



HAL
open science

Organisation des soins de premier recours. Évaluation d'une formation pour des professionnels de santé impliqués dans un projet sur leur territoire

Laura Hubert

► **To cite this version:**

Laura Hubert. Organisation des soins de premier recours. Évaluation d'une formation pour des professionnels de santé impliqués dans un projet sur leur territoire. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00697314

HAL Id: dumas-00697314

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00697314>

Submitted on 15 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN

Année 2011

n°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Présentée par
HUBERT Laura

Née le 02.05.1981 à Mont Saint Aignan (76)

Soutenue publiquement le 17 novembre 2011

Organisation des soins de premier recours.
Evaluation d'une formation pour des
professionnels de santé impliqués dans un projet
sur leur territoire.

Président du Jury : Pr CZERNICHOW Pierre

Directeur de thèse : Dr BOUREZ Thomas

Membres du jury :

Pr DECHELOTTE Pierre

Pr HERMIL Jean-Loup

Pr LEVESQUE Hervé

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLE**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - BENOZIO-**

J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -, DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMANT - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)

M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (<i>Surnombre</i>)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie

M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry **LEQUERRE**

HB Rhumatologie

M. Fabien **DOGUET**

HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**

UFR Anglais

Mme Michèle **GUIGOT**

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique

M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle
 CB - Centre HENRI BECQUEREL
 CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
 CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	

Par délibération en date du 3 mars 1967, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW , Professeur d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé, président de ce jury.

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et le temps que vous m'avez accordé.
Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail et de présider ce jury.
Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE, Professeur de Médecine Interne.

Je vous remercie de participer à ce jury de thèse.
Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail.
Pour l'enseignement que vous m'avez apporté au sein de votre service lors de mon 2^{ème} stage d'internat. Vos connaissances et votre approche humaniste du patient ont participé à former une part du médecin que je suis aujourd'hui.

A Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE, Professeur de Nutrition.

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.
Pour l'intérêt que vous portez aux soins de premiers recours.
Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse.
Je vous remercie sincèrement.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL, Professeur de Médecine Générale

Pour l'honneur que vous me faites en participant à ce jury afin de juger mon travail.
Pour le temps que vous accordez à l'enseignement du 3^{ème} cycle de Médecine Générale.
Je vous remercie sincèrement.

A Monsieur le Docteur Thomas BOUREZ, Médecin Généraliste, directeur de cette thèse.

Pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant de m'accompagner tout au long de ce travail.
Pour l'expérience acquise à tes côtés lors de mon stage chez le praticien.
Pour ton approche de la Médecine Générale et des soins de premier recours.
Tous ces éléments participent à enrichir le médecin que je suis.
Pour tout cela merci.

A l'ensemble de l'équipe ARIM et à l'URPS-Médecin de Haute Normandie.

Pour m'avoir acceptée au sein de l'équipe ARIM, en tant qu'observatrice.
Pour la richesse de vos échanges et de vos expériences professionnelles.
Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée.
En espérant pouvoir, un jour, poursuivre ce travail à vos côtés.

A Madame Vanessa SPRUNT, secrétaire de l'ARIM.

Je vous remercie de votre aide dans la retranscription des entretiens.

Aux participants des Ateliers de l'ARIM.

Merci du temps que vous m'avez accordé lors de la réalisation des entretiens.

A l'équipe Médi-Cité.

Pour le soutien que vous m'avez apporté dans la réalisation de ce travail.
Pour l'organisation de travail que nous rêvons ensemble.

A Jean-Charles.

Merci de ta patience, de tes encouragements, de ton soutien et de ton aide dans ce travail.
Merci tout simplement de ta présence à mes côtés.

A mes filles, Célestine et Eloïse.

Pour la patience dont vous avez fait preuve du haut de vos 1 et 3 ans.
Pour tous les petits bonheurs quotidiens que vous m'apportez.

A ma sœur, Sophie.

Merci d'être une sœur amie, ton soutien et ta fantaisie me sont très chers.

A mes parents.

Merci des racines et des ailes que vous m'avez données.

A ma famille, et plus particulièrement à ma mamie.

Merci du regard bienveillant que vous m'accordez. Il me porte et m'accompagne chaque jour.

A mes ami(e)s.

Sans vous, la vie aurait un bien triste goût.
Merci de tous les bons moments passés et à venir.

Table des matières

Du Serment d’Hippocrate au Serment Médical.....	17
Le Serment d’Hippocrate	17
Le Serment Médical.....	17
Introduction	19
I. Contexte.....	20
I.1 Contexte général	20
I.1.1 Regard sur l’organisation des soins de premier recours en Europe et ailleurs	20
I.1.2 Démographie médicale et paramédicale en France	22
I.1.3 Organisation des soins de premier recours en France.....	23
I.1.4 Volonté de travailler autrement.	24
I.1.5 Rappels des concepts actuels	29
I.2 Contexte régional	33
I.2.1 Cadre démographique de la région	33
I.2.2 Présentation de l’ARIM et des formateurs des « Ateliers de l’ARIM »	33
I.2.3 Motivations pour mettre en place cette formation.....	35
II. Présentation de l’étude.....	36
II.1 Justifications.....	36
II.2 Objectif :.....	36
II.3 Hypothèses :.....	36
III. Description de la formation.....	37
III.1 Description des participants.....	37
III.2 Description des « Ateliers de l’ARIM »	37
III.2.1 Préparation des ateliers.....	37
III.2.2 Déroulement type d’un atelier	38
III.2.3 Description du contenu de chaque atelier.....	38
IV. Méthode de l’étude.....	43
IV.1 Etude qualitative : choix de l’entretien semi directif.....	43
IV.2 Déroulement des entretiens semi directifs	43
IV.3 Population cible.....	44
IV.4 Grille d’entretien (annexe 2)	44
IV.5 Méthode d’analyse des entretiens :	44
V. Résultats et Analyse	45
V.1 Motivations :	45
V.1.1 Une formation en écho à l’actualité du professionnel :.....	45
V.1.2 Une formation pour l’équipe	46
V.1.3 Une formation comme lieu d’échange	47
V.1.4 Une formation pour rompre avec le quotidien.....	47
V.2 Attentes:.....	47
V.2.1 Obtenir des informations précises et adaptées :.....	47
V.2.2 Permettre des échanges d’expériences.....	48
V.2.3 Rompre l’isolement ressenti.....	49
V.2.4 Aide à l’analyse de la dynamique de groupe	49
V.3 Apports :.....	50
V.3.1 Des informations générales :	50
V.3.2 Apport d’une information adaptée à chaque projet :.....	51
V.3.3 Enrichissements personnels	52

V.4	Evaluation de la forme des ateliers de l'ARIM	56
V.4.1	Evaluation de l'organisation dans le temps	56
V.4.2	Evaluation du déroulement des ateliers	58
V.5	Souhaits :	59
V.5.1	Souhaits sur la forme :	59
V.5.2	Souhaits sur le contenu	61
V.6	Impact de la formation ARIM	62
V.6.1	Repositionne le participant dans son projet :	62
V.6.2	Apporte une légitimité au participant	63
V.6.3	Aide à créer une dynamique de groupe.....	64
V.6.4	Aide à créer la trame du projet, à garder une ligne directrice	64
V.6.5	Aide à avoir une vision à plus long terme de son projet	64
VI.	Discussion.....	66
VI.1	Avantages et limites de l'étude	66
VI.1.1	Limites et biais.....	66
VI.1.2	Avantages	66
VI.2	Discussions des résultats	67
VI.2.1	La réorganisation des professions de santé amorcée ; le soutien par accompagnement individuel et par les formations est un besoin naissant.	67
VI.2.2	La formation répond à la majorité des attentes :	68
VII.	Perspectives	69
VII.1	Obtenir soutien institutionnel et universitaire.	69
VII.2	Définir un lien avec FORTSPRO276.	69
VII.3	Poursuivre l'aide concrète proposée par cette formation.....	70
VII.3.1	Les formateurs ARIM : professionnels libéraux en activité, personnes ressources potentielles.	70
VII.3.2	La rencontre de différents professionnels de santé.	70
VII.3.3	La participation des institutions (ARS, Conseil de l'ordre,...)	70
VIII.	Conclusion	71
	Bibliographie	73
	Abréviations	76
	Annexes.....	79
ANNEXE 1 :	Liste des participants aux ateliers de l'ARIM	79
ANNEXE 2 :	La grille des entretiens semi-directifs	81
ANNEXE 3 :	1 ^{ère} grille d'analyse.....	83
ANNEXE 4 :	Grille d'analyse définitive.....	86
ANNEXE 5 :	Analyse avec détermination des codes, Extrait de l'entretien n°11,	89
ANNEXE 6 :	Exemple de préparation d'un atelier	90
	Résumé	93

Du Serment d'Hippocrate au Serment Médical

Le Serment d'Hippocrate

"Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant :

Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.

Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissè-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive ! "

Contrairement aux idées reçues, il y a bien longtemps que les Médecins ne prêtent plus le serment d'Hippocrate. Celui-ci a été remplacé par le serment médical mettant en avant des valeurs sociales et humanistes.

Le Serment Médical

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même

sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque".

Introduction

L'organisation du premier recours du système de santé telle que définie par la loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » (HPST) va connaître une véritable révolution.

En France, les carences démographiques territoriales, la fermeture d'hôpitaux de proximité, l'aspiration d'un nombre croissant de professionnels à travailler autrement, sont les déterminants essentiels d'une modification nécessaire. Le dispositif de premier recours est à bout de souffle [1]. Associé à cela, dans un contexte financier international des plus tendu, le déficit croissant des comptes de l'assurance maladie impose une recherche d'efficacité dans la gestion de notre système de santé.

L'enjeu est de défendre et promouvoir un égal accès aux soins pour tous, principe plébiscité dans notre république [2], enjeu clairement défini dans la stratégie OMS « Vers l'Unité pour la Santé » dès 1978 [3].

Le pouvoir politique et les partenaires sociaux donnent ainsi des signaux de plus en plus prégnants en ce qui concerne la réorganisation du premier recours.

Déjà la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2008 (LFSS 2008) introduit le concept de Maison de Santé et lance l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR). La loi HPST, votée le 21 juillet 2009, exprime une volonté forte de restructuration du système de santé jusqu'alors défini comme « hospitalo-centré ». Elle a été modifiée par la loi Fourcade adoptée le 10 août 2011. Progressivement mises en place, ces nouvelles politiques de santé modifient en profondeur le paysage de la santé en France.

En parallèle, signée le 26 juillet 2011, la dernière convention médicale permet de lier une part de la rémunération des médecins à la qualité des soins prodigués à une population donnée. Cette avancée offre enfin une alternative au seul paiement à l'acte.

Quelles soient politiques, institutionnelles ou syndicales, toutes ces évolutions sont nées à la suite d'expériences menées par des pionniers et soutenues par la population. Ces expériences ont incité le législateur à ouvrir peu à peu le champ des possibles et de l'innovation.

Dans ce système de santé en pleine mutation, la structure représentative URPS-ML (Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux) avait pour priorité de donner, aux professionnels de santé qu'elle représente, les moyens d'être les principaux acteurs de l'évolution de leur profession.

Ces professionnels, uniquement formés aux soins, doivent passer de l'individuel au collectif, du colloque singulier à la santé des populations, de moyens quasiment illimités à l'efficacité. Associés à une charge de travail croissante, ces impératifs les fragilisent.

L'enjeu est ainsi d'accompagner ceux qui désirent s'inscrire dans cette logique d'organisation territoriale. Devenir un porteur de projet sur un territoire devient une mission nouvelle pour ces professionnels de santé.

L'Agence du Remplacement et de l'Installation Médicale (ARIM) a été pensée et créée pour les accompagner dans leur démarche. Elle permet donc à la fois d'optimiser les projets, de fédérer durablement les acteurs du territoire et de contribuer au maintien de la qualité des soins de premier recours.

I. Contexte

I.1 Contexte général

I.1.1 Regard sur l'organisation des soins de premier recours en Europe et ailleurs

I.1.1.1 La stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Pour encourager les actions de réorganisation des systèmes de santé, l'OMS a mis en place une stratégie appelée « Vers l'unité pour la Santé, VUPS » depuis 1978. Elle consiste à uniformiser la qualité de l'offre de soin. Cette stratégie contient des concepts bien définis. En résumé, la stratégie VUPS consiste à créer une dynamique d'intégration et de partenariat et à encourager l'expérimentation sur le terrain, pour trouver les meilleures approches pour créer et pérenniser l'unité d'action [3].

Cependant cette stratégie OMS ne sera effective que si l'on réalise une valorisation financière des soins préventifs et éducatifs. L'état de « bonne » santé ne doit pas se restreindre à l'absence de maladie. La Santé est un état de bien être physique moral et psychique. Tant que cette définition de la Santé ne sera pas prise en compte, la réorganisation des soins peinera à se faire comme le déplorent les états des lieux réalisés en 1998. Il faut que l'ensemble des acteurs du système de la Santé reconnaisse comme objectif princeps la prise en charge de tout individu pour maintenir son état de ressenti de bien être (selon la définition de la santé selon l'OMS) [4]

La réorganisation des soins de premier recours offre une place reconnue aux actions de prévention. Elle veut apporter une offre de soin égale et accessible à tous. En cela, elle fait partie intégrante de cette stratégie « VUPS ».

I.1.1.2 La place des soins de premier recours :

Les politiques de santé varient en fonction des pays. On peut définir initialement trois modèles type d'organisation des soins de premier recours ou soins primaires (terme équivalent issu de la traduction de « primary care ») :

- **Le modèle normatif hiérarchisé** (Catalogne en Espagne, Finlande, Suède) :

Il présente un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat. Dans ce modèle, la loi donne une définition détaillée des soins primaires.

- **Le modèle professionnel hiérarchisé** (Royaume uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) :

Le médecin généraliste est le pivot du système. Il existe un mécanisme de solidarité universel devant le risque maladie mais il n'y a pas de définition législative précise des soins primaires. Les soins primaires sont définis implicitement par le contenu des métiers de la santé. Ce contenu est issu des référentiels d'activité et de formation gérés par les instances professionnelles et académiques. Les soins primaires suivent une organisation populationnelle et territoriale.

- **Le modèle professionnel non hiérarchisé** (Allemagne, Canada) :

Ce modèle est caractérisé par l'absence de définition législative des soins primaires et par l'absence d'organisation territoriale des soins ambulatoires.

Ces trois modèles tendent aujourd'hui à se rejoindre car la coopération et la coordination des soins de premier recours ont une place grandissante depuis les différentes réformes des années 1990 [5].

1.1.1.3 Le regroupement des professionnels de santé :

L'organisation des soins de premier recours, notamment le niveau et la forme du regroupement des médecins généralistes, dépend de la définition des missions et des acteurs de soins de premier recours. Lorsque la politique de santé publique reconnaît et accorde une place importante aux soins de premier recours et investit dans ce sens, les regroupements de professionnels de santé se forment, s'organisent.

L'importance accordée aux soins de premier recours se traduit par plusieurs aspects.

Le premier aspect est la reconnaissance législative et financière de l'ensemble des composantes des soins de premier recours (prévention, soins curatifs, éducation thérapeutique, intégration dans les programmes de santé publique...)

Le deuxième aspect est la place accordée aux soins de premier recours dans les champs de la recherche et des filières universitaires.

Ainsi on note une nette tendance au regroupement au Québec, Royaume Uni, Suède et Finlande. En effet dans ces pays, la coopération interprofessionnelle est instituée depuis le début des années 2000. En opposition à ces pays, l'exercice libéral isolé ou uni-disciplinaire reste majoritaire en France, en Allemagne, en Belgique et en Italie. [6]

On peut distinguer deux modes d'exercice de groupe :

- **Privé** (Canada, Pays-Bas, Royaume-Uni) : professionnels de santé libéraux indépendants avec modalités de rémunération mixte (acte, capitation, forfait). Il faut noter qu'au Royaume-Uni les libéraux sont liés par contrat aux instances régionales.
- **Public** (Finlande, Suède) : exercice en Centre de santé avec modalité de rémunération financée par les collectivités territoriales soit salariée soit à la capitation. La capitation consiste à rémunérer la structure en fonction du nombre de patients qui y sont inscrits.

On note actuellement une tendance croissante au regroupement des professionnels de santé. [6]

En France, les instances commencent à reconnaître et à financer des actions de coordination, d'éducation thérapeutique et demain, de coopération. Le regroupement des professionnels de santé devient donc clairement utile.

I.1.2 Démographie médicale et paramédicale en France

I.1.2.1 Démographie médicale :

Au 1^{er} janvier 2011, le tableau de l'ordre des médecins recense 264 466 médecins inscrits dont 216 145 actifs et 48 321 retraités. De 1979 à 2010, le nombre de médecins actifs est passé de 112 066 à 216 145 soit une augmentation de +92.9%. Le nombre de médecins retraités a augmenté lui de +613,1 % (1979 : 8776 retraités à 2010 : 48 321 retraités).

En ce qui concerne la Médecine Générale, l'ordre des médecins recense 93394 actifs dont 66 % ont un exercice libéral (59%) ou exercice mixte (7%). On note donc 34% de médecins généralistes salariés. Les femmes représentent 40% des médecins généralistes [7].

En 2010, les jeunes médecins semblent choisir l'exercice libéral (+2,5% de nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre). Les départs en retraite restent néanmoins plus nombreux (+11,2%). Il en résulte une baisse de la démographie médicale qui se poursuit avec surtout un vieillissement des médecins qui s'accroît (moyenne d'âge 51,4 ans) [7].

Au delà de la simple démographie médicale, on constate que les territoires sous dotés en professions médicales présentent également un manque d'effectif des autres professions de santé. [8]

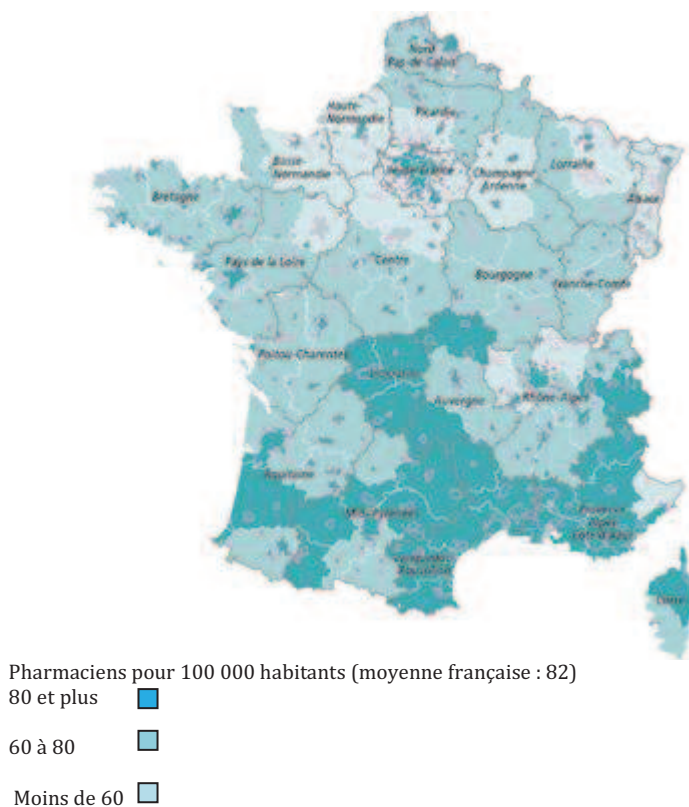
I.1.2.2 Démographie pharmaceutique :

En 2010, on compte 73 259 inscrits à l'ordre des pharmaciens, dont 66% de femmes. La génération la plus représentée est celle des 53/57ans. La moyenne d'âge des inscrits est de 46,2 ans.

Les pharmaciens titulaires d'officine n'ont enregistré que 52 primo-accessions en 2010 contre 100 en 2006. Cependant ces primo-accédants sont pour la plupart âgés de moins de 36 ans. On peut donc en déduire une désaffection relative pour l'installation en officine.

Il faut également noter les nouvelles tendances dans le choix des structures en faveur de l'exercice en association plutôt qu'en nom propre, et le choix croissant de l'exercice en Société d'Exercice Libéral (SEL).

Enfin, nous pouvons conclure que, pour l'instant, la répartition géographique des pharmaciens reste relativement équitable. [9]



1.1.2.3 Démographie infirmière :

En janvier 2010, il y avait 520 000 Infirmières Diplômées d’Etat (IDE) recensées au répertoire ADELI (augmentation de 1.7 en 20 ans). La densité moyenne d’IDE est >800 IDE/100 000 habitants. Cette profession est essentiellement féminine avec 88% de femmes et son âge moyen est stable. En 2006, les infirmiers libéraux représentent 12% des infirmiers.

Il existe une forte inégalité de répartition territoriale avec le classique gradient Nord/Sud en faveur des régions du Sud. Ces inégalités de répartition sont plus importantes pour l’exercice libéral. [10]

1.1.3 Organisation des soins de premier recours en France

Les soins de premier recours restent en France essentiellement organisés en profession libérale en regroupement mono-disciplinaire. L’exercice isolé en cabinet seul qui a longtemps été le mode d’exercice majoritaire tend à diminuer. Le regroupement de médecins généralistes était estimé à 30% dans les années 80, à 39% en 2003 [6]. L’exercice pluridisciplinaire en 2007 ne représentait que 16% des médecins généralistes en cabinet de groupe.

Le système d'organisation des soins de premier recours français est un système professionnel non hiérarchisé. Nous pouvons cependant noter une évolution marquée de ce système depuis les réformes récentes. Il faut souligner, entre autre, la réforme de 2004 qui a placé le médecin traitant au cœur des soins de premier recours. En 2009, par la loi HPST, il apparait une définition des soins de premiers recours. Cette définition législative tend vers un système normatif hiérarchisé sans y parvenir car l'exercice libéral majoritaire et l'accès aux consultations spécialisées en ambulatoire restent présents. La loi HPST reconnaît les missions des médecins généralistes. Cette reconnaissance s'apparente au modèle professionnel hiérarchisé. La création des ARS et l'apparition du Schéma Régional de l'Organisation des Soins ambulatoire (SROS ambulatoire) donne une possibilité d'action à l'échelle régionale avec une possibilité d'adaptation aux besoins de chaque territoire. La politique de santé française aspire ainsi à une réorganisation profonde et pérenne de ses soins de premier recours. [5]

I.1.4 Volonté de travailler autrement.

I.1.4.1 Modification des filières des métiers de la santé et apparitions de nouvelles attentes des professionnels de santé :

I.1.4.1.1 Modification des cursus

Le cursus amenant aux métiers de la santé s'est standardisé aux normes européennes. Chaque semestre du cursus validé vaut 30 crédits européens. Après 6 semestres (180 crédits européens), l'étudiant obtient le niveau de Licence Européenne [11].

Cette modification du cursus permet de créer une filière plus ouverte. Les étudiants peuvent envisager des semestres validants à l'étranger. Ils enrichissent leur expérience et leurs points de vue. Ils apporteront un regard différent sur l'organisation de leur formation voire de leur profession.

Cette modification suscite une ouverture d'esprit chez ces futurs professionnels de santé. Elle facilite les échanges inter-universitaires en intégrant des cursus reconnus par de nombreux pays. Elle encourage la curiosité des étudiants en favorisant l'acquisition d'expérience nouvelle mais aussi le maintien d'une qualité de bilingue (l'anglais en priorité).

L'ouverture de ces filières permettra aux étudiants, qui doivent arrêter leurs études de santé, d'accéder plus facilement à une réorientation. La mise en place des Licence-Master-Doctorat permettra également l'émergence de spécialisation au sein d'une même profession, favorisant ainsi la coopération professionnelle par transfert ou délégation de tâche. Voici 2 exemples :

- L'IDE souhaitant exercer en ambulatoire tout en conservant un travail d'équipe pourra se spécialiser en éducation thérapeutique,...
- La première année de Licence Santé est commune aux médecins, dentistes, kinésithérapeutes, sages-femmes, et pharmaciens. Cette première année d'étude commune est le socle d'un futur travail interprofessionnel. Elle permet aux futurs professionnels un premier contact sur un pied d'égalité.

I.1.4.1.2 Création d'une filière universitaire de médecine générale (FUMG)

En octobre 2006, par arrêté ministériel, la filière universitaire de médecine générale (FUMG) est créée avec une reconnaissance de son enseignement dès le premier cycle d'étude médicale et l'apparition d'un secteur recherche [12].

En 2011 cette FUMG compte 69 Chefs de Clinique des Universités de Médecine Générale (CCU-MG) répartis sur presque toutes les facultés françaises. La rentrée 2011-2012 pourrait voir le premier CCU-MG devenir Maître de Conférence Universitaire de Médecine Générale.

La création de la FUMG a pour corolaire la nécessité de voir apparaître des structures ambulatoires ayant la capacité de relever les missions de recherche, d'enseignement... Ces structures seront reconnues, par la filière universitaire, comme compétentes et avec la capacité d'accueillir de Chefs de Clinique Assistants Ambulatoires (CCAA). [13]

Il devient alors nécessaire de créer des lieux d'exercice en soins primaires permettant d'accueillir les nouveaux CCAA. En effet, ces derniers voient lors exercice scindé en deux parties : médecine générale ambulatoire et secteur de recherche en médecine générale. Il leur faut donc des structures d'exercice en ambulatoire capable d'accueillir un travail libéral à mi-temps.

I.1.4.1.3 Extension des stages ambulatoires :

La première évocation du stage chez le praticien ambulatoire a eu lieu dans la loi de 1972 et les modalités ont été définies en 1974 par le Conseiller FOUGERE. Il a cependant fallu 25 ans environ pour que ce stage entre dans les faits sur l'ensemble du territoire français. Sa mise en application doit beaucoup au Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E) appuyé par le conseil de l'ordre.[14]

Ce stage marque un tournant dans les études de médecine générale car il apporte un enseignement de la médecine générale sur le terrain, reconnu dans le cursus, par la filière universitaire. Le médecin généraliste ayant réalisé ce stage aura une approche pratique de la prise en charge du patient en ambulatoire. Il aura pu également appréhender l'aspect financier, logistique et organisationnel d'un exercice libéral. Le jeune praticien ainsi formé peut alors se projeter dans une optique d'installation peu après ces études et réfléchir au mode d'organisation qu'il souhaite mettre en place pour son exercice.

Dans la même optique, l'extension du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) lors de la 3^{ème} année d'internat et l'apparition d'un stage de découverte de la médecine ambulatoire dès le 2^{ème} cycle sont autant de raisons d'aider les professionnels de santé à repenser leur profession et à concrétiser ses changements. Ils pourront ainsi participer à la formation et aider à susciter des vocations, voir même des installations.

I.1.4.1.4 La nouvelle approche du métier de médecin généraliste

Selon les résultats de l'enquête de l'ISNAR, réalisée pendant l'année 2010 auprès des internes de médecine générale adhérents [15] :

« La médecine générale est un choix majoritairement positif à l'Examen National Classant (ECN). Les internes qui choisissent ce cursus souhaitent majoritairement exercer en ambulatoire. Ils veulent effectuer une période de remplacement préalablement à l'installation pour leur permettre de mieux définir leur projet.

Ces jeunes médecins sont prêts à s'installer en zones moins denses en médecins sous réserve qu'il existe des services dits « de proximité » (tels que postes, écoles...) et qu'il existe une structure de travail organisée de façon à offrir une meilleure qualité de soins et d'exercice (favoriser le temps médical, la coordination...). Les jeunes médecins souhaitent participer à la permanence des soins à condition d'avoir une régulation téléphonique en amont de la garde ambulatoire. Ils souhaitent travailler 4,5 jours par semaine, avec une moyenne d'heures de 9,4 heures/jour. Ils sont prêts à travailler dans différents lieux d'exercice sur une même semaine. »

L'ensemble de ces modifications entraîne une nouvelle vision des soins de premier recours. Il apparaît nécessaire d'accompagner l'ensemble des projets de réorganisation des soins de premier recours, quelque soit l'échelle de réorganisation. Ces professionnels de santé ont pour objectif de voir évoluer leur façon d'exercer.

1.1.4.2 Révolution en cours des soins de premier recours :

Les professionnels de santé se voient attribuer de nouvelles tâches. Leur champ d'action s'élargit. Nous définissons ces nouveaux moyens mis au service des soins de premier recours.

1.1.4.2.1 Coordination des soins et continuité des soins :

Le premier niveau de coordination des soins se situe au sein des professionnels de santé de même exercice. Il convient de s'accorder sur l'organisation du temps de travail, coordonner les plannings de chacun, pour assurer la continuité des soins. L'évolution de l'organisation du temps de travail (moins de jour travaillés mais plus de consultations sur une même journée) permet d'obtenir un temps libéré pour d'autres activités que la rémunération à l'acte. Ces activités peuvent être des temps de formation, d'enseignement, ou de participation à la recherche. Elles peuvent également permettre l'investissement dans des structures représentatives de leur profession que ce soient des structures syndicales ou ordinaires. Enfin ce temps libéré offre la possibilité de pratiquer une activité salariée ou de dégager un temps personnel.

Il est également important de s'entendre sur la pratique, avoir des objectifs de travail communs. La coordination sur la pratique utilise le système d'information, les échanges sur les patients avec prise en charge complexe, la mise au point d'un même discours envers le patient.[16]

Le deuxième niveau de coordination des soins est interprofessionnel. Cette coordination se fait[16] :

- Soit sur un thème commun (ex protocole de prise en charge de patient sous AVK, pouvant faire intervenir laboratoire, IDE, médecin, pharmacien)

- Soit sur un patient commun avec une pathologie complexe, ne pouvant se faire qu'après accord du patient (polypathologie, contexte socio-environnemental difficile)

La coordination des soins est un des piliers de la réorganisation des soins primaires. Elle est un gage de qualité de prise en charge des patients en ambulatoire. Elle reste cependant encore peu développée car elle est très chronophage et actuellement elle ne peut être reconnue et rémunérée qu'après un chemin fastidieux de réalisation de dossiers de demandes de financements à l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre de Contrat Pluri-annuel d'Objectif et de Moyen (CPOM). [16]

Elle reste donc encore le fruit d'un travail réalisé par quelques rares professionnels de santé désireux de réorganiser leur activité professionnelle au service de la qualité des soins.

I.1.4.2.2 [Coopération interprofessionnelle et réappropriation de champ de compétence pour chaque profession de santé:](#)

Ces coopérations nécessitent un accord de l'ARS pour être applicables. Il faut mettre en place un protocole de coopération, faire une demande écrite à l'aide d'un formulaire spécifique. Les protocoles portent sur les transferts d'activités, actes de soins ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. [17-19]

Dans le cadre de la coopération interprofessionnelle, il convient de bien différencier les deux notions suivantes : délégation de tâche et transfert de tâche.

La délégation de tâche consiste à ce qu'un acte, habituellement considéré comme acte médical, soit réalisé par un professionnel paramédical sous couvert de la responsabilité du médecin.

Le transfert de tâche consiste à ce qu'un acte, considéré comme acte médical, soit réalisé par un professionnel paramédical sous sa propre responsabilité.

Si la délégation est une coopération interprofessionnelle répandue, le transfert de tâche n'en est qu'à ses balbutiements. En 2006, le transfert de tâche n'était légal que dans cinq expérimentations (Infirmière experte en hémodialyse, le suivi des patients traités pour une hépatite C par une infirmière experte, coopération entre manipulateur en électroradiologie et médecin radiothérapeute, coopération entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2, collaboration ophtalmologiste et orthoptiste en cabinet de ville). [20]

La coopération interprofessionnelle est rendue possible plus largement depuis l'article 51 de la loi HPST [17]. Cependant, lorsqu'un protocole de coopération est validé, cela influe sur la formation même des professionnels de santé paramédicaux.

I.1.4.2.3 [Evolution des systèmes d'information :](#)

Le système d'information a longtemps été limité au dossier patient manuscrit et au courrier postal. Puis, avec l'apparition de l'outil informatique, on a vu se développer le dossier patient informatique, la feuille de soins électronique avec la carte sesam-vitale,

les mails cryptés. Selon le Dr Pierre DE HAAS [16], le nouveau système d'information a donc plusieurs objectifs :

- Objectif pour le patient : tenir à jour son dossier, permettre un système d'alerte pour les relances pour la prévention (les dépistages, la vaccination...), dossier accessible en partie ou dans son intégralité pour tous les professionnels de santé en charge du patient au sein d'une même structure ou sur un même territoire. Cet objectif est réalisable depuis l'été 2011 [21], avec l'accord du patient, sauf pour les pharmaciens.
- Objectif de comptabilité et traçabilité de la prise en charge sécurité sociale.
- Objectif statistique : capacité d'extraction de données pour réaliser des évaluations épidémiologiques sur la population soignée ou ses besoins, pour réaliser une évaluation de sa pratique afin d'obtenir les résultats par rapports aux objectifs de soins fixés.[16]

Le système d'information actuel est en plein développement. Les textes de loi ont longtemps été opposés à ce système de partage de données. Devant le vote de la loi «Fourcade », les textes ouvrent les champs du possible. Les positions ordinales évoluent dans le sillage de cette avancée législative. Toujours avec l'accord du patient, le partage interprofessionnel de l'information devient possible. Par cette communication autorisée, la coopération interprofessionnelle peut enfin prendre forme dans l'organisation des soins de premier recours.

En parallèle, le Dossier Médical Personnel (DMP) est redéfini mais n'est pas encore en application. Ce dossier patient unique se voudra accessible à différents niveaux de lecture en fonction du professionnel de santé qui y a accès et toujours après accord du patient.

1.1.4.2.4 Nouveaux modes de rémunération (NMR) :

Actuellement, l'activité libérale en soins de premier recours est essentiellement rémunérée à l'acte. Pour les médecins, il existe déjà d'autres modes de rémunération qui restent minoritaires (<10% des recettes). Ce sont les rémunérations forfaitaires des Affections Longues Durées (ALD), forfait de garde ou d'astreinte, forfait informatisation carte vitale.

Après la modification de la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2008, l'expérimentation des NMR a été proposée début 2010 à 6 départements pilotes. L'expérimentation durera 3 ans de 2010 à 2013.[16]

Devant l'engouement des professionnels de santé et l'enjeu sur la réorganisation des soins de premier recours, cette expérimentation a été ouverte dès mi 2010, à l'ensemble du territoire français. Il faut noter que les NMR sont accessibles aux professionnels de santé d'un même territoire, après acceptation de dossier par l'ARS. Les dotations des NMR sont en partie calculées sur le nombre de patients inscrits par contrat « médecin traitant ». Elles sont une rémunération interprofessionnelle. Les sommes allouées sont forfaitaires. Elles n'imposent pas de modalités précises dans leur utilisation. Cependant elles varient de l'objectif de santé atteint.

Les NMR comportent plusieurs modules [16] :

1^{er} module : indemnité du temps de coordination au sein de la structure

- 2^{ème} module : financement des « nouveaux services » tels que l'éducation thérapeutique.
- 3^{ème} module : rémunération de la coopération interprofessionnelle
- 4^{ème} module : rémunérations forfaitaires telle que la capitation pour des pathologies chroniques (obligation d'un document de synthèse par patient à l'appui)

Il convient de préciser qu'actuellement seuls les 2 premiers modules sont financés.

I.1.5 Rappels des concepts actuels

Les concepts définissent les différentes structures organisationnelles et juridiques existantes

I.1.5.1 Structures organisationnelles :

I.1.5.1.1 Exercice seul :

Un seul professionnel de santé exerçant son activité dans son cabinet libéral

I.1.5.1.2 Regroupement unidisciplinaire

Plusieurs professionnels de santé de même discipline installés dans un même lieu. Ce type d'organisation peut être un début de coordination entre professionnel de santé ou simplement une organisation immobilière sans réelle coordination de la pratique ni même organisation de la continuité des soins.

I.1.5.1.3 Equipe de soins de premier recours sans les murs

Ce sont des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, qui décident de monter un projet de santé. Ils ont une volonté de coordination et coopération sans pour autant exercer dans les mêmes murs. Ils doivent remplir les mêmes conditions que la MSP pour avoir droit aux financements publics. [22] Ces conditions seront décrites dans le paragraphe MSP ci après.

I.1.5.1.4 Pôle de Santé Pluridisciplinaire (PSP)

La notion de pôle de santé est aujourd'hui définie par la loi (article 40 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009 pour donner l'article L. 6323-4 du Code de Santé Publique). Un PSP est constitué « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale » [22]. Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Il se dessine dans cette définition, des regroupements d'organisation des soins territoriaux de plusieurs formes.

L'ancienne définition qui convenait d'appeler pôle de santé, des équipes de soins de premier recours hors les murs est donc passée d'usage.

I.1.5.1.5 Centre de Santé :

Un centre de santé est un lieu de soins de proximité où se soignent tous ceux qui le souhaitent. Les professionnels de santé y sont salariés et forment une équipe pluri-professionnelle variant selon les sites (médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, psychothérapeutes, assistants sociaux). L'objectif des centres de santé est d'être un lieu accessible à tous sur des horaires élargis. Ils dispensent des soins coordonnés permettant une prise en charge globale de la santé des patients. Ces centres proposent donc des actions d'éducation thérapeutique et sanitaire, la prévention, le dépistage et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les centres de santé s'inscrivent dans la continuité des dispensaires. Il existe une douzaine de centres gestionnaires tels que la Croix Rouge Française (CRF), l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), la Fédération Nationale des Centres de Santé...[23]

Ces centres ne sont cependant parfois ouverts qu'à certains régimes. Pour exemple, les centres de santé du Nord ne sont ouverts qu'aux ouvriers des mines et n'offrent pas un accès pour tous. Le montage financier de ces centres peut être précaire.

I.1.5.1.6 Maison de Santé Pluridisciplinaire, MSP :

Une maison de santé est un lieu où exerce une équipe de soins de premier recours comportant différentes professions de santé. Pour obtenir des financements publics, elle doit être composée d'au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Elle peut être signataire d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec l'ARS signifiant l'engagement de service public de la MSP. Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population du territoire qu'ils ont préalablement défini. Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluridisciplinaires ou Maisons de Santé Pluri-Professionnelles favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles. En effet, pour obtenir les financements publics, il faut prouver aux institutions la volonté des professionnels de s'investir dans la santé populationnelle et sortir de la simple fonction de soignant. [16, 22]

Depuis la Loi « Fourcade »[21], le concept de « Maison de Santé Pluridisciplinaire» réunit sous un même terme l'ensemble des regroupements pluridisciplinaires construits autour d'un projet de santé. Il englobe ainsi les termes de « Pôle de Santé », « Equipe de soins de premiers recours hors les murs », ainsi que le concept de « Maison de Santé Pluridisciplinaire ». Ceci relègue au second plan l'architecture et les moyens mis en œuvre. L'élément fondateur, reconnu par la législation, est le projet de santé au service du territoire sur lequel évoluent les professionnels de santé.

I.1.5.2 Structures juridiques :

I.1.5.2.1 Société Civile Immobilière SCI

La SCI, société civile immobilière a été introduite en 1867 et n'a qu'un but : la gestion de patrimoines immobiliers. Elle ne peut avoir aucune activité commerciale. Cependant, elle peut acheter des biens, et les revendre quelques années plus tard sans pour autant en faire un commerce. Elle peut louer non meublé les locaux et appartements dont elle est propriétaire, sans pour autant que ces opérations soient considérées comme "commerciales". Bien au contraire, la location entre dans le champ d'attribution des prérogatives autorisées de la SCI. En revanche, louer en meublé (*type : locations pour des vacances de demi journée, etc...*) est considéré comme étant une activité commerciale, donc, non possible par une SCI, si le chiffre d'affaires généré par ces locations meublées dépassent 10 % du chiffre d'affaires de la société. [24]

I.1.5.2.2 Association loi 1901 :

L'association loi 1901 est un groupe de personnes physiques ou morales réunissant leurs connaissances. Les membres de l'association, en échange de leur cotisation annuelle, se réunissent pour une certaine durée "dans un but autre que de partager des bénéfices". Cette structure laisse une grande liberté dans l'objet et le but que peuvent poursuivre les individus qui s'associent à ce contrat. Il existe une possibilité qu'une association puisse réaliser des bénéfices et exercer une activité économique, mais elle ne peut distribuer ses bénéfices de quelque manière que ce soit.

I.1.5.2.3 Société Civile de Moyen SCM :

L'objet de la SCM est de faciliter pour chacun de ses membres l'exercice de son activité professionnelle par la mise en commun des moyens utiles à l'exercice de leur profession (prestation de services ou fourniture de moyens tels que locaux, matériel, personnel). Ses avantages sont la limitation des coûts de l'activité professionnelle et l'obtention plus aisée de financement de ces moyens.

La SCM ne peut avoir de capitaux propres, le financement des services mis en commun par les professionnels doit se faire par remboursement au moyen de contribution au frais communs dont la répartition entre les membres est définie au sein de la SCM.

Ces remboursements sont ensuite déductibles des impôts des différents associés au titre des dépenses engagées pour l'exercice de leur profession.

I.1.5.2.4 Société Civile Professionnelle SCP :

Dans ce type d'entité, les associés font masse commune des frais et des honoraires. Des statuts et un règlement intérieur sont rédigés et soumis à l'approbation de l'Ordre compétent. C'est la société qui encaisse les recettes et règle les dépenses, les associés se partageant le bénéfice restant. L'entité tient une comptabilité recettes/dépenses. Elle établit chaque année une déclaration fiscale, toutefois elle n'acquies pas d'impôt, celui-ci étant payé par chaque associé en fonction de la partie de

bénéfice qui lui est allouée. Chaque associé acquitte ses charges sociales personnelles et déduit celles-ci directement de sa déclaration Bénéfices Non Commerciaux (BNC). Chaque associé ne peut exercer qu'en un seul lieu. [25]

I.1.5.2.5 Groupement de Coopération Sanitaire GCS [26] ou Groupement de Coopération Sanitaire et Médicosocial GCSMS

Le GCS est une structure créée pour permettre de gérer, pour le compte de ses membres, des équipements lourds d'intérêt commun. (Structure inspirée du GIE Groupement d'intérêt économique qui n'est accessible qu'aux centres hospitaliers publics). Elle présente, entre autre, deux avantages : gérer des plateaux techniques, mais aussi, l'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux, salariés ou libéraux, dans les établissements publics ou privés membres. Elle permet également, à ses membres, des rémunérations forfaitaires dans le cadre d'actions de prévention réalisées par plusieurs membres du GCS. Il faut cependant noter que le GCS doit inclure un établissement de santé, public ou privé à but non lucratif, dans la coopération, mais ne peut associer les deux en même temps. [26]

I.1.5.2.6 SELARL Société d'exercice libérale à responsabilité limitée

Elle permet à des membres d'une même profession libérale (avocats, médecins etc.) d'exercer leur activité en commun sous la forme d'une SARL. Le médecin est alors salarié de la société. Dans la pratique la SELARL présente les avantages suivants :

- Choisir et mixer sa rémunération professionnelle entre rémunération et dividendes, suivant son taux d'imposition.
- Constituer un patrimoine professionnel indépendant du patrimoine personnel.
- Faire appel à des capitaux extérieurs sans perdre son indépendance.
- Lisser la répartition des bénéfices sur l'année et choisir entre distribution et mise en réserves des bénéfices
- Donner la possibilité de céder son patrimoine professionnel en une ou plusieurs fois.

Il est possible de créer une SELARL unipersonnelle.

I.1.5.2.7 SISA Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires [21]

L'objectif des SISA est de regrouper des professionnels qui exercent des activités différentes, de percevoir des fonds publics, de facturer certains actes à l'Assurance-Maladie. Ce nouveau cadre juridique a été conçu pour simplifier les montages juridiques des regroupements pluridisciplinaires. Ceux-ci devaient jusqu'alors combiner différents statuts juridiques. L'espoir donné par les SISA est de simplifier le montage juridique.

Des SISA peuvent être créés entre « *personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien titulaire d'une licence de pharmacie* ». Elles permettent « *la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité de chacun des associés* », et « *l'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé relevant de leurs professions respectives* ».

Ce cadre a été rendu nécessaire notamment dans le cadre des NMR. En effet les associations loi 1901, structure de gouvernance ne peuvent devenir une structure de répartition de rémunérations entre ses membres.

I.2 Contexte régional

I.2.1 Cadre démographique de la région

La population haut-normande représente 2,8% de la population française. Cette population devrait croître de plus de 2% d'ici 2030 selon les projections de l'INSEE. Cette croissance de la population est plus faible que celle de la France mais elle s'inscrit dans un territoire sous doté en offre de soin. Les indicateurs sociaux et les indicateurs de mortalité sont plus défavorables que ceux de la moyenne nationale.

Comparativement aux autres régions métropolitaines, la Haute Normandie se situe en 20^{ème} position en termes de densité médicale. Les médecins de plus de 60 ans représentent près de 14% de l'ensemble des médecins hauts-normands. On recense 2310 médecins généralistes hauts normands, dont 595 dans l'Eure. La part des médecins de plus de 55 ans représente 37% dans le département de l'Eure contre 32% en Seine Maritime. Ce vieillissement des médecins est vrai pour la médecine générale mais aussi pour les autres spécialités. L'accès aux soins est plus particulièrement préoccupant dans le département de l'Eure, avec notamment des difficultés d'accès aux spécialités telles que la psychiatrie ou l'hépatogastro-entérologie.[8]

Pour palier cette pénurie, le nombre de postes ouverts au numérus clausus a été augmenté. La région perd cependant un nombre non négligeable de ses diplômés. Le nombre de postes d'assistantat a donc été augmenté en 2009, pour tenter ainsi de garder les jeunes diplômés dans la région.

I.2.2 Présentation de l'ARIM et des formateurs des « Ateliers de l'ARIM »

Le principe des « ateliers de l'ARIM » est une formation permettant aux professionnels de santé d'approfondir la représentation qu'ils se font de leur projet de regroupement et ainsi de mieux le porter.

L'ARIM, née à l'Union Régionale des Médecins libéraux de Haute-Normandie (URML-HN) par volonté politique, est une commission qui propose un accompagnement aux professionnels de santé dans leur projet de regroupement.

La section ARIM est composée d'un groupe de médecins en exercice, formés à l'accompagnement par financement URML et URCAM par dotation de Fond d'Intervention et de Coordination pour la Qualité des Soins (FIQCS). Actuellement ces médecins sont au nombre de cinq. Ils sont épaulés par le directeur médical de l'URML-HN. L'URML-HN a été restructurée fin 2010 en Union Régionale des Professionnels de Santé section médecin (URPS-médecin).

L'ARIM présente une section « ARIM conseil » permettant un accompagnement individualisé et une section formation « les Ateliers de l'ARIM » permettant un accompagnement en groupe.

La section conseil a pour objectif d'aider les professionnels de santé à faire un état des lieux de leur projet sous ses différents aspects. Elle aide à définir les avancées réalisées et les éventuelles difficultés qui peuvent être rencontrées. Elle espère ainsi éviter l'épuisement des porteurs de projet.

La formation « Ateliers de l'ARIM » a pour objectif de réunir plusieurs porteurs de projet d'une même région pour leur apporter des informations autour de la thématique du regroupement et pour créer des liens entre eux.

Les caractéristiques de fonctionnement de l'ARIM sont :

- L'ARIM est financée par l'URML et l'ARS par le biais du FIQCS (Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).
- Un des points forts de l'ARIM est d'être constituée de professionnels de santé en activité libérale, n'appartenant pas à d'éventuels organismes financeurs. Ces organismes financeurs pouvant être des organismes publics (ARS ou collectivités territoriales) ou organismes privés à but lucratif. Cette indépendance garantit un avis le plus objectif possible, avec un minimum de conflit d'intérêts.
- L'ARIM accompagne tout type de projet quelque soit sa localisation, le nombre de professionnels de santé, le caractère mono ou pluridisciplinaire, l'avancée du projet.
- L'ARIM n'intervient que sur demande des professionnels de santé eux mêmes, un projet de santé ne pouvant se réaliser que si les professionnels de santé s'y impliquent.
- L'ARIM conseille sur la réalisation de projet de regroupement de professionnel de santé. Ce rôle de conseil doit permettre de faciliter les démarches des porteurs de projets par différents moyens :
 - Mise à disposition d'une boîte à outils disponible sur le site internet réalisé par le directeur médicale de l'URPS-HN : **www.arimhn.org**
Ces outils peuvent être de sources diverses : derniers textes de loi avec les conditions nécessaires à remplir pour porter le titre de MSP, dernières normes architecturales à remplir sur un nouveau cabinet, conditions d'accessions aux aides de financements par ARS, Conseil Régional ou Général, etc.
 - La section conseil : accompagnement individuel pour un conseil adapté aux caractéristiques propres à chaque projet de regroupement.

- La formation des « Ateliers de l'ARIM » : accompagnement en groupe sur un cycle réparti sur un an, pouvant être prolongé selon les besoins de conseil ressentis par les participants aux ateliers.

La formation «Ateliers de l'ARIM » a donc pour objectif de réunir plusieurs porteurs de projet. Elle permet ainsi de préciser la représentation que se fait le porteur de projet de son propre projet. Le projet est exposé à l'ensemble du groupe qui apporte un point de vue différent de celui du porteur de projet. Les « Ateliers de l'ARIM » espèrent ainsi que les porteurs de projet aient une vision d'ensemble plus objective et exhaustive de leur projet.

Par les échanges d'expériences et par l'appui d'experts, le porteur de projet se sent plus légitime dans son action. Fort des informations complémentaires, il acquiert *vis-à-vis* des protagonistes de son projet une légitimité plus grande en tant que « leader ».

Enfin, la mise en relation de différents porteurs de projet évoluant sur un même territoire permet de créer une fédération des porteurs de projet. Ces « leaders » sortent ainsi d'un isolement ressenti lorsqu'on porte ce type de projet. L'ARIM espère ainsi apporter une réponse à un éventuel épuisement de ces professionnels de santé qui portent ces projets en sus de leur profession libérale.

L'ARIM a été créée dans un contexte de réorganisation de soins de premier recours. Elle veut donner, aux professionnels de santé libéraux, l'outil indispensable pour leur permettre d'être les acteurs principaux de la réorganisation de leur profession.

I.2.3 Motivations pour mettre en place cette formation.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, le contexte démographique des professions de santé en Haute-Normandie est inquiétant surtout lorsqu'on regarde le territoire à l'échelle des bassins de vie. En effet, certains territoires présentent ou vont présenter à court terme une pénurie de soignants de premier recours.

Cependant cette formation a surtout été motivée par une volonté d'accompagner les professionnels de santé dans leur réflexion sur leur métier. L'objectif est de donner aux professionnels de santé qui le souhaitent, les moyens de réorganiser leur travail, d'améliorer leur exercice, de s'ouvrir à de nouveaux champs tels que le recueil de données épidémiologiques, la coopération interprofessionnelle, etc...

Il faut repenser l'organisation des soins de premier recours à l'échelle des bassins de vie. L'importance est de créer un véritable maillage territorial en plaçant le patient et le projet de santé au cœur des professions de santé de premier recours. Les soins de premier recours ainsi organisés pourront pleinement remplir le rôle qui leur est proposé : le pivot du système de santé.

Des projets proposés par les professionnels de santé du territoire existent, l'ARIM souhaite leur apporter un soutien durable. Ce soutien sera poursuivi pour les projets se concrétisant par l'association FORTSPRO 276 (Fédération des organisations territoriales de soins de proximité en Haute Normandie) créée en 2010 et appartenant à la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS).

II. Présentation de l'étude

II.1 Justifications

Nombres de formation, à l'intention des professionnels de santé, de type « Séminaires » voient le jour depuis quelques années. Ce besoin est né de la volonté des professionnels de santé libéraux de faire évoluer les moyens et les objectifs de leur pratique. Il a été renforcé par la loi HPST et les décrets qui l'ont suivie, signant ainsi la volonté politique et institutionnelle de réorganisation des soins de premier recours.

La formation des « Ateliers de l'ARIM » se présente sous une forme nouvelle de par son organisation en 6 matinées réparties sur 1 année.

Il apparaissait intéressant de présenter cette formation novatrice et de l'évaluer par le recueil du ressenti des participants.

II.2 Objectif :

L'objectif de cette étude est d'évaluer une formation proposée aux professionnels de santé investis dans l'organisation territoriale de leur profession.

II.3 Hypothèses :

- La formation apporte des informations précises, nécessaires à la réalisation d'un projet de regroupement.
- La formation participe à la modification, chez les participants, de leur représentation du projet et de leur rôle dans ce projet.
- La formation renforce la légitimité du participant dans son action.
- La formation permet de rompre le sentiment d'isolement ressenti lorsque l'on porte un tel projet.

III. Description de la formation

III.1 Description des participants.

Il est important de préciser la population de professionnels de santé qui a été contactée pour participer à ses ateliers. En effet, préalablement à la formation, la communication pour informer les professionnels de santé s'est faite par contact téléphonique et par mail.

Par contact téléphonique : L'ARIM a utilisé le recensement des demandes de FIQCS de l'année 2009. Elle a contacté les personnes définies comme porteur de projet de ces demandes FIQCS. Ces personnes pouvaient être des maires, des communautés de communes, des professionnels de santé. A chaque appel, il était demandé l'état d'avancement du projet. Lorsque le projet était une volonté politique, l'identification du professionnel de santé pressenti comme porteur de projet a été demandé. Ce professionnel de santé était ensuite contacté pour lui proposer la formation. Il y a eu 32 projets contactés.

Par contact mail : L'ARIM a envoyé l'invitation à participer à cette formation par l'intermédiaire des listes de diffusion de REGJHN (Syndicat des médecins Remplaçants Généralistes et Jeunes Installés Hauts Normands, lien avec RéAGIR) et du SIREHN (Syndicats des internes de médecine générale Haut normand, lien avec ISNAR).

Au total, 17 personnes ont participé à ces ateliers. Ils n'étaient pas présents à tous les ateliers.

Il y avait 7 femmes, 10 hommes. La tranche d'âge la plus représentée est 30-45 ans. Il n'y a qu'un seul participant de moins de 30 ans.

III.2 Description des « Ateliers de l'ARIM »

III.2.1 Préparation des ateliers

Préalablement à chaque atelier, les accompagnateurs ARIM se réunissent afin de préparer l'atelier. Lors de cette réunion de préparation, le thème est précisé, les objectifs définis et la méthode de formation est décidée (photolangage, « brainstorming », méta-plan, ...) ainsi que le déroulé de l'atelier.

Le temps imparti à chaque tâche est précisément défini ainsi que le rôle de chaque accompagnateur ARIM (animateur, organisateur, rapporteur...)

Les experts sont listés puis contactés dans un second temps. Ils apporteront une validité complémentaire aux informations délivrées lors de l'atelier. Ces experts se trouvent être des interlocuteurs potentiels pour les porteurs de projet de regroupement de professionnels de santé. L'ARIM souhaite ainsi établir une communication entre les porteurs de projet et leurs interlocuteurs futurs. Cette communication pourra permettre une meilleure adéquation entre les attentes de chacun.

Pour certains ateliers, un travail préparatoire en amont de l'atelier est demandé aux participants. Ce travail doit permettre un début de réflexion sur le sujet de l'atelier. Le porteur de projet participant aura alors une plus grande facilité à communiquer et à enrichir son projet lors des travaux en petits groupes. (ANNEXE 6 : Exemple de préparation d'un atelier, préparation de l'atelier n°4)

III.2.2 Déroulement type d'un atelier

Les ateliers se déroulent au sein des locaux de l'URPS-médecin (ex URML). Ils se déroulent le samedi matin.

Ils débutent toujours par un petit-déjeuner favorisant les échanges informels entre les participants.

La séance est introduite par un résumé des séances précédentes et un rappel des messages forts à retenir.

Ensuite, les animateurs réalisent un tour de table avec présentation de chacun des participants ainsi que de leur projet. Cette présentation permet une première connaissance de l'ensemble des participants à chaque atelier. Elle permet également aux nouveaux participants de s'intégrer plus facilement dans le groupe car chaque membre du groupe est présenté de façon systématique. Enfin, elle donne l'occasion d'une première entrée en communication de l'individu avec le groupe. Ceci permet d'initier un des objectifs principal de cette formation, la dynamique de groupe et la communication.

L'atelier se poursuit par une réflexion en petit groupe de 3 à 4 personnes puis par un retour des réflexions de chaque groupe en plénière. Lors de celle-ci, les experts ainsi que les animateurs interviennent. Le travail se termine par un exposé récapitulatif de la séance, réalisé par l'expert ou par l'animateur.

Les réflexions se poursuivent de manière informelle au moment du repas.

III.2.3 Description du contenu de chaque atelier

La suite des thèmes des six ateliers a été pensée pour suivre le schéma logique d'un montage de projet.

III.2.3.1 Atelier n°1 : LE PROJET ET SON ENVIRONNEMENT (23 janvier 2010)

Justification du thème :

L'environnement dans lequel s'intègre le projet est la première réflexion nécessaire à tout montage de projet. Le projet doit apporter une organisation en réponse aux besoins de cet environnement. Il est donc logique que ce thème soit le premier abordé.

10 participants, 8 projets (2 IMG, 1 MG remplaçant, 2 pharmaciens, 1 orthoptiste et 4 MG)

Experts :

Un représentant du Conseil Général
Deux représentants de l'URCAM dont le responsable FIQCS.

Animateurs, organisateurs :

3 médecins formateurs, le directeur médical de l'URML-HN
L'interne pour son travail de thèse

Méthode employée :

« brainstorming » et Cartographie

Thèmes développés :

- L'environnement professionnel
- L'environnement socio-démographique
- L'environnement géographique
- L'environnement politique
- L'environnement institutionnel

III.2.3.2 Atelier n°2 : LES PROJETS PROFESSIONNELS ET PROJETS DE SANTÉ (20 mars 2010)

Justification du thème :

Dans la suite de l'environnement, les projets de santé et professionnels sont deux éléments indispensables à définir. Ils déterminent les moyens à mettre en œuvre par la suite pour réaliser le projet. Ils sont la clé de voûte de tout projet de regroupement ou même de travail en commun de plusieurs professionnels de santé.

10 participants, 8 projets (2 IMG, 1 MG remplaçant, 2 pharmaciens, 1 orthoptiste et 4 MG)

Experts :

- Une représentante de la section URCAM
- Un représentant URCAM

Animateurs, organisateurs :

- 5 médecins formateurs et le directeur médical de l'IRPS-HN.
- Une interne, pour son travail de thèse.

Méthode employée :

- Exercice sur métaplan

Thèmes abordés :

- Missions de la structure : projet de santé
- Moyens mis en œuvre au sein de la structure : projet professionnel
- Réflexion sur les moyens à mettre en place sur des missions concrètes telles que la prévention et le suivi du diabète, soins palliatifs et maintien à domicile, etc...

III.2.3.3 Atelier n°3 : COMMUNIQUER ENTRE PROFESSIONNELS (24 avril 2010)

Justification :

La communication au sein du projet est un élément nécessaire à la cohésion du groupe et donc à la pérennité du projet. Penser un projet à plusieurs implique de connaître les difficultés que l'on peut rencontrer en communication. Faire travailler plusieurs professionnels de santé n'exerçant pas la même profession rend cette communication encore plus complexe si elle n'est pas posée comme une « brique »

indispensable au projet. On ne peut monter un projet que si chacun peut participer à sa réalisation en faisant part de son point de vue.

12 participants (1 IMG, 1 orthoptiste, 2 pharmaciens, 1 diététicienne, 7 MG)

Expert :

Le Vice-président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime.

Animateurs, organisateurs :

4 médecins formateurs et le directeur médical de l'URPS-médecin.
Une interne, pour son travail de thèse.

Méthode employée :

Travail sur photolangage.

Thèmes abordés :

- la diversité de perception et du vécu de chacun face à la problématique de la communication interprofessionnelle.
- les besoins en communication interprofessionnelle et les outils nécessaires.
- les limites légales de la communication interprofessionnelle.

III.2.3.4 Atelier n°4 : VOLETS JURIDIQUE ET COMPTABLE (12 juin 2010)

Justification :

Les volets juridique et comptable doivent être abordés dans un second temps. Ils sont les moyens à mettre en place au service du projet. Ils ne peuvent donc être réfléchis qu'après avoir défini les projets de santé et professionnel. Chaque professionnel de santé doit savoir ce qu'il accepte de mettre en œuvre pour réaliser son projet. Ce volet doit donc être envisagé lorsque le projet est défini et que la communication entre tous les professionnels de santé est libre.

8 participants (1 diététicienne, 1 orthoptiste, 2 pharmaciens, 4 MG) 6 projets

Experts :

Une avocate fiscaliste
Un expert comptable

Animateurs, organisateurs :

4 médecins formateurs, le directeur médical de l'URPS-Médecin
Une interne pour sa thèse.

Méthode employée :

Réflexion sur les projets présents et sur cas fictifs.

Thèmes abordés :

- Choisir la structure juridique la plus appropriée au projet envisagé.
- Définir une répartition budgétaire des postes adaptée à la structure et restant simple.

III.2.3.5 Atelier n° 5 : VOLET ARCHITECTURAL (9 octobre 2010)

Justification :

La réflexion sur l'architecture du projet, au même titre que la réflexion sur le volet juridique et comptable, se réalise après avoir posé les bases du projet. C'est un moyen au service du projet.

7 participants, (1 diététicienne, 1 orthoptiste, 2 pharmaciens, 3MG)

1 projet accompagné par son architecte et son maire.

Expert :

Un conducteur d'opération (assistant le maître d'ouvrage) au sein du bureau EAD.

Animateurs/organiseurs :

4 médecins formateurs, le directeur médical de l'URPS-médecin.

Une interne, pour son travail de thèse.

Méthode employée :

Travail de réflexion de groupe

Thèmes abordés :

- Définition de l'ensemble des intervenants sur un projet architectural
- Réflexion sur l'aménagement interne et sur les flux de personnes au sein de la structure, avec ou sans les murs.

III.2.3.6 Atelier n°6 : PROMOUVOIR SON PROJET (26 mars 2011)

Justification :

Ce thème est le thème final de ses ateliers. La promotion d'un projet ne prend forme qu'une fois le projet bien défini. Pour le présenter, il faut en avoir précisé chaque aspect. L'interlocuteur doit être convaincu que le projet est viable, que tous ses aspects sont connus et réfléchis. Par ce thème, la formation se termine mais ouvre le champ des possibles au participant.

5 participants, 5 projets (1 orthoptiste, 4 MG) 1 projet accompagné par son maire.

Animateurs/organiseurs :

3 médecins formateurs, le directeur médical de l'URPS-médecin

Une interne, pour son travail de thèse.

Méthode employée :

Jeu de rôle.

Thèmes abordés :

- Nécessité de préparer sa réunion, de connaître son sujet et son auditoire.
- La pyramide de MASLOW pour optimiser le management. L'objectif de cette pyramide est de savoir à quel stade se situe son interlocuteur afin d'adapter le discours et les attentes.

IV. Méthode de l'étude

IV.1 Etude qualitative : choix de l'entretien semi directif

L'accompagnement des professionnels de santé porteur de projet de regroupement sous forme d'ateliers en groupe, espacés dans le temps est un outil nouveau.

Il existe peu de données sur le ressenti des porteurs de projet (leurs attentes et leurs craintes) ainsi que sur ce qui les a motivés à participer à une formation. Dans ce contexte, la méthode sociologique de l'entretien semi directif à caractère principal semble la plus appropriée.[27] Des hypothèses initiales sont posées. Elles pourront être modifiées pendant l'étude si l'observation amène de nouvelles données [27, 28]. L'objectif est de faire apparaître des points de vue et ressenti (recensement de thèmes) propres aux participants de ces ateliers afin d'améliorer le service rendu par les structures d'accompagnement telle que l'ARIM. La méthode qualitative cherche à recueillir l'information pour illustrer des propos, l'objectif n'est pas de mesurer ou quantifier. Ce type d'étude ne recherche pas la représentativité. L'un des critères de qualité est la cohérence dans le corpus.

Dans notre étude, nous souhaitons analyser comment les professionnels de santé ont été aidés par la formation des « ateliers de l'ARIM », recueillir leur ressenti *vis-à-vis* de cette formation à l'issue des 6 ateliers. Les participants aux ateliers forment un petit groupe ne pouvant permettre d'obtenir qu'un petit corpus. Ce n'est donc pas approprié pour une étude quantitative. Ainsi l'entretien semi directif nous a semblé la méthode la plus adaptée à cette recherche.

IV.2 Déroulement des entretiens semi directs

Les 13 entretiens se sont déroulés de mai à juillet 2011. Un entretien dure, en moyenne, 30 minutes (min) avec 2 entretiens <15 min et 2 entretiens >45 min.

Les entretiens ont eu lieu, pour la majorité, sur le lieu de travail du professionnel de santé. Seuls trois entretiens (entretiens n°8, n°9 et n°11) ont eu lieu au domicile personnel du participant. Dans ces lieux sans foule, il a été ainsi plus simple d'aborder le ressenti et le vécu. Il faut noter que l'entretien n°2 s'est déroulé au moment du repas, rendant l'interviewé un peu moins disponible et attentif. Deux participants ont participé au même entretien (n°10) pour des raisons de facilité d'organisation. Ces deux participants sont en couple et travaillent au sein d'une même structure.

Les entretiens sont réalisés à l'aide de la grille d'entretien (Annexe). Cette grille d'entretien est modulable en fonction des premiers entretiens. S'il apparaît un thème récurrent non prévu dans la grille, ce thème peut être intégré à la grille [29]. Des relances peuvent être faites sous forme de reformulation (en reprenant en écho l'idée émise afin de compléter l'information) ou sous forme de question pour poser les thèmes à aborder [27]. Ces entretiens sont intégralement enregistrés pour contrôler la qualité d'interprétation des données[28].

IV.3 Population cible

Le choix des interviewés était prédéfini par la participation aux ateliers. Ce mode d'accès indirect présente l'avantage de rendre les interviewés plus disponible car plus impliqués [27]. Cependant, cet accès, *via* la demande par la structure ARIM enlève une neutralité de l'enquêteur préférable dans ce type d'entretien.

Sur les 17 participants, 14 ont accepté de réaliser un entretien à la fin de la formation. Le 17^{ème} participant n'a pas été contacté car il n'a réalisé qu'une partie du dernier atelier.

IV.4 Grille d'entretien (annexe 2)

IV.5 Méthode d'analyse des entretiens :

Nous choisissons de réaliser une méthode d'analyse thématique. Chaque entretien est intégralement retranscrit et tous forment ainsi le « corpus ». Une lecture des premiers entretiens permet de recenser les « codes » à partir des citations. Ces codes sont ensuite classés par « thème », thème que l'on peut retrouver dans la grille d'entretien [30]. En effet, l'identification des thèmes et la construction d'une grille d'analyse s'effectuent à partir des hypothèses descriptives de la recherche. Les thèmes et codes permettent donc de réaliser la grille d'analyse [27]. Les autres textes du corpus seront lus avec cette grille d'analyse. La grille d'analyse peut s'enrichir de nouveaux codes voire de nouveaux thèmes. Il convient alors de relire l'ensemble du corpus avec la grille d'analyse définitive pour n'omettre aucun code dans chaque élément du corpus.

V. Résultats et Analyse

V.1 Motivations :

Définition :

« Ce qui motive, explique, justifie une action quelconque. » [31]

« La motivation est, dans un organisme vivant, la composante ou le processus qui règle son engagement pour une activité précise. Elle en détermine le déclenchement dans une certaine direction avec l'intensité souhaitée et en assure la prolongation jusqu'à l'aboutissement ou l'interruption. Cette notion se distingue du dynamisme, de l'énergie ou du fait d'être actif. La motivation prend de nos jours une place de premier plan dans une organisation. » [32]

V.1.1 Une formation en écho à l'actualité du professionnel :

Cette motivation est retrouvée dans la plupart des entretiens. Parfois même, elle est la seule motivation proposée. En effet, l'attractivité de cette formation est réelle si elle fait écho à ce que vivent les professionnels de santé. Ils se sentent ainsi concernés.

Proposée au moment opportun de leur histoire, elle apporte des réponses aux problèmes auxquels ils sont confrontés. Changer son cadre ou son mode d'exercice professionnel génère des interrogations, que cela soit pour un déménagement, pour un regroupement de professionnels de santé ou pour une rénovation de local. Leur motivation se nourrit donc en priorité de leur nécessité actuelle de répondre à leurs interrogations.

« ...au niveau timing, tout c'est bien déroulé et le 1^{er} atelier, vraiment c'était dans l'air... »E5

« Pour moi, c'était un atelier [une formation] qui était extrêmement pertinent, qui est arrivé au bon moment... » E5

« Parce qu'il y avait le déménagement en vue, qu'on allait aller dans ces nouveaux locaux et avec éventuellement une infirmière... » E4

« Je pense qu'il faut que ça fasse écho à un moment donné. »E4

« C'est parce qu'on monte la maison de santé » E3

« C'est l'envie de créer une maison médicale » E2

« Les motivations, c'est qu'on avait un projet de réunir, en fait, les autres confrères »E6

« [Qu'est ce qui vous a amené à participer aux ateliers de l'Arim ?] Projet de travailler en...monter une maison interdisciplinaire de santé. » E11

« La première [motivation] et la principale, c'était le désir de monter un projet de maison médicale sur mon secteur. Voilà, je pense que c'est la première et finalement, c'est la seule... [...] Mon cabinet est du siècle passé et donc je passe au 21^{ème} siècle» E12

La volonté d'un travail en équipe, équipe pluridisciplinaire ou non, est un moteur au montage de projet.

« ...ils ne souhaitent qu'une chose...travailler dans une ambiance de groupe » E5
« On aurait bien aimé monter une maison de Santé.[...]En tout cas, on est sûr de ne pas vouloir exercer seuls. »E8
« J'ai plutôt envie de monter un projet, j'ai pas envie de m'installer tout seul. J'ai plutôt dans l'idée [...] travailler avec d'autres professionnels de santé. »E9

Le projet répondait à une attente de coopération interprofessionnelle.

« C'est un projet qui m'a intéressé sur l'aspect, parce que c'est vrai qu'au niveau diététique, tout ce qui est éducation thérapeutique, tout ça, c'est partie prenante et la maison de santé permettait ça. » E1

Le projet exprime une volonté de repenser son mode d'exercice. Cela peut passer par l'apport de nouveaux matériels, par une réorganisation du temps de travail, ...

« Moi en fin de compte, j'ai des idées. J'achèterais bien du matériel pour faire les OCT pour diabétiques, finalement rentrer dans un truc comme ça, je me dis, ...tiens, ça serait intéressant » E3
« ...elle a pris conscience qu'il fallait qu'elle évolue dans son mode d'exercice...» E5

Les professionnels souhaitent anticiper la pénurie annoncée des soins de premier recours. Une des motivations du projet est l'envie de donner à son territoire une offre de soins pérenne.

« ...on va avoir un problème de comment...de démographie médicale dans 5 à 10 ans, il faut donc s'investir maintenant... » E5
« ...et conscients de la désertification médicale, essayer de pouvoir apporter, sur le secteur, une réponse qui pérenniserait l'offre de soin. » E10
« ...pour qu'on puisse avoir des successeurs puisqu'il y a quand même deux qui sont pas très loin de la retraite » E12

Certains mettent en avant la nécessité de monter le projet pour pouvoir proposer des lieux de formation pour leur discipline.

« Il faut qu'on puisse accueillir des étudiants » E12

V.1.2 Une formation pour l'équipe

La formation est vue comme une opportunité pour former plusieurs personnes motivées d'une même équipe. Le « leader » renforce ainsi les liens au sein de l'équipe. Il peut alors envisager de déléguer plus facilement. Ces « leaders » incitent leurs collègues à participer à la formation.

« Il [le porteur de projet] a trouvé intéressant qu'il y ait plusieurs personnes de l'association qui participent à ces ateliers » E1

« [Qu'est ce qui vous amené à participer aux ateliers de l'ARIM] C'est X [le porteur du projet] qui m'a dit : vient, c'est intéressant, faut qu'il y ait quelqu'un, vient. »E7
« Eventuellement y faire participer mes collaborateurs de manière à les impliquer aussi. » E2

« En fait ma participation, elle a été par rapport à X [porteur de projet]qui voulait que notre association soit représentée pour, à la fois, apprendre des choses pour faire progresser notre association et faire participer les autres participants à notre expérience » E13

V.1.3 Une formation comme lieu d'échange

L'objectif est de trouver un lieu qui permette des échanges sur son projet et sur le projet des autres. Cette formation est identifiée comme un lieu d'enrichissement.

« Parce que c'est toujours sympa de partager son expérience et discuter avec d'autres confrères en fait, d'autres professionnels de santé en fait. » E7

« Bah nous notre projet initial, c'était de voir encore une fois ce qui se faisait dans, sur les autres secteurs, de voir comment on pourrait améliorer les choses sur notre secteur. » E10

« ...je savais que leur expérience m'intéressait. » E11

V.1.4 Une formation pour rompre avec le quotidien

Enfin cette formation permet de s'ouvrir à de nouveaux horizons, de rompre avec la monotonie.

« ...et puis peut-être envie de sortir un peu quoi. »E4

« Ca fait faire autre chose que de travailler au cabinet. » E7

V.2 Attentes:

Définition :

« Action d'attendre quelqu'un, quelque chose, de compter sur quelqu'un, sur quelque chose ; temps pendant lequel on attend » [31]

« Une attente est définie comme l'action de compter sur quelqu'un, sur quelque chose, une espérance, une prévision. » [32]

V.2.1 Obtenir des informations précises et adaptées :

Les participants souhaitent que cette formation les aide dans leurs démarches. Ils veulent avoir des informations utiles, pratiques.

Ils veulent avoir un gain de temps dans l'accès à l'information.

Il est attendu une description des différentes briques du projet. Ceci permet une vue d'ensemble.

« J'avais envie d'y aller, pour me faire aider, à la recherche de véritables conseils sur la conception d'une maison médicale et sur les aides possibles. »E2

« De débrouiller le terrain, on va dire, l'attente c'était ça, parce que le projet était vraiment au stade embryonnaire et donc c'était de, voilà,...de débrouille un petit peu le terrain et de voir un petit peu dans quelle direction il fallait aller en premier. »E12

« Comment partir dans le projet »E8

« C'était un peu dans cet objectif : prendre des informations utiles pour monter notre projet... »E1

« C'était quand même un moyen d'avoir des informations pour essayer d'avancer dans notre projet parce que je pense que c'est quelque chose qui n'est pas du tout facile »E6

« L'attente, pour moi, elle était générale. C'était...comment ça fonctionne, quels sont les gens qui sont impliqués...qui peut être le leader du projet.[...] Est-ce que ça peut être nous ? »E10

Des thématiques précises sont citées : les différentes formes juridiques, l'architecture, le financement, la gestion et la manière de communiquer à propos de son projet.

« Ca me disait bien de voir plusieurs aspects,[...]du juridique, l'architecture...tout ce qui était société, SCM tout ça, plus sur le montage. »E4

« J'allais apprendre des choses, par rapport à la communication, tous les côtés juridiques et administratifs... »E3

« Comment on fait pour aller chercher des financements, pour monter un bâtiment,...enfin voilà, des trucs pratiques. [...] Je vois à peu près comment je veux travailler, c'est après comment le mettre sur le papier »E9

« J'étais pas là le jour du comptable, ce qui est dommage parce que c'est vrai que c'est un sujet qui m'aurait intéressée... »E11

La formation se déroule au niveau de la région, elle doit tenir compte des spécificités régionales.

« Comment ça se passe dans la région ? »E8

V.2.2 Permettre des échanges d'expériences

Tout comme dans le cadre des motivations, les participants attendent de cette formation qu'elle permette un échange entre professionnels. Les participants espèrent se confronter à la motivation des autres. Ils souhaitent mieux connaître le territoire. Ils enrichissent ainsi leur projet en s'inspirant des expériences relatées.

« Un partage d'expériences, je savais que j'allais y trouver des personnes qui avaient déjà monté ce type de projet et qui étaient plus avancés, pour obtenir des conseils. »E2

« Pourquoi pas, rencontrer des gens aussi qui étaient motivés par un projet, [...] quels sont les endroits aussi où ça peut être intéressant. »E8

« C'était aussi d'avoir des exemples, de savoir comment, dans les autres secteurs, les personnes arrivent à s'organiser [...]d'avoir des exemples et de savoir ce qui pourrait s'appliquer aussi sur le secteur. » E10

« [Quelles attentes particulières par rapport à votre projet ?] D'être confrontée à d'autres, de voir ce que les autres faisaient... » E11

V.2.3 Rompre l'isolement ressenti

Cette formation doit apporter un soutien au porteur de projet.

« Voir qu'on ne sera pas seul devant la création de ce projet. » E2

V.2.4 Aide à l'analyse de la dynamique de groupe

Porter un projet d'équipe nécessite d'appréhender la gestion d'un groupe. L'approche de la dynamique de groupe peut être anxiogène pour ces professionnels libéraux, novices dans la gestion d'équipe.

Il s'agit notamment d'apaiser les angoisses que peut générer un groupe.

« Moi, ce qui me fait un peu peur, c'est de travailler avec beaucoup de gens. »E3

« Je l'ai fait pour savoir comment être par rapport aux autres et pour moi. »E3

Cette formation doit aussi guider dans les démarches pour fédérer autour du projet. Il faut savoir inclure tous les professionnels du territoire. Il faut connaître les différents interlocuteurs. Il existe une attente toute particulière sur les moyens à mettre en œuvre pour constituer une équipe sur un territoire. Aller à la rencontre, convaincre et fédérer sont des postures nouvelles.

« Comment on arrive à monter la maison avec tous les acteurs du terrain [...] c'est pas forcément facile de frapper aux bonnes portes. » E8

« Comment convaincre les gens qui sont déjà installés de faire une maison de santé... » E8

« Comment on fait pour réunir ces gens là... »E9

V.3 Apports :

Définition :

« Part, contribution, participation à une œuvre, à une action » [31]

« Contribution apportée par quelqu'un au développement d'une connaissance. » [32]

V.3.1 Des informations générales :

Ils disent recevoir des informations pratiques utiles à la réalisation de leur projet.

La formation donne des informations précises et organisées. Elle détaille l'ensemble des « briques » d'un projet de regroupement.

« Ca a débrouillé le terrain de façon remarquable [...] dans la mesure où j'ai eu les principaux éléments lors du...des ateliers quoi. Et surtout, ça a bien précisé les différents éléments vis-à-vis du projet de soins, du projet de santé... »E5

« [Qu'avez trouvé aux ateliers ?] Des informations concrètes... »E1

« Et puis j'ai trouvé l'information, enfin une partie de l'information que je recherchais donc... »E12

Les informations sont validées par des experts. Ces experts peuvent être un représentant de l'Ordre des Médecins, une avocate, un représentant de l'URCAM (nouvellement ARS)... Ils apportent leurs compétences, gage de qualité de la formation. Leur présence permet aux professionnels de santé de leur présenter leur projet. Les experts peuvent alors prendre toute la mesure de l'investissement des professionnels portant de tels projets.

« [J'y ai trouvé] les intervenants...heu les experts dans leur...Oui, les experts, le mec de l'Ordre par exemple, qu'on mélange jamais les dossiers [...] C'était l'avocat là en expert »E4

« [J'ai trouvé] des gens très compétents dans leur domaine. »E6

« [L'expertise] C'était très bien d'avoir justement pour pas qu'on ait l'impression que...on va dire que les acteurs de santé font leur petite histoire dans leur petit...Bah, qu'il y ait quelqu'un d'extérieur qui comprennent, enfin qui se mette en situation : que se soit la fille de l'URCAM,...quelqu'un de l'ordre des médecins, on a eu ...un avocat. »E10

La formation rend les informations accessibles, à tout instant et en tout lieu, par le biais du site internet. Ce site internet et ses liens permettent d'accéder aux documents en rapport avec chaque aspect d'un projet de regroupement.

« J'ai grâce aussi aux adresses que nous a données par X [le directeur médical de l'URPS-HN], [...] je suis allé sur les adresses qu'il a proposées... » E5

« Bah, dans le site ARIM y a la partie...documents et machin, donc là on retrouve les congrès, le séminaire de maisons médicales [...] les documents concrets de la construction des bâtiments. [...] Le but c'est qu'il y ait dans ces documents tout ce dont on a besoin, les liens et les contacts...enfin on clique et on a tout. » E10

V.3.2 Apport d'une information adaptée à chaque projet :

La formation prend le temps de donner une information adaptée à chaque projet. Elle répond aux questions précises que se pose le participant.

La formation, scindée en six parties, reprend chaque brique qui constitue tout projet de regroupement de professionnels de santé. Chacune est abordée d'un point de vu général. Ceci permet d'obtenir une trame de construction du projet. Ensuite, la formation tente de répondre avec précision aux questions posées. Des éléments de réponses contextualisées ont donc été apportés concernant les thèmes de la structure juridique, de l'architecture, de l'hygiène au cabinet et du système d'information.

« Moi si on me parlait de notre projet, je savais comment ça allait être au niveau juridique, donc ça m'a apporté. »E3

« Parce que bon, un projet, quand on ne sait pas ce qui va se produire, on est complètement noyé[...]là les pistes ont été bien séparées et ça nous a permis de construire quelque chose en partant de l'élément de base essentiel [...]ça nous a permis de décanter les choses par secteur » E5

« C'était une avocate [...] en quelques phrases elle a pu, à chacun, dire, pour vous c'est plutôt ça, pour vous ce serait ça, puis voilà. »E6

« J'ai appris des choses, des choses que je n'avais pas soulevées, par exemple, on a parlé un peu d'hygiène au cabinet [...] enfin hygiène, c'est pas ça, mais au niveau de la construction, et, ...les normes. »E11

« Une autre chose qui était intéressante dans les ateliers de l'ARIM, c'était toutes les réserves qu'on avait mis par rapport au partage des dossiers. Mais c'est des choses qui évoluent quand même, mais moi, ça m'a apporté de pouvoir réfléchir à ça. »E11

La formation a permis de donner une vision d'ensemble au projet. Le porteur de projet peut prendre du recul et apprécier la portée de son action. Il prend conscience de ses points forts et de ses limites. Il faut prendre le temps d'expliquer le projet dans sa globalité et prendre ce temps régulièrement au cours de l'avancée du projet. Enfin cette vision d'ensemble amène à prendre en compte les partenaires institutionnels et à les intégrer au schéma.

« Ce que j'ai trouvé, heu...le 1^{er} c'était plus un truc de présentation un peu globale. » E9

« Ca a clarifié les choses. »E13

« Je me suis rendu-compte qu'il faut quand même, dans ce genre de chose, faire une formation avant d'y rentrer je pense. Ou alors, qu'à chaque fois que quelqu'un rentre dans ce système là, expliquer, vraiment bien expliquer.»E3

« Parce qu'en parlant avec les autres, on se rend compte que là, je vais travailler autrement, c'est certain. » E3

« C'est bien d'apprécier la complexité du truc et de voir tous les leviers qu'on avait en main et ceux qu'on n'avait pas en main. »E12

« Ce qui était intéressant aussi dans les ateliers de l'ARIM, c'était de regarder autour de soi, qu'il y a des politiques, qu'il y a l'ARS, qu'il y a ... vous voyez avec les contraintes qui existent quoi. »E11

V.3.3 Enrichissements personnels

Ces ateliers ont avant tout permis des rencontres de personnes ayant en commun une volonté forte de voir évoluer leur organisation professionnelle. Ils souhaitent tous un travail plus concerté.

Il est donc logique de voir apparaître un ressenti important vis-à-vis des rapports humains. Le but de ses personnes est de réapprendre à travailler ensemble et de se donner les moyens de mettre ce projet en application.

V.3.3.1 Un partage d'expérience

Des exemples de réussite permettent de savoir que l'objectif fixé est accessible. La motivation des participants pour réaliser leur projet s'en trouve donc renforcée.

« Ca donne envie de s'investir quand on voit que certains réussissent à faire des choses... » E1

La formation est ouverte à tout type de projet. La diversité des projets présentés est un avantage. Elle permet de soulever des problèmes différents, d'apporter de nouvelles idées d'organisation sans pour autant apporter une solution type. Les projets présentés peuvent être sur financements privés ou publics. La dimension du projet peut aller d'un simple cabinet au pôle de santé. Mais tous ces exemples ont l'avantage d'être concrets. Il y a une prise de conscience des difficultés qui peuvent être rencontrées et du caractère unique de chaque projet proposé.

« Il y avait plusieurs types de projets complètement différents : privé/public, gros/petit, campagne, etc...Donc c'était enrichissant, intéressant de par les expériences de chacun et de se rendre compte aussi des difficultés de certains avec les élus locaux... » E2

« On a appris tous les modèles qui étaient présents. Ca nous a au moins donné tous ces exemples concrets. » E10

« J'ai trouvé beaucoup de projets différents, voilà, finalement des situations...une vision très différente et ...et des gens et des projets. » E12

« Je pense que...oui, c'est intéressant de se confronter à d'autres mais il n'y a pas deux situations identiques quoi. C'est-à-dire qu'on se rend compte qu'il y a des endroits où c'est les élus qui veulent, qui sont partants [...] Je pense que c'est intéressant de voir ce que les autres on fait, heu...mais c'est pas superposable quoi. » E11

Les différents projets ne se situent pas au même stade d'évolution. Ceci permet au participant de prendre conscience du chemin parcouru ou à parcourir.

« Des gens qui étaient vachement avancés dans leur truc, des gens qui avaient leur projet cafouillé...de multiples façons »E4

« Et si on a pu apporter quelque chose aux autres par notre expérience... »E7

« ...j'ai trouvé des témoignages sur des projets qui n'avaient pas marché aussi, c'est quand même vachement intéressant de voir pourquoi ou d'essayer de comprendre un peu ce qui a pu se passer... »E8

« C'est l'interaction qui a fait qu'on a appris certaines choses par l'expérience des autres ou par les désirs des autres aussi. »E8

« ...c'était aussi du coup le retour d'expérience des autres qui était intéressant. »E9

« Y avait des projets à des niveaux différents, donc les plus avancés faisaient part de leur expérience »E13

La présence de différents métiers de la santé permet d'élargir les points de vue. La pluridisciplinarité enrichit les projets. L'avis de chacun amène une dimension nouvelle au projet.

« Du coup, comme y a avait les pharmaciens, donc du coup c'était marrant d'avoir leur avis »E9

« Moi, j'ai beaucoup aimé travailler avec les pharmaciens, l'orthoptiste aussi, enfin d'autres professionnels que les médecins. Je pense que c'était la force de ces réunions là, finalement. »E11

« Avoir un autre regard et avec des gens qui n'ont pas...je ne sais, nous, y a une espèce de...on est content de nous, on...c'est vrai, on est un peu tous comme ça dans les médecins qui sont là...et puis y a des gens qui...ont peur d'être houspillés en disant : « teuteuteu, c'est pas vrai » [...] c'est intéressant d'avoir des gens...nous remettre sur nos réalités. »E11

Il apparaît intéressant de confronter les visions de professionnels de santé de génération différente.

«... de mélanger les intervenants, quand on faisait des petits groupes à un moment j'étais avec des internes, puis avec des médecins installés, enfin...de voir un peu les expériences de chacun. »E9

Certaines questions posées permettent de redéfinir plus précisément les bases de son projet de regroupement. La place de chacun, au sein du projet, est aussi mieux précisée. En plénière, la formation demande d'argumenter et de convaincre. Elle incite à mieux définir son projet.

« C'est la remarque des uns, la remarque des autres [...] à partir de là, ça nous permet de nous construire encore mieux notre vision du problème, enfin du processus. »E5

« ...et puis ça nous permettait d'essayer de nous placer, nous positionner par rapport aux différentes expériences et à ce que nous on souhaitait sur le projet »E1

« On se rend compte qu'on a fait beaucoup de chose en fait, sans en avoir l'impression. »E7

« ...en s'exprimant, on se rend compte mieux de...de ce qu'on veut. Parce que des fois, c'est de convaincre ou de persuader les gens d'une idée, c'est...essayer de les convaincre, essayer de se convaincre, d'améliorer ses argument. »E12

« ...et puis d'écouter les autres aussi, savoir leurs motivations... »E12

L'échange d'expérience permet de trouver des solutions à des problèmes rencontrés sur certains projets.

« ...ou pour nous donner des idées justement pour résoudre les problèmes qu'on rencontrait déjà. »E1

Les problèmes des uns permettent aux participants d'envisager certaines difficultés avant qu'elles ne se présentent. Il est ainsi possible d'anticiper pour éviter que ces difficultés arrivent.

« ...J'en discutais avec une collègue [...] qui me parlait de ses problèmes financiers parce qu'ils se sont mal goupillonnés au départ... »E5

« [J'ai trouvé] des expériences aussi, des informations sur les expériences de chacun donc ce qui était bien utile pour mettre le doigt sur les problèmes qu'on pourrait rencontrer »E1

« Les expériences des autres qui avaient essayé de monter des trucs et qui s'étaient pétés la gueule... »E9

« ...c'est vrai que c'était intéressant aussi d'être confrontée à des gens qui avaient déjà fait des choses et qui avait été en échec quoi. [...] c'est ça l'intérêt de la confrontation, c'est de se poser les questions avant qu'elles se posent. »E11

V.3.3.2 Des rencontres

« [Aux ateliers de l'ARIM, qu'y avez-vous trouvé ?] Des gens d'abord. »E4

Les formateurs des « ateliers de l'ARIM » sont ressentis comme des personnes référentes. Cette formation permet aux participants de connaître personnellement ces formateurs. Ils les rendent ainsi plus accessibles. C'est la création d'une sorte de réseau d'aide au projet de regroupement.

« ...ça permet de rencontrer des gens qui, qui m'épaulent facilement... »E5

« C'est plus la promesse, en fait globale [...] si on a des questions plus précises, je pourrais appeler Martin et puis poser des questions, il saura m'orienter un peu. Puis même je pourrai appeler Jacques, toutes les personnes référentes. »E2

« ...mais bon, au moment où on a vraiment un projet qui tient un peu la route, on sait qu'on peut aller les voir pour en parler. »E8

« [Les Ateliers de l'ARIM] Ils m'ont apportés une connaissance et des contacts... »E12

En participant aux ateliers, les professionnels de santé se sentent moins seuls lorsqu'ils portent leur projet.

Les participants sont des personnes qui s'aventurent sur des chemins encore peu empruntés. Les ateliers permettent la rencontre de porteur de projets innovants. Ceci les conforte dans leur action. Ils voient concrètement qu'ils ne sont pas seuls à s'engager dans cette voie car ils croisent des personnes vivant le même type d'expérience qu'eux.

« J'ai rencontrés des gens que je n'aurais pas rencontrés autrement, par ces ateliers. »E3

« Ca me permettait de me dire [...] je ne suis pas le seul fou. »E2

« J'ai vu des gens qui étaient très motivés, chacun dans leur activité qu'ils avaient en dehors du cabinet, qu'ils faisaient plein de choses un petit peu à part...C'est pas le commun du médecin qui vient là. »E6

« Parmi les gens qui étaient présents, on sent quand même des profils particuliers. Particulièrement ouverts...avec une volonté de travailler ensemble. »E10

« Ca m'a permis de faire connaissance avec des équipes, avec des projets plus ou moins aboutis, mais on voyait qu'il y avait pleins de choses [...] c'était sympa de faire la connaissance d'équipes qui bougent. »E13

Le participant peut, s'il n'est pas le porteur du projet, réaliser le travail effectué par le porteur de projet. Cette prise de conscience légitime le « leader » aux yeux de ses collègues.

« J'ai réalisé qu'en fait grâce à X [porteur du projet] en fin de compte, la crotte elle a été faite quoi. »E3

V.3.3.3 Aide à la dynamique de groupe et à la communication

Dans tout projet de regroupement l'unité de travail est le groupe. Ce groupe peut être de taille plus ou moins importante, il est nécessaire qu'il soit organisé. Il faut savoir unir les membres de ce groupe. Cette formation donne des éléments permettant la constitution d'une équipe et des notions de management.

« Ca a apporté plein de choses, au niveau expérience, au niveau conseil relationnel... »E2

« Il faut d'abord attaquer par la motivation [...] en n'oubliant personne et en mettant les gens chronologiquement dans le coup. Voilà ce que ça nous a appris, c'est que sur le secteur par exemple, ce qui nous manque, c'est toujours ce leader. »E10

« Comment mettre, parce que oui, ça, on ne sait pas forcément faire, comment mettre un réseau en place [...] comment fédérer autour d'un projet. »E12

« Je pense, quand on monte une maison de Santé...faut vraiment être avec tout le monde quoi, c'est pas un truc individuel »E3

« C'est vrai qu'on se rend compte qu'il faut vraiment essayer d'avoir l'unanimité... »E8

« J'ai bien retenu qu'il faut oublier personne dans ce type de projet...il faut vraiment tenir compte de tous les acteurs de santé qui sont concernés. »E10

La formation aide à savoir mieux exposer son projet.

« Puis le dernier atelier c'était bien. Comment mettre en avant un petit peu de son projet, la façon de le défendre, de l'exposer et j'ai trouvé ça très bien aussi. »E6

V.4 Evaluation de la forme des ateliers de l'ARIM

Définition :

« Evaluation : Détermination approximative de la durée, la quantité, le nombre, l'importance de quelque chose » [31]

V.4.1 Evaluation de l'organisation dans le temps

Il faut ici rappeler que cette formation est scindée en 6 matinées avec chacune un thème portant sur un des aspects de projet de regroupement, espacées chacune de 1 à 3 mois (sauf pour le dernier atelier où le délai a été de 5 mois).

Le samedi matin apparaît comme un créneau intéressant. Il permet une meilleure disponibilité d'esprit pour la réflexion nécessaire.

« Le samedi matin c'est un bon créneau, on était plus disponible »E5

« Le samedi matin, c'est très bien. Mais c'est en fait plus détendu. »E7

« [le samedi matin] c'est plus pratique qu'en soirée je pense, parce qu'en soirée, après la journée de boulot, heu...là, c'est bien, ça a permis de bosser, ça a duré 3 à 4 heures puis on avait le temps de déborder un peu. »E9

« Par rapport au soir par exemple, ça permet d'avoir beaucoup de temps et donc de ne pas être fatigué [...] qu'en soirée, ça aurait été beaucoup moins vivant...non, non, je trouvais ça très bien le samedi matin. »E12

Mais le samedi matin semble inapproprié pour les pharmaciens qui participeraient plus volontiers à une formation le lundi.

« Je me mets à la place d'un autre pharmacien qui a pas ...on va dire quelqu'un pour le remplacer le samedi matin, c'est pas l'idéal, pour les pharmaciens de participer aux ateliers. [...] en général, le lundi matin ils [les pharmaciens] sont plus disponibles. »E10

L'intervalle de temps entre 2 ateliers permet d'intégrer les informations données à la formation. Pour aider à cela, les participants peuvent accéder aux informations par le site ARIM.

« Et je trouve que c'était très bien un samedi matin par mois, ça laisse le temps de décanter, ça laisse le temps de réfléchir... X était un petit peu lent pour mettre sur internet les documents (rires) »E5

« Au contraire, le fait que ce soit étalé, je trouvais ça bien. Ça permettait aussi de réfléchir un petit peu, de prendre un peu de distance. »E1

« ...et qu'entre deux réunions, on a le temps de se confronter un peu à la réalité... »E11

Dans l'intervalle également, le projet peut évoluer et apporter de nouveaux questionnements.

« Finalement on a vu qu'il y avait des gens que leur projet, il montait...tandis qu'en une semaine [qui aurait suffi pour condenser la totalité des ateliers]...là étalés sur 6 mois, on voyait que les projets montaient chez certains. »E3

« L'intérêt que ça avait, c'était suffisamment étalé dans le temps pour qu'on voit les projets de chacun évoluer. [...] Ca donnait une dimension temps qui était intéressante. »E11

Cependant, le rythme de cette formation semble présenter certains inconvénients. Cette formation est parfois ressentie comme étant trop lente.

« Moi, le souci que j'ai trouvé, c'est que c'était un petit peu étalé dans le temps, ça a duré quand même sur plus d'une année, la totalité des ateliers. »E13

« Je pense que sur l'année, c'est peut être un peu long... »E12

« Je pense que l'inconvénient c'est des gens qu'on a perdu de vue, il y a des gens qui étaient là à la première réunion qu'on n'a pas vraiment revus après... »E11

Lors de ce type de formation, il apparaît souhaitable d'avoir un calendrier initial et de s'y maintenir.

« et puis il y a eu des changements de dates qui ont pas toujours été faciles à goupiller »E13

De la même manière, le délai écoulé entre le 5^{ème} et le dernier atelier a été trop long. Le dernier atelier a été retardé par la restructuration des URML en URPS-Médecin.

« Bon après, il n'y avait plus d'ARS ou je ne sais quoi, ça a reporté le dernier.» E4

V.4.2 Evaluation du déroulement des ateliers

La formation est ressentie comme conviviale et agréable. Elle est vécue comme structurée.

« [L'animation sous forme de groupe] j'ai trouvé que c'était très...suffisamment convivial tout en étant bien structuré »E5

« [...]et puis c'était très bien organisé, avec un accueil tout à fait agréable »E5

« C'était bien fait, qu'on travaillait un petit peu ensemble, quelque fois on comprenait pas bien le sujet, c'est pas grave. On parlait tous ensemble dans la mauvaise direction. C'était bien »E4

« Il faisait très beau, on avait mangé dehors, c'était très agréable. »E6

« Moi, j'ai trouvé ça sympathique [...] on est ressorti content, on avait envie de revenir aux autres ateliers...»E8

« J'étais plutôt content. »E9

« Moi, j'ai trouvé surtout une convivialité... »E10

« Comment je les ai vécu ??? Bah très bien, j'ai trouvé ça très sympa, j'y ai trouvé beaucoup de confraternité, beaucoup de convivialité... »E12

« et puis l'ambiance sur les différentes réunions, enfin c'est vrai que c'était sympathique, dans une ambiance détendue...ça a ajouté à la qualité du programme. »E13

L'alternance des rôles des organisateurs au sein de chacun des ateliers permet de rompre avec une certaine monotonie. Cela donne un rythme à la formation.

« Ce qui était bien, c'est à chaque fois, ce n'était pas la même personne et ça c'est bien, parce que c'est pas la même voix, c'est pas la même façon d'expliquer, donc ça endort pas. Ca, c'est important. »E3

L'emploi de différentes méthodes pédagogiques apporte également un atout à cette formation. Les méthodes employées, entre autres, sont le méta plan, le photo-langage, le « brainstorming »

« ...l'atelier où on avait fait le photo-langage qui était quand même un atelier assez fort en soi. L'échange qu'il y a eu au niveau de cet atelier m'a donné envie de revenir. »E1

« C'était sympa de faire des petits groupes, de faire du brainstorming ... »E9

Le déroulement de chaque atelier donne l'impression d'une formation bien préparée, fluide.

« C'était très dynamique, bien préparé, on n'arrivait pas à un truc qui était prêt une heure avant »E3

« C'était pas assommant pendant des heures à essayer de se concentrer pour essayer d'apprendre quelque chose... »E6

« Moi j'ai trouvé [...] un professionnalisme avec une tenue, une conduite de réunion qu'on ne trouve pas ailleurs sincèrement, donc des ateliers très bien menés, la gestion du temps, tout le monde participe, y a personne qui se sent isolé. »E10
« C'était organisé, c'était cadré, on parlait pas dans tous les sens... »E13

La formation incite chacun à s'investir dans la matinée de travail. La participation aux réflexions est possible pour tous.

« Là finalement, tout était fluide [...] J'ai trouvé ça super interactif. »E10
« Bah d'abord le principe des ateliers, c'est quand même très interactif »E12
« On fonctionnait un peu en travail en petits groupes, retour en salle, en fait un peu tout le temps. Moi, je trouve que c'est intéressant, ça oblige à être un peu actif dans la partie petit groupe puis après de comparer ça avec les autres... »E11

Les temps de pause, de l'accueil du matin au repas du midi, sont importants. Ce sont des moments d'échanges informels agréables et utiles.

« Il y avait un petit accueil où on pouvait parler, ça, c'est pas mal [...] c'est bien d'avoir un petit temps tranquille. »E4
« [au moment du café] on continue à discuter de ce qu'on avait vu juste avant, pendant l'atelier. La pause café était aussi indispensable que l'atelier. »E3

V.5 Souhaits :

Définition :

« Aspiration vers quelque chose qu'on n'a pas, désir, envie que quelque chose arrive » [31]
« Un souhait est un vœu, un espoir ou un désir qu'un événement s'accomplisse » [32]

V.5.1 Souhaits sur la forme :

La formation peut développer un accompagnement plus individualisé sur un projet avec ses différents acteurs.

*« Plus des Ateliers *sur mesure* avec des entretiens individuel par projet. »E2*

Les participants veulent voir une présence plus marquée des partenaires institutionnels tels que les ARS ou les représentants politiques. Ce travail apparaît nécessaire puisque les conditions d'exercice et les financements sont liés à ces institutions. Leur présence permet de les rendre plus accessibles.

« [...] et puis peut être, il me semble qu'on a...enfin que les gens de l'ARS [...] ils ont pas été très interventionnistes [...] Je trouve qu'ils n'étaient pas trop là dans l'ensemble, je trouve que là-dessus, ils auraient pu revenir à d'autres moments. »E5
« ...si y avait aussi des instances dans les autres ateliers auxquels on va chercher...auprès desquelles on va chercher des financements... »E9

« Ce qu'on aurait pu voir...représentation politique peut être[...] effectivement, d'aller travailler un peu plus vers les ARS, les institutionnels... » E10

« Je pense que ce qui a manqué [...] il faut qu'on travaille avec l'ARS finalement. [...] C'est déjà qu'ils comprennent les projets vers lesquels ont veut aller. Faut qu'ils voient qu'il y a des expérimentations qui se font puis que les... qu'ils les soutiennent quoi.»E11

La formation peut être envisagée en inter-région.

« Eventuellement voir dans d'autres régions, élargir... » E4

La communication sur l'existence de la formation doit être améliorée.

« Peut être améliorer la communication de ça [de ce type de formation] »E4

On peut envisager de faire un retour des expériences de chacun à distance des ateliers.

« Peut être intéressant, c'est d'avoir un débriefing des différents projets à des temps défini, je ne sais pas, 6mois, 1an [...] est ce que vous avez consolidé votre projet ou pas ? » E13

Pour certains, la suite de cette formation se fait par la participation à la fédération régionale des maisons et pôles de santé (FORTSPRO276). Cette fédération apparait comme la continuité des échanges.

« ...mais la suite se fait un peu puisque de manière différente, il y a eu la création de la maison des associations, l'association des maisons de santé au niveau régional où du coup on arrive à retrouver aussi d'autres échanges, expériences et une certaine continuité... » E1

«Mais ceux qui ont participé, avoir un suivi par la suite, ceux qu'ont de vrai projet. Mais là, c'est plus l'Union, c'est FORTSPRO. »E4

« Je pense que ce qui a manqué, ça va se faire dans la suite avec FORTSPRO... »E11

Il émerge la volonté d'avoir un plus grand nombre de retour d'expériences déjà opérationnelles

« Des retours de gens qu'ont vraiment monté des projets, qui marchent et heu...comment au bout de quelques années ça a avancé, où ils en sont ... »E9

La formation peut être envisagée sous un schéma plus dense et court.

« Je pense que sur l'année, c'est peut être un peu long...Alors bon, faut pouvoir avoir des week- end mais je trouve que ...Oui je pense que si c'était un peu plus court, ça serait mieux. Un peu plus rapproché, avec le même contenu. [...] sous forme de séminaires le week-end. »E12

Il faut apporter une dimension pluridisciplinaire plus marquée.

« Sur la forme, ...multiplier les différents corps d'intervenants, parce que là, c'était surtout les médecins quand même, de rendre un peu plus interdisciplinaire les intervenants. »E7

« Y avait des médecins, y avait des pharmaciens mais après y avait pas beaucoup d'autres professions de santé. »E8

« Alors moi, ce que j'aurais voulu voir, mais c'est ça qu'il faut qu'on arrive à monter avec les ARS et les autres professions, c'est un mode de travail ensemble qui soit administrativement possible et financièrement possible quoi, qui est reconnu. »E11

V.5.2 Souhaits sur le contenu

Les structures juridiques, notamment les SISA, doivent être plus développées. Il apparaît important d'avoir une approche pédagogique plus pratique et concrète. En particulier, il faut préciser les volets financier, juridique et comptable.

« Peut être j'ai été un peu frustré au niveau du...des problèmes financiers, c'est peut être là, resté à mon avis, trop...trop vague. [...] il aurait été intéressant de partir sur un sujet, voilà, un budget, voir comment ils avaient fait à tel endroit... »E5

« [Attentes] notamment le nouveaux modèles de sociétés proposés qui vont être arrêtés »E2

« Peut être développer, mais le problème, ça venait juste de sortir, les modes de fonctionnement en société, les SISA, savoir un petit peu ce que ça allait être. »E2

L'information doit être approfondies sur les nouveaux modes de rémunération (NMR)

« Peut être aussi un atelier sur, pourquoi pas, les modes de fonctionnement entre professionnels, comment se partager les frais... »E2

Les participants souhaitent que les systèmes d'information soient plus amplement abordés.

« ...il restait encore des flous sur la partie, je dirais, de l'organisation informatique, du système d'information... »E5

« ...quel type d'information vis-à-vis de la population »E5

« ...ça, y a pas eu tellement sur l'informatique. »E4

La notion de dynamique de groupe peut être évoquée de façon plus directe. Il faut éventuellement envisager la notion de réseau.

« Je dirai un peu de management de groupe, communiquer, [...] peut être insister sur les relations...ce qui a été fait d'ailleurs quand je m'en rappelle, les relations à l'intérieur du groupe. Non, non mais en le disant je me rends compte que ça a été fait. L'expérience me donne un éclairage différent de cette session. »E13

« Et peut être d'autres réseaux. [...] Pour avoir une idée de voir comment peut s'intégrer une maison médicale au sein du maillage du réseau de soins, pourquoi pas... »E10

Certains souhaitent un document papier ou informatique faisant office d'organigramme. Ce document veut rappeler ainsi les grands axes de réflexion nécessaire à un regroupement.

« Voilà, on commence par ça, on commence par le leader, ensuite on doit aller voir, tac tac.. . une espèce d'arbre décisionnel...tout con pas trop complexe...mais qui remet à peu près les choses dans l'ordre. »E10

*« Si on m'avait donné un projet tout fait avec un accord, j'aurais trouvé ça bien (rires). Un truc tout ficelé où j'aurais rien à faire derrière, oui pourquoi pas...une *clé en main*. »E12*

V.6 Impact de la formation ARIM

Définition :

« Le mot est utilisé par extension dans la langue anglaise pour désigner les retentissements (indirects ou non) d'un événement, d'un processus, d'une activité, d'une infrastructure. Il est entré par la suite dans la langue française par traduction littérale. On trouve par exemple l'expression « étude d'impact » dans le domaine de l'environnement, du social, de l'économie, de l'éducation ou de la santé, pour étudier les effets d'une politique » [32]

« Effet produit par quelque chose ; contrecoup, influence. Synonyme : répercussion. » [31]

V.6.1 Repositionne le participant dans son projet :

La formation conforte le porteur de projet dans son action. Elle permet cela par les rencontres qu'elle provoque. Elle le permet aussi en proposant des informations concrètes qui appuient les projets en élaboration. La formation ARIM, en proposant une formation qui fait écho à ce que vivent les participants, permet de renforcer la motivation.

« Je crois que c'est important de se rencontrer [...] c'est plus facile de discuter avec des médecins qui portent un projet que de discuter avec des infirmières et des kinés parce que eux n'ont pas la même vision, ils n'ont pas les mêmes attentes que moi. »E5

« Sûre que je ferai jamais partie d'un plus gros truc. »E4

« Ca m'a aidé, j'avais une idée vraiment conforme à tout ce que je pensais de ces ateliers. Mais ça me permettait de me conforter un petit peu, de me dire je ne suis pas fou, je ne suis pas en train de faire n'importe quoi. »E2

« Je pense que ces Ateliers là, plus la présence de notre remplaçante, ont fait qu'on s'est dit : après tout...nous on fait notre projet nous même et voilà quoi. [...]On allait jusqu'au bout de ce qu'on avait envie de faire quoi. C'est pas mal comme résultat, hein quand même (rire) »E11

« Je pense que ça nous a juste redonné le moral pour aller jusqu'au bout de ce qu'on avait envie de faire. »E11

Le participant trouve une place plus juste au sein de son projet. La formation apaise les élans qui semblent voués à l'échec et aide à trouver une réponse plus propice à des résultats positifs.

« Au début, on était prêt à faire bouger les choses, à dire on va aller...et puis finalement,...on a pris conscience du fait qu'il n'était pas possible pour nous de tenir ce projet...[tout ça] au fils des ateliers quand même. »E10

« Le positionnement est, serait celui d'une aide consultative et éventuellement d'une petite réserve d'enthousiasme pour les moments où...ils vont avoir des coups de mou. »E10

V.6.2 Apporte une légitimité au participant

Le porteur de projet se sent plus légitime dans le rôle de « leader » du projet. Par la formation, il acquiert des connaissances qui le renforcent.

« [Qui fixe les ordres du jour de vos réunions ?] C'est moi. C'est moi parce que finalement, grâce à cette formation, j'ai une ligne directrice hein...et ça me permet de savoir à peu près dans quelle direction il faut aller.[...] Alors bien sûr, je leur ai expliqué un peu les grands objectifs tels que j'avais pu les intégrer à la suite de cette réunion... »E5

« Le dernier atelier [...] Je suis allé rencontrer des personnes de l'ARS et personnellement ça m'a donné de l'assurance puisque ça nous a permis de nous rendre compte un petit peu de ce qu'on allait rencontrer comme problèmes et comme questions. »E2

« Grâce à cette formation, on se sent un peu plus armé pour défendre... [son projet]. »E6

Le participant, fort des connaissances acquises pendant la formation, apporte un soutien plus marqué. Il se sent confiant et sait qu'il peut apporter un regard différent de part la formation qu'il a reçue.

« Des fois, pendant les réunions, X [porteur de projet] disait, au cours de la formation qu'on fait, on a vu ça et ça. Pareil moi je disais, oui mais tu as vu...si, si, ça a été utile pour les réunions qu'on faisait le soir. »E3

« On est allé le voir [le maire] pour lui dire justement on avait bénéficié d'une formation et que s'il souhaitait avoir de l'aide pour s'orienter et essayer de dépenser son énergie dans le bon sens, il pouvait nous consulter et bien sûr qu'on avait du coup potentiellement un carnet d'adresses qui pourrait l'aider... »E10

V.6.3 Aide à créer une dynamique de groupe

Avec la formation, les objectifs d'un projet de regroupement sont plus clairs. Le porteur de projet peut donc s'approprier des notions complexes. Toute cette approche lui permet de créer plus aisément une dynamique de groupe.

«... je me dis si j'étais pas allé là, qu'est ce que j'aurais fait. Probablement, ça aurait bien moins dynamisé la mise en place d'une maison [...] j'aurais peut être été un peu freiné en me disant dans quelle galère je m'embarque...Alors que là, j'ai vraiment l'impression d'aller dans quelque chose qui me semble plus clair. » E5

« Mais vraiment ça a été vraiment je crois, quelque chose d'essentiel dans la dynamique que j'ai pu imposer, dans la mesure où ça m'a permis de bien cerner les différents objectifs et les différents niveaux d'approches »E5

V.6.4 Aide à créer la trame du projet, à garder une ligne directrice

La formation ARIM aide à organiser la réflexion autour du projet de santé. Les différents « volets » décrits dans la formation peuvent créer une ligne directrice pour chaque projet. Elle pose des mots et des concepts. Elle aide à la mise en forme.

« En fait ça suit, je suis la définition des ateliers d'une certaine façon. »E5

« Cette hiérarchie dans notre mode de réflexion, il est essentiel, il fallait que j'en prenne conscience »E5

« J'ai pris conscience de cette théorie sous jacente et du travail qu'il y avait derrière en assistant à cette formation. Alors qu'avant...voilà, on avait fait les étapes un peu sans s'en rendre compte, alors moi en tout cas m'en rendre compte. Ça a permis de rendre ça conscient et oui, quand même, on avait bien travaillé. »E13

V.6.5 Aide à avoir une vision à plus long terme de son projet

Par tout ce qu'elle apporte, cette formation offre l'opportunité d'envisager son projet dans la durée. Que ce soit la prise de conscience des difficultés possibles ou que se soit la preuve qu'un nouvel exercice peut être envisagé, la formation influe sur le regard du participant sur son propre projet.

« ...d'avoir une vision à beaucoup plus...long terme. »E5

« Je suis plus regardant, là où je vais m'installer, je suis un peu moins à le faire au feeling quoi, en gros. »E9

« Ca nous a appris que oui, y avait beaucoup de difficultés. [...] Prise de conscience de la durée, prise de conscience des difficultés... »E10

« [Quelle impression vous gardez des ateliers de l'ARIM ?] Un espoir sur le travail interdisciplinaire et plus exactement, la certitude que c'est possible... »E11

VI. Discussion

VI.1 Avantages et limites de l'étude

VI.1.1 Limites et biais

Ces entretiens ont été réalisés par une interne en médecine générale. Pendant nos études, nous abordons essentiellement les recherches quantitatives. Nous ne pouvons nous former à l'entretien semi directif, élément de recherche qualitative, que par le biais de lecture de guides méthodologiques de l'entretien. Le peu d'expérience dans ce type d'entretien apporte une limite. Lors des premiers entretiens, certaines questions fermées apparaissent lors des relances spontanées. Au fur et à mesure des entretiens, ces questions fermées disparaissent. On peut donc supposer une perte d'information sur les premiers entretiens.

L'enquêtrice a participé à tous les ateliers en tant qu'observatrice. Elle a également réalisé la communication préalable à la formation, invitant les professionnels de santé à participer aux ateliers. Les entretiens se sont déroulés après la formation. La connaissance de l'enquêteur peut être un biais car l'enquêté souhaite apporter la réponse souhaitée par l'enquêteur. La conséquence est le risque de recueillir un ressenti plus positif que le ressenti réel. Le biais est aussi l'impression de connaître à demi mot le ressenti de l'interviewé et de perdre une partie des données. [27]

La réalisation des entretiens après l'ensemble de la formation peut entraîner un biais sur les données recueillies et cela notamment sur les attentes. En effet, le participant peut présenter une tendance à calquer ses attentes sur ce qu'il a effectivement trouvé à la formation. Il peut également avoir oublié certaines attentes qui n'ont pas été assouvies.

L'analyse du corpus n'a pas pu être réalisée par plusieurs lecteurs. Ceci ne permet donc pas d'exclure un regard subjectif dans la réalisation des codes et thèmes de la grille d'entretien [30]. Cependant les citations *in extenso* apportent une illustration sur les codes choisis.

La communication sur la formation « les Ateliers de l'ARIM » a été limitée, comme nous l'avons vu en amont, à une partie des projets ayant déposés une demande de financement à l'ARS ainsi qu'aux adhérents du SIREHN et du REGJHN. Ceci apporte un biais de sélection sur les participants.

VI.1.2 Avantages

Cette étude a pour avantage de réaliser un premier travail de recueil de données sur ce qu'attendent les professionnels de santé de ce type de formation.

Le recueil par entretien semi directif permet de faire apparaître plusieurs axes d'études futures.

Sur le nombre total de participants (17), beaucoup ont accepté les entretiens (14 dont 2 sur un même entretien), ceci a permis un large recueil. On peut alors supposer un recueil au plus prêt de la réalité [27].

Après l'ensemble des entretiens, nous arrivons à saturation des données. Nous ne retrouvons pas de nouvelles données majeures et les informations sont redondantes. Ceci est un des critères de qualité de la méthode qualitative.

Tous les entretiens se sont déroulés en face à face avec enregistrement. Le lieu de l'entretien a été proposé par l'interviewé. Ceci permet de le mettre en confiance et de lui signifier l'importance accordée à ses propos. Le recueil de données peut alors être plus large.

La réalisation des entretiens sur une période courte de 3 mois permet de limiter la perte d'information entre le premier et le dernier interviewé.

VI.2 Discussions des résultats

VI.2.1 La réorganisation des professions de santé amorcée ; le soutien par accompagnement individuel et par les formations est un besoin naissant.

VI.2.1.1 Un besoin naissant, en effet, peu de professionnels ont répondu présents à cette formation.

Pour proposer cette formation, nous avons réalisé un contact téléphonique d'une trentaine de projets, seuls 17 participants sont venus.

On peut émettre certaines hypothèses sur l'intérêt variable envers cette formation.

- Projet monté sans réelle participation des professionnels de santé. La formation fait écho à un besoin des pouvoirs publics, des élus. Les professionnels de santé ne se sentent pas concernés.
- « Burn-out » du porteur de projet ressenti. Le professionnel de santé est conscient de la nécessaire réorganisation du premier recours sur son territoire. Il ne peut cependant pas y consacrer de temps. Ceci se retrouve de façon fréquente dans les zones déjà déficitaires.

L'impulsion de la réorganisation du premier recours doit donc prendre en compte les professionnels de santé présents sur le territoire. Un projet porté par les élus et n'intégrant pas de professionnels de santé dans la réflexion, est un projet voué à l'échec [33]. Le projet doit être accepté ou tout au moins toléré par l'ensemble des professionnels. Il est nécessaire d'avoir un petit groupe motivé avec en son sein un « leader » pressenti. Les projets ne semblent être pérennes que s'ils sont portés par un « leader ». [16]

VI.2.1.2 Les ateliers de l'ARIM un moyen au service de la mission de réorganisation des soins de premier recours.

Les professionnels présents ont trouvé un intérêt à participer à cette formation pour plusieurs raisons. En effet, ils ont trouvé dans cette formation une possible réponse aux questions qu'ils se posaient. Cette formation soutient leurs motivations. Elle est un des moyens qui leur permet de faire avancer leur projet et d'éviter un épuisement. L'ensemble des professionnels participants a déjà amorcé une réorganisation de leur profession avant de participer. Les « Ateliers de l'ARIM » renforcent leur action et les aide à enrichir leur projet.

Nous pouvons dire que la formation ARIM est un moyen concret d'accompagner les professionnels de santé. Ce moyen est un des outils de la mission de réorganisation des soins de premier recours.

VI.2.2 La formation répond à la majorité des attentes :

Les attentes définies par les entretiens semblent être en grande partie assouvie par la formation.

Elles portent essentiellement sur l'obtention d'informations utiles, précises et pratiques, apportant une vision globale d'un projet de regroupement. Tous ces éléments semblent avoir été transmis pendant la formation. Cependant une précision reste à apporter sur les nouvelles sociétés et les nouveaux modes de rémunération. Le contenu et la forme de cette formation ont aidé à créer une aisance dans la relation à l'autre, permettant ainsi une amélioration de la communication.

Pour pouvoir se confronter à d'autres motivations et enrichir son projet des expériences diverses, l'échange d'expérience est un élément attendu. La formation a exposé différents projets, ainsi chacun a pu se confronter à l'expérience de l'autre.

Participer à la création d'un projet sur un territoire expose à un sentiment d'isolement. De par les rencontres qu'elle occasionne, cette formation rompt cet isolement.

La dynamique de groupe est un élément moteur dans ce type de projet. La réorganisation passe forcément par la gestion d'un groupe plus ou moins complexe. Les participants attendent donc de la formation qu'elle apporte des éléments sur ce sujet. Après la formation, les participants se sentent mieux préparés pour fédérer un groupe et le « manager ».

Il n'a pas été retrouvé d'autres attentes vis-à-vis de la formation. Il n'y avait pas d'attentes sur l'organisation de la formation ou le déroulement d'un atelier. Nous devons noter que si aucune attente n'est reconnue sur ce point, il apparaît cependant que la forme et le déroulement des ateliers étaient la charpente de cette formation. Les participants décrivent, de façon claire, l'importance de la convivialité et du dynamisme de chaque atelier. Ils prenaient plaisir à participer.

VII. Perspectives

L'ARIM est un outil de formation et d'accompagnement au service de tout professionnel de santé exerçant au sein des soins de premier recours. Il gagnerait à être reconnu comme tel par les institutionnels, les universitaires et FORTSPRO276.

VII.1 Obtenir soutien institutionnel et universitaire.

Les ARS ont été créées le 1^{er} avril 2010. La politique de santé a clairement émis la nécessité, pour les ARS, d'accompagner la réorganisation des soins de premier recours en prenant en compte le Schéma Régional de l'Organisation des Soins ambulatoire. Les ARS naissantes créent les PAPS (Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé), répondant ainsi aux recommandations faites des le « bilan des maisons et pôles de santé... » [34]. Il faut cependant souligner le besoin de personnels formés à l'accompagnement au sein des PAPS. Devant le travail réalisé au sein de l'équipe ARIM, nous pourrions envisager un travail coordonné entre les PAPS de l'ARS et l'équipe ARIM. Les PAPS trouveraient en l'ARIM un moyen existant pour accompagner les professionnels sur la région.

L'ARIM devrait être sollicitée comme expert, concernant le volet métier, d'une nouvelle organisation territoriale. Elle pourrait ainsi donner des éléments concernant l'opportunité et la pertinence d'un projet, sans avoir un pouvoir décisionnel, bien entendu.

Lors du cursus des professionnels de santé, l'ARIM doit pouvoir être présentée comme une structure pouvant les accompagner tout au long de leur vie professionnelle. Cet accompagnement s'envisage en début d'exercice libéral lors des remplacements et de l'installation mais également lors de toute modification de projet professionnel. L'ARIM permet un accompagnement multi-générationnel et pluri-professionnel. Pour affirmer ces deux caractéristiques qui lui sont uniques, le soutien des différentes structures universitaires pour présenter l'ARIM apparaît plus qu'utile.

VII.2 Définir un lien avec FORTSPRO276.

La fédération régionale FORTSPRO276, créée fin 2010, apporte un soutien de poids aux structures pluri-professionnelles naissantes ou existantes. FORTSPRO276 représente des professionnels déjà intégrés dans la réorganisation des soins. Les adhérents à FORTSPRO276 font encore figure de pionniers.

L'ARIM est une structure née, comme nous l'avons vu, d'une volonté d'accompagner les professionnels de santé. Cette structure doit désormais définir avec plus de précision son champ d'action. L'ARIM crée un pont entre l'exercice professionnel actuel et l'exercice professionnel envisagé, entre l'exercice libéral professionnel non hiérarchisé et l'exercice libéral futur tel qu'attendu. Elle doit rester un moyen d'accompagnement qui peut être sollicité afin d'apporter un éclairage sur les différents aspects d'un projet lorsque les professionnels sont béotiens. Elle peut être utile sur un

projet naissant ou bien sur des projets existants avec des questions sur certains points précis.

VII.3 Poursuivre l'aide concrète proposée par cette formation

La formation ARIM apporte une réponse aux professionnels de santé qui souhaitent réfléchir leur organisation professionnelle en lien avec les besoins de leur territoire. Au vu de l'analyse des résultats du corpus, l'existence de la formation ARIM est légitimée. Elle présente des points forts à conserver.

VII.3.1 Les formateurs ARIM : professionnels libéraux en activité, personnes ressources potentielles.

Le soutien est apporté par des professionnels de santé libéraux en exercice. Ces accompagnateurs ARIM sont donc également inscrits dans ces soins de premier recours. Ils vivent les difficultés et les avancées législatives tout comme les participants. La formation permet d'avoir un lien avec les accompagnateurs identifiables comme personnes ressources. C'est une force complémentaire non négligeable au soutien de la réorganisation des soins de premier recours. On peut envisager cependant une ouverture à des formateurs appartenant à d'autres professions de santé.

VII.3.2 La rencontre de différents professionnels de santé.

Ces professionnels de santé portent des projets différents, adaptés à leur bassin de vie. Ils sont cependant animés par la même volonté d'organiser leur profession pour s'intégrer dans le maillage territorial des soins de premier recours. La rencontre de personnes et les échanges observés lors de la formation prouvent que cette formation est utile pour participer à la création d'un réseau de soins de premier recours.

VII.3.3 La participation des institutions (ARS, Conseil de l'ordre,...)

Encourager la présence de toutes les personnes intervenant dans l'organisation des soins primaire est un point important aux yeux des participants. Cette formation est centrée sur leur propre projet, les institutionnels viennent en tant qu'experts mais sont également observateurs. Ils participent à la formation et répondent aux questions posées. Le hiatus entre professionnels de santé et ARS notamment se lève. Une communication s'instaure entre ces deux grands acteurs de la réorganisation territoriale des soins primaires. Une culture commune peut ainsi voir le jour.

VIII. Conclusion

Cette étude a donc permis de mettre en évidence un réel apport de la formation en matière d'organisation des soins de premier recours. Les éléments clés de cette formation, vécus par les participants comme nécessaires et utiles, se déclinent sous plusieurs aspects.

Le soutien apporté par cette formation est recherché lorsque les professionnels se sentent déjà impliqués dans un projet de réorganisation de leur profession quelqu'en soit l'avancement.

Ce soutien prend donc plusieurs aspects. Les participants trouvent en cette formation un moyen de rompre leur isolement dans le portage d'un projet. Au sein des « Ateliers de l'ARIM », ils rencontrent les formateurs de l'ARIM et les retrouvent tout au long de la formation. De nombreux liens se créent. Chaque projet est connu et suivi. Les formateurs ARIM sont reconnus comme des personnes ressources. Les participants rencontrent également d'autres professionnels motivés et impliqués dans l'organisation des soins sur leur territoire. L'échange d'expérience ainsi proposé permet non seulement, de lever l'isolement par la rencontre d'autres personnes en situation similaire, mais aussi, de s'inspirer d'un certain nombre d'expériences qui viennent enrichir leur propre projet. La formation, de par son contenu, permet de compléter les connaissances théoriques et leur mise en pratique adaptée à chaque territoire. Les informations précises ainsi que les experts appuyant ses informations, sont reçus par les participants comme un gage de qualité, une réelle plus-value de la formation.

Lorsque nous analysons le ressenti des participants, nous retrouvons un impact sur la manière de mener son projet. De façon très claire, nous observons un regain de motivation. Pour certains, le projet n'aurait pas été poursuivi si le soutien par la formation n'avait pas existé. Les obstacles rencontrés et le peu d'aide proposée auraient eu raison de la motivation des porteurs de projet. Pour d'autres, elle permet d'éviter certains écueils pouvant être rencontrés lorsque le professionnel porte son projet sans avoir réellement le temps d'en redéfinir les grandes lignes. Ainsi, la formation a été un moyen pour définir régulièrement, de façon plus précise quel type de projet était souhaité. Elle a permis à chacun de trouver une place plus juste au sein de son projet, en abordant les thèmes de la dynamique de groupe.

Dans la perspective d'une formation à venir, plusieurs pistes semblent envisageables. Il faudra renforcer la participation des représentants institutionnels régionaux afin de favoriser un dialogue et une mise en adéquation des attentes de chacun au service d'une même cause : la santé à l'échelle de la population. Il sera intéressant de réaliser une promotion de cette formation au sein de la filière universitaire de médecine générale, ouvrant ainsi plus nettement la formation aux jeunes générations. Elles pourront prendre position, si elles le souhaitent, sur leur exercice libéral à venir. Enfin, il sera nécessaire d'intégrer plus de professionnels de santé non médecins afin d'offrir une dimension pluridisciplinaire plus marquée. Cette pluridisciplinarité apportera une véritable richesse à la réflexion sur la réorganisation des soins de premier recours sur leur territoire.

Cette formation intègre donc bien l'organisation des soins de premier recours. Elle propose une aide concrète, de proximité, aux professionnels de santé qui sont impliqués dans un projet territorial. Elle offre un lieu d'échange sur les questions de continuité des soins, de coordination, de création d'un véritable réseau de soins de premiers recours. Elle permet d'entrevoir la possibilité d'une organisation voulue et gérée par les acteurs d'un même territoire en réponse au SROS ambulatoire. Cette formation prouve que lorsque des moyens leur sont proposés, les professionnels de santé qui s'impliquent dans l'organisation de leur profession prennent toute leur place. Ils peuvent accorder du temps et beaucoup d'énergie dans un projet si celui-ci ne semble pas être une simple utopie. La formation des « Ateliers de l'ARIM » permet de souligner le caractère réel de ces projets. Elle se veut être facilitatrice dans le profond changement amorcé de l'organisation des soins de premiers recours.

Le changement n'est pas une obligation, il est nécessaire et doit être apporté à l'échelle de chaque territoire. Il doit respecter un délai de réflexion et de réalisation nécessaire, propre à chaque projet. Le changement imposé n'apportera aucun soin de qualité car les principaux acteurs, les professionnels de santé, n'y adhéreront pas. Nous devons donc poursuivre les efforts mis en place pour accompagner ses acteurs des soins de premier recours dans leur démarche afin qu'ils ne s'épuisent pas, en vain, à porter des projets en sus de leur profession.

Bibliographie

- A1. ONDPS-DHOS, *Synthèse des Etats Généraux de l'organisation de la Santé*. 2008.
2. SONDAGE, I., *Les comportements des Français en matière de santé*, dans *Les Echos Conférences*. Novembre 2007.
3. www.who.int, noter "VUPS" dans la base de recherche du site. Site de l'OMS.
4. BOELEN, C., *La stratégie de l'OMS "Vers l'Unité Pour la Santé" et la responsabilité sociale des facultés de médecine*. Santé Publique, 2003. n° hors série, vol 15: p. 137-145.
5. BOURGUEIL Y., M.A., MOUSQUES J., *Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande*. Questions d'économie de la Santé, avril 2009. n°141.
6. BOURGUEIL Y., M.A., MOUSQUES J., *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?* Questions d'économie de la Santé, Novembre 2007. n°127
7. LE BRETON-LEROUVILLOIS G., *Atlas de la démographie médicale en France*. Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011.
8. ONDPS, *Rapport annuel de l'ONDPS : Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*. 2010/2011. tome 1: p. 1-145
9. Ordre des Pharmaciens, *Les Pharmaciens, Panorama au 1er janvier 2011*. janvier 2011.
10. DREES, *La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*. Etudes et résultats, mai 2011 n°759.
11. JORF, *Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales*. 13 avril 2011.
12. JORF, *Loi HPST loi n°2009-879 : Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. 21 juillet 2009.
13. ISNAR-IMG, ANEMF, *Démographie médicale, Contribution commune ANEMF ISNAR-IMG*. juin 2011.

14. CNOM, *Le stage des étudiants en médecine chez le praticien*. Rapport de la commission nationale permanente, 5 juin 1999.
15. ISNAR-IMG, *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale*. avril 2011.
16. DE HAAS P., *Monter et faire vivre une maison de santé*. septembre 2010, Edition Le Coudrier. 173 p.
17. JORF, *Loi HPST loi n°2009-879 : Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. 21 juillet 2009. **article 51**.
18. JORF, *Arrêté ministériel du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé*. 15 janvier 2010: page 839.
19. HAS, *Exercice coordonné et protocolé en maison, pôle et centre de santé. Une démarche d'amélioration des pratiques*. 2007.
20. BERLAND Y., *Rapport sur cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé ONDPS*, juin 2006.
21. JORF, *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* Loi FOURCADE, août 2011.
22. www.ffmps.fr. rubrique : "définitions".
23. www.lescentresdesanté.com. rubrique : "les centres de santé".
24. www.sci-sociétécivileimmobilière.com.
25. JORF, *Loi n°66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles version consolidée du 30 mars 2011*. 1966
26. Code de la Santé Publique, *Article L6133*. 2004.
27. BLANCHET A., GOTMAN A., *L'ENTRETIEN*. 2ème édition L'enquête et ses méthodes. 1992, Armand Colin. 126 p.
28. BORGES DA SILVA G., *La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication*. Revue médicale de l'Assurance Maladie, 2001: p. 32 : p117-121.
29. PASQUIER E., *Comment préparer et réaliser un entretien semi-directif dans un travail de recherche en médecine générale ?*, *Mémoire de médecine générale*. 2004. Faculté de médecine de Lyon.

30. FRISCH, F., *Les études qualitatives*. Edition d'Organisation 1999: Paris.
31. Larousse, *Dictionnaire*. 2011.
32. Wikipédia, *Encyclopédie*, sur wikipedia.org
33. DEPINOY, D., *Maisons de santé, une urgence citoyenne*. ed. Balises. aout 2011, Editions de santé. 116 p.
34. JUILHARD J-M., CROCHEMORE B., TOUBA A., VALLANCIEN G., *Le bilan des maisons et pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement*. 2009.

Abréviations

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rurale

ALD : Affection Longue Durée

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

ARH : ex Agence Régionale Hospitalière

ARIM : Aide au Remplacement et à l'Installation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Anti Vitamine K

BNC : Bénéfice Non Commercial

CCAA : Chef de Clinique Assistants Ambulatoire

CCAS : Centre Communaux d'Actions Sociales

CCU-MG : Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CEC : Contrat d'Exercice en Commun

CERMES : Centre de Recherche Médicale et Sanitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP : Code de Santé Publique

DDASS : ex Direction Départementale des Actions Sanitaires et Sociales

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (remplacée par la DGOS)

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DUIO : Dossier d'Intervention Ulérieure sur les Ouvrages

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ERDF : Electricité Réseau De France

ERP : Etablissement Recevant du Public

ETP : Education Thérapeutique Pluridisciplinaire

FEDER : Fond Européen de Développement

FFMPS : Fédération française des Maisons et Pôles de Santé

FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et le Coordonation des Soins

FMC : Formation Médicale Continue

FORTSPRO 276 : Fédération des Organisations Territoriales de Soins de PROximité en Haute Normandie

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et MédicoSociale

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GRDF : Gaz Réseau De France

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière(ier) Diplômé(e) d'Etat

IMG : Interne de Médecine Générale

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JORF : Journal Officiel de la République Française

Loi HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire

MCU-MG : Maître de Conférences Universitaire de Médecine Générale

MG : Médecin Généraliste

MRS : ex Mission Régionale de Santé

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS : Observatoire Nationale de la Démographie des Professionnels de Santé
ORS : Observatoire Régionale de Santé sociale
PSP : Pôle de Santé Pluri-disciplinaire
RCP : Responsabilité Civile professionnelle
REGJIHN : Syndicat des médecins Remplaçants Généralistes et Jeunes Installés Hauts Normands
SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SCI : Société Civile Immobilière
SCM : Société Civile de Moyen
SCP : Société Civile Professionnelle
SEL : Société d'Exercice Libérale
SELARL : Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SIREHN : Syndicats des Internes de médecine générale Hauts Normands
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SNIRAM : Système National d'informations Inter Régions d'Assurance Maladie
SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
URCAM : ex Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML-HN : Union Régionale des Médecins libéraux de Haute Normandie
URPS-médecin : Union Régionale des Professionnels de Santé Section médecin
VUPS : Vers l'Unité Pour la Santé
WHO : World Health Organisation

Annexes

ANNEXE 1 : Liste des participants aux ateliers de l'ARIM

A noter, nous entendons par « semi-rural » l'exercice dans une ville de petite ou moyenne densité associant une activité sur les communes rurales environnantes.

1^{er} entretien E 1 :

Diététicienne, femme, 20/29ans, exercice libéral seul et exercice salarié, urbain

2^{ème} Entretien E2 :

Médecin, homme, 30/45 ans exercice seul, rural

3^{ème} entretien E3 :

Orthoptiste, femme, 30/45 ans, exercice seul, urbain

4^{ème} entretien E4 :

Médecin, femme 30/45 ans, exercice en association, rural

5^{ème} entretien E5 :

Médecin, homme, 46/60 ans, exercice seul, semi rural

6^{ème} entretien E6 :

Médecin, homme, 46/60 ans, exercice en maison de santé pluridisciplinaire, semi rural

7^{ème} entretien E7 :

Médecin, homme, 30/45 ans, exercice en association, semi rural

8^{ème} entretien E8 :

Interne en médecine, femme, 30/45 ans, exercice non encore fixé, souhaiterait une activité non urbaine

9^{ème} entretien E9 :

Médecin remplaçant, homme, 30/45 ans, exercice non encore fixé,

10^{ème} entretien E10 :

2 Pharmaciens, homme et femme, 30/45 ans, exercices salariés, rural

11^{ème} entretien E11 :

Médecin, femme, 46/60 ans, exercice en association, rural

12^{ème} entretien **E12** :

Médecin, homme, 46/60 ans, exercice en association, rural

13^{ème} entretien **E13** :

Médecin, femme, 30/45 ans, exercice en association, urbain

15^{ème} participant

Interne en médecine générale, homme,

16^{ème} participant

Interne de médecine générale, homme,

17^{ème} participant :

Médecin, homme, 46/60 ans, exercice en MSP, semi rural

ANNEXE 2 : La grille des entretiens semi-directifs

Présentation générale du sujet à l'enquête

Ce premier cycle de formation terminé, il apparaissait important de recueillir votre vécu au sein des « ateliers de l'ARIM ». Ceci constitue donc mon travail de thèse.

C'est pour cette raison que je me présente à vous aujourd'hui.

L'entretien sera intégralement enregistré et durera 15 à 45 minutes.

Question posée :

Quel est l'impact d'une formation dispensée par l'ARIM aux porteurs de projet de regroupement de professionnels de santé, sur la représentation de leur projet et de leur rôle au sein de ce projet ?

Questions générales, caractéristiques du professionnel de santé :

1/ Fiche signalétique :

Profession :

Sexe : M/F

Tranche d'âge : 20-29 / 30-45 / 46-60 / >60

Mode d'exercice : seul / en association / MSP

Lieu d'exercice : rural / semi rural / urbain

2/ Question principale :

(Attentes)

Qu'est-ce qui vous a amené à participer aux ateliers de l'ARIM ?

- Motivations

- Attentes : **Quelles étaient vos attentes pour votre projet ?**

Par quel(s) autres moyens vous étiez vous informé pour monter un tel projet ?

Avant de participer au 1^{er} atelier, qu'attendiez-vous de cette formation ARIM ?

3/ Relances :

Quel... ? Comment ... ? Pourquoi... ?

(Apports)

Et alors, qu'y avez-vous trouvé ? (aux ateliers de l'ARIM)

- Relationnel

Comment avez-vous vécu ces ateliers ?

- Forme

Qu'avez-vous pensé de l'animation /de l'organisation? des participants / du groupe ?

Que pensez-vous du déroulement sous forme de 6 ateliers répartis sur 6 samedis matins sur 1an ?

- Expertise

- Information

(Souhails)

Qu'auriez vous aimé y voir ?

Qu'auriez vous aimé trouver au sein de ces ateliers ?

Comment souhaiteriez vous voir évoluer cette formation ?

(Impact)

Au cours des ateliers de l'ARIM, comment avez-vous évolué, vous, et votre projet ?

ANNEXE 3 : 1^{ère} grille d'analyse

1ere grille d'analyse : REGROUPEMENT DES CODES EN THEMES
Après lecture et détermination de codes des verbatim des premiers entretiens

MOTIVATIONS

Envie de regroupement de professionnels de santé/**La formation fait écho à la réalité qu'ils vivent :**

- Envie de travailler ensemble
- Pour favoriser ETP
- Pour élargir ses champs de compétence
- Pour apporter une réponse à la baisse de démographie des professionnels de santé
- Pour répondre à l'évolution de la médecine
- Pour faire évoluer son mode d'exercice
- La formation se proposait au bon moment

Envie de former différentes personnes d'un même projet pour suppléer le porteur de projet/Les Ateliers de l'ARIM rendent la formation accessible à tous (à différentes personnes d'un même projet)

Avoir un lieu d'échange interprofessionnel/**La formation comme lieu d'échange**

ATTENTES

Consolider son projet par des conseils avec des informations précises sur chaque aspect d'un projet de regroupement

Enrichissement de son projet par des échanges d'expérience/Echanges d'expérience, rencontre avec des porteurs de projet a des stades d'avancement différents

Analyse de la dynamique de groupe/Aides aux relations interpersonnelles au sein d'un groupe

APPORTS

APPORT D'INFO SUR LE CONTEXTE

Informations nécessaires précises sur les différents aspects d'un projet de regroupement

- Information organisée
- Site ARIM

APPORT D'INFO ADAPTEE A CHAQUE PROJET

- ➔ se réappropriier les différents aspects de son projet
- ➔ Réflexion précise sur chaque aspect
- ➔ Vision de son projet dans son ensemble
- ➔ Prise de conscience de la création d'un nouvel outil de travail

APPORT SUR LE PLAN HUMAIN

Un Partage d'expérience

- ➔ Richesse des expériences de chacun, de la diversité des projets présentés
- ➔ Mieux définir son propre projet au regard des expériences de chacun
- ➔ Aide à résoudre des problèmes actuels
- ➔ Aide à l'anticipation de problèmes à venir

Des Rencontres

Connaitre des personnes et/ou structures référentes

- ➔ Se savoir accompagné
- ➔ Rompre l'isolement du porteur de projet
 - Rencontre d'autres PdP qui vivent un peu les mêmes choses
 - Les non PdP participants prennent conscience du travail du porteur de projet.

Aide à la dynamique de groupe

Conseils relationnels

- ➔ Conseil pour former et unir un groupe
- ➔ N'oublier personne

APPORT SUR LA FORME

Evaluation de l'organisation dans le temps

Formation scindée en 6 matinées avec chacune un thème portant sur un des aspects de projet de regroupement, espacées d'au moins 1 mois

- ➔ Samedi matin : facilité d'organisation (sauf pour les pharmaciens pour qui le lundi serait plus simple)
- ➔ Espacement de chaque atelier :
 - Permet un temps d'appropriation et de réflexion
 - Permet un temps d'évolution pour le projet

Evaluation du déroulement des ateliers

Formation dynamique et structurée :

- ➔ Alternance des rôles des organisateurs (animateurs, rapporteur...) Pas de monotonie

Formation conviviale, agréable :

Importance des temps de pause

SOUHAITS

SOUHAITS SUR LA FORME

Développement d'un accompagnement plus individualisé sur un même projet avec ses différents acteurs

Faire participer les institutions sur plus d'ateliers

Proposer une formation inter-région

Développer la communication sur ce type de formation et sur FORTSPRO

SOUHAITS SUR LE CONTENU

Développement de l'information

- ➔ Sur les structures juridiques, notamment les SISA et avoir une approche pédagogique plus pratique et concrète sur les montages financiers/ juridiques et sur le volet comptable
- ➔ Sur les nouveaux modes de rémunération (NMR)
- ➔ Sur le système d'information

IMPACT DE LA FORMATION ARIM

Conforte de PdP dans son action

Apporte une légitimité au porteur de projet dans son rôle de leader

- ➔ Réassurance

Aide à créer une dynamique de groupe

Aide à créer la trame du projet, à garder une ligne directrice

Aide à avoir une vision à plus long terme de son projet

ANNEXE 4 : Grille d'analyse définitive

Après lecture de l'ensemble du corpus et détermination de tous les codes

MOTIVATIONS

1/Envie de regroupement de professionnels de santé/**La formation fait écho à la réalité qu'ils vivent :**

- Envie de travailler ensemble
- ➔ Pour favoriser ETP
- ➔ Pour élargir ses champs de compétence
- ➔ Pour apporter une réponse à la baisse de démographie des professionnels de santé
- ➔ Pour répondre à l'évolution de la médecine
- ➔ Pour faire évoluer son mode d'exercice
- ➔ La formation se proposait au bon moment

2/Envie de former différentes personnes d'un même projet pour suppléer le porteur de projet/Les Ateliers de l'ARIM rendent la formation accessible à tous (à différentes personnes d'un même projet)

3/Avoir un lieu d'échange interprofessionnel/**La formation comme lieu d'échange**

4/Rompre avec le quotidien

ATTENTES

1/Consolider son projet par des conseils avec des informations précises sur chaque aspect d'un projet de regroupement

- Facilitatrice/médiatrice
- Chaque aspect est défini
- Adaptée au territoire

2/Enrichissement de son projet par des échanges d'expérience/Echanges d'expérience, rencontre avec des porteurs de projet a des stades d'avancement différents

3/Analyse de la dynamique de groupe/Aides aux relations interpersonnelles au sein d'un groupe

- Apaiser les angoisses
- Savoir fédérer

APPORTS

1/APPORT D'INFO SUR LE CONTEXTE

Informations nécessaires précises sur les différents aspects d'un projet de regroupement

- Informations précises
- Validation d'experts
- Site ARIM

2/APPORT D'INFO ADAPTEE A CHAQUE PROJET

- Réflexion précise sur chaque aspect
- Vision de son projet dans son ensemble

3/APPORT SUR LE PLAN HUMAIN

Un Partage d'expérience

- Renfort de la motivation
- Diversité des types de projet
- Diversité des stades d'avancement des projets
- Partage pluridisciplinarité
- Partage pluri-générationnel
- Partage pour mieux définir son projet
- Résoudre problèmes actuels
- Anticiper problème à venir

Des Rencontres

- Se savoir accompagné par des personnes et/ou structures référentes
- Rompre l'isolement du porteur de projet
 - Rencontre d'autres PdP qui vivent un peu les mêmes choses
 - Les non PdP participants prennent conscience du travail du porteur de projet.

Aide à la dynamique de groupe

- Conseil pour former et unir un groupe
- Savoir exposer son projet
-

4/APPORT SUR LA FORME

Evaluation de l'organisation dans le temps

Formation scindée en 6 matinées avec chacune un thème portant sur un des aspects de projet de regroupement, espacées d'au moins 1 mois

- Samedi matin : facilité d'organisation
- Samedi matin : difficulté d'organisation
- Espacement de chaque atelier :
 - Permet un temps d'appropriation et de réflexion
 - Permet un temps d'évolution pour le projet
 - Trop lent
 - Maintenir le calendrier initial
 - Problème du a restructuration URML en URPS

Evaluation du déroulement des ateliers

- Formation conviviale, agréable
- Alternance des rôles des organisateurs (animateurs, rapporteur...)
- Différentes méthodes pédagogiques : Pas de monotonie
- Séances préparées
- Interactivité
- Importance des temps de pause

SOUHAITS

SOUHAITS SUR LA FORME

- Développement d'un accompagnement plus individualisé sur un même projet avec ses différents acteurs
- Faire participer les institutions sur plus d'ateliers
- Proposer une formation inter-région
- Retour sur expérience à distance de la formation
- Plus de porteurs d'expériences qui fonctionnent
- Développer la communication sur ce type de formation et sur FORTSPRO
- Formation moins étalée dans le temps
- Formation plus interdisciplinaire

SOUHAITS SUR LE CONTENU

- Sur les structures juridiques, notamment les SISA et avoir une approche pédagogique plus pratique et concrète sur les montages financiers/ juridiques et sur le volet comptable
- Sur les nouveaux modes de rémunération (NMR)
- Sur le système d'information
- Réseaux
- Organigramme

IMPACT DE LA FORMATION ARIM

- Aide à trouver sa place dans son projet
Conforte le PdP dans son action
Aide à définir une place plus juste au sein du projet
- Apporte une légitimité au participant
Légitimité au porteur de projet dans son rôle de leader
Légitimité du participant dans son rôle de soutien
- Aide à créer une dynamique de groupe
- Aide à créer la trame du projet, à garder une ligne directrice
- Aide à avoir une vision à plus long terme de son projet

ANNEXE 5 Analyse avec détermination des codes, Extrait de l'entretien n°11, codes retrouvés dans la grille d'analyse.

Qu'est ce qui vous a amené à participer aux ateliers de l'ARIM ? :

Projet de travailler en... de monter une maison interdisciplinaire de santé. Sachant que les organisateurs c'était entre autre Dr X et Dr Y et... oui surtout eux deux et que je savais que leur expérience m'intéressait.

Commentaire [11]: Motivations : Echo à ce qu'ils vivent

Commentaire [12]: Motivations : Echanges d'expérience

Quelles attentes particulières y avait-il par rapport à votre projet ? :

D'être confrontée à d'autres, de voir ce que les autres faisaient, j'ai appris des choses, des choses que je n'avais pas soulevées, par exemple, on a parlé un peu hygiène du cabinet, enfin... c'était peut être en marge des formations proprement dites, on en a parlé un petit peu, moi j'ai découvert ça, enfin hygiène, c'est pas ça, mais au niveau de la construction etc... les normes. J'étais pas là le jour du comptable, ce qui est dommage parce que c'est vrai que c'est un sujet qui m'aurait intéressée, mais du coup bon on a revu le notre et puis on a fait le point un peu. Je pense que... oui c'est intéressant de se confronter à d'autres mais il y a pas 2 situations identiques quoi. C'est-à-dire qu'on se rend compte qu'il y a des endroits où c'est les élus qui veulent, qui sont partants et chez nous c'est plutôt les médecins. Mais bon... Y a quand même vraiment, chaque situation est vraiment très... particulière quoi. Donc on ne peut pas très bien comparer.

Commentaire [13]: Attentes : Echanges d'expérience

Commentaire [14]: Apports : Anticipation de problème à venir

Commentaire [15]: Attentes : Informations précises : volet comptable

Commentaire [16]: Apports : Confronter son projet à d'autres projets

Donc oui, plutôt confrontée avec les autres...

Oui confrontée avec les autres projets. Sachant je pense que c'est intéressant de voir ce que les autres ont fait, heu... mais c'est pas superposable quoi. C'est vrai, si par exemple la maison de ville X est très particulière, celle de ville Y aussi, la vôtre c'est encore autrement, la ville Z, ils sont venus... en espérant plein de choses puis finalement je pense que c'est difficile pour eux d'être moteurs dans ce projet enfin bon c'est... mais c'était très intéressant.

Commentaire [17]: Apports : Partage d'expérience. Richesse de la diversité des projets

Avant de participer à ces ateliers, par quels autres moyens vous vous étiez informée pour monter votre projet ?

Alors nous on avait travaillé localement, c'est-à-dire que, il y a deux choses différentes. Y a les projets de maisons interdisciplinaires heu... construction conseil général/région et nous on s'était déjà beaucoup penché sur ces dossiers là et on avait déjà rédigé notre projet médical et tout ça dans le but de faire un budget subventionable.

Ca remplissait le cahier des charges...

Complètement, on était complètement dedans, sauf que les élus à la fin ont voté contre mais... Mais nous le projet de santé il était écrit et on avait beaucoup travaillé dessus...

ANNEXE 6 : Exemple de préparation d'un atelier

Préparation de l'atelier n°4 : Volet juridique et comptable

9h : Tour de table des participants et prise de nouvelles de chacun

9h20 : Résumé des épisodes précédents : Animateur 1

- Environnement : une diapo
- Projets professionnel et projet de santé : une diapo
- Communiquer entre professionnels : une diapo

9h25 : Présentation du thème du jour et de nos deux experts : Animateur 2

9h30 : A partir des questionnaires envoyés par mail avant l'atelier : chaque porteur de projet donne et explicite ses réponses en plénière.

En question subsidiaire l'animateur leur demande quelle(s) structures il envisage de créer pour porter cela.

A partir de ce cas particulier, l'avis de l'expert est demandé.

10h15 : Une fois que tous les groupes sont passés, l'expert fait une synthèse des idées fortes à retenir.

10h15 : Pause

10h30 : Travail en petit groupe autour de la question :

Pour votre projet quels sont les postes budgétaires à prévoir ?

Pouvez-vous essayer de les chiffrer ?

En prenant quelques exemples de dépenses expliquez nous comment vous répartissez ces dépenses ?

11h30 : Un ou deux travaux sont présentés en plénière.

L'expert donne son avis.

12h00 : L'expert nous présente et commente un budget d'une structure de son choix dont il expose les caractéristiques.

12h45 : En fin de matinée, Dr ? viendra présenter au groupe la proposition des groupes qualité. Il restera avec nous ensuite pour partager le déjeuner.

13h00 : Pause Déjeuner.

Questionnaire de préparation à remplir avant l'atelier

Atelier 4 Volet juridique et comptable

La mise en place d'une maison ou d'un pôle de santé pluridisciplinaire repose sur le principe d'une mise en commun de moyens humains et matériels (mobiliers ou immobiliers) et de partage d'un projet de travail négocié.

Cette mise en commun et ce partage peuvent être plus ou moins (grands) développés mais imposent de toute façon (de faire un choix) une réflexion sur les options juridiques et comptables susceptibles d'être mises en œuvre.

L'expérience montre que (ce choix peut) les options choisies peuvent avoir des conséquences cruciales sur la réussite ou sur l'échec de votre projet quelque soit son intérêt ou sa pertinence professionnelle.

Les options mises en œuvre ont aussi un impact sur la pérennité du projet professionnel. A titre d'exemple certaines options pertinentes à un instant T peuvent s'avérer bloquantes sur le moyen ou le long terme.

Vous aurez à vous déterminer entre plusieurs options mais c'est la définition précise de vos projets de santé et professionnels qui doit vous amener à prendre une décision adaptée et rationnelle.

Pour aborder cet atelier vous devez donc répondre aux questions suivantes:

Type de projet :

- Avez vous un projet interprofessionnel ? **OUI NON**
NSP

- Quels sont les professionnels concernés?
 -
 -
 -

- Votre projet implique-t-il un regroupement de tous les professionnels sur un site unique ? **OUI NON**
NSP

Projet de santé :

- Souhaitez vous élargir l'offre de soins: actes techniques, télémédecine, nouvelles compétences...? **OUI NON**
NSP

- Souhaitez vous développer une activité non liée au soin: éducation thérapeutique, prévention et promotion de la santé ? **OUI NON**
NSP

- Souhaitez-vous organiser une réponse partagée à la demande de soins non programmés?

OUI	NON
NSP	

- Vous semble-t-il envisageable de disposer de dossiers patients partagés ?

OUI	NON
NSP	

Projet professionnel :

- Souhaitez-vous un accueil physique et/ou téléphonique commun ?

OUI	NON
NSP	

- Souhaitez-vous un matériel informatique et/ou téléphonique partagé?

OUI	NON
NSP	

- Souhaitez-vous coordonner la continuité des soins (congrés, maladies) ?

OUI	NON
NSP	

- Envisagez (Souhaitez) vous d'intégrer des professionnels exerçant à temps partiel?

OUI	NON
NSP	

- (Comment organisez-vous la gestion humaine, matérielle et comptable)

- Considérez-vous que la gestion humaine, matérielle et comptable doit être déléguée à l'un des professionnels ?

OUI	NON
NSP	

- Si **oui** envisagez-vous que ce dernier soit rémunéré ?

OUI	NON
NSP	

- Si **non** envisagez-vous
 1. un partage des tâches administratives entre tous les professionnels
 - une organisation tournante ?

Résumé

Objectif :

Evaluer l'impact d'une formation proposée aux professionnels de santé investis dans l'organisation territoriale de leur profession.

Méthode :

Méthode qualitative au moyen d'entretiens semi directif réalisés de mai à juillet 2011 auprès des participants de la formation des « Ateliers de l'ARIM ». Analyse thématique du corpus avec regroupement des codes en thèmes selon la grille d'analyse obtenue après première lecture du corpus.

Résultats :

13 entretiens sont obtenus. Retranscrits, ils forment le corpus qui est analysé. Cette étude confirme l'utilité de la formation « les Ateliers de l'ARIM » dans l'accompagnement des professionnels de santé impliqués dans un projet sur leur territoire. Elle est souhaitée quand elle fait écho à un besoin préexistant, de monter un nouveau projet. Elle permet d'apporter des informations précises nécessaires à la réalisation d'un projet de regroupement. Elle renforce la légitimité du professionnel dans son action de réorganisation de sa profession. Les participants voient la représentation de leur projet modifiée, précisée. Par cette formation, le sentiment d'isolement ressenti est levé grâce aux échanges entre porteurs de projet.

Conclusion :

La formation « les Ateliers de l'ARIM » apporte une aide aux professionnels de santé impliqués dans un projet d'organisation des soins de premier recours sur leur territoire. Ces professionnels de santé sont encore considérés comme des pionniers. Ils participent à la restructuration des soins de premiers recours telle que décrite dans les nouvelles lois françaises (loi HPST puis loi Fourcade). Ils intègrent une volonté d'organisation des soins de premiers recours pour un soin de qualité, accessible à tous, telle que définie par l'OMS. Ils souhaitent faire une place grandissante à la création d'un réseau de soins de premiers recours, favoriser la continuité des soins, la coordination, la coopération interprofessionnel. Ils sont tributaires des écueils des premières applications législatives. Dans un objectif d'efficience, il convient donc de donner à ces professionnels de santé les moyens de se former à cette nouvelle mission qui leur incombe : la prise en charge de la santé populationnelle à l'échelle des bassins de vie. La formation « les Ateliers de l'ARIM » peut être un des moyens utiles pour les accompagner.

Mots clés :

Soins de premiers recours - Maison de Santé - accompagnement des professionnels de santé - Porteur de projet - Territorialité