, structuré, basé sur les recommandations" E5

Mettre en place des protocoles établis par l'ensemble des acteurs sur des thèmes qui les préoccupent rentre dans la cohésion des soins. Uniformiser les pratiques et les informations maximiserait les soins. Le patient entendrait le même dialogue et serait donc rassuré. Grâce aux protocoles basés sur les recommandations, le travail des soignants serait également optimisé et leurs compétences approfondies.

Ils insistent également sur la définition du rôle de chacun pour ne pas se disperser. Il faut, pour cela, apprendre à faire confiance pour partager les informations, déléguer des tâches en s'appuyant sur les compétences des autres professionnels. Si le rôle de chacun était défini, un gain de temps serait escompté et permettrait de prendre en charge d'autres patients et/ou de s'accorder du temps pour sa vie privée. Le pharmacien souhaiterait apprendre à poser des questions plus structurées pour s'améliorer dans la dispensation des médicaments et réaliser des actes pour décharger le médecin.

"Mais il faut essayer d'uniformiser les pratiques ou en tout cas de se mettre d'accord pour avoir le même sens, on n'aura pas les mêmes pratiques mais se mettre d'accord sur quel sens on va donner"
"Chacun connaît sa posture professionnelle, c'est-à-dire qu'est-ce que je peux faire et ne pas faire... connaît la posture professionnelle de l'autre et à un sens" E11

La prise en charge en maisons et pôle de santé serait plus fluide pour le patient. L'ensemble des soignants est présent sur un site unique et travaille ensemble. Il est plus facile de l'orienter vers son confrère si besoin. Ils peuvent également évaluer la répercussion de leurs actes et de leurs dires grâce à cette continuité des soins. Les soins pas l'infirmière, l'observance par le pharmacien...

"Et puis qu'on ait justement par le biais des autres la répercussion de ce qu'on dit, de ce qu'on fait, de ce qui a été compris, ce qui est fait par le patient" E5

"C'est optimiser au maximum la prise en charge d'un patient" E8

2.3. Améliorer la qualité de travail et la qualité de vie

Travailler dans de meilleures conditions et dans une bonne ambiance est attendu par les participants. Si les professionnels de santé travaillent dans une atmosphère détendue et structurée, ils auront l'envie de soigner leurs patients. Ils seraient plus à l'écoute des problèmes et pourraient y apporter des solutions. Les soins seront donc plus efficaces, le patient y gagnera. Etre soigné par des acteurs de santé qui s'entendent bien et qui ne sont pas sous pression, ne peut être que positif.

"La qualité du travail ? C'est ce que dit Yves CLOT, l'objectif c'est qu'on se réveille le matin avec une étincelle dans les yeux pour aller travailler" E11

"C'est pour avoir un mode d'exercice plus agréable...On a plus de satisfaction à faire un travail plus efficace. Intellectuellement c'est évident" E5

"Quand il y a une bonne ambiance les gens se confient et ça aide. Les professions sont bien dans leur assiette et les patients le ressentent" E9

Toutefois l'amélioration de la qualité de vie personnelle n'a pas été explicitée par la majorité des interviewés. La charge de travail exigée pour créer et adhérer au pôle de santé ne leur permettrait pas de consacrer davantage de temps à leur famille. Ils ne pensent pas diminuer leur temps de travail avec ce pôle de santé.

"Je pense que ça ne va ni l'alourdir ni l'alléger parce que le temps passé en réunion, on l'aura peut-être moins à prendre en charge un patient plus compliqué. J'espère en tout cas que ça ne nous en rajoutera pas" E5

2.4. Attirer les jeunes médecins

Comme nous l'avons expliqué dans l'introduction la population médicale Sarthoise s'appauvrit et est vieillissante. La pénurie de médecins inquiète les professionnels de santé mais aussi les patients. Nombreux partant à la retraite et ne sont pas remplacés. Les acteurs de santé se mobilisent pour pallier ce manque, surtout avec une population qui s'accroît et l'augmentation de maladies chroniques nécessitant une prise en charge globale et parfois complexe.

"Un pôle de santé qui se crée à l'université pour ne plus avoir cette pénurie de médecins dans le secteur. Les gens sont sans cesse à la recherche de médecins traitants" E6

Ils sont tous unanimes pour dire que le pôle de santé correspond aux envies de la jeune génération. L'ensemble des médecins interrogés travaillent dans un cabinet de groupe. Ils ont des difficultés à trouver des remplaçants pour leurs congés et se posent donc la question de leur substitution. Il semblerait que ce qui attire les nouveaux médecins serait le travail en équipe plus que le regroupement de médecins. Les pharmaciens sont d'autant plus inquiets que le départ en retraite d'un médecin, non remplacé, peut entraîner une baisse du chiffre d'affaires catastrophique. Ils espèrent lutter contre la pénurie médicale en créant cette structure.

"a 3 ans de la retraite, je dirais que voyant comment fonctionnent les jeunes, il est nécessaire que nous évoluions si on veut avoir des successeurs" "Et je me dis que le pôle de santé c'est une plus-value intéressante pour les jeunes" E4

"Aller s'installer près du médecin ça serait bien. Pour nous ça serait intéressant, au-delà de la coordination même, financièrement c'est intéressant" E8 pharmacien

Une étude de 2015 de la CGET a précisé les facteurs d'attractivité des jeunes médecins généralistes : la qualité et le cadre de vie offerts sur le territoire (climat agréable, agglomération de taille moyenne, distance domicile-travail entre 15-30 minutes), l'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif sur le territoire porté par des confrères (maison de santé pluridisciplinaire, cabinet de groupe), les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire. D'autres facteurs sont déterminants également, l'accompagnement dans les démarches d'installation notamment administratives (outre les aides financières), la présence de confrères et de professionnels paramédicaux sur le territoire, la proximité d'équipements et de services médicaux ainsi qu'un service d'urgence et l'équipement de services à la population, infrastructures sur le territoire telles que les établissements scolaires, les gardes d'enfants et commerces. (10)

2.5. Faire évoluer la profession médicale et la prise en charge des patients en soins primaires

Les professionnels de santé ont envie de moderniser leur profession, *"envie d'aller plus loin dans la profession, pas envie de changer (de profession)" E10.*

"C'est une manière de faire qui est dans l'air du temps, il faut évoluer" E4

Le praticien qui exerce seul n'a plus lieu d'être, le travail en équipe est l'avenir du système de santé en soins primaires. Il s'agit également du souhait de l'état en promulguant la loi HPST. Un médecin faisait remarquer que les patients restaient moins longtemps hospitalisés, les soignants se retrouvent à gérer des dossiers compliqués en ville et, régulièrement, sans le soutien des familles. Ils ne peuvent plus agir chacun dans leur coin.

"Tout seul pour moi c'est terminé et quel que soit la profession. Le monde attire le monde" E9

Ils veulent se regrouper afin d'avoir des moyens techniques qu'ils ne peuvent avoir actuellement du fait du coût d'investissement.

"Il y a des moyens techniques qu'on n'a pas, du matériel. Un muco très encombré, ou un poly handicapé moteur et cérébral, on a vu ne pas avoir assez de matériel et donc l'envoyer à l'hôpital. Est-ce que le pôle de santé peut avoir ces moyens ? " E2

Le regroupement offre également des possibilités de coordination avec des structures extérieures, les spécialistes (télémédecine), les hôpitaux, les services sociaux. Une MAIA a déjà pris contact avec l'association, à peine établie, pour travailler ensemble. Nous constatons donc que les structures appellent les structures...Un professionnel de santé nous a fait remarquer qu'il n'utilisait pas les aides sociales par non connaissance de leurs existences. Et précise en parlant du SSIAD : *"Et voir comment on peut organiser tout notre truc par rapport aux structures qui sont déjà en place, car ça sert à rien de perdre de l'énergie à faire la même chose. On va utiliser ce qui marche, ce qui est déjà en place et voir comment on peut s'intégrer là-dedans" E5*

3. Organisation du Pôle de santé

3.1 L'outil informatique

L'outil informatique semble faire l'unanimité pour travailler ensemble. Toutefois beaucoup se demandent s'il existe un logiciel compatible à l'activité de chaque professionnel.

L'utilisation d'un logiciel commun, permettrait de partager des informations essentielles à la prise en charge des patients. Les infirmières, les kinésithérapeutes souhaiteraient avoir

accès aux antécédents, traitements, ordonnances, comptes rendus d'hospitalisation afin de ne pas courir après ces données et ne pas avoir à déranger le médecin. Ainsi ils pourraient améliorer les soins de leurs patients. Cet outil participe à la continuité des soins afin de ne pas perdre de données essentielles.

Le système d'information serait également utilisé pour la gestion des agendas, fixer les réunions. On pourrait y retrouver les protocoles établis, inscrire les difficultés avec la prise en charge de tel patient.

Il y a cependant quelques craintes sur le partage d'information via un logiciel informatique commun :

- Tous les professionnels de santé auraient-ils accès à l'ensemble du dossier médical ?

Est-il nécessaire que le podologue sache les antécédents dépressifs du patient ? Serait-il éthique de communiquer tout le contenu du dossier médical ? Les avis sont partagés. Un médecin aimerait qu'on cloisonne le dossier médical du dossier partagé, et par ce biais décider ce qu'ils veulent divulguer. Mais les paramédicaux ne sont pas d'accord. Une podologue nous a confié qu'il est important pour eux de savoir si le patient est dépressif afin d'y prêter attention lors de la discussion, pour mettre les formes. Le patient ne leur dit que ce qu'il veut...

- Certains paramédicaux ont pointé le fait que les médecins n'aimaient pas

Communiquer et partager. Ils doutent par conséquent de l'utilité du logiciel informatique commun.

"Oui ça fait partie d'avoir envie de partager. Et ce n'est pas dans la mentalité d'un médecin. Plus dans les jeunes. Pour ceux entre 40-60 ans ce n'est pas forcément ce qu'il recherche, c'est leur dossier..." E3

➤ Ils aimeraient avoir la possibilité de choisir le logiciel. Ne pas leur imposer un système informatique qui ne leur conviendrait pas. Un médecin précise :

"C'est ma terreur quand je vois les programmes informatiques en maison de retraite, ma terreur c'est qu'on nous impose un programme de ce style" et rajoute "il faudrait que la structure existe déjà, chacun fonctionnant avec son programme, son matériel et qu'à force de discuter, de voir le matériel de l'autre de prendre des idées et peut être de s'orienter peu à peu vers quelque chose de commun"
E4

Un seul interviewé m'a parlé du recueil de l'avis du patient...Celui-ci est indispensable !

Nous avons noté l'envie de modernité. L'utilisation de messagerie sécurisée, de tablettes pour faire les visites, de travailler en réseau. Ils semblent ouverts au partage des données.

3.2 Les réunions

Indispensables pour se connaître, elles sont cependant redoutées par certains !

L'envie de travailler en commun, passerait inévitablement par ces réunions. Une distinction entre les réunions administratives et les réunions médicales apparaît :

Les réunions administratives seraient moins fréquentes puisqu'elles seraient dédiées à la gestion du cabinet, du groupe. Elles auraient lieu 1 fois par trimestre pour évoquer le financement, apaiser les conflits si besoin. *"Où chacun va pouvoir apporter un petit truc qui le chagrine, enfin j'espère... et que justement en face de soi on a la personne avec qui, ou la profession avec laquelle on a un souci, et de pouvoir en parler calmement et d'apaiser, ça à mon avis ça peut générer une empathie réciproque qui facilite le travail ensemble."*E4

Les réunions médicales se dérouleraient maximum 1 à 2 fois par mois. Afin de réaliser des protocoles sur des thèmes proposés, des problématiques de santé publique, parler de dossiers complexes qui mettent en difficultés les professionnels. Un médecin précise qu'ils doivent créer eux-mêmes leurs protocoles et non leur imposer, afin de se les approprier. Elles copieraient le modèle hospitalier : *"insister sur des points précis, peut-être même sur un patient. Comme ont fait à l'hôpital, quand on se réunit pour parler d'un problème donné. Ou quand on va mettre en place un nouveau protocole, un nouveau traitement qu'on ne connaît pas forcément"* E7

L'organisation de ces réunions ne serait pas là même selon qu'il s'agisse d'une structure en site unique ou en multi-sites. En site unique, elle serait simplifiée par la présence d'une secrétaire qui pourrait noter les demandes et les possibilités de chacun, par le biais du système informatique notamment. Pour le pôle de santé en multi-sites ils s'envisagent de fixer les dates via « doodle » par exemple. A la fin de chaque réunion un compte rendu serait réalisé et envoyé à chaque professionnel de santé, présent ou non.

Il faut une souplesse dans le rythme des réunions, les professionnels ne souhaitent pas entrer dans des « réunionites ». La profession libérale se féminise, elles doivent jongler entre leur vie privée et professionnelle. *"Parce que on a ces réunions là, on a aussi nos groupes de pairs avec d'autres médecins qui font pas partie du réseau car ils sont loin. Et puis on a notre vie personnelle. On ne peut pas être parti en réunion en permanence"* E5

" Les réunions doivent être justifiées et attrayantes. Un objectif précis est donné pour chaque réunion afin de ne « pas avoir le sentiment de perdre son temps » " E6

Les podologues nous ont confié qu'ils apprécieraient de faire découvrir leur métier, leurs compétences souvent méconnues. Ils apporteraient du matériel pour expliquer comment ils

peuvent nous aider dans la prise en charge de certaines pathologies. Partager ses connaissances et s'enrichir intellectuellement.

3.3. L'accueil des étudiants

Nous avons constaté que l'accueil des étudiants est déjà pratiqué chez la majorité des personnes interviewées. Ils ont, par conséquent, le souhait de continuer à recevoir et former des étudiants via le pôle de santé. Ce qui est un objectif du pôle de santé établi par la loi HPST.

Ils apprécient l'échange avec les étudiants. Ce partage de compétences est bénéfique pour les deux parties. Les professionnels aiment faire découvrir, aux jeunes, leur métier et surtout leur métier en libéral. Ils les font pratiquer un maximum pour apprendre les gestes techniques mais aussi pour développer leur relationnel. Certains accueillent des étudiants pour leur montrer qu'il n'y a pas que le monde hospitalier et pour redorer le blason du libéral, parfois décrié. Et les étudiants leur apportent des nouvelles pratiques, voir une remise en question de leur façon de travailler.

"Ça lève des mythes sur l'exercice de la médecine générale. En plus j'essaie de leur prouver que les médecins généralistes ne sont pas des idiots qui font du pognon à tire larigot et dès qu'il y a un souci envoient à l'hôpital. Car à l'hôpital les médecins généralistes n'ont pas toujours une bonne image de marque" E4

Si pour certains, les étudiants, une fois autonome, leur permettent de libérer du temps afin de se former ou faire l'administratif qu'ils remettent toujours à plus tard. Pour d'autres, cet encadrement leur prend beaucoup de temps, voire parfois leur coûte.

"Oui c'est du travail en plus, de la perte de temps au niveau de la tournée, pas en soi mais pour la tournée. On est souvent plus en retard car on leur laisse faire les soins" "et ça nous coûte de l'argent, ils utilisent du matériel." E6

La patientèle d'un médecin ne souhaitait pas être reçue par un étudiant, il a donc été obligé d'arrêter. Ils insistent sur la nécessité d'un élève motivé pour un bon déroulement de stage

Un jeune médecin a bénéficié des stages en médecine générale et elle est heureuse de faire découvrir, à son tour, ce métier à un étudiant. Ils n'ont pas parlé du bénéfice secondaire d'accueillir un élève comme les remplacements futurs dans le cabinet voire la succession...

3.4. La rémunération

Nous avons eu des difficultés à évaluer ce thème, pour la plupart, il allait de soi de garder leur activité libérale en rentrant dans un pôle de santé. Ils n'avaient pas envisagé un autre mode de rémunération que le paiement à l'acte. Par conséquent, nombreux m'ont répondu ne pas y avoir pensé, leur motivation première est l'amélioration de la prise en charge des patients et non l'argent. *"Mais dans un premier temps il faut vraiment se lancer là-dedans avec un objectif patient. C'est facile à dire ! Travailler pour rien ça emmerde tout le monde" E8*

Cependant lorsqu'on évoquait la rémunération pour réaliser de l'éducation thérapeutique, nous avons obtenu des résultats. La majorité souhaite garder leur activité libérale pour leurs actes quotidiens, mais pour l'éducation thérapeutique, une enveloppe pour le temps passé ou un taux horaire serait plus facile à gérer sur le plan de la comptabilité et serait moins contraignant. La méconnaissance par les professionnels de santé des nouveaux modes de rémunération n'a pas permis de s'étendre davantage sur ce point.

Nous constatons que le paiement à l'acte n'est pas l'idéal pour autant. Un médecin évoque : *"je n'ai jamais été content de la rémunération à l'acte, je pense que c'est très délétère. Il en faut une partie pour motiver, mais après voilà. Quand je vois des gens qui font 50 actes par jour, je ne sais ce qu'ils font comme médecine" E11.* Ils ne sont pas fermés à une rémunération différente si elle est cohérente et équivalente au paiement à l'acte : *"on me dit, si vous faites ceci cela, bah voilà vous avez une enveloppe de tant et que ça correspond à l'énergie que je dépense bah honnêtement ce n'est pas un souci. Je ne suis pas un acharné du paiement à l'acte." E4*

Nous avons cependant abordé le salariat à temps plein dans un pôle de santé. Celui-ci ne semble pas attractif.

D'une part sur le plan du salaire, qui est inférieur à celui du paiement à l'acte. *"Le salariat je ne serais pas forcément contre mais quand je vois ce qu'ils paient... J'ai vu un roumain qui se fait 4000 euros pour 45 heures par semaine, puuuffff c'est un peu léger, mais bon on a quand même des bacs plus 9" E11.*

Et d'autre part sur le plan du travail, il leur semble difficile d'être salarié en ambulatoire. Ils travaillent plus qu'en hospitalier et ne comptent pas leurs heures. Ils souhaitent garder leur autonomie, indépendance et exercer à leur rythme et à leur manière. *"d'être libre, je veux prendre une journée, je prends une journée. Je veux travailler 12-14 heures dans ma journée, je le fais" E10.* Ils notent une meilleure reconnaissance de leur pratique en libéral « *on a l'impression d'être rémunéré pour ce qu'on fait* » E7. Dans le département de la Sarthe, des tentatives de médecins salariés en maison de santé ont échouées. Par conséquent, les praticiens sont réticents quant à ce mode de rémunération. *"Très souvent dans nos consultations on voit des gens qui en ont marre d'être salarié. Le salariat a ses propres contraintes, propres dépendances" E4*

Toutefois une infirmière dit avec le sourire : *"ça nous fera quelque chose en plus pour la retraite !"* E7, alors qu'un médecin près de la retraite précise : *"Il n'y a qu'une seule chose qui m'ennuie c'est*

que les salariés ne cotisent pas à la CARMF, comme je vais être retraité j'aimerais quand même qu'il y ait assez de cotisants" E4

Avec l'émergence des infirmières ASALEE et des différents modes de rémunération, les infirmières sont partagées. Elles sont attirées par cette activité pour avoir plus de temps avec le patient, pouvoir se poser et discuter plus longtemps sans avoir à courir. Elles auraient également du temps pour leur vie privée. Mais elles ne souhaitent pas le faire à temps plein car elles gagneraient moins.

Pour les pharmaciens, le simple fait de s'installer à côté d'un pôle de santé et donc d'un médecin, est un bénéfice financier supplémentaire. Ils sont donc motivés pour adhérer à cette structure. Ils ont profité de cette question pour nous confier qu'ils effectuaient de nombreux actes non rémunérés tel que la prise de la tension, la réalisation de dextro, l'explication de certains traitements... et espéraient voir un changement avec les nouveaux modes de rémunération. *"On a tendance à oublier tout un tas de mission pour lesquelles on n'est pas payé, on prend la tension, on fait des dextros, on fait 2-3 trucs. Ça ne me dérange pas, ça rend service. Mais au bout d'un moment ça commence à être beaucoup" E8*

Cependant, ils s'entendent tous pour dire que « *tout travail à un du* » E6 et que celui-ci doit être équivalent au paiement à l'acte. Si l'indemnité n'est pas attractive, le projet ne durera pas, même si celui-ci est très intéressant. *"Après comment, par qui, je n'en sais rien. Si on laisse des consultations pour aller faire de l'éducation thérapeutique, évidemment là, on parle de rémunération. Si on a des réunions régulières où on passe 2h à parler je pense que c'est bien que ce soit rémunéré aussi car au bout d'un moment la bonne volonté ne suffit plus" E5*

4. L'éducation Thérapeutique du patient (ETP)

4.1 Intérêt et motivations pour réaliser l'ETP

Par le biais de ce thème, nous avons constaté que la majorité des para médicaux estiment qu'une éducation thérapeutique, en ambulatoire, effectuée correctement, permettrait d'améliorer la prise en charge des patients.

"C'est vrai que je pense que c'est susceptible de potentialiser grandement l'efficacité de nos consultations...je pense que le dialogue singulier est indispensable, mais très souvent pas suffisant pour faire changer une personne" E4

Actuellement, l'ensemble des intervenants font de la prévention et de l'éducation thérapeutique sans avoir été formés. Ils ont reçu des informations lors de leurs études, mais ils ont surtout appris par eux même en recherchant sur internet, ou lors de leurs expériences professionnelles. Ils ne dédient pas de plage pour faire de l'éducation thérapeutique. Pour un médecin, elle se fait lors d'une consultation de suivi ou lors d'une prescription de traitement. Pour une infirmière, lorsqu'elle fait un dextro ou une injection d'insuline. Pour le pharmacien, quand il prend la tension... Ils considèrent, que l'éducation thérapeutique du patient, est faite trop rapidement par manque de temps et manque de formation, par conséquent celle-ci n'est pas efficiente. Ils se demandent également quel est le rôle de chacun dans l'aboutissement de cette éducation. Il y a de plus en plus de maladies chroniques présent en charge en ambulatoire mais qui doit faire quoi ?

"J'en sais pas grand-chose mis à part qu'on parle d'éducation thérapeutique dans toutes les maladies chroniques à présent, sans qu'on sache vraiment ce qui s'y fait, qui fait quoi, quel est le rôle de chacun...je pense qu'on en fait sans approfondir la chose...L'éducation thérapeutique nous on en

parlait pas du tout déjà pendant les études. C'est un mot qui est nouveau. On parlait de mesures hygiéno-diététiques, je pense qu'on peut rentrer ça dans l'éducation thérapeutique" E5

La formation d'ETP est attractive puisque 2 des 11 intervenants sont entrain de la faire et un autre souhaiterait la faire l'année prochaine. Il existe un biais, puisqu'ils veulent adhérer au pôle de santé. Cependant la podologue nous a fait remarquer que nombreuses de ses collègues podologues ont fait cette formation il y a quelques années pour optimiser leur activité. Une kinésithérapeute aimerait faire les cours avec les différents corps de métiers de la santé, pour partager leurs expériences, leurs pratiques et ainsi avoir un discours similaire et cohérent lors de la prise en charge des patients. Les deux intervenants qui font la formation, nous confient qu'ils ont appris beaucoup et qu'ils ont hâte de mettre en pratique.

Le principal intérêt de l'ETP est d'améliorer les soins du patient en modifiant son comportement vis-à-vis de sa maladie. Travailler avec le patient sur la compréhension de la maladie, des traitements, les règles hygiéno-diététiques, ses difficultés, la raison de la non observance... Quitter le schéma actuel : Examen-Maladie-Traitement, qui ne s'avère pas efficace et qui n'inclus pas le patient. Le patient apprendrait à connaître sa maladie et les soignants à connaître leur patient.

"Déjà de pouvoir comprendre le patient en globalité, ne pas voir que le problème. J'ai une plaie, j'ai un cors qu'est-ce qu'on fait. Comprendre sans le bloquer, ce qu'il est lui-même, est-ce qu'il marche, est-ce qu'il mange correctement, est-ce qu'il a une bonne hygiène de vie. Et savoir lui poser les bonnes questions sans être inquisiteur, parce que nous podologue, de quoi elle se mêle, elle nous parle de l'alimentation, elle c'est le pied, c'est autre chose" E10

4.2. Organisation de l'ETP

L'éducation thérapeutique du patient, serait réalisée sur des plages dédiées et dans un lieu précis. Celle-ci doit être structurée, préparée pour être efficiente et gagner du temps. Elle se déroulerait une à deux fois par mois. Nous n'avons pas ressorti de préférence dans la réalisation de l'ETP en individuel ou en groupe. Les praticiens sont convaincus du bien fait de l'ETP et pour la plupart y sont intéressés. Cependant ils ne sont pas formés pour en faire et ne savent donc pas comment se passent les séances d'ETP. Ils ne connaissent pas les quatre étapes de l'ETP.

L'ETP a pour objectif également de dégager du temps pour le médecin. Les séances d'ETP pourraient être réalisées par des paramédicaux formés. Un compte rendu réalisé à la fin, renseignera le médecin sur l'évolution du patient vis-à-vis de sa maladie. Les médecins précisent que les infirmières seraient plus compétentes pour réaliser l'ETP.

"C'est que si on est large, grand, gros qu'on aura des aides facilement donc du coup on pourra déléguer cette fameuse éducation à la santé que les généralistes font très mal. Enfin on peut pas faire de l'éducation à la santé en 5 minutes" E4

"c'est vrai que les infirmières, savent beaucoup mieux faire que nous ce genre de chose. On n'a pas leur compétence" E11

4.3. Thèmes d'ETP envisagés

En priorité le diabète. Il s'agit d'une maladie chronique très fréquente et parfois difficile à gérer en ambulatoire. Cette maladie fait intervenir de nombreux paramédicaux, médecins, infirmières, podologues, pharmaciens... Nous avons remarqué un manque d'assurance pour certains dans la prise en charge des diabétiques. Notamment avec l'apparition des nouveaux traitements. Ils constatent l'échec du traitement, la mauvaise observance médicamenteuse ou les mauvaises habitudes alimentaires mais se sentent dépassés. Avec l'appui de l'ensemble des acteurs de santé, ils espèrent être moins seuls et avoir les clés pour aider le patient. Nous notons les sous thèmes associés tel que les maladies cardio-vasculaires, HTA.

Un médecin insiste fortement sur les activités physiques. Motiver les patients à « bouger », sortir de chez eux. Il s'agit d'une action de santé publique, et d'actualité avec l'amendement de la loi de santé voté en avril 2015 autorisant les médecins à prescrire des activités physiques.

Vient ensuite l'observance des traitements et la prise en charge des maladies dégénératives type Alzheimer.

Des thèmes plus spécifiques à certaines professions sont cités :

- Asthme, kinésithérapie respiratoire, prise en charge des patients atteint de mucoviscidose
- Kinésithérapie du sport
- Douleurs épaules, tendinopathie, apprentissage de l'auto-éducation
- Jeunes mamans : éducation des petites pathologies du nourrisson et de l'enfant. Pour limiter les consultations inutiles
- Tendinopathie du pied, métatarsalgie
- AVK : adaptation du traitement en fonction de l'INR

4.4. Les Freins à la réalisation de l'ETP

La charge de travail actuelle ne leur permet pas de dégager du temps pour réaliser de nombreuses séances d'ETP. Ils ont beaucoup de demandes et ont des difficultés à toutes les contenter. D'autant plus si la compensation financière est moindre.

"Mais il faut du temps et que ces heures soient dégagées des heures de consultations. On ne peut pas consulter tous les jours et en plus caser de l'éducation thérapeutique en complément. Il faut garder une vie assez équilibrée" E4

"Mais on ne peut pas être par tout. Faire du conseil, faut du temps pour le faire. On ne peut pas sur une consultation tout superviser." E5

"Et ça prend un temps fou, la pharmacie est bourrée de monde tout la journée, on n'a pas particulièrement le temps, malheureusement. C'est hyper intéressant l'éducation" E8

"On est dans l'acte et que ce sont des trucs qui ne sont pas rémunérés... Et de plus en plus on a envie d'être chez soi, de faire des trucs" E11

Une infirmière et un médecin ont souligné qu'ils n'adhéraient pas au pôle de santé pour faire de l'ETP mais pour travailler ensemble, se connaître. Ils n'ont pas forcément l'envie de faire de l'ETP à l'heure actuelle.

Le médecin a précisé que s'il devait en faire il le ferait, mais qu'il préférerait utiliser les moyens qui sont déjà à disposition telle que les infirmières ASALEE. Celles-ci sont formées pour le faire et sont compétentes. Il pourrait alors accorder du temps à des consultations qu'il n'a pas le temps de faire aujourd'hui.

L'infirmière quant à elle, se trouve trop jeune. Elle souhaite se consacrer à son activité d'infirmière libérale qu'elle a choisie il y a quelques années, et par la même occasion se faire de l'expérience. Elle spécifie qu'elle ne sait pas si l'ETP faite en dehors de sa tournée lui conviendrait.

Le manque de confiance... Faire de l'éducation thérapeutique pour les patients de confrères pourrait entraîner un conflit entre professionnels. Apprendre à se connaître et se faire confiance et ensuite envisager l'ETP semble plus juste. Il faut être suffisamment nombreux pour proposer un panel large et susceptible d'être adressé.

"On avait entendu ça, il y a des médecins qui disaient « mais comment on va faire l'ETP des patients qui ne sont pas les nôtres, est-ce que leurs médecins vont accepter ? » je trouve que c'est un peu dépasser ce discours-là" E5

Des professions seraient mises de côté. L'ensemble des thèmes ne concerne pas tous les corps métiers. *"il faut travailler tous ensemble, donc ça serait plutôt le diabète. Donc c'est restreint. Il y a des sujets, ce n'est pas que ça m'intéresse pas mais je n'ai pas grand-chose à faire dedans Après il y a des gens qui vont dire, un peu comme nous, qu'on est laissé de côté" E9.* Nous mettons un petit bémol à ce frein, puisque la podologue qui a réalisé la formation, nous a confié que grâce à celle-ci elle se sent la capacité de faire des séances d'ETP sans se cloisonner à un thème.

5. Les craintes

5.1 La charge de travail

Ils nous ont tous fait remarqué qu'ils avaient déjà des journées bien remplies par leur activité professionnelle actuelle. En plus de leurs consultations, actes, ils doivent accorder du temps à la paperasserie, à des missions non rémunérées...

"Et depuis bientôt 13 ans, je fais du libéral. La charge de travail est de plus en plus lourde, paperasserie également. On se lève à 4h30 le matin, et on revient le soir pour faire des papiers" E1

Une des motivations pour adhérer au pôle de santé est d'améliorer la prise en charge des patients mais il ne faut pas que cela leur rallonge leur journée. Beaucoup nous disent, qu'ils manquent de temps pour en consacrer au pôle de santé. Ils ont des activités personnelles en dehors de leur travail qu'ils souhaitent continuer, ils ont trouvé un équilibre vie privée et vie professionnelle. Ils sont prêts à faire des concessions mais les semaines ne sont pas extensibles.

"il faut beaucoup de volonté mais aussi beaucoup de temps. Et c'est ce qu'il nous manque quand on est dans la profession médicale" E2

"S'il n'y avait que le travail !! il y a tout le reste, la vie personnelle, d'autres cours" E10

"Et puis on a notre vie personnelle. On ne peut pas être parti en réunion en permanence...c'est rajouter des soirs, on est déjà absent toute la journée en grande partie si en plus le soir il faut repartir..." E5

Les réunions doivent être préparées à l'avance pour ne pas perdre du temps. Proposer des thèmes particuliers, différents à chaque fois et intéressant les professionnels. Elles ne doivent pas être trop fréquentes afin de ne pas lasser. Ils ne veulent pas avoir une activité chronophage.

5.2 La peur de l'échec

Nous avons remarqué une réticence à s'engager, de peur que le projet n'aboutisse pas. Consacrer du temps sans certitude semble freiner les professionnels. La construction d'un pôle de santé demande d'y dédier du temps et de l'énergie alors qu'ils ont une charge de travail conséquente. Ils ont peur de ne pouvoir tout faire et de s'épuiser. Ils pensent que ce projet va être difficile à monter, que les participants vont se lasser et laisser tomber. L'idée de construire ce genre de projet est très souvent vu comme fastidieux et compliqué. Les démarches administratives les refrènent. « Cela va prendre du temps ».

"Que ça ne fonctionne pas, que certains lâchent et que ça tombe. Il n'y ait plus d'énergie" E10

Des expériences négatives sur le travail en groupe et la construction des pôles de santé reviennent régulièrement. La crainte de ne pas être assez nombreux, que les personnes ne s'investissent pas et viennent uniquement en consommateur. Pour finir par mener le projet seulement à quelques personnes... Nombreux disent ne pas avoir le courage de porter cette entreprise, ils ne souhaitent pas être l'investigateur mais ils veulent bien suivre le leader.

"Il ne faut pas me demander d'initiative dans ce genre de projet, je ne pourrais pas trop aider. Et ça me fait peur, car si on répond tous comme ça..." E2

"L'énergie qui est nécessaire à déployer pour faire vivre ça. C'est-à-dire que si chacun n'est pas persuadé qu'il faut faire un petit effort et qu'il vient en consommateur comme beaucoup d'associations"
E4

"Les médecins peuvent démissionner quand ils veulent...Nous, les pharmaciens, on est tributaire d'un cabinet de médecins. Si un cabinet ferme, on peut plonger" E3

5.3 La peur du changement

Construire une structure en ville les interroge ! La plupart ne pensent pas qu'il soit possible de trouver, au Mans, un secteur assez grand et pratique pour implanter une maison de santé. A la différence de la campagne où l'emplacement ne manque pas. Il faut choisir un lieu qui ne soit pas à côté d'un confrère déjà installé pour ne pas créer de conflit. Ce qui reste compliqué en ville...

"Après faut bien réfléchir à l'implantation de ce pôle. En voulant bien faire, on peut créer des tensions, dans n'importe quel métier" E9

Et ensuite il faut déménager ! Nombreux ne désirent pas quitter leur local actuel. Pour certains la raison est leur clientèle, Ils se sont fait une clientèle près de leur cabinet et souhaite la garder. Ils ne sont pas sûrs qu'ils les suivront... Pour d'autres, ils trouvent que leur local est bien situé, à côté du tramway ou avec peu de concurrence aux alentours. Il existe un nomadisme plus important en ville qu'à la campagne, il est difficile de fidéliser une clientèle.

"S'installer où ? où est-ce qu'on peut faire une clientèle, c'est impossible, sur le Mans et d'autant plus dans certaines régions. C'est un métier neuf, il n'y en a pas beaucoup qui sont parti à la retraite...moi je veux rester ici, car j'ai ma clientèle qui est à 2km à la ronde. Et l'accès est facile, j'ai le tramway juste à côté. Je ne trouverais pas mieux" E9

Le fonctionnement des maisons et pôles de santé leur est inconnu. Ils se posent naturellement des questions sur la gestion de ces structures. Qui va s'occuper de l'administration ? Qui aura le temps, l'énergie et les capacités pour faire perdurer ce projet. Il faut trouver un leader qui soit capable de manager ce projet et d'apaiser les conflits, rassurer ses collègues.

Ce frein est surtout ressenti par les soignants proches de la retraite. Convaincre des jeunes professionnels serait donc préférable.

5.4 Le financement

Un financement de l'état est demandé par les participants pour les aider à monter cette structure. Mais quel serait le montant ? Comment trouver un moyen de financement pérenne ? Quels sont les conditions pour l'obtenir ? Une fois le projet en route, que l'éducation thérapeutique débutera, comment seront-ils être rémunérés ? Ils ont peu de renseignement et se questionnent sur l'avenir.

"Le financement futur, car l'état va payer au début, mais on sait comment fonctionne l'état. Après il coupe tout, et vous vous retrouvez avec votre structure à financer" E3

"En France on a souvent des aides, mais ça ne facilite pas l'autonomie, donc une fois que l'aide disparaît la structure a tendance à disparaître ... c'est pour ça que ça nous fait peur aussi ces pôles de santé. On se dit qu'ils mettent de l'argent dans le pôle de santé. Dans une dizaine d'année ils vont tout arrêter brutalement " E4

5.5 Le travail en groupe

Ils travaillent quasiment tous en cabinet de groupe mais pas à la même échelle. Leur souhait, est de garder une structure de petite taille. Plus celle-ci est imposante plus il y a de professionnels, plus il risque d'y avoir des conflits. Il s'agit de la réunion de personnes qui sont

par nature « indépendantes », ce qui peut entraîner des mésententes. Des désaccords sur la prise en charge de leur patient ou sur le « partage » de leurs patients. Il faut faire avec le caractère plus ou moins fort de chacun. Chaque acteur doit trouver sa place dans ce projet et s'y sentir bien. Ne pas rentrer dans mode hiérarchique, en imposant ses idées sans tenir compte des autres. Ainsi le travail en équipe ne sera que plus efficace. Une bonne collaboration est présente, s'il existe une cohésion, une confiance et une communication entre les différents professionnels. La cohésion passe par la connaissance de l'autre, celle-ci est nécessaire puisqu'il est difficile de travailler avec des personnes dont on connaît peu ou mal leur travail, leur nature. Elle demande un degré d'affinité. Et la confiance est indispensable pour lutter contre l'incertitude inhérente à la complexité des patients et au dévoilement professionnel qui rend vulnérable (notamment exprimer les limites de ses compétences).

"mais si on tombe sur des gens complètement hermétiques et que le débat est compliqué et que ça pose trop de problème et bien on s'en ira, la porte est ouverte. Mais ça vaut le coup de tenter" E8

"L'inconvénient c'est que plus on est nombreux et plus on risque de tomber sur un caractère difficile et on voit beaucoup d'association qui explose pour des questions de rapport humain" E4

Un médecin précise : *" le plus gros frein c'est toute ma génération qui ne va pas être facile car elle est proche de la retraite et qu'elle n'a pas forcément envie de changer. Votre génération oui, vous avez sans doute une autre vision du métier, il y a moins de docteur avec un grand D contrairement à ma génération. Il y en a qui ont depuis longtemps vendu leur âme au diable et qui font 50 actes par jour et donc je suis un bon médecin" E11*

5.6. Répondre aux objectifs de l'ARS

Les professionnels libéraux ont une indépendance marquée. Certains travaillent depuis des années à leur manière et à leur rythme. Se voir imposer un mode de fonctionnement pour obtenir un financement de l'état n'est pas toujours bien vécu. Nous avons évoqué plus haut, l'absence d'envie de faire de l'ETP sur des plages dédiées pour certains ou la peur de la réunionite pour d'autre. Etre financé par l'état peut être un frein. Ils devront répondre à des attentes.

Cependant nombreux sont ceux qui acceptent le jeu et sont prêts à travailler avec l'état pour améliorer la qualité des soins dispensée aux patients :

"... Certains disent que c'est la mainmise de l'état sur la médecine. Mais la médecine c'est pas nous, c'est tout le monde, l'état aussi, c'est la sécu. Ils ont des objectifs à atteindre et nous disent que si vous les atteignez et que ces objectifs je les trouve bons et qu'on me donne de l'argent pour les suivre et bah je veux bien"E4

"Faut faire avec, ils ne sont pas méchants, ils ont raison de parler de qualité, de la culture de l'erreur. Ce sont des bonnes choses. Effectivement ils sont dans le contrôle, dans le pyramidal, c'est incontournable et c'est eux qui ont les sous, donc faut faire avec" E11

Discussion

Une mutation du système de santé en ambulatoire est en train de se produire afin d'améliorer la prise en charge de cette population vieillissante. Les professionnels de santé libéraux sont contraints de s'organiser différemment pour faire face à une complexité croissante de leur métier. Augmentation des patients souffrant de polypathologie, poids de la gestion administrative de l'activité, nouveaux systèmes d'information et exigence de la qualité de soins de la part des autorités sanitaires, dégradation de leur qualité de vie personnelle, inquiétude sur la démographie médicale déclinante..., le regroupement en maison ou pôle de santé pourrait être une solution. Apprendre à travailler ensemble et non plus en concurrence, mutualiser les moyens afin de se recentrer sur les soins et la santé des patients. Le travail en équipe apparaît plus convivial et assurerait une meilleure réponse aux demandes de la patientèle.

Au milieu du XXème siècle, Dr Robert Debré, parlait déjà des médecines collectives pour améliorer le système de santé :

« On nous dit que nous devons accepter cette tendance qui pousse vers la médecine organisée, la médecine de l'Etat, la médecine collective. Que la médecine individuelle est une sorte de médecine de luxe, que la médecine collective deviendra nécessairement la médecine de demain. On a écrit que l'instauration d'un régime socialiste impliquant la socialisation de moyens de production et d'échange et la suppression du patronat et du salariat feraient disparaître les professions libérales et provoqueraient la création de vastes services d'assistance médicale.../ Or, rien ne me paraît moins démontré. Quelle que soit l'organisation économique de la société, et le progrès à cet égard est indispensable et urgent, il apparaît qu'elle ne doit pas troubler le colloque singulier entre le médecin et le malade.../ La profession médicale (devra donc) être orientée vers la bonne mise en application de

tout le programme sanitaire, dont la réalisation est urgente (et) peut être n'est-il pas inutile de rappeler à ce propos que la profession médicale doit être aménagée pour la prévention des maladies et le soin des malades et non pour l'intérêt des médecins.../ Dans ce domaine, plus qu'en tout autre, l'égalité entre les Français est sacrée (et) le nivellement doit être réalisé par le haut. Pour y parvenir, il faut atteindre deux objectifs : que chaque groupement familial ait son médecin, médecin de famille, bien instruit, continuant à s'instruire, convenablement honoré et point surmené ; en second lieu, que l'organisation sanitaire comporte un effort général de la collectivité pour assurer à chaque Français le bénéfice des progrès de la médecine par l'organisation de centres de médecine préventive et curative de centres de diagnostic et de soins.../ Tel est le rôle exclusif des Assurances sociales qui devront englober l'assistance médicale gratuite, les accidents du travail, les soins des mutilés, des invalides de guerre et de l'industrie"

Par le biais de cette discussion, je vais reprendre les points du règlement arbitral de la loi HPST et les comparer aux attentes des professionnels.

1. Les limites de l'étude

1.1. Choix de la population étudiée

Il existe un biais de recrutement puisque nous avons choisi des professionnels de santé présents à la première réunion. Ils étaient tous intéressés ou du moins intrigués par la création d'un pôle de santé au Mans. Par conséquent, ce mode de travail était déjà envisagé comme une possibilité de réponse à leurs attentes. Nous n'avons pas interviewé des personnes ne souhaitant pas modifier leur condition de travail. Toutefois, il s'agit d'un projet en cours de création, il était donc plus juste de se concentrer sur les professionnels désirant y participer.

La taille de l'échantillon n'est pas assez conséquente, ce qui limite l'exhaustivité des résultats. Cependant, après 11 interviews nous avons constaté des redondances de réponses, nous permettant de conclure à une saturation des données.

1.2. Limites dues aux entretiens

Le remaniement du guide d'entretien, au bout de 3 enregistrements, a modifié les entretiens suivants. Les questions étaient plus développées.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail de chaque interviewé. Ils étaient parfois dérangés par leurs collègues ou le téléphone. Ce qui a pu perturber l'interviewé ainsi que l'interviewer. Des idées ont pu être mal exprimées ou des données omises.

1.3. Limites liées à l'interviewer

L'enquêteur était novice en matière de méthode qualitative. Il a pu influencer, par inadvertance, le discours de l'interviewé, par le biais d'intervention ou d'exclamation. Il a essayé de rester le plus neutre possible en posant des questions ouvertes et en n'intervenant pas pour laisser le professionnel s'exprimer librement. Les entretiens ont intimidé certains participants, l'enquêteur a ressenti chez quelques personnes une peur de s'exprimer ouvertement. Une mise en confiance a été nécessaire.

Les pôles de santé ne sont pas encore bien développés en Sarthe. Le sujet de l'étude était donc peu connu par les participants, ils ont eu des difficultés à répondre à certaines questions. Notamment sur la rémunération et plus précisément les « nouveaux mode de rémunération ».

Il était difficile de se projeter, d'imaginer le fonctionnement de cette structure, malgré les réunions qui ont précédé ainsi que la présence de certains pôles autour du Mans.

1.4. Limites Liées à l'analyse des données

Nous avons analysé une quantité importante de données, la synthèse a été compliquée à réaliser. Le recueil des résultats ainsi que l'analyse s'est faite par l'enquêteur uniquement. Il existe par conséquent un biais dans l'analyse. Une double lecture par une tierce personne aurait pu éviter les partis pris dans l'interprétation des résultats. Toutefois, l'enquêteur a essayé de respecter le plus fidèlement possible les propos des participants. Nous avons incorporé les citations dans les résultats pour appuyer les données ressorties. Les enregistrements ont été relus à de nombreuses reprises. La présence de l'interviewer lors des enregistrements lui a permis de connaître les intonations de voix et ainsi les exprimer dans les résultats, chose qui n'aurait pu être réalisés par une autre personne.

2. Regroupement en maison et pôle de santé pour favoriser la communication et améliorer la prise en charge des patients

Notre étude nous a permis de ressortir une quasi-absence de communication et plus généralement de collaboration dans le système sanitaire en ambulatoire actuel. Il existe une réticence à déranger l'autre et persiste un sentiment de hiérarchie qui ne favorise pas l'échange. Les professionnels ont tendance à satisfaire leurs aspirations professionnelles et à maintenir leur autonomie plutôt qu'à travailler ensemble. Ce qui limite leur relation à une relation de subordination ou à un certain parallélisme disciplinaire où les professionnels

travaillent côte à côte sans véritable rapport comme le décrit D'Amour, Sicotte et Levy⁽²²⁾. Cette communication serait plus efficace en l'absence de rapport hiérarchique entre les acteurs. L'ensemble des paramédicaux assurent qu'un rapprochement entre professionnels de santé serait bénéfique pour la prise en charge des patients. La loi HPST veut développer l'interaction via les maisons et pôle de santé ⁽²⁾.

Pierre de Haas précise dans son livre « Monter et faire vivre une maison de santé » que « L'exercice en maison de santé apparaît plus convivial, la mutualisation des fonctions support permet aux soignants de se consacrer aux soins et la coordination assure une meilleure réponse aux demandes de la patientèle. Du côté des pouvoirs publics, les services de l'Etat s'intéressent à ces nouvelles structures et espèrent, grâce à elles, améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ainsi que l'économie du système. » ⁽²³⁾

Le regroupement sur un même lieu des différents acteurs de santé rendrait l'offre de soin du territoire plus lisible par les patients. La sollicitation des différents professionnels serait facilitée. Dans notre étude ce dernier point n'est pas partagé unanimement. Le lieu unique n'est pas une réponse souhaitée par l'ensemble des professionnels, du fait d'un manque de place pour créer un local en ville, d'un investissement immobilier en cours pour certains et d'une patientèle fidélisée pour d'autres.

Pour améliorer la communication et la prise en charge des patients, la loi HPST préconise un projet de santé commun et de réaliser des réunions pour créer différents protocoles ⁽²⁾, il s'agit du principe de partage de compétences ⁽²⁴⁾. L'exercice coordonné et protocolé est demandé par l'ensemble des interviewés. Il s'agit de protocoles pluri-professionnels fait par et pour l'équipe à partir d'un constat des problématiques de prise en charge et des demandes récurrentes des patients. Cet engagement aurait pour but de partager un sens commun, aboutir à une approche partagée des problèmes afin de pouvoir tenir un discours fiable,

similaire, cohérent aux patients. Ils faciliteraient le soin du patient polypathologique qui nécessite un suivi multi-professionnel. Notamment avec les dossiers ESPREC, réunion pour des prises en charge complexe. La prise en charge de patients polypathologiques éviterait des hospitalisations et ainsi permettrait des économies. Ces protocoles sont soumis à l'approbation de l'ARS et de la HAS (25-26). L'étude a démontré une méconnaissance du rôle de chacun, voir même du métier de chaque professionnel. Grâce aux réunions dans les pôles de santé, une découverte de la réalité du travail du confrère serait intéressante. Ainsi le travail de chaque soignant serait défini, on éviterait les redondances et on pourrait déléguer certaines activités. L'équipe doit être reconnue comme une entité possédant une structure, une définition, une direction et une synergie (22). Le temps de rencontre est un facteur nécessaire au bon fonctionnement du groupe. Cependant le temps n'est pas « extensible », la fréquence des réunions peut être un frein à l'adhésion au projet.

Le partage de dossier se fait également par un système d'information bien construit. La loi du 10 août 2011 (27) a rendu possible le partage de données entre professionnels libéraux travaillant en exercice regroupé et ayant signé un projet de santé commun. Les professionnels interviewés, sont tous informatisés. Cet outil favoriserait la continuité des soins en équipe. Une meilleure coordination améliorerait la qualité des soins. Il existe, aujourd'hui, des logiciels communs à l'ensemble des acteurs du projet. Mais les professionnels interrogés semblent perplexes sur le fonctionnement de ces outils dans leur pratique quotidienne. Ces mêmes résultats ont été obtenus dans la thèse de Mme Laure Bavay-Robert, « Les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de Pôle de santé pluri-professionnel » (28). Il est important de parler de ce point pour ne pas avoir de mésententes par la suite. Le recueil du consentement du patient au préalable est indispensable et légal !

Le rassemblement des professionnels de santé permet de mutualiser les activités de management. Essor de nouveaux métiers permettant de déléguer certaines tâches et ainsi consacrer du temps supplémentaire aux soins. Deux postes ont été cités dans les résultats, un poste de coordination de l'équipe et un poste de coordinateur clinique tel que les infirmières ASALEE (29). Il est probable que des métiers neufs apparaissent avec le développement de ces structures comme le souligne Pierre de Haas dans son livre (23).

La loi HPST souhaite développer une articulation entre les services sanitaires et médico sociaux, peu utilisée actuellement. Nous avons remarqué une méconnaissance des outils en place par l'ensemble des professionnels. La création de ce pôle a permis de rencontrer ces organismes et ainsi de partager et de collaborer. L'objectif serait de créer des protocoles entre premier et second recours et de développer la télémedecine par exemple (2) (23).

Pierre de Haas parle d'une meilleure répartition de la vie professionnelle et vie personnelle lors d'un travail en équipe et notamment dans les pôles de santé (23). Ce ressenti n'a pas été constaté dans notre étude. Les démarches administratives lourdes pour la création de ce pôle ainsi que les demandes de réunions fréquentes, la mobilisation pour les plans d'action publique ne leur permettent pas, pour l'instant, d'envisager un gain de temps qui améliorera leur vie personnelle.

3. La rémunération et les nouveaux modes de rémunération

La rémunération est un sujet difficile à aborder par les professionnels. L'apparition des nouveaux modes de rémunération date de février 2015. Par conséquent ils sont encore méconnus par les participants.

Le paiement à l'acte reste le premier choix des interviewés. C'est un moyen qu'ils connaissent, même s'il n'est pas toujours probant. Celui-ci a répondu au problème d'accès aux soins d'après-guerre, lorsque les pathologies aiguës étaient les plus fréquentes (30). Mais il ne permet pas aujourd'hui à lui seul une prise en charge globale des patients. Ce moyen de paiement ne favorise pas le développement des dépistages et actes de prévention ciblés, le développement des actions de santé publique.... Avec l'évolution du système de santé, la rémunération forfaitaire occupe une part croissante. Notamment avec la rémunération sur objectif de santé (ROSP), estimait à 10% du chiffre d'affaires d'un médecin généraliste. Ces forfaits tiennent compte du nombre de patients suivi et des services rendus à la patientèle (31).

Dans les maisons de santé et pôles de santé, le temps d'activité en dehors des consultations se multiplie. Il s'agit du temps de coordination autour de dossiers patients en situation complexe (ESPREC), temps de création de protocole, de suivi de pathologie chronique, temps de gestion du système information, de gestion d'équipe, temps de réunion... Comme dirait E8 « tout travail a un du ». Pour que ces activités se fassent, il faut une rémunération....

Par conséquent, l'état a mené une expérimentation des nouveaux modes de rémunération de 2009 à 2014. Un arrêté a été établi en février 2015, approbation du règlement arbitral applicable aux structures pluridisciplinaires de proximité. Il rémunère le temps de coordination, et ainsi incite et valorise le travail et la structuration des professionnels de santé

en MSP. Il permet la mise en œuvre du projet de santé et la réalisation des actions convenues par l'équipe. Il s'agit d'un système forfaitaire à l'équipe de soins pour la coordination des soins sans imposer de modalité d'utilisation. Le système est en parti calculé sur le nombre de patients inscrits dans la maison de santé. (13)

Cette rémunération est possible si les critères demandés pour la création d'une maison de santé sont atteints. Le socle établi est le suivant (Annexe 3) :

- Favoriser l'accès aux soins : amplitude horaire, accès aux soins non programmés chaque jour ouvré, fonction de coordination organisé avec un responsable identifié. En optionnel, consultation spécialisée, diversité de services pour faciliter l'accès aux soins du patient, mission de santé publique en fonction des objectifs du projet régional de santé (PRS)
- Favoriser le travail en équipe, coordination : protocole pluri-professionnel, revue de dossier. En optionnel, formation des professionnels, coordination externe.
- Développement du système d'information : partage et structuration de l'information

La quasi-totalité de ces points a été abordée lors de notre étude par les participants. Certains peuvent être un frein pour adhérer au projet. Notamment les réunions trop fréquentes, les amplitudes horaires, un système informatique partagé. Cet avis est également retrouvé dans la thèse de Mr Robin, « L'organisation des soins primaires : le Pôle de santé, une réponse aux attentes des professionnels ? L'étude du pôle de santé pluridisciplinaire de Saint-Méen-Lé-Grand et de ses environs » (32).

Lors des interviews, certains participants ont évoqué le fait qu'ils ne gagneraient pas de temps à travailler en Maison ou Pôle de santé. Cependant ce temps serait organisé différemment et serait plus efficace. Pierre De HAAS dit dans son livre : « Il peut être dit qu'un

généraliste qui s'installe en maison de santé travaille autant d'heures que lorsqu'il exerçait seul mais de façon plus organisée. Le chiffre d'affaires est plus important mais il ne gagne pas plus car ses charges sont majorées. Il faut compter 4400 euros de charges en plus. » A noter également, que le transfert de tâches équivaut à une diminution de revenu. (23)

S'ils prennent progressivement plus d'importance que les revenus liés à l'acte, comme cela est prévisible, l'intérêt de se regrouper deviendra évident...

4. Attirer et former les jeunes médecins

Il s'agit d'une des principales motivations retrouvées dans cette étude. J'ai donc consacré une partie de la discussion à ce sujet. Le vieillissement des praticiens et la non succession de ceux-ci inquiètent les professionnels de santé qui se retrouvent seuls pour soigner une population croissante et de plus en plus exigeante. La fermeture d'un cabinet médical peut entraîner une baisse du chiffre d'affaires conséquent pour un pharmacien. Les patients sont également soucieux de voir leur médecin partir à la retraite devant les difficultés à en trouver un autre.

Les maisons de santé ont pour objectif d'accueillir les étudiants afin de leur faire découvrir une approche médicale différente de celle qu'ils ont observé dans les hôpitaux, plus orientée sur la personne que sur la maladie. Et ainsi, pallier au désinvestissement de cette discipline enregistré depuis quelques années (9). L'avenir de ces établissements serait également de former les étudiants au management. Mener de tel projet n'est pas inné, les

professionnels libéraux ne sont pas préparés à ce mode d'exercice, à la gestion du système d'information, aux actions de santé publique...

L'engouement de la jeune génération pour le travail en équipe rejoint le changement de la relation au travail des seniors. L'objectif est de créer un cadre favorable et des conditions d'exercices adaptées pour éviter une surcharge de travail, un isolement et un épuisement professionnel. Il s'agit d'améliorer les conditions de travail des soignants en plus de la qualité des soins. Dans son étude, Mme Bavay-Robert, explique que les jeunes médecins généralistes ont « une volonté de pratiquer une médecine de qualité pour les patients, tout en gardant le contrôle de l'investissement temporel, d'équilibre de vie et de préservation de soi » (28).

Un recensement auprès des maisons de santé adhérentes à la FFMPS a montré que les jeunes internes en médecine générale s'installent 5 fois plus souvent lorsque leurs stages se sont déroulés an maison de santé plutôt qu'en cabinet isolé (30).

L'étude IRDES 2014 sur l'évaluation des maisons de santé, a observé un intérêt de celles-ci pour stabiliser voire développer l'offre des généralistes dans les secteurs défavorisés. Et ainsi améliorer la qualité des soins à moindre coût (33).

5. L'éducation thérapeutique du patient en Maisons et Pôles de santé

La loi HPST insiste sur la pratique de la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique, la santé publique... afin d'optimiser la prise en charge des patients (2). Dans notre étude, nous avons constaté un accord entre les professionnels de santé quant à l'intérêt de pratiquer l'ETP. Ils ont l'envie de travailler avec le patient sur sa maladie. Ce travail continu en pluridisciplinaire permettrait de consolider les acquis et de les actualiser au besoin, selon le mode de vie. Grâce au travail en équipe, le soutien au patient serait intensifié et le retentissement sur le patient et la famille serait plus aisément évalué (20). Cependant il existe quelques réticences de certains professionnels à s'engager dans l'ETP. Certains évoquent le manque d'expérience, d'autre le manque d'envie ou de temps. L'aboutissement des séances d'ETP est compris mais le déroulement reste pour la majorité une énigme.

Pour réaliser cet ETP, il faut dégager du temps et donc aménager le planning des soignants différemment. Les maisons de santé seraient idéales, d'une part parce que les professionnels sont regroupés sur un même lieu et qu'ils travaillent déjà en commun notamment sur la création de protocole et d'autre part parce qu'elles ont des locaux à disposition.

Le programme d'éducation thérapeutique se planifie en quatre étapes, après avoir défini une maladie chronique donnée et un contexte donné.

La première étape est l'élaboration d'un diagnostic éducatif. Il permet de connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes. Il est important d'évaluer le cadre de vie du patient, ses activités, ses envies, sa personnalité, le contexte socio-professionnel, le contexte familial afin de formuler ensemble les objectifs à atteindre. La réceptivité du patient au projet est

indispensable pour commencer cette aventure. Il s'agit finalement d'un entretien motivationnel, c'est-à-dire d'une conversation collaborative entre un professionnel de santé et un patient pour renforcer la motivation du patient et son engagement vers le changement.

La deuxième étape est la définition d'un programme personnalisé d'ETP. Après avoir élaboré un diagnostic éducatif, il faut formuler avec le patient les compétences à acquérir afin de planifier un programme individuel avec des priorités d'apprentissage.

La troisième étape est la planification et la mise en œuvre des séances d'ETP collective ou individuelle ou en alternance. Faire une sélection des contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et les techniques participatives d'apprentissage.

La quatrième et dernière étape consiste en une évaluation individuelle des compétences acquises et du déroulement du programme. Elle se fait à la fin de chaque offre d'ETP mais elle peut se faire à tout moment dans le déroulement du programme si le professionnel de santé le juge nécessaire ou si le patient en fait la demande. Elle a pour but de mettre en valeur les acquisitions de compétences, sa capacité d'agir et de soutenir sa motivation. Faire le point sur ce qu'il lui reste éventuellement à améliorer. On peut ainsi mettre à jour le diagnostic éducatif, une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données du suivi de la maladie et de ses souhaits peut être proposée (18-19).

La description des séances d'ETP est simple même si elle n'est pas évidente pour les praticiens. Ce qui sous-entend que l'ETP réalisée lors des consultations n'est pas développée.

6. Prise en compte des craintes afin de trouver des solutions

Chaque projet doit être construit de façon spécifique et s'adapter au contexte local, géographique, humain et d'organisation des soins. Les craintes, peurs, freins doivent être entendus avant la construction de la structure pour pouvoir en discuter, apaiser les tensions et trouver des solutions. Les professionnels de santé libéraux n'ont pas été formés au travail en équipe ni à la gestion de ce mode d'exercice.

La peur du changement et de l'échec reste prédominante. Souvent lié à des raisons personnelles, ne pas changer de lieu d'exercice ni de mode de travail, achat du local toujours en cours, proche de la retraite. Ou par manque d'expérience, ne se sentant pas l'étoffe pour participer à ce dessein. A cela s'associe la peur de l'inconnu, que va-t-on nous demander en échange de l'adhésion ? Ils associent facilement la création du Pôle de santé à une charge de travail supplémentaire. Même s'ils conçoivent que ce temps est nécessaire pour faire évoluer leur pratique et optimiser par la suite leurs consultations. Ils craignent d'y consacrer trop d'énergie pour ne rien voir aboutir. La méconnaissance de l'organisation des maisons et pôles de santé ainsi que la lourdeur des démarches administratives pèsent en leur défaveur. L'initiative d'un tel projet les effraie. L'ARS des Pays de la Loire, a travaillé sur ce point. Ils ont facilité l'accès aux informations pour monter ces structures et les ont rendus pour lisibles, abordables par les professions libérales (34).

A de nombreuses reprises, le travail en équipe, a été évoqué comme un frein. Plus l'équipe est développée plus il risque d'avoir des conflits interprofessionnels. Il faut faire avec le caractère de chacun, ne pas brusquer son collègue, accepter la remise en question de son exercice... Il existe également l'appréhension du jugement de l'autre sur sa méthode de travail.

L'envie de garder sa conception du travail et son autonomie tant désirée par les libéraux est importante.

La collaboration serait plus aisée si les professionnels travaillaient déjà en équipe avant de se regrouper en maison de santé. Elle peut-être plus délicate pour les soignants qui exerçaient seul auparavant. (23)

Il faut donc avancer progressivement en respectant la vitesse de chacun, écouter les requêtes et les envies. Ne plus fonctionner dans un état hiérarchique, dans lequel le leader obligerait les professionnels à adopter telle méthode. Et pourquoi ne pas développer l'apprentissage du travail en équipe lors des études médicales afin de diminuer cette appréhension.

Pierre de Haas parle dans son livre d'un frein dans la manière de percevoir la relation aux institutions. Une organisation de travail en équipe serait vue comme la fin du libéralisme. Les modes de rémunérations forfaitaires seraient une porte ouverte vers le salariat et annoncerait la fin du mode d'activité libérale. Nous n'avons pas constaté ce point de vue chez les praticiens interrogés. Ils n'ont pas de méfiance vis-à-vis de l'état. Ils ont le souhait de travailler ensemble si leurs objectifs sont similaires. Nous avons ressenti un besoin intense de modifier leur méthode de travail devant des difficultés croissantes qui les épuisent et pour cela, ils sont prêts à faire des concessions. Vis-à-vis du salariat, celui-ci n'est pas envisagé comme le mode de rémunération idéal. Des professions, comme les avocats et les notaires, travaillent en équipe et de façon coordonnée et reçoivent des rémunérations forfaitaires sans que cela ne remette en cause leur statut libéral (23). Dans la revue française des affaires sociales, Alain Paraponaris écrit que près de deux tiers des médecins interrogés sont favorables à une évolution des modes de rémunération, en mixant le paiement à l'acte (qu'ils souhaitent fortement conserver) avec d'autres systèmes de rémunérations (35).

Le management du cabinet médical est essentiel pour détecter les peurs et les craintes des professionnels (23) (32). Il s'agit d'une compétence clé pour la réussite d'une équipe. Le leader est primordial pour l'aboutissement du projet. Celui-ci doit être suffisamment convaincu par l'entreprise pour y consacrer du temps, de l'énergie et amener les autres à le suivre. Il doit avoir une capacité d'écoute et de communication. Etre capable de donner du sens au projet en tenant compte des attentes et des inquiétudes de chacun. Reconnaître les compétences de chaque professionnel, être souple et accepter les différences. Il doit savoir anticiper les conflits dans l'équipe mais aussi avec les acteurs libéraux des secteurs attenants, déjà en place. Il s'agit d'un exercice difficile, éreintant dont peu de personnes souhaitent s'acquitter.

Obtenir l'adhésion de l'équipe au projet n'est pas toujours simple. Les résistances aux changements peuvent se révéler très fortes. Il doit s'appuyer sur les connaissances et les motivations des uns et des autres pour donner du sens au plan. La répartition des tâches doit être un plaisir et non un tirage au sort. Lors de situations d'incertitudes, le leader a souvent tendance à vouloir stabiliser le projet par un recours à un grand nombre de règles. Or la collaboration est par essence volontaire et basée sur la liberté des individus (22). D'autant plus chez des professionnels dont l'autonomie est fondamentale. Il faut donc minimiser la rigidité de ces règles. Une adhésion inconditionnelle est utopique, mais plus elle est présente, plus ils feront des concessions et moins la collaboration sera conflictuelle (30). Ceci est valable pour les règles arbitrales demandées par la loi HPST. Elles peuvent être ressenties comme un carcan et limitent ainsi l'inscription des professionnels de santé.

Conclusion

Les Maisons de santé et les pôles de santé se développent pour faire face au vieillissement de la population, à l'émergence de maladie chronique, à une démographie médicale déclinante et à une envie de moderniser les soins de premier recours. La loi HPST évolue depuis 2009, elle définit en février 2015 un règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles.

Devant ce constat, un médecin généraliste du Mans a lancé l'idée de créer une maison ou pôle de santé urbain. Cette vision a été entendue par de nombreux soignants. Mais quelle était leur représentation d'une MDS ou PDS ? Quelles étaient leurs attentes ? Cette étude nous a permis de découvrir les difficultés de communication actuelles ressenties par les participants, un sentiment d'isolement qui engendre une pénibilité dans leur travail. Ils ont une envie forte de faire évoluer l'organisation des soins de premiers recours et les pratiques de demain notamment avec la prévention, l'éducation thérapeutique. Avec pour objectif principal, l'amélioration de la prise en charge du patient.

Les structures pluri-professionnelles semblent leur apporter cette collaboration à laquelle ils aspirent. Elle se ferait via un système informatique partagé, pour avoir toutes les informations utiles aux soins. Des protocoles seraient réalisés afin d'avoir un sens commun dans leur travail. Les soignants semblent avoir des idées pour améliorer ce système de soins, notamment la délégation de tâches, la création de nouveaux métiers tels que les infirmières

cliniciennes... Ils espèrent que ce nouveau mode de travail attirera des jeunes médecins à s'installer.

Toutefois, la création de cette structure, en site unique ou multi-sites, les effraie. Les démarches administratives, le temps de réunions, les différentes rencontres sont une charge de travail supplémentaire difficile à ancrer dans leurs emplois du temps déjà bien chargés. La peur des conflits interprofessionnels liée au travail en équipe, l'incertitude du projet et de la rémunération, la méconnaissance de l'organisation de ces structures, ne les incitent pas s'investir. Mener de tel projet ne va pas de soi pour ces professionnels de santé. Au-delà de ces freins logistiques, il existe une indépendance bien marquée des professionnels de santé. La peur de perdre leur liberté et leurs habitudes de travail afin de répondre au règlement arbitral demandé par la Loi HPST.

Nous espérons que ce travail aidera ce groupe de praticiens à monter une maison ou un pôle de santé solide et pérenne. Ce travail sera présenté lors d'une réunion avec l'ARS des Pays de La Loire, pour expliquer les attentes des professionnels de santé ainsi que les difficultés à s'engager dans ces structures, dans l'objectif d'améliorer et de développer ces établissements. Même s'il faut rappeler que chaque projet est unique...

Il serait intéressant d'évaluer l'évolution du projet d'ici quelques années. Celui-ci répond-il bien aux demandes des participants ? La rémunération a-t-elle suivie ? Ont-ils résolu des freins ? Nous aimerions également savoir si ces structures répondent aux attentes des patients. Car ne l'oublions pas, elles ont pour but d'améliorer la prise en charge des patients...

BIBLIOGRAPHIE

1. Julhiard JM, Crochemore B, Touba A, Vallancien G, rédacteurs. Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Commandité par le ministère de la Santé et des Sports, le Secrétaire d'Etat à la Politique à la Ville, le Secrétaire d'Etat à l'Aménagement du Territoire. 2010.
2. *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, la santé et aux territoires.*
3. « Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) - loi-bachelot-hopital patients-sante-et-territoires-hpst.pdf ».
4. « Insee - Populations légales 2013 - 72-Sarthe ».
5. Conseil général de la Sarthe; l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, « Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale de la Sarthe » 2010-2014.
6. David S, Lelièvre F, Goupil MC, Tallec A, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, « Projet Régional De Santé des Pays de la Loire. »
7. David S, Lelièvre F, Goupil MC, Tallec A, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, « Indicateur de santé. Spécificités territoriales en Sarthe ». 2011
8. Ordre National des Médecins, « Cartographie interactive de la démographie médicale ».
9. ARS Ile-de-France, « Affectations des étudiants en médecins reçus aux ECN 2014 ». 2015
10. Hurel K, Jerber M, Le Guyader S, Commissariat Général à l'Egalité Des Territoires (CGET), « Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires ». 2015
11. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, A la santé et aux territoires
12. HAS, « l'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôle de santé et centres de santé ». 2007
13. DDGOS, Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Mars 2015.
14. OMS, « OMS | Soins de santé primaires ».
15. 15 Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS), « Synthèse des travaux des 2 Journées nationales (8 février et 9 février 3008)
16. J.-F Picard, V. Viet, « Repères pour une histoire de la santé publique en France du XIXème siècle à nos jours ». Décembre 2014.

17. Rapport de l’OMS-Europe, Therapeutic Patient Education-Continuing Education Programmes for health Care Providers in the field of Chronic Disease, 1996.
18. « HAS. Education thérapeutique du patient, Comment la proposer et la réaliser. Recommandations juin 2007 ».
19. « HAS. Education thérapeutique, Definition, finalités et organisation. Recommandations juin 2007 ».
20. Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, « Plan 2007 2011 pour l’amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ».
21. Drahi E, SFDRMG, « ETP séquentielle en médecine générale ».
22. D’Amour, Sicotte et lèvy, « L’action collective au sein d’équipes interprofessionnelles dans les services de santé ». Sciences sociales et santé 1999
23. Pierre De HAAS, « Monter et faire vivre une maison de santé » 2015
24. Berland Y. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Recommandations HAS en collaboration avec l’ONDPS. Avril 2008.
25. « HAS. Coopération entre professionnels de santé, Mode d’emploi. Avril 2012. »
26. Ministère de la santé et des sports, « Coopération entre professionnels de santé ». Fiches pédagogiques HPST.
27. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009 879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article L110-4.
28. BAVAY-ROBERT L. Les freins à l’adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluri-professionnel. L’exemple du projet de pôle de santé du Canton de Saint-Savin en Gironde. Thèse Nantes. Avril 2014.
29. GAUTIER J. ASALEE, une expérimentation de coopération interprofessionnelle, médecins généralistes- infirmières déléguées à la santé publique. Rencontres HAS 2007.
30. Fédération Française des Maisons et pôles de Santé (FFMPS). [Source internet : <http://WWW.ffmps.fr>]
31. L’Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) Médecins traitant. [Source internet : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/>]
32. ROBIN M. L’organisation des soins primaires : le pôle de santé, une réponse aux attentes des professionnels ? L’étude du pôle de santé de Saint-Méens-Le-Grand et ses environs. [Thèse] Rennes. Octobre 2013

33. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Ricab S, Salem G. Maisons et pôles de santé : place et impact dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. IRDES. Novembre 2013
34. Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux (APMSL) des Pays de la Loire.
[source internet : <http://www.apmsl-paysdelaloire.com/maisons-de-sante-pluri-professionnelles/de-lidee-a-la-mise-en-action/>]
35. Paraponaris A et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. Revue Française des Affaires Sociales. 2011/2 N°2-3, p.29-47.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	VI
INTRODUCTION.....	1
1. La Sarthe, sa démographie.....	2
2. La Loi HPST	4
2.1. Définition.....	4
2.2. Les soins primaires et La médecine préventive	5
2.3. L'éducation thérapeutique du patient (ETP).....	7
MATERIEL ET MÉTHODES	10
1. Le choix de la méthode qualitative	10
2. Le choix du lieu de l'étude et de l'échantillon de la population	10
3. Recueil des données	11
4. Retranscription et analyse des données	13
RÉSULTATS.....	14
1. La structure	15
2. Les motivations pour adhérer au Pôle de Santé.....	1 Erreur ! Signet non défini.
2.1. Favoriser la communication	1 Erreur ! Signet non défini.
2.2. Améliorer la prise en charge des patients	19
2.3. Améliorer la qualité de travail et la qualité de vie	21
2.4. Attirer des jeunes médecins	22
2.5. Faire évoluer la profession médicale et la prise en charge des patients en soins primaires	23
3. Organisation du Pôle de Santé	24
3.1. L'outil informatique	24
3.2. Les réunions	26
3.3. L'accueil des étudiants.....	28
3.4. La rémunération	29
4. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	32
4.1. Intérêt et motivation pour réaliser l'ETP	32
4.2. Organisation de l'ETP.....	34
4.3. Thèmes d'ETP envisagés	35
4.4. Les Freins à la réalisation de l'ETP	36
5. Les craintes	38
5.1. La charge de travail	38
5.2. La peur de l'échec	39
5.3. La peur du changement	40
5.4. Le financement	41
5.5. Le travail en groupe	41
5.6. Répondre aux objectifs de l'ARS.....	43

DISCUSSION	44
1. Les limites de l'étude	45
1.1. Choix de la population étudiée	45
1.2. Les limites dues aux entretiens	46
1.3. Les limites liées à l'interviewer.....	46
1.4. Les limites liées à l'analyse des données	47
2. Regroupement en Maisons et Pôle de Santé pour favoriser la communication et améliorer la prise en charge des patients	47
3. La Rémunération et les nouveaux modes de rémunération.....	51
4. L'éducation thérapeutique du patient en Maisons et Pôles de Santé	53
5. La Rémunération et les nouveaux modes de rémunération.....	55
6. Prise en compte des freins afin de trouver des solutions.....	57
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	62
TABLE DES MATIERES.....	65
ANNEXES.....	I
ANNEXE 1	I
ANNEXE 2.....	II
ANNEXE 3.....	III

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Consigne initiale : Bonjour, je vous remercie de m'accorder du temps pour participer à cette étude. Je vais vous poser des questions ouvertes sur la création d'un pôle de santé au Mans afin de récolter vos attentes, vos représentations vis-à-vis de celui-ci. Soyez libre de vos paroles. Notre entretien est anonyme, je me permets de l'enregistrer pour faciliter notre échange et pour ne pas oublier vos propos. Il durera environ 45 minutes.

Première question : Pour la première question, pouvez-vous me dire ce qu'est, pour vous, un pôle de santé ? Comment imaginez-vous cette structure ?

- Rôle, pluridisciplinarité
- Structure unique ou multi-site. Avez-vous des exemples ?
- Motivations pour adhérer (communication, attirer des jeunes médecins...)

Deuxième question : Comment voyez-vous l'organisation dans ce pôle ?

- Moyen de communication, DMP, outil informatique
- Réunion : rythme, lieu, charge de travail, objectifs des réunions
- Coordination des soins
- Lieu de formation, accueil des étudiants

Troisième question : Connaissez-vous l'ETP (éducation thérapeutique du patient) ? Seriez-vous prêts à en faire au sein de cette structure ?

- Thèmes que vous voudriez aborder
- Quelles compétences apporteriez-vous au pôle ?
- Seriez-vous prêts à faire des formations ?
- Combien de temps consacreriez-vous à ce pôle pour réaliser de l'ETP ?
- Education thérapeutique par groupe de personne ou individuelle
- Comment le pôle peut améliorer la prise en charge de vos patients

Quatrième question : Comment voyez-vous la rémunération ?

- A l'acte, subvention en fonction du travail accompli (leader, administration, ETP...)
- Nouveaux modes de rémunération

Cinquième question : Quels sont vos craintes, peurs, freins vis-à-vis de ce Pôle de santé?

- Peur du changement
- Concurrence
- Isolement
- Charge de travail
- Rémunération

Avez-vous des questions ? Souhaitez-vous parler d'un sujet en lien avec cette étude, que je n'aurais pas abordé ?

Annexe 2 : Définition Maisons et Pôles de Santé

Selon l'**Article L6323-3** du code de santé publique, (créé par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.40) :

« **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. »

Article L6323-4 du Code de la santé publique (créé par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.40) :

« **Les pôles de santé** assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Annexe 3 : Règlement arbitral

La Rémunération Socle (Prérequis)

Accès aux soins (1 200 pts)

Rémunération fixe (1200 points)

1. Ouverture de 8 à 20 h, samedi matin et congés scolaires (*dérogation possible par la caisse et l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDS*)

2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré

3. Fonction de coordination identifiée.

Une charte d'engagement présentant l'ensemble de ces services est mise à disposition des patients

=8400 euros

Pas de rémunération variable

Travail en équipe/ coordination (1 500 pts)

Rémunération fixe (500 points)

1. Protocoles pluri-professionnels pour les patients concernés par certaines pathologies (liste définie dans le contrat type)

=3500 euros

Rémunération variable (1000 points)

1. Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière (1 réunion/mois). Ces revues de dossier portent sur des affections visées à l'article 3.2 du RA.

Compte rendu intégré dans le dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes rendus mis à disposition du service médical de l'assurance maladie.

Objectif: 1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients de la structure. Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif

=7000 euros

Système d'information (2 350 pts)

Rémunération fixe (850 points)

1 - Système d'information labellisé niveau 1 ASIP santé, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé (33 % des patients la 1^{ère} année suivant la mise en place du logiciel et 66 % la 2^{ème} année).

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, le critère est réputé rempli si la structure dispose d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP.

= 5950 euros

Rémunération variable (1500 points)

Pour le système d'information défini ci-dessus la rémunération comporte une partie fixe et une partie variable

=10500 euros

La Rémunération partie optionnelle

Accès aux soins (Maximum 1 600 points)

Rémunération fixe (900 points) :

1 - Consultations spécialistes de 2nd recours ou sage-femme ou chirurgien dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/semaine (**250 points**)

2 - Idem au moins 0,5 ETP (**200 points supplémentaires**)

3 - Offre diversité services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux : au moins 2 professions médicales différentes en sus de la MG **ou** au moins 3 professions paramédicales différentes (**225 points supplémentaires**)

4 - Idem avec au moins 2 professions médicales différentes en sus de la MG **et** au moins 3 professions paramédicales différentes (**225 points supplémentaires**)

=6300 euros

Rémunération variable (700 points)

- **Modulation locale** : Missions de santé publique (en fonction spécificités territoriales et objectifs du PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4 du RA)

> 350 points par projet (maximum de 2 projets rémunérés soit 700 points).

=4900 euros

Travail en équipe/ coordination (maximum 650 points)

Rémunération fixe (450 points)

1 - Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an)

=3150 euros

Rémunération variable (200 points)

- Mise en place procédure définissant modalités de transmission données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers PS extérieurs à la structure et vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux.

Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médicale (VSM) défini par HAS établi par le MT complété des informations recueillies par les autres PS de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge.

Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure est ouvert et alimenté au moins par le VSM (**200 points**).

=1400 euros

Système d'information (maximum 100 points)

Rémunération fixe – 100 points

1 - Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2

=700 euros

Pas de rémunération variable

RÉSUMÉ

Introduction : Dans un contexte de vieillissement de la population, d'émergence de maladies chroniques et d'une démographie médicale déclinante, l'état décide de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de soins en promulguant la loi HPST.

L'exercice pluri disciplinaire de premier recours au sein de maisons ou pôles de santé semble répondre à ces problématiques.

Notre étude a pour objectif d'analyser les représentations de ces structures par les professionnels de santé.

Matériel et méthode : Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de 11 médicaux et paramédicaux installés dans la ville du Mans.

Résultats : Les professionnels de santé aspirent à une amélioration de la communication actuelle grâce aux Maisons et Pôles de santé. La collaboration inter professionnelle est leur principale attente, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des patients. Elle se ferait, notamment, via un système d'information partagé, des réunions et la création de protocoles. Ce lieu de travail leur permettrait de faire évoluer leurs pratiques en réalisant de la prévention et des séances d'éducation thérapeutique qui sont actuellement peu ou mal effectuées. Ils espèrent, également, que ce projet attirera les jeunes médecins à s'installer. Cependant, de nombreuses craintes ne les incitent pas s'investir dans le projet. Les principales sont : la peur du changement, la lourdeur des démarches administratives, la charge de travail supplémentaire, l'incertitude du projet et de la rémunération.

Conclusion : Le travail en équipe qui se développe dans les MSP et PDS semble répondre aux attentes des professionnels de santé ainsi qu'aux problématiques actuelles du système de soins. Des difficultés, explicitées dans cette étude, restent à prendre en compte afin de monter une structure solide et pérenne.

Mots clés : Maison et Pôle de santé, soins de santé primaire, politique de santé et relations interprofessionnelles dans le domaine de la santé.

Health center creation in Le Mans: medical and paramedical professions representations

ABSTRACT

Introduction : In a context of aging of population, chronic disease emergence and medical demography decline, the French government decided to reorganize and modernize the entire health care system by enacting Law HPST. The multidisciplinary practice primary care in health centers seems to address these issues. Our study aims at analyzing the representations of these structures by health professionals.

Material and method: a qualitative survey by semi-structured individual interviews were conducted with 11 medical and paramedical professions settled in the city of Le Mans.

Results: Health professionals aspire to improve the current communication through Health centers. Interprofessional collaboration is their main expectation, with the aim of improving the care of patients. They proposed to implement that via information sharing system, meetings and protocol creations. This workplace would enable them to change their practices by making prevention and therapeutic education sessions that are currently poorly made. They also hope that this project attracts young doctors and help them settle. However, many fears do not encourage to invest in the project. The main ones are: fear of change, heavy administrative procedures, the additional workload, the uncertainty of the project and remuneration.

Conclusion: Teamwork that develops in the MSP and PDS appears to meet the expectations of health professionals as well as current problems in the healthcare system. Difficulties, explained in this study, remain to be considered in order to mount a solid and sustainable structure.

Keywords : Health centers, primary health care, health policy and inter-relationship in the field of health

