



HAL
open science

Représentation et attentes des acteurs de santé concernant la création d'un pôle de santé sur un territoire de santé des Alpes Maritimes

Margot Kozlowski-Dupret

► **To cite this version:**

Margot Kozlowski-Dupret. Représentation et attentes des acteurs de santé concernant la création d'un pôle de santé sur un territoire de santé des Alpes Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160431

HAL Id: dumas-01160431

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160431>

Submitted on 5 Jun 2015

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.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

ANNÉE 2014

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Représentations et attentes des acteurs de santé concernant la
création d'un pôle de santé sur un territoire de santé des Alpes-
Maritimes

Présentée et soutenue publiquement le

Mercredi 23 avril 2014 à Nice

par **Margot KOZLOWSKI-DUPRET**

née le 4 septembre 1985

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur **Jean-Baptiste SAUTRON**
Membres : Monsieur le Professeur **Patrice BROCKER**
Monsieur le Professeur **Olivier GUERIN**
Monsieur le Professeur **Pascal STACCINI**
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur **Jean-Philippe ARNAU**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAPALUS Philippe
M. BOQUET Patrice	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOURGEON André	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE BAS Pierre
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELMONT Jean	M. MOUIEL Jean
M. DEMARD François	Mme MYQUEL Martine
M. DOLISI Claude	M. OLLIER Amédée
M. FREYCHET Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. SCHNEIDER Maurice
M. GILLET Jean-Yves	M. SERRES Jean-Jacques
M. GRELLIER Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. HARTER Michel	M. TRAN Dinh Khiem
M. INGLES AKIS Jean-André	M. ZIEGLER Gérard
M. LALANNE Claude-Michel	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)

M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M. MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M. PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CHATTI Kaouther	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNÉ Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

1 Les membres du jury

Monsieur le Professeur Sautron,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, votre apport à la médecine générale universitaire est incontestable, vous êtes un modèle pour beaucoup.

Monsieur le Professeur Brocker,

Merci de votre présence, vous avez eu un rôle important dans mon cursus, et partager ce jour avec vous est un véritable honneur.

Monsieur le Professeur Guérin,

Merci d'avoir accepté de partager ce moment avec moi. Ta disponibilité, ton intelligence et ton envie de transmettre sont sans pareilles. J'espère que nos chemins auront l'occasion de se recroiser.

Monsieur le Professeur Staccini,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Votre regard novateur sur la médecine et les possibilités qu'elle offre est une véritable source d'inspiration.

2 A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Arnau,

Tu as su me transmettre un peu de ta passion sans borne pour notre métier et tu m'as donné

les clés pour me permettre de mieux comprendre comment je voulais exercer.

Ce travail est né de cette rencontre. J'admire ton intelligence toute en simplicité et j'espère

avoir encore l'occasion d'apprendre de toi. Merci.

3 A mon entourage

A toi mon amour, ma vie, tu m'as appris à respirer et à vivre, tu sais me soutenir comme personne et face à toutes les situations. Tu as une fois de plus été là pendant ce travail, tant logistiquement, que techniquement qu'émotionnellement. Tu es un homme, un père, et un mari parfait. Tu es mon tout. Ten plus qu'hier.

A mes enfants, source de vie et de bonheur.

Irina, si tu lis ce travail quand tu seras plus grande, sache que ta force, ton intelligence et ta bonté ne font déjà aucun doute. Je suis déjà très fière de toi mon ange. Je t'aime.

Adrien, ton humour, ta pertinence et ta subtilité sont indéniables. Je t'aime et suis fière de ce que tu es et deviendras.

A ma mère, que je respecte et que j'admire, qui a été à mes côtés tout au long de mon parcours. Margoule Moustamoi.

A Aqeel, merci de ta présence.

A Tonton Henri, l'imperturbable, toujours à l'écoute et plein de justesse, tu es un repère, une vraie stabilité pour moi.

A Isabelle, « méchant diable », tu es et resteras un modèle pour moi, tant sur le plan humain que sur le plan professionnel.

A Mr Kruk, vous avez été présent à un moment important de ma vie, vous avez su me protéger assez longtemps pour que je sache me protéger toute seule, ce travail je vous le dois en partie.

A Papi et mamie Daniel(le)s, merci de m'avoir accueillie dans votre famille. Vous représentez beaucoup pour moi.

A papy 'Da et Mamy 'Co, votre simplicité et votre amour sont une vraie source d'inspiration.

A Sarah, mon moooooooooopy du ch'nord, merci de ta présence à mes côtés dans les bons comme dans les mauvais moments, merci pour tes notes quand je n'allais pas en cours, merci pour ton sourire et ton sang-froid. Tu es une grande dame dans un tout petit moopy !!!

A Tiphania pour avoir accepté de relire ce travail et m'avoir aidé à aller dans la bonne direction.

A David, merci pour ta présence, tes conseils, et tes capacités d'analyste. Ton insatiable envie de projets et ton intelligence anarchique sont source d'inspiration.

A mes amies, Anaïs, Nore, Jennifer, Audrey... On ne se voit pas assez mais je pense fort à vous

A ces belles rencontres pendant mon internat, Virginie, Sabrina, Christine, Mélanie, Rabia, Christelle, Kenza, Ahmad, Karine, Martine, Fanny...

A toutes les personnes que j'ai interrogées, je vous remercie très chaleureusement de votre participation.

A tous ceux que j'oublie ...

Abréviations

ARS Agence Régionale de Santé

ASIP Santé Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

AVK Anti Vitamine K

CAREPS Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire

CHT Communauté Hospitalière de Territoire

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP Dossier Médical Personnel

DPC Développement Professionnel Continu

ENMR Expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération

ESV Espace de Santé de Valbonne

FFMPS Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

HAS Haute Autorité de Santé

HPST loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

ISNAR-IMG InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSP Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

PCMH Patient-Centered Medical Home

PSP Pôles de Santé Pluriprofessionnels

SASPAS Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SISA Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires

SWOT analysis Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités), Threats (Menaces)

URML Union Régionale des Médecins Libéraux

Table des matières

Remerciements	- 1 -
1 Les membres du jury	- 1 -
2 A mon directeur de thèse,.....	- 2 -
3 A mon entourage	- 3 -
Abréviations	- 5 -
Table des matières	- 6 -
Liste des illustrations.....	- 10 -
Introduction	- 11 -
Matériel et méthode.....	- 14 -
1 Objectif.....	- 14 -
2 Type d'étude.....	- 14 -
2.1 Etude qualitative.....	- 14 -
2.2 Justification du choix	- 14 -
3 Caractéristique de l'échantillon.....	- 15 -
4 Recueil des données	- 15 -
4.1 Guide d'entretien.....	- 15 -
4.2 Questionnaire des caractéristiques du sujet interviewé.....	- 16 -
4.3 Retranscription	- 16 -
5 Analyse des données	- 16 -

Résultats	- 18 -
1 Caractéristiques de l'échantillon	- 18 -
2 Résultats de l'Analyse	- 21 -
2.1 Etat des lieux	- 21 -
2.1.1 Représentations et ressentis des professionnels interrogés concernant les acteurs de santé.....	- 21 -
2.1.2 Représentations et ressentis des acteurs de santé concernant le territoire de santé	- 30 -
2.1.3 Représentations et ressentis des acteurs de santé concernant la politique de santé	- 32 -
2.2 Représentations et attentes des professionnels de santé par rapport à la création d'un pôle de santé sur l'espace de santé de Valbonne	- 33 -
2.2.1 Représentations générales	- 33 -
2.2.2 Attentes des acteurs de santé concernant la création d'un pôle de santé sur le canton de Bar-sur-Loup.....	- 40 -
2.2.3 Représentations par rapport aux porteurs de projet.....	- 47 -
2.2.4 Projet d'avenir	- 48 -
2.3 Pôle et communication	- 49 -
2.3.1 Représentation schématique de la communication dans un PSP vue par les acteurs de santé.....	- 49 -
2.3.2 Généralités.....	- 50 -
2.3.3 Modes de communication	- 51 -

2.3.4	Secrétariat commun.....	- 53 -
2.4	Contraintes ressenties par les acteurs de santé par rapport à un exercice en pôle...-	53 -
2.4.1	Représentation schématiques des contraintes ressenties par les acteurs de santé-	53 -
2.4.2	Aspect chronophage	- 54 -
2.4.3	Aspect financier.....	- 55 -
2.4.4	Charge administrative	- 55 -
2.4.5	Relations interprofessionnelles	- 55 -
2.4.6	Age	- 56 -
2.4.7	Peur du changement	- 56 -
2.4.8	Sentiment d'imposer le pôle aux patients	- 56 -
2.4.9	Complexité	- 56 -
2.4.10	Absence de contrainte	- 57 -
2.5	Désir de faire partie du pôle	- 57 -
3	Discussion	- 58 -
3.1	Principaux résultats	- 58 -
3.2	Forces et limites méthodologiques.....	- 60 -
3.2.1	Recrutement	- 60 -
3.2.2	Enquêteur	- 60 -
3.2.3	Analyse.....	- 61 -
3.3	Théorisation à partir du modèle SWOT	- 62 -

3.3.1	Forces et opportunités du projet de pôle de santé sur le canton de Bar-sur-Loup	
	- 62 -	
3.3.2	Freins et menaces concernant le projet de pôle de santé sur l'ESV	- 67 -
3.3.3	Synthèse de l'analyse	- 70 -
	Conclusion.....	- 73 -
	Résumé	- 75 -
	Summary	- 76 -
	Bibliographie.....	- 77 -
	Annexes.....	- 83 -
1	Annexe 1 : guide d'entretien du 17/01/2013	- 84 -
2	Annexe 2 : guide d'entretien du 22/1/2013	- 86 -
3	Annexe 3 : guide d'entretien 5/3/2013	- 88 -
4	Annexe 4 : guide d'entretien pour les élus	- 90 -
5	Annexe 5 : Questionnaire des caractéristiques des interviewés	- 91 -
	Serment d'Hippocrate	- 92 -

Liste des illustrations

Figure 1. Répartition des sujets interviewés par profession.....	- 20 -
Figure 2. Répartition des professionnels par âge et sexe	- 20 -
Figure 3 Attentes des acteurs de santé.....	- 41 -
Figure 4- Pôle et communication	- 50 -
Figure 5 Contraintes ressenties par les professionnels.....	- 54 -
Figure 6 Motivations des professionnels de santé.....	- 63 -
Figure 7 Freins évoqués par les acteurs de santé	- 68 -
Figure 8. SWOT analysis	- 71 -

Introduction

La médecine générale est une discipline qui évolue quotidiennement. L'exercice de cette médecine de premier recours tend à s'organiser, se coordonner pour répondre à une demande qui elle aussi évolue de façon permanente (1) .

Le système de santé doit faire face au vieillissement de la population, et à l'augmentation croissante des pathologies chroniques, avec de réels besoins de prise en charge globale. Parallèlement, il existe une hétérogénéité dans l'offre de soin (2) (3). La démographie médicale, et l'organisation des soins de premiers recours sont des enjeux majeurs et apparaissent comme tels dans la politique de santé actuelle (4) (5) (6).

En 2010, suite à un ordre de mission du président de la république visant à améliorer l'accès aux soins, le Dr E. Hubert, ancienne ministre de la santé et de l'assurance Maladie proposait dans son rapport définitif d'encourager la création de pôles et maisons de santé pluridisciplinaires (7).

Le transfert de compétences des activités médicales aux acteurs paramédicaux et l'exercice coordonné se sont organisés dans plusieurs pays et souvent depuis de nombreuses années. Les expériences les plus larges concernent les Etats-Unis, le Canada et le Royaume-Uni (8). Aux Etats-Unis, ce sont les Patient-Centered Medical Home (PCMH). Plusieurs éléments montrent une amélioration de la qualité des soins perçue par le patient et les professionnels de santé dans les PCMH (9) (10).

En France, le phénomène est plus récent (11) mais l'exercice isolé tend à diminuer et les jeunes professionnels de santé ne veulent plus sacrifier leur vie personnelle au profit d'une activité sans limites (12).

Dans un tel contexte, la création de pôles de santé et de maisons de santé pluriprofessionnels, apparaît comme une alternative pour améliorer l'offre de soin (13). Ces projets se multiplient sur le territoire national depuis le milieu des années 2000 pour atteindre 291 maisons et pôles de santé recensées par la direction générale de l'offre de soin (DGOS) en 2013 (14).

Peu d'études rapportent ce que pensent les acteurs de santé de ce type de pratiques. Les motivations qui pourraient pousser les professionnels à exercer de manière coordonnée ou les freins qui les en empêcheraient sont également peu connus.

La création du pôle de santé du canton de Bar-sur-Loup, dans les Alpes Maritimes, s'inscrit dans une dynamique de regroupement et d'organisation des soins territoriaux et apparaît comme une réponse logique aux politiques de santé tant nationale que régionale (15). Cette création est portée par un noyau de professionnels motivés principalement constitué de deux médecins généralistes exerçant sur la commune de Roquefort-les-Pins.

Plusieurs réunions pluriprofessionnelles ont déjà eu lieu sur ce territoire. Une association loi 1901 a été déposée en préfecture (16). Un projet de santé formel a également été déposé auprès de la région et de l'Agence Régionale de Santé (ARS) par les médecins généralistes sus cités. Ceci pourrait les conduire à l'obtention d'un label « maison de santé hors les murs » (6), rendant éligible à la réalisation de recherches au sein du pôle de santé et aux Expérimentations sur les Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) (17). Enfin, la création d'une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) est également envisagée (18).

Cette étude a permis de donner la parole aux acteurs de santé du territoire pour recueillir leurs ressentis, leurs représentations, leurs attentes et éventuelles implications vis à vis de la création du pôle de santé de l'Espace de Santé de Valbonne (ESV), dans le département des Alpes Maritimes.

Quelles sont les représentations et les attentes des acteurs de santé concernant la création du pôle de santé sur ce territoire de santé ? Peut-on extrapoler à un cas plus général ? Quels sont les facteurs favorisant et les éventuels freins au projet ? Voici les questions auxquelles nous avons tenté d'apporter des réponses dans le but d'identifier les attentes des acteurs de santé et éventuellement d'apprendre comment fédérer ces professionnels pour arriver à un projet abouti.

Matériel et méthode

1 Objectif

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations et les attentes des professionnels de santé et élus locaux par rapport à la création d'un pôle de santé sur le canton de Bar-sur-Loup dans le département des Alpes Maritimes.

Les objectifs secondaires ont été d'identifier les freins et facteurs favorisant au projet.

2 Type d'étude

2.1 Etude qualitative

Il s'agissait d'une étude descriptive qualitative par entretiens individuels semi-dirigés effectués à l'aide d'un guide d'entretien (19) (20).

La démarche était interprétativiste car l'étude a été initiée sans préjugé de départ.

2.2 Justification du choix

La recherche qualitative exploratoire est un outil privilégié pour l'étude de domaines peu connus. Elle permet d'explorer les représentations et attentes des sujets rencontrés. Elle permettait ici de recueillir leurs vécus, leurs ressentis, leurs expériences et leurs attentes, dans leur environnement.

Le dialogue entre l'investigateur et l'interviewé favorise l'expression de points de vue personnels et l'émergence d'informations auxquelles l'enquêteur n'aurait pas pensé lors de l'élaboration d'un questionnaire dans une étude quantitative.

3 Caractéristique de l'échantillon

Ont été inclus, les acteurs de santé ayant répondu favorablement à la demande de participation et exerçant sur le canton de Bar-sur-Loup. L'échantillonnage a également été fait de telle sorte qu'un maximum de professionnels soit représenté. Nous avons constitué un échantillon raisonné en contactant un maximum de professions différentes (kinésithérapeutes, infirmières, médecins, psychologues, podologues, dentistes, orthophoniste etc.). Nous avons également décidé d'élargir notre recherche aux acteurs de santé dans leur ensemble en contactant des élus locaux, des employés de crèche, des vendeurs en matériel médical etc.

Les professionnels ont été sollicités par téléphone, en partie à partir de listes de professionnels du territoire, fournies par le secrétariat d'un cabinet de médecine générale où exercent deux des porteurs de projet, et en partie dans l'annuaire.

4 Recueil des données

4.1 Guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés étaient des entretiens à questions ouvertes qui permettaient d'obtenir des réponses sur des thèmes prédéfinis au préalable dans un guide d'entretien (21).

L'ordre des questions pouvait varier selon la tournure que prenait l'entretien.

Des relances ou sous-thèmes étaient définis afin d'amener la personne interviewée à répondre plus précisément à la question posée.

Le guide d'entretien pouvait varier au cours de l'étude, en particulier si des thèmes importants étaient identifiés au cours de l'analyse contemporaine des données et que l'investigateur souhaitait les explorer dans les entretiens suivants.

Le guide d'entretien a été validé par la cellule thèse du Département de médecine générale de l'université de Nice (DERMG) le 13/1/2013. L'approche est herméneutique par théorisation ancrée, c'est-à-dire qu'il y a une alternance entre le recueil des données et l'analyse de celles-ci permettant entre autre d'enrichir le guide d'entretien pour les interviews suivantes (22).

Les différents guides d'entretien sont disponibles en annexe 1 à 4.

4.2 Questionnaire des caractéristiques du sujet interviewé

Le guide d'entretien était complété par un questionnaire quantitatif afin de mieux caractériser l'échantillon. Il était rempli à l'écrit, en fin d'entretien par le professionnel. L'enregistrement n'était pas arrêté au cours du remplissage, permettant le recueil d'éventuelles idées émergentes. Ce questionnaire est disponible en annexe 5.

4.3 Retranscription

La réalisation des entretiens a débuté en janvier 2013. Ils ont été enregistrés par dictaphone. Puis les enregistrements ont été retranscrits informatiquement sous Microsoft Office Word ® sous la forme de verbatim, c'est-à-dire mot pour mot.

5 Analyse des données

Les verbatim ont été analysés par une approche herméneutique par théorisation ancrée, avec le support électronique du logiciel QSR international Nvivo 10 software par l'investigateur (23).

Le codage a été réalisé de manière inductive et analytique selon une approche phénoménologique (analyse des propos dans leur contexte), idée par idée, ligne par ligne, selon une méthode d'analyse ouverte qui a permis de regrouper les idées en thèmes et catégories (codage axial) (23).

La fin du recueil des données était définie par le moment où l'analyse permettait d'atteindre la « saturation théorique des données » c'est-à-dire l'épuisement des éléments de réponse. Cette saturation s'objectivait par une redondance des idées dans les témoignages des interviewés, sans apparition de faits nouveaux dans au moins deux entretiens successifs.

Enfin il est important de rappeler, avec cette méthode d'analyse qualitative, qu'une donnée a même valeur qu'elle soit exprimée une seule fois ou plusieurs fois au cours des différents entretiens (à l'inverse des méthodes quantitatives).

Résultats

1 Caractéristiques de l'échantillon

La saturation théorique des données a été atteinte avec 19 entretiens, réalisés avec 19 professionnels intervenant dans le champ de la santé et 2 Elus locaux.

Les entretiens ont eu lieu de janvier à juillet 2013, pour la plupart sur le lieu d'exercice des professionnels pour les autres dans un cabinet de médecine générale de Roquefort-les-Pins prêté à cet effet.

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le Tableau 1.

De même, la Figure 1 nous montre les différents professionnels interrogés et la Figure 2 la répartition de ces derniers en fonction de l'âge et du sexe.

La moyenne d'âge des professionnels interviewés est de 48.24 ans. Ils sont, en moyenne, installés sur le canton de bar sur loup depuis 17.17 ans.

Les entretiens duraient en moyenne 42 minutes.

Tableau 1 Caractéristiques de l'échantillon

Individu	Durée d'entretien enregistré	Groupe d'âge (ans)	Informati-sation	Lieu d'installation	Logiciel métier utilisé	Profession	Sexe
E 19	29mn	51-60	Non assignée	semi-rural	NA	Assistante sociale	F
E 1	42mn13s	> 60	Oui	semi-rural	NA	Médecin biologiste	H
E 16	38mn16s	30-40	Non	semi-rural	NA	Directrice de crèche	F
E 16 bis	38mn16s	41-50	Non	semi-rural	NA	Infirmière crèche	F
E 2	39mn40s	41-50	Oui	semi-rural	Julie	Dentiste	H
E18	43mn39s	30-40	Oui	semi-rural	Velomate	Prestataire de matériel médical	F
E 4	27mn34	30-40	Oui	semi-rural	Vega (Epsilog)	Infirmière	F
E 5	60mn10s	41-50	Oui	semi-rural	Vega (Epsilog)	Infirmière	F
E 8	32mn50s	30-40	Oui	urbain	Vega (Epsilog)	Kinésithérapeute	H
E 9	32mn37s	30-40	Oui	semi-rural	Vega (Epsilog)	Kinésithérapeute	H
E 10	32mn59s	> 60	NA	semi-rural	NA	Maire	H
E 11	20mn12s	> 60	NA	semi-rural	NA	Maire	H
E 6	42mn22s	51-60	Oui	semi-rural	Axi sante	Médecin Généraliste	F
E 7	43mn51s	51-60	Oui	rural	Axi sante	Médecin Généraliste	H
E 15	30mn10s	< 30	Oui	semi-rural	Vega (Epsilog)	Orthophoniste	F
E 13	59mn29s	51-60	Oui	semi-rural	Primoris	Pharmacien	H
E 14	55mn25s	41-50	Oui	semi-rural	Alliadis	Pharmacien	H
E 12	40mn41s	51-60	Non	semi-rural	NA	Podologue	F
E 12 bis	40mn41s	41-50	Non	semi-rural	NA	Podologue	F
E 17	76mn15s	51-60	Non	semi-rural	NA	Psychologue	F
E 3	40mn37s	30-40	Oui	semi-rural	Crossway	Secrétaire médicale	F

NA : Non Applicable



Figure 1. Répartition des sujets interviewés par profession

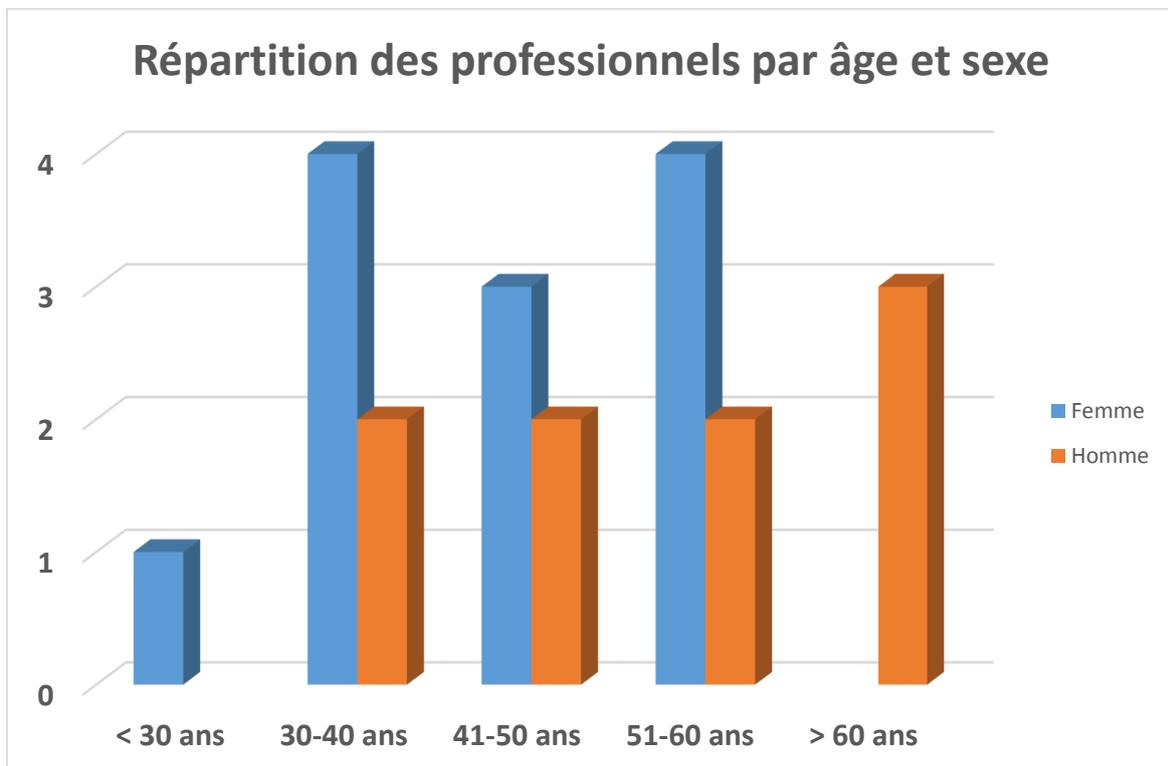


Figure 2. Répartition des professionnels par âge et sexe

2 Résultats de l'Analyse

2.1 Etat des lieux

2.1.1 Représentations et ressentis des professionnels interrogés concernant les acteurs de santé

Les professionnels interrogés ont identifiés plusieurs acteurs de la médecine de premier recours. Nous allons développer leurs ressentis et représentations concernant les principaux acteurs évoqués : les professionnels, les patients et les aidants.

2.1.1.1 Les Professionnels

◇ Evolution de l'exercice

Les acteurs de santé interrogés ont semblé marqués par l'évolution de leur pratique professionnelle au cours des dernières années.

⇒ Désinvestissement des professionnels

Plusieurs des acteurs de santé interrogés parlaient d'un désinvestissement des professionnels.

E7 «S'ils ne veulent rien faire et ben, tant pis ! C'est ce que je ressens chez la plupart de mes confrères. Ils ne veulent pas s'investir, ils font leur travail, ils sont en roue libre, ils vont jusqu'à la retraite et puis, basta !»

⇒ Féminisation de la profession

Un certain nombre de professionnels interviewés mettaient en relief le fait que la profession se féminise. Certains supputaient que cela impliquerait des contraintes supplémentaires (familiales, horaires...) pour les femmes.

E13 « les... futurs médecins généralistes sont plutôt féminines. Sont plutôt donc avec des contraintes familiales – il faut pas se voiler la face – un peu supplémentaires par rapport aux... hommes. Hum et Dieu sait que c'est un exercice solitaire au départ, difficile et compliqué »

E1 « La profession de santé est de plus en plus féminine, il y a d'autres contraintes hein, elle ne peut pas y consacrer autant de temps qu'un homme euh. (...) On ne peut pas imposer les mêmes choses sauf si on se regroupe. Sauf si on arrive à dire, voilà on partage cette contrainte et là elle est beaucoup moins forte»

⇒ Qualité de vie

La plupart des acteurs de santé s'accordaient pour dire que leur pratique a évolué et que la qualité de vie est une donnée à laquelle ils accordaient, et souhaitaient accorder, beaucoup plus d'importance.

E1 « écoutez-moi j'ai une vie et je veux une qualité de vie. »

E10 « Est-ce qu'il n'y a pas aussi, de la part de cette profession, une recherche de... et bien, d'avoir un peu plus de loisirs, d'avoir un peu plus de TEMPS DE LOISIRS... »

⇒ Volonté de se regrouper

Le culte de l'exercice isolé semblait dépassé. En effet, plusieurs des professionnels interrogés parlaient de leur volonté de se regrouper, chose qui n'était, selon eux, par dans les mœurs il y a encore quelques années.

E11 « ... Voyez, moi j'avais proposé de faire ça... cette maison de santé il y a 20 ans ! J'ai cru qu'on allait me tuer !!! Ils en voulaient ABSOLUMENT PAS ! (...) Mais surtout, on les mettait pas ensemble ! Alors que maintenant, on voit de plus en plus des cabinets de groupe, on voit des maisons de santé qui se créent »

⇒ Désamour du libéral chez les jeunes

Plusieurs sujets interviewés s'accordaient pour dire que l'exercice salarié pourrait apparaître plus attractif pour les jeunes professionnels en terme de qualité de vie et que l'exercice libéral tombait en désamour.

E1 «les jeunes sont pas tellement motivés pour faire du libéral quelque part être salarié c'est plus rentable y compris en terme de qualité de vie »

E11« Et puis, ils veulent vivre un peu ! Je veux dire les médecins qui jours et nuits, étaient dans leur bagnole avec les stéthoscopes... à mon avis, c'est plus dans la tête des jeunes !»

◇ Dégradation de la relation Médecin patient

Quelques professionnels interrogés parlaient de dégradation dans la relation médecin-patient.

Ils évoquaient les dérives du système (assistantat des patients), le clientélisme des médecins ...

E13« y a eu euh aussi une dérive des (...) une dérive des relations entre le patient et son médecin, une grosse une grosse dérive (...), c'est tout gratuit, (...) des grands enfants gâtés, pourris. Et avec des... manque de respect (...). Donc si un pôle de santé peut structurer, peut... faciliter les choses et donner un exercice plus serein à tout le monde. Tout bonus.»

E13« ...des délires euh de pharmacie discount, de médecin euh qui font des arrêts de travail toutes les trois minutes, clientélistes, enfin toutes les dérives qu'on peut avoir dans nos métiers»

Certains sujets évoquaient des dérives dans les exigences des patients, notamment au niveau des prescriptions.

E13« Au fait, y'a deux ans, j'avais le nez qui coulait, le médecin il m'a prescrit Solupred et Orelox Il me faut du Solupred et Orelox. » Bien sûr, avec grand plaisir Monsieur. »

◇ Vision de la médecine de premier recours

Nous avons pu dégager des entretiens, des données sur la manière dont les acteurs de santé voyaient la médecine de premier recours.

⇒ Recours à l'hôpital inadapté

Selon plusieurs sujets interrogés, la médecine de premier recours manquerait de structuration et le recours direct aux hospitaliers et spécialistes amènerait à une prise en charge morcelée dont le patient pâtirait.

E1 « je pense que actuellement, la médecine de première intention n'est pas assez structurée, et que le patient va trop vite et trop facilement vers la médecine hospitalisée, (...) y a beaucoup de cas qui à mon avis pourraient être pris en charge euh au niveau local sans être obligé d'aller euh à l'hôpital euh mais ça, il faut qu'on apporte le service aussi... »

⇒ Prise en charge morcelée

Un professionnel interviewé estimait que la prise en charge par « morceau » proposée par les acteurs de santé à l'heure actuelle, légitimerait la place des médecines dites alternatives car centrées sur la personne et pas sur la pathologie.

E1 « ... Ben voilà il y a quelqu'un qui s'occupe de mon cœur, quelqu'un qui s'occupe de mon cholestérol, quelqu'un qui s'occupe de ci et c'est chacun dans son coin comme si le patient était coupé en petits morceaux et que chaque morceau était complètement indépendant. Je pense que c'est ce qui fait la fortune de la médecine dite alternative, chinoise (...) qui soigne un patient et là ce n'est pas le cas... »

⇒ Permanence des soins

Selon beaucoup de sujets interrogés, la permanence des soins était un véritable enjeu de santé publique.

E1 «Ça pour moi c'est important, la permanence des soins, c'est capital »

⇒ Succès des expériences similaires

Certains professionnels interrogés parlaient de « bon retours d'expériences d'exercices en pôle ou maison de santé » par des collègues l'ayant expérimenté

E1 «Tous les gens que je connais (...), qui ont intégrés ce genre de structure (...) n'en ont tirés que profit et que des bénéfiques. Voilà»

◇ Aspects positifs de son mode d'exercice vu par le professionnel

⇒ Communication interprofessionnelle

La plupart des sujets interviewés considéraient comme positifs d'échanger avec les autres acteurs de santé. Que ce soit au travers d'un cabinet de groupe, du contact avec les autres professionnels ou par le simple fait de se connaître.

E2 « quand il y a des patients qui peuvent éventuellement poser problème, ben on se téléphone, on envoie un sms, euh... donc on arrive à communiquer. »

E6 « Les points positifs ici, c'est le fait qu'on soit regroupés en système de garde. ... »

⇒ Qualité et diversité de l'exercice

La plupart des sujets interrogés évoquaient la variété de leur exercice comme étant un aspect positif de leur travail.

E15 « alors y'a plein d'autres avantages au... travail en salariat – mais souvent on a un type de population et un type de pathologie alors qu'en libéral c'est plus large et plus varié ... »

E17 « Le... point positif aussi c'est la diversité des patients. »

En matière de qualité d'exercice, les professionnels évoquaient leur rôle de protection, le fait de savoir repérer l'urgence, d'être réactif dans le travail ou encore d'être en première ligne.

E19 « *Quand il faut, il faut, bien sûr ! C'est pour protéger ! Il faut pas perdre de vue cette notion de protection et puis d'AIDE !* »

E18 « *Ben euh, le fait qu'on réponde à la demande euh relativement rapidement...* »

La proximité qu'ils estimaient avoir avec leurs patients entrainé en compte dans la notion de qualité d'exercice.

E4 « *...Un contact qu'on retrouve plus ailleurs (...) on les connaît, on les connaît vraiment ! Et ils nous connaissent ! Donc, y'a vraiment un échange !* »

⇒ Libertés et exercice libéral

Une partie des sujets considéraient comme positif d'avoir une certaine forme de liberté, qu'ils attribuaient en partie à l'exercice libéral.

E14 « *...on est totalement indépendant, donc on fait ce qu'on veut, entre guillemets, euh... au niveau de la manière de travailler, au niveau des horaires, au niveau des choix, euh... ça, c'est un avantage indéniable !...* »

◇ Aspects négatifs de son exercice vu par le professionnel

⇒ Charge administrative

Beaucoup des professionnels interviewés considéraient la charge administrative comme une contrainte importante.

E19 « *Mais on a des fiches techniques pour TOUT CE QU'ON FAIT, euh...* »

E7 « *le côté rébarbatif du côté administratif* »

⇒ Exercice isolé

La plupart des sujets interrogés s'accordaient pour dire que l'un des principaux aspects négatifs de leur exercice était l'isolement. Le manque de communication avec les autres professionnels était également considéré comme négatif.

E7 « Ce type de cabinet que j'ai, où je suis seul à exercer, il doit disparaître ! »

E4 « Moi, je trouve que ouais... je trouve qu'ici, la communication manque un peu !...»

E5 « Alors, euh... ce qui manque en libéral et qu'on a quand même un peu ici (...), c'est quand même un travail d'équipe !... »

⇒ Chronophage

L'aspect chronophage de la profession et les difficultés de gestion du temps (ainsi que leurs implications sur la qualité de vie) ont également été rapportés au cours des entretiens.

E15 « Euh... Ben c'est pareil au niveau de l'organisation il faut... il faut arriver à bien tout gérer. (...) il faut se mettre des barrières soi-même (sur un ton goguenard) et c'est difficile de pas les transgresser malgré tout. De se dire le soir j'arrête à telle heure parce que sinon c'est plus faisable. »

⇒ Aspect financier

La plupart des professionnels interrogés rapportaient se sentir assaillis par les impôts et les charges. Ils estimaient que l'aspect financier était l'un des côtés négatifs majeurs de leur exercice

E7 « au niveau impôts, on nous lâche pas, donc je peux pas me permettre de me libérer souvent pour ça. »

⇒ Vision négative du système de santé français

Des professionnels interrogés évoquaient des changements dans le système de santé et sur le terrain depuis ces dernières années.

Parmi les aspects négatifs, ils déploraient une perte de la qualité des soins de premier recours, une éducation thérapeutique qu'ils jugent insuffisante, un Développement Professionnel Continu (DPC) inadapté, l'absence de permanence des soins efficace, des dépenses de santé injustifiées, un sentiment de faire de la « bobologie », des difficultés de communication avec les patients et les autres professionnels.

E7 « ... les ambulances et les transports : je suis horrifié ! Y'a des patients qui ne voient pas la crise (...) Y'a des personnes qui sont aussi un peu alitées et qui doivent voir le dentiste. Le dentiste, il est à 300 m et je suis obligé de faire une prescription d'ambulance pour qu'ils aillent voir le dentiste ! »

E12 (concernant une formation sur les patients diabétiques) « Moi je pense qu'ils ont mis un truc ENORME en place, qui a dû leur coûter des sommes folles, (...) C'est un peu ridicule ! Sur place, on n'a pas appris grand-chose... c'était plus pour les infirmières »

E6 « C'est très varié, mais en fait, on a de la médecine vraiment, euh... 2-3 cas par jour, même pas quoi ! Après, le reste, c'est pas de la médecine, c'est du renouvellement d'ordonnances, c'est de la psychologie, c'est pas... passionnant ! »

⇒ Défaut de praticité

D'autres aspects négatifs ont été évoqués par les professionnels au cours des entretiens. Ils déploraient notamment des locaux inappropriés, un manque de matériel, l'absence de radiologie à proximité...

E19 «Parce que pour l'instant, moi je squatte des bureaux à la Mairie, quand ils sont disponibles... »

On constatait également un certain cynisme à l'évocation des aspects positifs de leur mode d'exercice.

E19 « De positif... faut chercher... rires... »

2.1.1.2 Les aidants

Un professionnel interrogé exprimait la nécessité de prendre en compte les aidants dans la prise en charge globale d'un patient.

E7 « Après, y'a les gens qui vivent avec eux(...) il faut les aider ... »

2.1.1.3 Les patients

◇ Accès aux soins limité

Certains sujets interrogés voyaient l'argent comme une limite dans l'accès aux soins.

E12 « Oui, mais pour ça –parce que c'est toujours le problème d'argent, si CES PERSONNES LA pouvaient avoir un remboursement, même si c'est pas la totalité, je pense que ce serait mieux que de gaspiller à droite et à gauche... »

◇ Déshumanisation de l'offre de soin

Un professionnel interviewé rapportait que les patients exprimaient un sentiment de déshumanisation dans l'offre de soin et qu'ils étaient en manque de prise en charge globale

E1 «(...) Ils souhaitent que l'offre de soin s'humanise! Il y a une vraie demande du patient! Pour une meilleure prise en charge... »

◇ Liberté de choix du patient

Un sujet interrogé rappelait l'importance de la liberté de choix du patient.

E3 « (...) ; y'a la liberté du choix du patient aussi, hein ! C'est pas parce qu'ils consultent là qu'il faut qu'ils... »

◇ Coût pour la société

Au cours d'un entretien, un professionnel rappelait que des difficultés d'accès aux soins et/ou une mauvaise prise en charge engendreraient un coût important pour la société.

E14 « dans un deuxième temps, ça devient plus coûteux parce que les gens mal soignés coûtent beaucoup plus chers que les gens bien soignés ! »

2.1.2 Représentations et ressentis des acteurs de santé concernant le territoire de santé

Il ressortait des entretiens réalisés que les acteurs de santé attribuaient des spécificités au territoire sur lequel ils pratiquaient. Au niveau de la région PACA et du canton de Bar-sur-Loup plus spécifiquement. En ce sens faire le point sur celles-ci paraissait intéressant.

2.1.2.1 Esprit libéral fort

Un professionnel interviewé a exprimé le fait que le département des Alpes Maritimes était le siège d'un esprit libéral fort.

E11 « PACA, Bouches-du-Rhône, de façon générale, euh... l'esprit libéral est plus prédominant que le fait de se regrouper pour créer une véritable dynamique aussi et développer de nouveaux services »

2.1.2.2 Population médicale vieillissante

Plusieurs acteurs de santé interrogés disaient que la population de professionnels était vieillissante et qu'il existait une surconcentration de ces derniers dans le département. Pour eux, la répartition était inégale entre le littoral et les terres. Ils évoquaient également une pénurie de logements sociaux.

E11 « Y'a une surconcentration ! (...) Une pyramide des âges qui commençait à être vieillissante, ... »

E11 « dans le 06, on a une double pénurie : on a une pénurie de logements sociaux et aussi une pénurie de logements pour personnes âgées »

2.1.2.3 Département réfractaire

Un sujet interrogé ressentait un frein à la mise en place des PSP et MSP spécifiquement dans le département.

E11 « ...dans d'autres régions, apparemment, euh... on va dire, la volonté de regroupement se fait assez facilement, et dans notre territoire, c'est un peu plus complexe –enfin, notre territoire... on va dire pas que sur Bar-sur-Loup, mais dans le 06... »

2.1.2.4 Semi-rural

Certains professionnels interviewés disaient que le fait d'être en semi rural était un avantage tant en terme de situation, de convivialité que de circulation.

E2 « On est à ½ h de Nice, de Cannes, euh... on va dire entre D1 à 2 h des stations de ski. Bon, moi je trouve qu'on est très bien situés, voilà ! »

2.1.2.5 Canton motivant

La plupart des acteurs de santé interviewés s'accordaient sur le fait que les professionnels de ce vaste canton, étaient particulièrement motivés. Avec des porteurs de projet volontaires et un travail de communication intelligent déjà amorcé.

E13 « Euh qui est plus facile à faire des choses assez innovantes – ou iconoclastes. Par rapport à certains secteurs où ils vont se taper entre les pharmaciens, les médecins enfin (...) d'autres secteurs sont plus complexes à se réunir, à mettre en place des choses. Et ici on... a cette chance

là donc il faut (...) l'point positif c'est quoi ça on est à l'.... on est euh on est dans un bassin où euh on s'connait tous. Et on arrive à travailler il m'semble intelligemment ensemble. »

2.1.2.6 Une envie plus qu'un besoin

Beaucoup de sujets interrogés tenaient à déclarer que le secteur n'était pas un secteur en carence, ni une zone à faible démographie de professionnels de santé. Ils exprimaient ainsi le fait que le pôle de santé n'était pas un besoin démographique mais une envie des acteurs.

Le pôle était décrit comme un symbole par les élus et comme un gain pour les patients et les praticiens, par la plupart des professionnels.

E10 «...nous, on n'a pas de carence ! Si encore, on avait une absence de médecins ou d'infirmières, kinés ou tout ce que vous voulez, à la limite qu'il aille chercher des gens et les faire venir ... » « Je vois des gains pour les patients ou les clients, hein ! »

2.1.3 Représentations et ressentis des acteurs de santé concernant la politique de santé

Certains acteurs de santé ont évoqué la politique et ses interactions avec la santé.

2.1.3.1 Projet régional de santé (PRS), peu connu

La quasi-totalité des professionnels interviewés déclaraient ne pas connaître ou mal connaître le PRS.

E6 « MDK Le Projet Régional de Santé, ça vous parle ou pas ? MI Non, pas trop ! (Rires) »

2.1.3.2 Politique = frein

Certains professionnels interrogés estimaient que les politiques et notamment l'ARS pouvaient être un frein à la mise en place de la coordination interprofessionnelle.

E10 « Est-ce qu'on peut pas partir de manière pragmatique, avancer, regrouper et ensuite, peut-être, évoluer avec l'ARS ? Parce que l'ARS, ça va durer des mois... »

E7 « Je crois qu'on nous demande pas assez notre avis(...) Y'a trop de freins !(...) Ce qui me gêne un peu, c'est que c'est nous qui devons anticiper l'avenir : on sait qu'on va avoir une désertification à notre niveau et quand on demande aux politiques, ils anticipent pas ! (...) S'ils ne veulent rien faire et ben, tant pis ! »

2.1.3.3 Politique de santé inadaptée

Un acteur de santé interrogé estimait que la politique de santé menée à l'heure actuelle n'était pas adaptée.

E14 « c'est pas avec les modifications du numerus clausus qu'on va y faire face ! Ni les décisions des politiques qui semblent être prises et qui consistent à donner 1300€ bruts par mois à un médecin pour qu'il aille s'installer à Pétaouchnock ! »

2.1.3.4 Elus motivés pour les MSP

Les politiques interrogés semblaient être favorables à la création de MSP. Comme nous l'évoquerons plus loin, il apparaissaient plus favorable aux MSP qu'aux PSP.

E11 « je suis sûr que demain, il serait prêt à faire la construction, quasiment à tout monter et à ouvrir le truc, quoi ! »

2.2 Représentations et attentes des professionnels de santé par rapport à la création d'un pôle de santé sur l'espace de santé de Valbonne

2.2.1 Représentations générales

Au fil des interviews, nous avons pu faire le point sur les représentations des professionnels par rapport aux pôles de santé de manière globale.

2.2.1.1 Méconnaissance de ce qu'est un pôle de santé

La plupart des professionnels interviewés ne savaient pas ce qu'était un pôle de santé, et beaucoup d'entre eux faisaient un véritable amalgame entre pôle et maison de santé, en ne voyant que la possibilité d'un regroupement géographique.

E4 « Je sais pas ! Je sais pas du tout, parce que pour moi, ça me paraît hyper-abstrait, cette notion de PÔLE ! Pôle de santé ! Parce qu'autant, le centre –bon, la maison de santé, on voit ce que c'est, mais autant le PÔLE !!! Pour nous, en tant qu'infirmières, je sais pas ce que ça engagerait exactement !

E8 « Euh... ben par rapport à ce... je connais pas bien la définition du pôle de santé. »

2.2.1.2 Vision globale du Pôle de santé

Les professionnels interrogés ont évoqué les représentations qu'ils avaient d'un pôle de santé.

◇ Attractif

Beaucoup des acteurs de santé interrogés trouvaient le concept de pôle de santé attirant, que ce soit pour les patients, pour les professionnels ou pour les futurs professionnels... Ils évoquaient même des possibilités de création d'emploi.

E7 « Ah, ça tire les choses vers le haut, hein ! »

E3 « Alors, je pense que c'est quelque chose de très très bien pour le bénéfice du patient... »

E3 « Donc, il va falloir créer des emplois, aussi, avec ce pôle de santé ! Ce serait bien : créer un emploi supplémentaire. Comme je disais tout à l'heure, qu'il y ait quelqu'un à l'accueil et puis ...»

Outre le côté attractif, certains professionnels rapportaient le fait que sur ce territoire, la création d'un pôle de santé était plus une envie qu'un réel besoin.

E12 « Après... un réel besoin... pffff.... »

◇ Avenir

Plusieurs des acteurs de santé interrogés voyaient le pôle comme l'avenir de l'exercice, voire comme une nécessité à mettre en place.

E17 « ... je pense qu'il faut euh... il faut que les pôles de santé se développent. »

E1 « A mon avis c'est quelque chose qui doit se développer euh par canton. Ici le canton est un peu étalé, hein, mais euh oui ça pourrait être une démarche au niveau du canton qui devrait faire tache d'huile. »

◇ Politique globale de santé

Quelques professionnels interrogés parlaient de la mission globale du pôle de santé, une action centrée sur le patient sans méconnaître le rôle de santé publique, afin de garder un outil médical suffisant en premier recours.

E5 « Ouais, un projet de santé publique, au final ... »

E1 « mais en zone périurbaine ce serait dommage qu'on ne soit pas capable de garder un outil médical suffisant en premiers recours »

E14 « ...Vous pouvez avoir des territoires avec une prééminence, par exemple, du diabète. Ça demande à ce que le pôle soit chargé, EVIDEMMENT, d'une mission prioritaire sur le diabète, avec une recherche, une détection, un suivi, pour revenir à quelque chose de plus cohérent, et l'avantage, c'est qu'on sera plus performant SUR TOUT... »

◇ Interlocuteur principal des ARS

Un acteur de santé interrogé évoquait le fait que le pôle de santé pourrait être l'interlocuteur principal des ARS voire d'autres structures.

E14 ...le niveau de discussion euh... et de... euh... de projet fait que le pôle de santé va être l'interlocuteur principal euh des ARS »

◇ Subventions

Quelques sujets interrogés rappelaient qu'un pôle de santé entraînait des besoins financiers.

E3 « ... il faut des moyens ! (...) Faut des subventions, faut des moyens, faut des idées et il faut que chacun dise ce qu'il a envie de faire, quoi !... »

◇ Apprendre à connaître l'autre

Deux professionnels interrogés rappelaient que le pôle de santé pouvait améliorer la connaissance du travail des autres professionnels et donc la prise en charge. Ils évoquaient effectivement la méconnaissance des activités des autres professionnels et les difficultés de prescriptions qu'elle engendre.

E18 « ... je pense que tous les médecins ne savent pas exactement tout ce qu'on fait. A mon avis. »

« ... y a de l'information. Il y a des manques d'information sur certaines choses. Par ex.... nous on le voit pfff sur le matériel, y'a plein de médecins qui savent que c'est de la location ou de l'achat, les prises en charge, ce qu'il faut mettre sur les ordonnances... »

E7 « ...il faut arriver à se projeter à la place des gens qu'il y a en face ! Les gens qu'il y a en face, ils ont d'autres besoins... »

◇ Règlement commun

Un professionnel interviewé rappelait que le fonctionnement en pôle impliquait des règles communes.

E17 « ça nécessite ... une mise à plat un peu des... règles. Des règles communes... »

2.2.1.3 Représentation des maisons de santé

◇ Lieu géographique unique

La plupart des acteurs de santé interrogés voyaient la maison de santé comme un lieu unique, un regroupement géographique des professionnels.

E8 « Ben, la maison de santé, euh... non, non ! Ou si, peut-être, c'est plus ciblé CENTRE médical »

◇ Plus concret

Certains professionnels interrogés décrivaient les maisons de santé comme plus concrètes, voire plus simples et plus adaptées à l'exercice.

E2 « c'est vrai que d'être regroupés, ça simplifie les choses, quoi ! »

E6 « Oui, parce que la maison de santé, pour moi, c'est plus, euh... c'est plus concret, c'est-à-dire ça se base sur une maison de santé avec un lieu unique... »

◇ Limites

D'autres professionnels interviewés voyaient la maison de santé comme plus limitée et adhéraient plus au concept de pôle de santé.

E14 « Restreinte ! »

E7 « Maison de santé, je pense que c'est assez limité : c'est quelqu'un qui fait son travail dans un groupe, alors que le pôle, c'est toute une organisation qui est toute autre, quoi ! »

2.2.1.4 Spécificités liées à la profession

Certaines données spécifiques à chaque profession ont été abordées. Faire le point sur celles-ci apparaissait donc nécessaire.

Une assistante sociale interviewée déclarait avoir le sentiment que sa profession était mal vue tant par les patients que par les autres professionnels. Elle ne savait pas si intégrer le pôle était possible par rapport à son statut de salariée du conseil général.

E19 « Et c'est vrai que moi, je pense que NOUS, AS, on est souvent vues comme la mauvaise ! Eh ! Par beaucoup de personnes quand même, même des professionnels, je pense... »

E19 « On travaille pour le Conseil Général (...) Donc après, c'est vrai qu'il faudrait voir comment NOUS, on peut s'intégrer dans un système où sont concernées essentiellement des professions libérales, hein ! »

Des professionnels de crèche municipale évoquaient, au cours des entretiens, des difficultés de communication entre les médecins et eux. Ils donnaient pour exemple l'éviction de collectivité et les certificats de non contagion.

E16 « Ben, quand les parents vont chez le médecin et qu'il leur dit "C'est rien, il peut retourner en collectivité", (...), il ne prend peut-être pas en compte le mal-être de l'enfant et la difficulté pour lui à supporter le bruit, le... y'a beaucoup de stimulations en collectivité ! »

Un dentiste interrogé rapportait son expérience antérieure positive en maison de santé. Il avait tendance à faire l'amalgame entre maison et pôle de santé et rappelait l'importance du parking.

Il exprimait le sentiment d'être moins légitime qu'un médecin lorsque l'on abordait le thème des soins primaires.

E2 « mais ça, ça dépend plus du médecin que du dentiste... »

Les infirmières interrogées rappelaient que leur travail impliquait d'être au contact direct du patient avec beaucoup de visites à domicile. Elles verbalisaient le fait que le pôle de santé pourrait être un moyen de formaliser une activité qu'elles avaient déjà en donnant l'exemple du suivi Anti Vitamine K (AVK) des patients.

E5 « Ben, on y va tous les jours –voire 2-3 fois/jour, et souvent les patients, quand y'a un truc qui va pas, ben il va pas appeler... c'est l'infirmière qu'ils appellent en 1^{ère} intention ! »

Les kinésithérapeutes interrogés exprimaient le fait qu'ils étaient soumis à un numérus clausus à l'installation pour réguler celle-ci, limitant l'expansion de leur activité. Ils l'évoquaient comme étant un réel frein à leur activité.

E8 « Euh... ouais en fait, ça nous bloque beaucoup ! Parce que visiblement, le Ministère de la Santé a mis en place, pour les kinés, une sorte de numerus clausus très zoné(...) y'a la CPAM, l'ARS et je crois, y'a aussi l'Ordre des Kinés(...) qui nous freinent pour pouvoir embaucher quelqu'un. »

Les politiques exprimaient leurs motivations pour réaliser une maison de santé pluri professionnelle (MSP), ils semblaient avoir une nette préférence pour les MSP par rapport aux pôles de santé pluri professionnels (PSP). Et parlaient de « vitrine » et « symbole communal ».

E10 « Moi, je penchais plutôt vers le regroupement sur un seul lieu (...) Peut-être que la maison de santé est plus pertinente dans des zones plus rurales ! »

Une orthophoniste interrogée expliquait qu'un lien avec le « centre de référence langage » pourrait être un réel atout.

E15 « Je... crois – nous euh au niveau de tout ce qui est orthophonique y'avait une possibilité aussi peut-être de faire intervenir le... centre de référence du langage... »

Les pharmaciens interviewés parlaient de l'interdépendance médecin-pharmacien. Ils se posaient en dernier rempart contre la désertification. Ils nous rappelaient également que les formations sont difficiles d'accès dans la région.

Ils évoquaient un sentiment de non reconnaissance de leur compétence, ils avaient le sentiment d'être considérés comme des « épicerie médicales »

E14 « Et malheureusement, si vous avez un bled dans lequel vous n'avez plus de médecin, il vous reste le pharmacien, c'est le dernier rempart contre la désertification médicale. »

E14 Euh pour info par exemple y'a un truc qui est très handicapant pour nous les pharmaciens. C'est que le DU de spécialisation, c'est à Marseille – c'est pas à Nice...»

E14 « ...ah bon, ils utilisent leur cerveau ? ». Ben... ouais. (...) Et tout d'un coup, voir qu'on a fait six... ans d'études. Et pas six mois de commerce. »

Une secrétaire médicale exprimait la crainte de ne plus être indispensable, d'être remplacée en cas de mise en place du PSP.

E3 « ... ils peuvent aussi gérer comme font les autres, hein, sans secrétaire", c'est possible ! »

2.2.2 Attentes des acteurs de santé concernant la création d'un pôle de santé sur le canton de Bar-sur-Loup

2.2.2.1 Représentations schématique des attentes des acteurs de santé

Les attentes des acteurs de santé par rapport à la création d'un pôle de santé dans un territoire de santé des Alpes Maritimes sont résumées dans la Figure 3

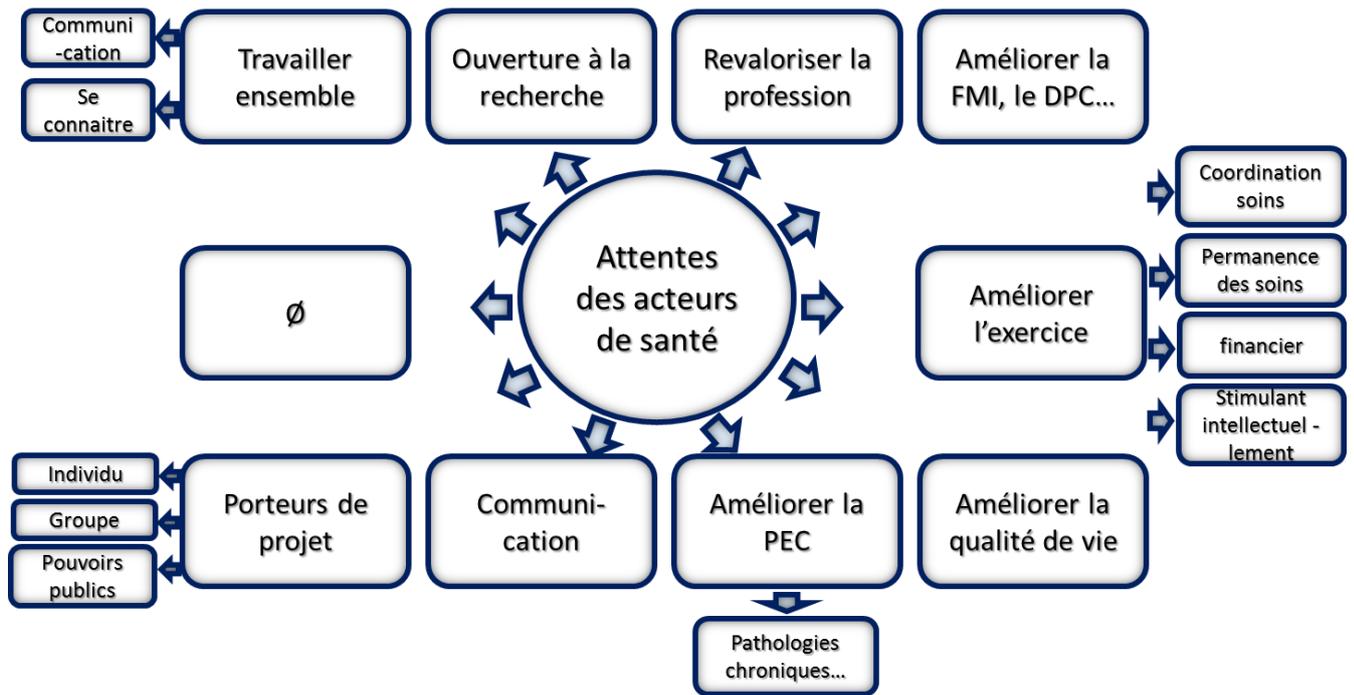


Figure 3 Attentes des acteurs de santé

2.2.2.2 Attentes par rapport à l'exercice en pôle

Les professionnels ont verbalisé des attentes, et ce notamment concernant leur exercice.

◇ Travailler ensemble

La plupart des sujets interviewés souhaitent améliorer leurs échanges interprofessionnels ainsi que la coordination entre eux, dans une bonne entente et le respect de l'autre. Le but était d'améliorer leur pratique et d'y donner une nouvelle dimension. Sortir de l'isolement apparaissait également comme un moteur à cette envie de travailler ensemble.

E4 « Ouais, ça permet aussi de nous sentir un peu moins seuls ! »

E9 « ...travailler ensemble, de faire des choses, de pouvoir avancer... dans le sens du patient aussi, de décloisonner les différents corps professionnels... »

E1 « Et comme ça de pouvoir faire une offre de soin et qui soit la plus complète possible parce que le pôle de santé »

⇒ Se connaître et savoir à qui s'adresser

La plupart des professionnels interrogés voyaient le pôle de santé comme un moyen d'apprendre à se connaître pour mieux comprendre l'exercice de chacun et savoir à qui s'adresser dans l'optique d'une meilleure prise en charge. Certains professionnels évoquaient des compétences particulières qui pourraient être, si elles étaient connues, un véritable atout dans la prise en charge.

E4 « Oui, ça serait bien ! Ça serait bien qu'on se connaisse ! TOUS ! De savoir qui fait quoi ! »

« Moi, je pense qu'il faudrait qu'il y ait, qu'on sache exactement quel professionnel de santé fait quoi, en fait ! OU, pour pouvoir s'adresser au mieux ! »

E1 « Moi je pense qu'on va vraiment vers des pôles des maisons de santé ou les professionnels de santé qui sont regroupés, sont en communication, sont en relation euh suffisamment étroite : pour pouvoir 1 : se connaître et 2 : de pouvoir partager leur service médical. »

⇒ Améliorer la communication

Une grande partie des acteurs de santé interviewés attendaient une meilleure communication d'un exercice en pôle de santé. La communication était évoquée au sens large. Elle concernait la communication interprofessionnels, la communication avec les patients ou encore les parents de patients. Ils attendaient du pôle, une communication plus facile, plus rapide.

E4 « échanger sur les patients ! »

E16 « De communiquer plus facilement et... »

◇ Amélioration de l'exercice

⇒ Coordination des soins

Outre le fait de travailler ensemble, la plupart des professionnels interrogés voyaient dans l'exercice en pôle une possibilité d'améliorer leur pratique au travers d'une réelle coordination autour de projets de santé communs, de protocoles de soins...

E5 « Après, c'est un intérêt de mettre en place des projets communs, au sens plus large... »

E7 « Travailler MOINS mais travailler MIEUX ! »

⇒ Permanence des soins

Certains acteurs de santé interrogés espéraient la possibilité de mettre en place une permanence des soins.

E2 « le pôle de santé, quoi : une permanence de soins pour les gens ! »

⇒ Enrichissement professionnel et personnel

Nombre de professionnels interrogés attendaient un enrichissement personnel et professionnel d'un exercice en pôle. Une amélioration dans leur pratique quotidienne, avec un exercice plus stimulant intellectuellement. Ils envisageaient moins de stress, une diminution de la charge administrative, ainsi qu'une diminution des consultations de routine en laissant un rôle important à chaque professionnel. Ils souhaitaient se réappropriier leur rôle de premier recours en échafaudant un travail intelligent autour du patient.

E5 « si on peut travailler de façon plus... facile, s'enlever des soucis de stress avec des protocoles... »

E7 « Moi, j'avais envie de quelque chose de plus excitant : faire un truc qui est plus intéressant, dépasser ce que je fais actuellement, parce que le côté routinier me déplaît un peu ! Je voudrais faire quelque chose de plus intéressant POUR MOI »

E7 « Médecine-qualité-pragmatique-efficace-pas cher ! Voilà ! »

E3 « l'amélioration de la qualité de vie, dans le travail, autant pour celui qui va travailler que pour celui qui va consulter. »

⇒ Intérêt financier

Quelques sujets interviewés rapportaient un intérêt dans la diminution des charges ou le partage de celles-ci, voire des subventions pour le pôle.

E1 « le regroupement ben ça permet qu'on regroupe nos moyens... »

◇ Revalorisation de la profession.

Une majorité des professionnels interrogés souhaitaient qu'au travers du pôle de santé, leur profession soit revalorisée, qu'ils gagnent en crédibilité et qu'il y ait une reconnaissance du travail de coordination. Certains aimeraient également une officialisation de certaines tâches réalisées de manière informelle.

E5 « Oui, ça permet peut-être justement d'être plus au clair (...) oui, de clarifier –là, je parle de ce... pour le PREVISCAN, mais ça peut être pour plein d'autres choses pareil, quoi ! (...) Donc, c'est vrai que oui, de clarifier... le fait que tout soit dans un pôle, ça nous protège aussi quelque part, je pense.... Dans notre exercice. »

E16 « Plus de crédibilité –enfin, c'est pas que les parents nous font pas confiance, hein ! Ils nous écoutent, ils nous entendent, mais ça vient rajouter une crédibilité derrière, quoi ! »

◇ Formations

Qu'il s'agisse de formation initiale ou de formation continue, la plupart des acteurs de santé interrogés attendaient du pôle de santé, qu'il soit le siège d'une meilleure formation professionnelle. Au travers de l'accueil de professionnels en formation (et pourquoi pas les impliquer dans la permanence des soins), de l'organisation d'un développement professionnel

continu au sein du pôle voire de formations interprofessionnelles (type apprendre à prescrire les paramédicaux).

E2 « pourquoi pas, euh... y'a plein d'étudiants qui parfois veulent travailler, pourquoi pas mettre un étudiant le dimanche matin pour faire les urgences dentaires, hein »

E9 « ... de faire des formations avec les autres professionnels de santé... »

E13 « ...D'être formés ensemble aussi sur des sujets communs, des problématiques communes... et parfois d'échanger... »

◇ Ouverture à la recherche

Quelques professionnels interrogés exprimaient leur envie d'ouvrir leur pratique à la recherche en médecine générale ou santé publique.

E9 « ... des études, mais mettre en place des protocoles pour voir qu'est-ce qui fonctionne ou pas, des choses comme ça... voilà ! »

E2 « on peut faire (surtout pour les INR) des courbes, des statistiques »

◇ Amélioration de la qualité de vie

Environ la moitié des professionnels interrogés attendaient une amélioration de la qualité de vie d'un exercice en pôle de santé. Ils parlaient d'aménager les horaires de travail, de poser plus facilement des vacances, d'une liberté d'esprit, d'une meilleure ambiance.

E6 « Euh... le fait de cibler mieux les horaires de travail et le fait de pouvoir avoir l'esprit plus libre lorsqu'on a un patient à problèmes ; on sait qu'on le laisse pas tout seul. »

E10 « Oui, on peut concilier la vie familiale et la vie professionnelle de manière plus facile, si on se regroupe »

◇ Amélioration de la prise en charge

La majorité des professionnels interviewés attendaient du pôle qu'il y ait une amélioration dans la prise en charge. Une prise en charge plus globale, de la gestion du matériel, de l'amélioration de l'éducation thérapeutique et de l'observance, une prise en charge plus précoce (et du rôle de prévention). Ils souhaitaient redevenir un véritable acteur de santé publique et faciliter l'accès aux soins et l'économie de santé.

E1 « mais ce n'est pas normal. On est bien conscient que euh qu'il y a des choses qu'on pourrait faire euh aussi bien peut-être avec un plus d'économie bon ça dépend des cas mais bon... »

E1 « Il faut arrêter de découper le patient en morceaux. Et pour le patient et pour nous. »

◇ Un gain pour quelles pathologies ?

La quasi-totalité des professionnels interrogés estimaient qu'une prise en charge coordonnée améliorerait la prise en charge des pathologies chroniques (diabète, personnes âgées, enfants « dys »). Ont également été évoqué par la majorité des professionnels interrogés, la diminution des hospitalisations et passages aux urgences avec un exercice en pôle. Quelques professionnels parlaient d'une amélioration dans la prise en charge des problèmes médico-socio-psychologiques et au final, la majorité des professionnels pensaient que la prise en charge des patients serait améliorée par un exercice coordonné pour tous les types de pathologies possible ; et ce également en terme de coût.

E4 « HYPER IMPORTANT ! HYPER IMPORTANT ! Avec les patients diabétiques... »

E6 « toutes les pathologies de manière générale »

◇ Absence d'attente spécifique

Un professionnel interrogé disait ne rien attendre de particulier de l'exercice en pôle

E12bis « De ça ? Rien ! »

◇ Commerciaux et élus plus favorables aux MSP

Les élus interviewés expliquaient être plus intéressés par les MSP que par les pôles qu'ils voyaient comme la vitrine d'une dynamique territoriale forte.

E18 « Pour nous c'est uniquement une maison médicale (...) on dit pôle mais en réalité c'est une maison »

2.2.3 Représentations par rapport aux porteurs de projet

La plupart des acteurs de santé interrogés s'entendaient pour dire qu'il faut un leader ou porteur de projet. Ils parlaient de nécessité.

E19 « Faudrait quand même qu'il y ait quelqu'un qui regroupe un peu toutes les... non ? Parce que sinon, comment ça va fonctionner ? »

Les représentations sur la nature de ce/ces leader(s) variaient.

2.2.3.1 Leaders identifiés sur le canton

Il est tout d'abord important de noter que plusieurs des acteurs de santé ont clairement identifié les porteurs de projet sur le canton. Des professionnels du territoire, déjà connus pour être impliqués et motivés par ce genre projet.

E19 « De toute façon, ça c'est quelque chose qui est un peu à l'initiative du Dr XXX, hein ! »

2.2.3.2 Porteur de projet vu comme un individu unique

Plusieurs sujets interviewés estimaient que le porteur de projet doit être un individu unique.

Certains le décrivaient comme jeune, motivé, médecin généraliste, d'autres estimaient qu'il devait s'agir de quelqu'un de spécialisé, un tiers neutre. Un professionnel exprimait le fait qu'il craignait que le choix soit trop personnalisé et que les gens perçoivent un intérêt personnel alors

que le moteur était la coordination. Deux professionnels pensaient que le porteur de projet devait faire partie du pôle.

E6 « Je pense qu'il faut que ce soit un médecin, un généraliste, je pense... »

E17 « Donc peut être euh y faut-il qu'y ait un tiers un peu plus neutre qui euh qui vienne fédérer ça. »

2.2.3.3 Porteur de projet vu comme représentatif des professionnels

Plusieurs des professionnels interviewés estimaient que les porteurs de projet devraient être un groupe ou bureau de professionnels représentatif. D'autres parlaient d'un groupe de travail initial permettant le démarrage.

E16 « un groupe de travail au départ, avec un représentant de chaque activité... »

E13 « Il faut... un... bureau assez restreint mais interprofessionnel et représentatif. »

2.2.3.4 Porteurs de projet vu comme les pouvoirs publics

Un des Acteurs de santé interrogé pensait que les pouvoirs publics pourraient être les porteurs de projet ou en tout cas le fédérer.

E11 « ...ça serait ensuite les pouvoirs publics locaux qui peuvent fédérer, ils peuvent dialoguer et trouver une solution, mais les professionnels, il faut quand même qu'ils, euh... qu'il y ait une demande qui soit émergente, qui soit perceptible... »

2.2.4 Projet d'avenir

Si la plupart des acteurs de santé interviewés s'accordaient pour dire que les pôles de santé représentaient un mode d'exercice d'avenir. Des idées de projets ont été évoquées.

- Possibilité de création de projets de santé et protocoles de soin interprofessionnels
- Création d'une communication ville-hôpital

- Possibilité d'ouvrir des vacances de spécialistes
- Ouverture aux médecines douces
- Possibilité de télé médecine
- Possibilité d'un temps de réponses aux questions des parents
- Possibilité de campagnes d'information aux patients dans le pôle
- Organiser la permanence des soins avec les étudiants en FMI
- Créer un poste d'ambulancier salarié du pôle (entre les maisons de retraite) et ...
- Avoir une réelle action de prévention et d'économie de santé

E7 « ...Je pense que –peut-être que c'est utopique tout ce que je vais dire, (...)on pourrait peut-être créer un emploi, un salarié avec l'ambulance. (...) On créerait des emplois ! Ah, c'est sûr qu'on va se retrouver au dos des syndicats... d'ambulance ! »

E3 « on pourrait peut-être bénéficier d'Internes la nuit... des relais pour des gardes qui soient faites au niveau du pôle de santé et dans ces cas-là, désengorger un peu les Urgences de ville, (...) un Interne qui pourrait être là –enfin, un relai d'Internes 24h/24... »

2.3 Pôles et communication

La communication est un des concepts clés lorsque l'on parle de pôle de santé. Ce thème a largement été évoqué au cours des entretiens.

2.3.1 Représentation schématique de la communication dans un PSP vue par les acteurs de santé

La Figure 4 permet d'avoir une vue d'ensemble de cet item.

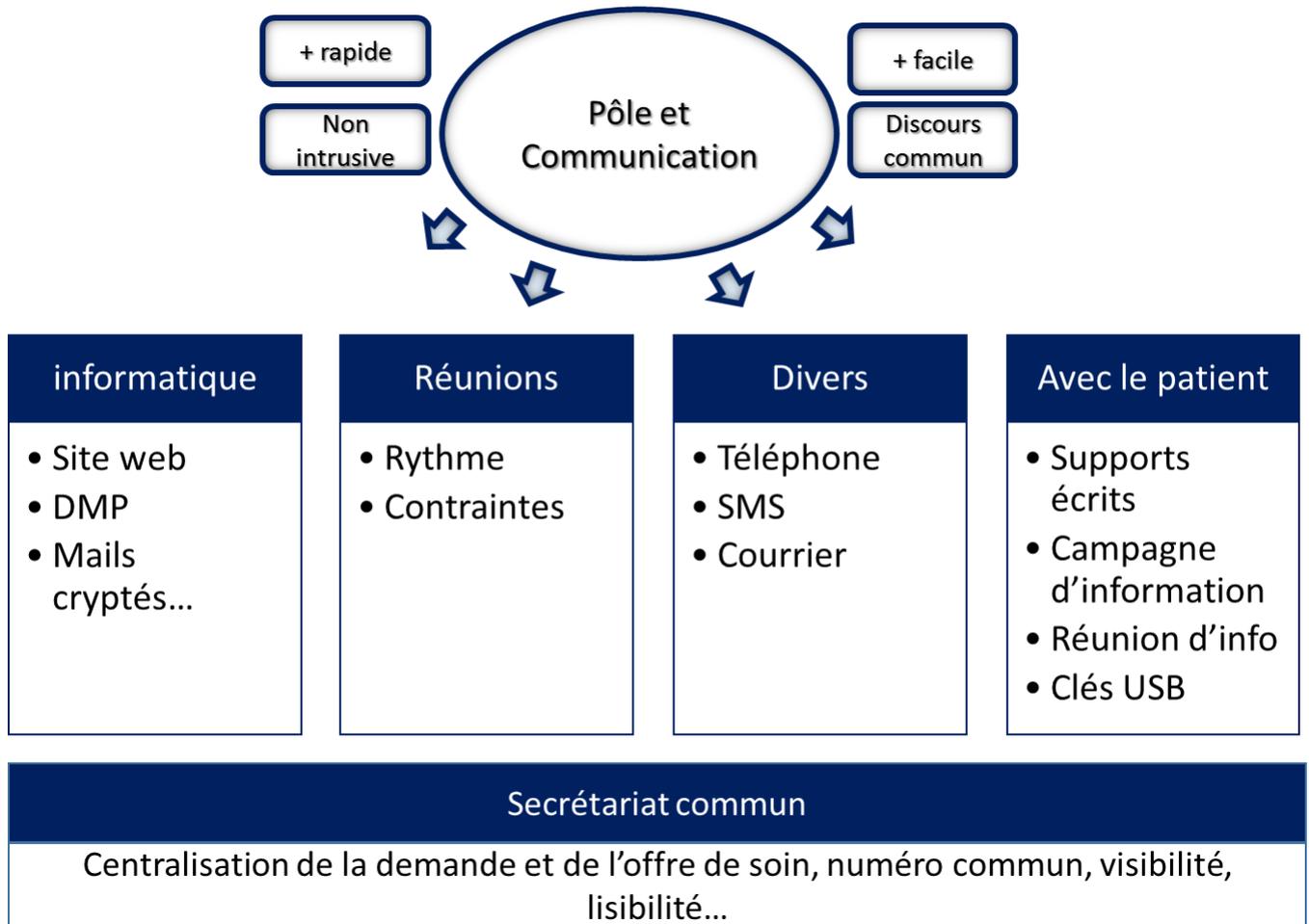


Figure 4- Pôle et communication

2.3.2 Généralités

La plupart des professionnels interrogés voyaient les pôles de santé comme un moyen d'améliorer la communication interprofessionnelle. Ils voyaient pour la plupart cette amélioration comme un gain pour le patient et pour la pratique. Ils souhaitaient une communication plus facile, plus rapide sans être intrusive mais étaient conscient du travail que cela impliquait.

Le pôle serait alors un facilitateur de communication. Mais aussi, une possibilité d'avoir un discours commun, parfois renforcé par des supports écrits donnant plus de crédibilité aux professionnels. Le pôle serait, selon quelques professionnels interrogés, le moyen de formaliser une communication informelle existante.

E16 « le même discours, ça va les aider à prendre confiance et justement à être rassurés »

E2 « faut que ce soit important, court et précis ! »

E1 « oui, c'est ça, le pôle de santé, c'est avoir un DISCOURS COMMUN. (...)constituer euh, un outil d'uniformisation enfin d'harmonisation pas d'uniformisation, d'harmonisation de nos pratiques médicales. »

2.3.3 Modes de communication

2.3.3.1 Informatique

La majorité des acteurs de santé interviewés pensaient que la communication dans un pôle devait passer par l'informatique. Un logiciel commun était la plupart du temps évoqué, avec un dossier médical partagé avec accès restreints selon la profession. Même si le Dossier Médical Partagé (DMP) suscitait quelques craintes, les professionnels s'entendaient pour dire qu'il pourrait améliorer la qualité de l'offre de soin.

Ont été également évoqué, les sites Web avec serveurs sécurisés, les mails cryptés...

E7 « ... en France, on est dans un pays où y'a la liberté de conquérant, donc on a ouvert les logiciels à tout le monde(...) un même logiciel pour tout le monde. (...) les sociétés qui se créent vont servir à la maintenance, et on aura tous les mêmes logiciels et tout ça (...) Si le patient s'en va, on lui donne une clé USB et il va chez un autre médecin ! »

Deux sujets interrogés exprimaient une crainte par rapport à l'informatique en soulignant les difficultés pour certaines générations.

E12 « Ça devrait, mais nous, on est un peu attardées dans ce domaine ! »

2.3.3.2 Réunions

La plupart des acteurs de santé interrogés évoquaient les réunions interprofessionnelles lorsque l'on parlait de communication dans le pôle. Le rythme de celles-ci variait selon les entretiens entre une réunion hebdomadaire et une annuelle. Ce contact direct au travers de groupes de travail était en majorité abordé de manière positive. Cependant, les aspects chronophage, peu rentables ou encore le fait qu'elles pourraient être une réelle contrainte pour les femmes ont également été discutés.

E1 « ...ça devrait être une réunion par mois ou tous les trimestres ... Mais ça vaut le coup, les professionnels de santé en profitent, les patients en profiteront »

Un acteur de santé interrogé parlait également d'éventuels échanges informels...

E9 « ... de prendre un café entre 2 patients... enfin, je sais que c'est des conneries, mais ça fait partie aussi de ça, hein... »

2.3.3.3 Autres mode de communication

D'autres modes de communication ont été évoqués au cours des entretiens tels que le courrier, le téléphone, les SMS etc.

E13 « Et bien sûr le téléphone quand... c'est nécessaire »

2.3.3.4 Spécificité de la communication avec les patients

Outre l'ensemble des idées sus citées, la communication avec le patient pouvait, selon les professionnels interrogés, prendre des dimensions supplémentaires. Ainsi, la création de supports écrits adaptés, le dossier médical sur clé USB, les campagnes de sensibilisation ou encore le rôle des médias ont été évoqués. Ils soulignaient également l'importance d'informer les patients sur l'offre de soin du pôle.

E16 « ... mais y'a des supports médiatiques comme "le petit roquefortois" (...) ça peut les rassurer de voir qu'il y a une discussion, une réflexion ... »

2.3.4 Secrétariat commun

Une partie non négligeable des professionnels interviewés pensaient que le pôle devrait avoir un secrétariat commun centralisant les demandes pour le pôle. Ainsi ils parlaient d'un numéro de téléphone commun, d'une meilleure visibilité et lisibilité du pôle. Chaque professionnel pouvant conserver son secrétariat.

E3 « ... quelqu'un que pour l'accueil, spécifique à l'accueil, qui ne fait que ça, à qui on pose toutes les questions ! Ça, ça peut aussi, euh... drainer et éviter la surcharge des autres, euh... cabinets. Ça peut être envisageable. »

E16 « Savoir où aller chercher l'information, à qui s'adresser, euh...voilà ! Que ce soit centralisé et qu'on sache, si on a besoin d'un... je vais dire n'importe quoi ! »

2.4 Contraintes ressenties par les acteurs de santé par rapport à un exercice en pôle

Aller vers un exercice coordonné ne peut se faire sans effort. Les acteurs de soins interviewés semblaient en avoir conscience et développaient plusieurs ressentis qu'ils assimilaient à des contraintes.

2.4.1 Représentation schématiques des contraintes ressenties par les acteurs de santé

Ces dernières sont résumées dans la Figure 5.

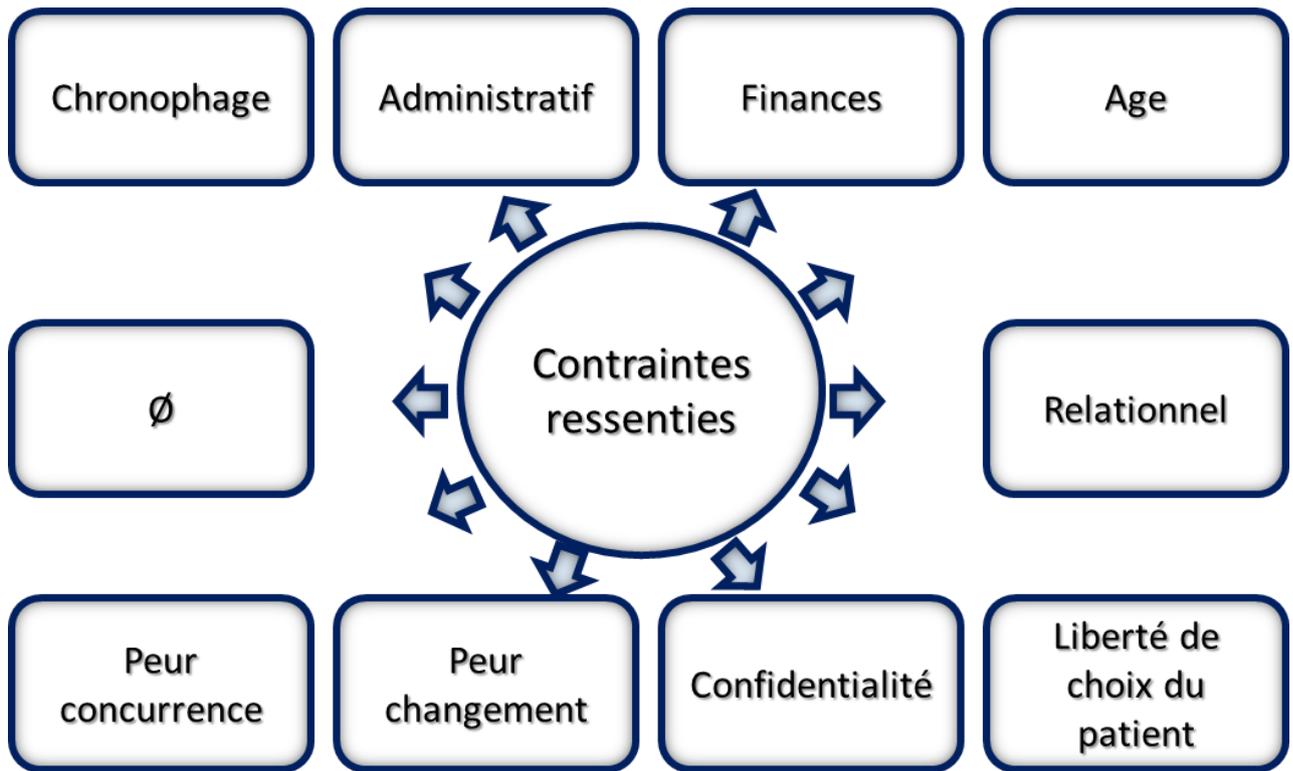


Figure 5 Contraintes ressenties par les professionnels

2.4.2 Aspect chronophage

La quasi intégralité des acteurs de santé interrogés considéraient qu'un exercice en pôle est chronophage. En tant que libéraux, ils voyaient cela comme une réelle contrainte, entachant leur qualité de vie.

E12 « C'est quand même le problème : LE TEMPS ! »

Certains sujets interrogés évoquaient la nécessité de revaloriser ce temps de coordination.

E13 « c'est EXCESSIVEMENT chronophage. Donc euh c'est uniquement euh il faut financer cette chronophagie »

2.4.3 Aspect financier

Plusieurs professionnels interviewés parlaient des contraintes financières liées à un exercice en pôle. Celles-ci étant à rapporter, en partie, à l'aspect chronophage chez des libéraux et à la non revalorisation du temps de coordination.

E5 « ... mais y'a pas QUE CA ! Parce que, au niveau financier, à mon avis, ça va pas être le top, quoi ! »

2.4.4 Charge administrative

Certains professionnels interrogés considéraient la charge administrative comme une réelle contrainte.

E9 « Les contraintes, c'est justement le côté un petit peu, euh... si on fait un truc intéressant, faut qu'on puisse partager les informations et faut les remplir, quoi ! C'est le côté négatif que je vois. »

E12bis « faut marquer "J'ai coupé les ongles à Mme Untel", c'est euh.... »

2.4.5 Relations interprofessionnelles

Plusieurs des acteurs de santé interrogés considéraient que le travail en équipe pouvait susciter des problèmes relationnels. Ceci était également vécu comme une contrainte. Ils évoquaient les conflits relationnels, désaccords professionnels mais également un éventuel sentiment d'infériorité. Ont également été rapportées, des craintes que les mauvaises pratiques de certains entachent la réputation du pôle ou encore la peur de la concurrence déloyale. Ces sentiments étaient nuancés par le fait qu'un professionnel parlait de contrainte positive dans l'apprentissage du travail coordonné.

E7 « Une Association, c'est quelque chose de très difficile à passer au niveau, ben... relationnel.

Maintenant, faire une Association pour être en conflit, NON ! C'est pas le but. »

E14 « Ben non c'est des contraintes positives puisque c'est apprendre à travailler ensemble... »

2.4.6 Age

Certains sujets interrogés évoquaient l'âge du professionnel comme une contrainte pour aller vers un exercice en pôle.

« Ils m'ont dit "Finalement non, parce que je vais partir à la retraite, je veux pas m'investir..." »

E6 « Donc, avec mon âge, et puis j'ai besoin là, de plus d'espace-temps, et donc je pense que c'est bien qu'il y ait des jeunes qui s'en occupent. »

2.4.7 Peur du changement

Quelques acteurs de santé ont également évoqué la peur du changement comme contrainte à l'investissement dans un exercice coordonné.

E16 « Des peurs, peut-être ! C'est la résistance au changement tout ça! Rires... »

2.4.8 Sentiment d'imposer le pôle aux patients

Un professionnel évoquait le fait que dans un certain sens, le patient était obligé d'approuver le pôle et les professionnels qui en faisaient partie.

E5 « ...est-ce que beaucoup de patients vont adhérer à ça ? (...)ils vont peut-être avoir l'impression qu'on les oblige... quelque part!... »

2.4.9 Complexité

Un professionnel interrogé parlait de la complexité des démarches comme d'une réelle contrainte.

E11 « Mais ça semble compliqué quand même, à mettre en œuvre, hein ! J'ai l'impression que... »

2.4.10 Absence de contrainte

Un des sujets interviewés estimait qu'il n'y a pas de contrainte à un exercice en pôle de santé.

E14 « Euh... non, des inconvénients, je pense pas qu'il puisse y en avoir ! »

2.5 Désir de faire partie du pôle

Parmi les 21 professionnels interrogés, 20 souhaitaient faire partie du pôle de santé du canton de Bar-sur-Loup.

Le professionnel ne souhaitant pas en faire partie avançait des raisons personnelles et n'a pas souhaité développer celles-ci. Il exprimait cependant son enthousiasme par rapport à ce genre d'exercice et y associait le même genre d'avantage que les professionnels souhaitant faire partie du pôle. Il avançait également plusieurs contraintes rejoignant celles développées précédemment.

3 Discussion

3.1 Principaux résultats

Les entretiens réalisés auprès des 21 acteurs de santé sus cités ont permis de recueillir des données concernant leurs attentes et leurs représentations par rapport à un exercice coordonné en pôle de santé. Et ce, d'un point de vue général mais aussi plus précisément par rapport au territoire où ils pratiquent, le canton de Bar-sur-Loup.

Nous avons ainsi pu distinguer des motivations claires de la part de ces professionnels mais aussi des freins face à cet exercice en pôle de santé.

Le dispositif de premier recours semble être à bout de souffle. Il ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population. Ce changement de mentalité est clairement retrouvé au cours des entretiens (E1-E2-E3-E4-E5-E6-E7-E8-E9-E12-E13-E14) et est corroboré par la littérature comme dans le rapport réalisé à la demande de R. Bachelot sur « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement ». (24)

Parmi les autres changements constatés par les acteurs de santé interviewés, on peut citer le sentiment de désinvestissement des professionnels, la volonté d'avoir une meilleure qualité de vie, la féminisation de la profession, le recul des jeunes par rapport au libéral (E1-E1-E10-E11-E12-E13...).

En effet, au cours des 20 prochaines années, le corps médical devrait connaître trois évolutions majeures: la diminution de ses effectifs, son vieillissement et sa féminisation, comme stipulé dans le rapport de synthèse du Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CARESP) sur la féminisation de la profession médicale (25). Le vieillissement des acteurs de

santé a été évoqué au cours des entretiens (E13-E1-E10-E11-E12) et se pose en facteur limitant l'investissement de ces professionnels à un exercice en pôle.

En 2010, seul 9% des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ont choisi de s'installer en libéral (26) (27). Même si l'enquête nationale réalisée par l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Interne de Médecine Générale (ISNAR-IMG) en 2011 tempère cette idée, c'est un fait, l'exercice libéral n'est pas assez attrayant pour les jeunes en l'état actuel. Les professionnels souhaitent trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle et ne souhaitent plus sacrifier leur qualité de vie. (28)

Il ressort des entretiens que la médecine de premier recours qui est exercée actuellement comporte de sérieuses lacunes. Sont évoqués, une prise en charge morcelée à défaut d'une prise en charge globale, un recours à l'hôpital inadapté, une relation médecin-patient qui se dégrade, une permanence des soins inadaptée, une continuité des soins peu existante et une formation continue rarement pertinente (E1-E8-E7-E6). Est également évoquée l'inégalité entre l'offre et la demande en soins primaires, même si, comme l'indique les professionnels au cours des interviews, le canton de Bar-sur-Loup est peu concerné par ces difficultés d'accès aux soins (E10-E11). Cette situation est une fois de plus corroborée par la littérature. (4) (29) (2)

3.2 Forces et limites méthodologiques

3.2.1 Recrutement

Les critères d'inclusion étaient larges. Nous avons privilégié le recrutement d'un panel de professionnels le plus large possible permettant la diversification des données.

Il s'agit d'un échantillonnage théorique ou raisonné avec inclusion de cas déviants afin d'enrichir les données recueillies. Il est à noter que nous n'avons pas inclus les professionnels de santé codirigeant ce travail afin d'éviter un biais de recrutement manifeste.

La liste des professionnels du territoire a été en partie fournie par la secrétaire d'un cabinet de médecine générale où exercent deux des porteurs de projets et en partie à partir d'un annuaire. Ceci peut constituer un biais de recrutement.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. C'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de donnée suffisamment nouvelle qui ressorte des entretiens. Ceci a abouti à un total de 19 entretiens, auprès de 21 acteurs de santé, suffisant dans ce genre d'étude. (23)

On dira dans ce cas que l'échantillon est représentatif puisqu'il répond aux critères de pertinence théorique par rapport à la situation d'étude (diversité de professions, de lieux...) (30)

3.2.2 Enquêteur

Le biais lié aux compétences de l'investigatrice dans le domaine des enquêtes qualitatives et des entretiens individuels semi-dirigés est non négligeable. Un des critères de validité d'une étude qualitative étant la formation et l'expérience de l'enquêteur. (23)

La transférabilité des résultats de recherche vers d'autres terrains ou objets est liée à la capacité d'abstraction du chercheur qui est une technique difficile en particulier pour des débutants en recherche qualitative. (30)

Dans cette étude le manque d'expérience de l'investigatrice, et le biais qu'il engendre, sont non négligeables.

3.2.3 Analyse

La recherche qualitative interprétativiste a évolué au cours des années et a su gagner l'adhésion des communautés de recherche. La notion de transférabilité constitue aujourd'hui l'un des critères de scientificité et de crédibilité des plus importants. Elle repose sur la constitution de l'échantillon et sa représentativité en termes de processus sociaux, sur la description détaillée du site étudié et sur le niveau d'abstraction que l'analyse doit atteindre.

L'étude présente, comme discuté ci-dessus, un échantillon répondant aux principaux critères de représentativité. Le site étudié est développé dans la discussion mais elle aurait pu être enrichie de détails concernant les données humaines et sociodémographiques.

Enfin, comme discuté plus haut, les qualités du chercheur et sa capacité à subsumer le particulier sous le général sont à relativiser par rapport à son absence d'expérience dans ce domaine de recherche. Ceci constitue une des faiblesses principales de cette étude. Cette faiblesse peut être accentuée par le fait que l'interviewer et analyste est médecin, ce qui peut, consciemment ou pas, biaiser cette étude.

Un avis auprès d'une sociologue réalisant des études qualitatives a été pris, réfutant la nécessité d'un double codage dans cette étude réalisé avec entretiens semi dirigés. Elle a également recommandé la discussion des thèmes choisis et de l'analyse réalisée par plusieurs personnes. Ceci a été réalisé au cours de plusieurs réunions pendant l'analyse et la rédaction du travail avec deux médecins codirigeant ce travail de thèse et un troisième pendant les différentes relectures.

L'utilisation du modèle SWOT pour l'analyse des données constitue une force supplémentaire, permettant de visualiser rapidement l'adéquation entre le projet et la problématique de mise en œuvre. Même si l'outil présente des limites en soi telles que son caractère partiellement

subjectif, les difficultés à distinguer ce qui est interne de ce qui est externe au projet et son éventuel aspect simpliste.

3.3 Théorisation à partir du modèle SWOT

Nous avons décidé d'utiliser le modèle d'analyse SWOT, acronyme dérivé de l'anglais Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités), Threats (Menaces). Le but était d'analyser, diagnostiquer et décrire l'évaluation des volontés et réticences des acteurs de santé par rapport au projet de pôle de santé afin de diagnostiquer la dynamique de regroupement initiée sur le canton de Bar-sur-Loup.

Le modèle SWOT est un outil d'analyse stratégique particulièrement utilisé en marketing. Le but de l'approche est de prendre en compte dans la stratégie, à la fois les facteurs internes et externes, en maximisant les potentiels des forces et des opportunités et en minimisant les effets des faiblesses et des menaces (31). L'intérêt dans notre étude était de pouvoir visualiser et clarifier les idées de manière logique et de pouvoir en dégager des axes stratégiques.

3.3.1 Forces et opportunités du projet de pôle de santé sur le canton de Bar-sur-Loup

Les motivations des acteurs de santé sont résumées dans la Figure 6

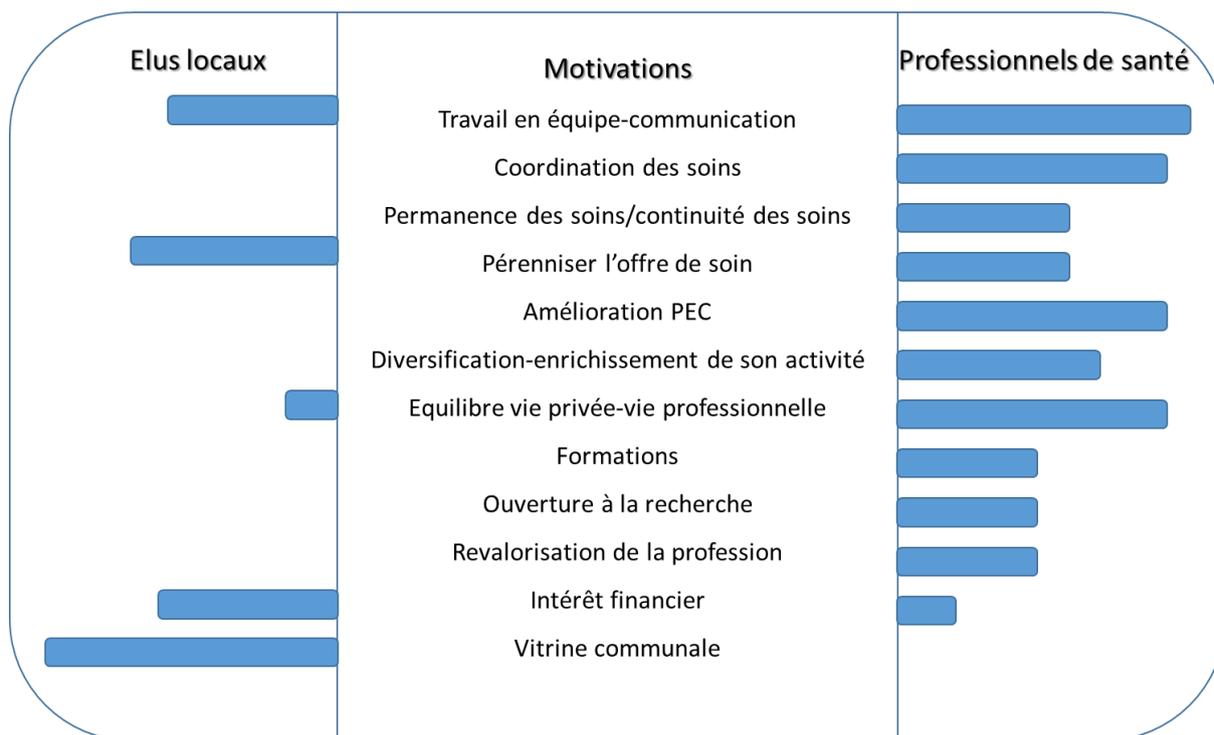


Figure 6 Motivations des professionnels de santé

L'étude menée au cours de ce travail de thèse a permis de se rendre compte que le territoire de santé du canton de Bar-sur-Loup est le siège d'une motivation importante des professionnels pour faire évoluer leur pratique. Un professionnel parle même d'un « laboratoire d'idées » (E13).

L'espace de santé de Valbonne (ESV) présente une démographie médicale et paramédicale correcte. On observe une offre de soins de premier recours en accord avec la moyenne du département (32). Mais elle peut être insuffisante si on ne considère que les professionnels en secteur 1, la population réelle demandant des soins sur ce territoire et l'offre actuelle qui va diminuer avec les départs à la retraite à venir. Les professionnels interrogés ne se considèrent pas sur un espace fragile et pourtant on observe une vraie volonté de se regrouper (E10-E11). Le territoire de santé du canton de Bar-sur-Loup et le département des Alpes Maritimes sont également décrits comme étant les sièges d'un esprit libéral fort (E11). Pour certains, il existe des craintes par rapport à un éventuel engagement vis-à-vis de l'état, notamment au travers de financements publics, et ce, même si la plupart des professionnels interrogés voient

positivement les éventuelles aides financières d'Etat, et sont même en attente de celles-ci. Ils considèrent comme important d'avoir un soutien fiable avec la mairie, comme le corrobore E. Vadant dans sa thèse de Médecine Générale (33).

Face à la situation actuelle, l'exercice coordonné et la création de pôles et maisons de santé apparaît aux professionnels (professionnels de santé et élus) comme une nécessité mais surtout comme une envie. Sur les 21 professionnels interrogés, 20 souhaitent participer au pôle de santé sur le canton de Bar-sur-Loup.

Les motivations qui ressortent des entretiens effectués sont tout d'abord l'aspect attractif du pôle de santé en soit et la représentation qu'ils s'en font. Pour la plupart des professionnels interrogés, l'exercice en pôle est un exercice d'avenir qui permettrait une amélioration de la qualité de l'exercice. Un des arguments quasi systématiquement avancé par les acteurs de santé est l'opportunité de travailler en équipe avec une meilleure communication. Ils parlent alors de coordination des soins, de continuité des soins, d'une pérennisation de l'offre de soin, d'une articulation ville-hôpital mais aussi d'une diversification d'activité la rendant plus stimulante, etc. (E1 à E19).

Un des professionnels évoque même l'éventualité de création d'emplois et avance l'exemple d'un ambulancier salarié du pôle et de l'économie de santé qu'il pourrait permettre (E7).

Améliorer le service médical fait partie des volontés que les professionnels ont évoquées au cours des entretiens. Ils parlent alors d'améliorer la prise en charge des patients, d'embrasser leur rôle de prévention et de santé publique ou d'approfondir l'éducation thérapeutique. Les professionnels évoquent aussi la notion de délégation des tâches, pratique déjà instaurée dans d'autres pays (8) et principe majeur de la plupart des pratiques en coordination des soins (11) (34), même si celle-ci peut faire peur (10) (9).

Pour les professionnels, le pôle pourrait également être un moyen de rendre plus accessible le fait d'atteindre un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Les éléments financiers (une mutualisation des coûts, un gain de patientèle...) sont également évoqués mais ne sont pas de réels éléments de motivation, mais plus une aide éventuelle à la mise en place du projet.

La revalorisation de certains métiers vus parfois par les patients comme des métiers ne relevant pas vraiment des professions de santé était aussi une notion importante dans l'étude (E16...).

Un des points importants soulevé par cette étude est, qu'aux yeux des acteurs de santé, l'amélioration de la prise en charge des pathologies peut passer par un exercice en pôle. Les pathologies chroniques sont les plus citées par les professionnels. Viennent ensuite les pathologies médico-socio-psychologiques, les urgences, la prévention... En fait, la plupart des pathologies ont été citées. La littérature tend à conforter cette idée. Nous serions donc ici face à un véritable enjeu de santé publique, tant en termes d'amélioration de l'offre de soin qu'en termes d'économie de santé.

La communication est également un des concepts forts de ce projet, qui gagne à être développé. La quasi-totalité des acteurs de santé ont estimé que la communication était primordiale dans un exercice en pôle, et qu'elle pouvait être la clé d'une prise en charge réussie. Ils l'espèrent plus facile, plus rapide, sans être intrusive. Beaucoup évoquent un matériel informatique commun, en réseau, même si les problèmes de faisabilité et de confidentialité restent à l'esprit.

L'extraction de données, rendue possible par ce partage, dans le but de participer activement à des travaux de recherche universitaires et d'améliorer les actions de prévention est également évoquée.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) a été mis en place en janvier 2011. Il existe désormais un consensus pour reconnaître l'apport d'un tel outil dans le domaine de la coordination des soins.

Cela semble connu des acteurs de santé interrogés mais peu utilisé, car, selon eux, trop compliqué. Cependant, le DMP évolue et les logiciels aussi (35). Ainsi, l'ASIP Santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé) a mis en place une labellisation « Maisons et Centres de Santé » pour inciter les éditeurs à offrir des logiciels spécifiques (DMP compatibilité, traçage de l'information partagée...) (36). Et même si les professionnels déplorent le fait qu'il n'y ait pas eu, déjà dans les débuts de l'informatisation des cabinets, une uniformisation de l'outil informatique, ils sont ouverts à des modifications permettant un réel partage d'information.

La loi Fourcade de 2011 rend possible le partage des dossiers patients entre professionnels de santé au sein d'une MSP ou d'un PSP, sous consentement du patient. Cependant, de nombreux professionnels pensent que ce n'est pas autorisé (37). Une démocratisation de ce genre d'information paraît nécessaire. En ce sens, le ministère de la santé a rédigé un guide méthodologique afin d'aider les professionnels de santé exerçant en maison et/ou pôle de santé pluriprofessionnels à partager certaines informations au sein de ces structures tout en respectant la loi et le code de déontologie (38).

L'ASIP Santé a également publié une étude sur les systèmes d'information des maisons et pôles de santé et centres de santé polyvalents qui permet de savoir quels sont les différents modèles possibles et leurs conditions de mise en œuvre. (39). De plus des outils adaptés et validés par l'HAS existent.

La plupart des professionnels de santé évoquent la possibilité de réunions interprofessionnelles. Le rythme de celles-ci varie mais elles sont, dans l'ensemble, abordées positivement même si leurs aspects chronophage, peu rentable etc. sont discutés. Leur nature varie également, comme le démontre Mme Thelot-Bach dans sa thèse de médecine générale, qui évoque des réunions de partage et d'harmonisation des pratiques, des réunions de concertation pluridisciplinaires, des

réunions de formation interprofessionnelles. Ont encore été évoqué au cours de notre étude, des revues de morbi-mortalité ou réunion de Développement Professionnel Continu (DPC).

Les acteurs de santé, mettent également en exergue l'utilité d'une secrétaire coordinatrice, d'un numéro commun au pôle, d'un lieu de centralisation du pôle ne supprimant pas la nécessité de secrétaires personnelles mais permettant une visibilité par rapport aux patients et aux autres professionnels.

Les professionnels imaginent aussi des spécificités liées à la communication avec les patients et son entourage. Ainsi, sont évoquées des possibles campagnes et réunions d'information, l'utilisation des médias, la création de supports écrits...

Enfin, même si des leaders ne sont pas officiellement identifiés, des personnalités se distinguent clairement et sont facilement évoquées comme personnes ressources par les autres professionnels.

3.3.2 Freins et menaces concernant le projet de pôle de santé sur l'ESV

Les freins évoqués par les professionnels sont résumés dans la Figure 7

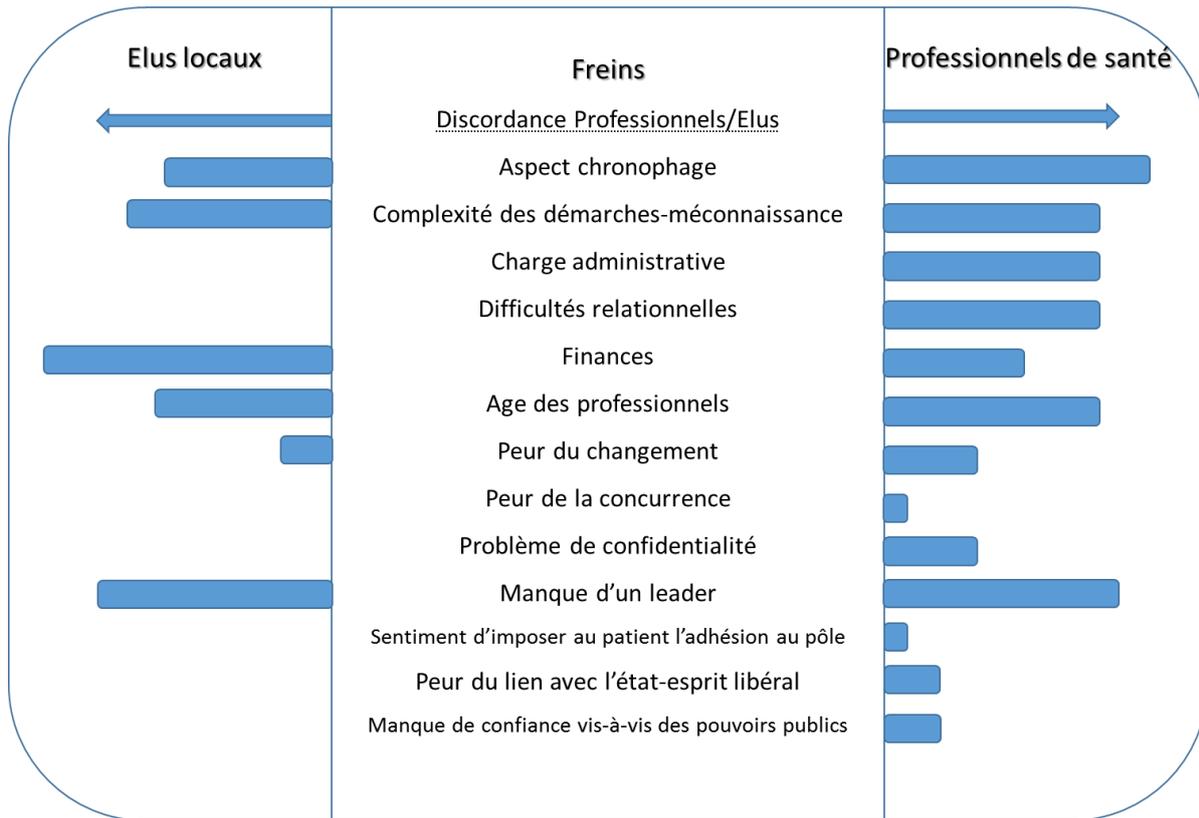


Figure 7 Freins évoqués par les acteurs de santé

L'étude a également permis de mettre en évidence que les acteurs de santé sont un peu démunis par rapport à l'ensemble des démarches à accomplir, et des différents rôles à jouer pour monter un pôle de santé. Et ce, qu'ils soient professionnels de santé ou élus. La loi HPST prévoit pourtant un interlocuteur santé via les Agences Régionales de Santé (ARS) et inclus les Maires des communes dans les réflexions sur l'offre de soin dans le cadre des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) (6). Mais, comme discuté dans la thèse de V. Leprette, ceci, ainsi que les autres ressources (FFMPS, URML...) apparaissent comme des aides précieuses mais insuffisantes (40). La quasi-totalité des professionnels interrogés évoquent la nécessité d'un promoteur de projet, identifié ou pas, individu ou groupe, pour conduire ce projet. Ils insistent sur la revalorisation du travail de coordination qu'il(s) mérite(nt). Les acteurs de santé s'expriment cependant en faveur de l'appartenance de ce(s) leader(s) au pôle ou en tout cas que l'initiative du projet soit menée par des professionnels de santé motivés, en particulier si le leader-coordonateur est extérieur au pôle (pouvoirs publics par exemple). (E3-E7-E10-E11-E1).

Ici, même si des promoteurs de projet sont officieusement évoqués, leur statut n'est pas encore officiel et leur travail pas encore reconnu.

Ces réflexions rejoignent le constat de P De Haas, qui précise dans son ouvrage, que mener de tels projets ne va pas de soi pour les professionnels libéraux que leur formation médicale initiale n'a pas préparé à ce genre d'exercice. Bâtir une maison ou un pôle de santé est un projet complexe. Chaque projet doit être construit de façon spécifique et s'adapter au contexte local, géographique, humain et d'organisation des soins. Sans un leader professionnel de santé qui doit y consacrer du temps, de l'énergie et amener les autres professionnels à le suivre, peu de projets aboutissent (41). Ainsi la complexité des démarches constitue un réel frein à la mise en place d'un exercice en pôle. Ceci est également vrai pour les futurs professionnels, comme le précise S. Sarni dans sa thèse auprès d'internes en SASPAS.

D'autres freins sont évoqués par les acteurs de santé face à l'exercice en pôle. L'aspect chronophage est de loin le plus rapporté. Sont également cités la charge administrative, les difficultés relationnelles liées au travail en groupe, l'âge des professionnels, la peur du changement ou encore le sentiment d'imposer aux patients l'adhésion au pôle.

La discordance des points de vue entre les professionnels de santé et les élus locaux souligne également l'existence d'un frein à l'avancé de ce genre de projet. Ainsi, les élus préfèrent les projets de maison de santé (MSP) plutôt que ceux concernant les pôles de santé (PSP). Ils peuvent ainsi poser le projet en vitrine de leur commune, symbole d'une politique moderne, tandis que les professionnels de santé sont motivés par l'amélioration de l'offre de soin.

D'après les résultats de l'étude de J Druz. de 2011 (42), un frein important à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état aux projets de maisons/pôles de santé pluridisciplinaires, était la crainte de subir une subordination aux médecins.

De même, dans l'article de Durand G., de 2012 (43), il est abordé la difficulté de travailler ensemble en libéral, notamment pour les infirmier(e)s qui, en s'installant, ne subissent plus les hiérarchies hospitalières et ne souhaitent pas repasser sous le joug des médecins. Au cours de l'étude, les professionnels de santé n'ont pas évoqué cet aspect. Pudeur ou absence de ressentiment allant dans ce sens, certains ont cependant souligné leurs craintes par rapport à un exercice « chapoté » par l'état au détriment de l'exercice libéral qu'ils affectionnent. Ainsi, le coordinateur d'état peut inquiéter de même que l'évolution du service hospitalier en ambulatoire avec l'évocation de maisons médicales hospitalières.

Le transfert de compétences, bien que ponctué de réserves est plutôt reconnu comme positif par les professionnels.

3.3.3 Synthèse de l'analyse

La Figure 8 permet une vision globale de l'analyse SWOT.

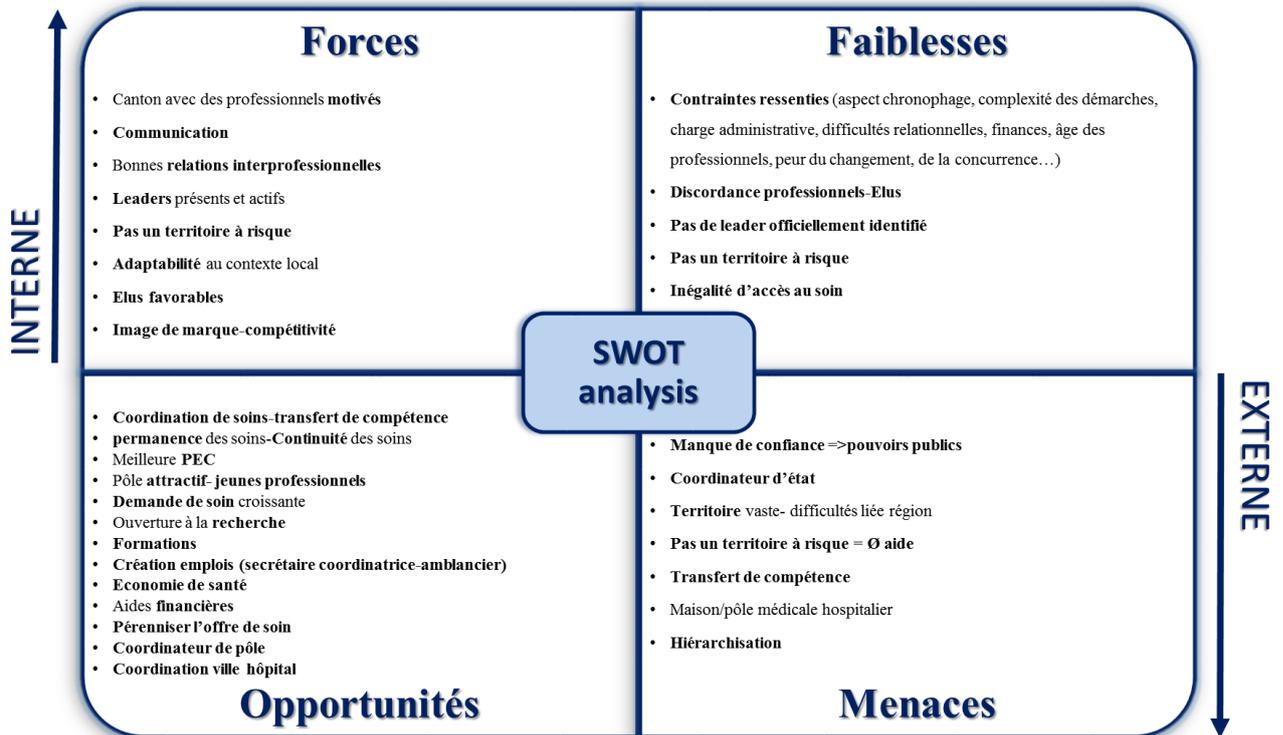


Figure 8. SWOT analysis

L'analyse SWOT nous amène à mettre en avant l'importance des discussions entre professionnels et élus, afin d'évoluer de concert vers un objectif commun. Les discordances de point de vue semblent en effet devoir être discutées pour avoir une dynamique uniforme et forte.

La confiance des professionnels envers les pouvoir publics pourrait s'en voir améliorée.

En ce qui concerne les contraintes ressenties par les acteurs de santé, elles doivent être prises en compte dans l'initiative. Une définition plus concrète du rôle de chacun (en particulier en ce qui concerne le transfert de compétences et la hiérarchisation), la standardisation de certaines démarches administrative, l'établissement d'un cahier des charges, peuvent constituer un début de réponse.

L'officialisation du statut de leader ou de promoteur de projet par les acteurs intéressés pourrait s'avérer positif. Que la nomination soit collégiale pour rassurer les acteurs de santé peut être

une solution faces aux éventuelles réticences de certains. Le recours à des coordinateurs extérieur peut faire peur comme nous l'avons constaté au cours de l'étude. Former des professionnels « intra pôle » peut être un compromis acceptable permettant une meilleure cohésion et des compétences accrues.

Le fait que nous ne nous trouvons pas sur un territoire considéré comme fragile est à la fois une force, une faiblesse et une menace. En effet, peu, voire pas d'aides financières sont prévues pour initier ce genre de projet sur des territoires « non à risque ». Cependant le fait de l'initier par envie plus que par besoin peut s'avérer être un moteur sans faille vers une pérennisation de l'offre de soin. Les faiblesses et menaces du projet apparaissent donc surmontables malgré l'engagement qu'elles impliquent.

Les forces sont apparues nombreuses au sein de ce canton aux acteurs motivés. La communication interprofessionnelle déjà initiée sur le territoire constitue l'une d'entre elles. Elle pourrait être les prémices d'une coordination de soins, d'une permanence et d'une continuité des soins source d'une meilleure prise en charge.

Les bonnes relations interprofessionnelles déjà présentes sur le canton, y compris avec des élus motivés par les projets de coordination de soins, peuvent permettre de faire évoluer positivement le projet et ainsi de pérenniser l'offre de soin sur ce territoire.

Ce projet de pôle de santé, parait adaptable au contexte local et constitue une des clés vers l'ouverture à la recherche et aux formations, et rend attractif l'exercice libéral coordonné pour les jeunes professionnels.

Conclusion

Notre système de santé est en pleine mutation, en particulier dans le domaine de la médecine de premier recours. Celle-ci tend à s'organiser, se coordonner, pour répondre à une demande en constante évolution et tenter d'améliorer le service médical rendu.

Ce travail a permis de faire émerger des forces présentes sur le canton de Bar-sur-Loup et possiblement reproductibles à d'autres territoires.

On observe en effet une importante motivation au sein des acteurs de santé sur ce territoire. Des leaders se dessinent clairement et il existe une véritable volonté de travail d'équipe, centrée sur une bonne entente entre les professionnels et une volonté d'améliorer l'offre de soin. Les Elus semblent, eux aussi motivés, même si leur motivation prend sa source dans un domaine plus terre à terre, l'image de leur commune.

Des faiblesses existent au travers des contraintes identifiées par les acteurs de santé (aspect chronophage, complexité des démarches, difficultés financières ou relationnelles...) et des menaces apparaissent sous la forme de discordances entre professionnels de santé et pouvoirs publics, des éventuelles difficultés à trouver des leaders devant l'absence de reconnaissance du travail de coordination ou encore des difficultés financières doublées de craintes quant aux aides de l'état.

Cependant, les opportunités demeurent nombreuses, le pôle de santé s'inscrit dans une démarche positive et adaptée au contexte local. Il rend l'exercice attractif pour les jeunes médecins, offrant même la possibilité de création d'emploi, de formation « intra pôle » et de

recherches universitaires à partir des bases de données du pôle, sans oublier l'éventualité d'aides financières extérieures, vues par la plupart comme positives.

Enfin, même si la complexité des démarches reste un obstacle important, l'éventualité d'un coordinateur externe ou interne au projet, avec un rôle reconnu et revalorisé et les perspectives d'un exercice plus stimulant (coordination des soins, connexion ville-hôpital...) ou encore de la mise en place de protocoles interprofessionnels ou de projets de soins, rendent la démarche tout à fait légitime.

La pérennisation de l'offre de soin paraît alors à portée de main, de même que l'amélioration de l'accès aux soins.

« La meilleure façon de prédire l'avenir, c'est de le créer »

Peter Drucker

Résumé

Les concepts de Maisons (MSP) et Pôles de Santé Pluriprofessionnels (PSP) existent depuis longtemps mais ont été redéfinis en 2009 dans la loi HPST. Ils font aujourd'hui partie intégrante de la « stratégie nationale de santé » menée par le gouvernement. Les PSP et MSP apparaissent comme une alternative pour améliorer l'offre de soin, réduire les inégalités et faire des économies de santé. Il existe peu d'informations concernant les attentes et les représentations des professionnels de santé par rapport à la création d'un PSP.

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations et les attentes des acteurs de santé par rapport à la création d'un PSP sur le canton de Bar-sur-Loup dans le département des Alpes Maritimes. Les objectifs secondaires ont été d'identifier les freins et facteurs favorisant au projet.

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive par 19 entretiens semi-dirigés auprès de 21 professionnels de santé et élus locaux. La réalisation des entretiens a débuté en janvier 2013. Ils ont été enregistrés puis retranscrits sous la forme de verbatim, avant d'être analysés à l'aide du logiciel QSR Nvivo 10 par l'investigateur. La fin du recueil des données a eu lieu lorsque l'analyse permettait la « saturation théorique » des données.

20 des 21 acteurs de santé ont déclaré souhaiter faire partie du pôle. L'étude a permis de faire émerger les motivations, réticences et projets d'avenir par rapport au PSP.

Une analyse SWOT a permis de réaliser un diagnostic de la dynamique de regroupement initiée sur le territoire. La transférabilité des résultats paraît envisageable du fait d'un échantillon représentatif et d'un territoire défini et ce, malgré un manque d'expérience de l'investigateur.

Mots clés : Maisons de santé pluriprofessionnelles – pôles de santé pluriprofessionnels – Soins primaires – coordination des soins- acteurs de santé – recherche qualitative- Alpes Maritimes

Summary

In 2009 HPST law redefines French concepts of « Maisons (MSP) » and « Pôles de Santé Pluriprofessionnels (PSP) ». Those concepts are close to the US Patient-Centered Medical Home (PCMH). In 2013 the French government national health strategy (« stratégie nationale de santé ») promotes this kind of organization for primary care. PSP and MSP appear as a good alternative to improve primary health care, reduce inequalities and allow decreasing health cost. However, little informations are available about the expectations and representations of the health professionals of the PSP creation.

The aim of this study was to explore the representations and the expectations of the health professionals for the creation of a PSP in the Bar-sur-Loup townnship in the Alpes Maritimes department. Secondary aims were to find out the reluctances and motivations for the project.

A descriptive qualitative research was conducted based on 19 semi-structured interviews of 19 health professionals and two mayors. The interview process started in January 2013. The interviews were recorded and verbatim transcriptions were produced. Qualitative analysis was perform using QSR Nvivo 10 software. Data collection was performed until the analysis allowed the theoretical saturation of the data.

20 of the 21 interviewed persons wanted to be part of the PSP. The study allowed identifying their motivations, reluctances and future projects concerning the PSP.

A SWOT analysis allowed making a diagnosis of the coordination of the care dynamic initiated in the area. The results transferability seems to be possible thanks to a representative sample and a well defined territory – despite the investigator lack of experience.

Keywords : Patient-Centered Medical Home – Primary health care – care coordination – health professionals – qualitative research

Bibliographie

1. **AMBROISE-THOMAS P. (au nom d'un groupe de travail).** *La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine.* Paris : <http://www.academie-medecine.fr/publication100036335/>.
2. **ATTAL-TOUBERT K. et VANDERSCHELDEN M.** La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. *Dossiers solidarité et santé.* DREES, 2008, 12.
3. **Legmann M. sous la direction de Romestaing P.** *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2013.* Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2013.
4. **Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V.** L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. *Questions d'économie de la santé* 2012. <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>. [En ligne] 2012.
5. **Ministère de la santé et des affaires sociales.** <http://www.sante.gouv.fr/exercices-coordonnes,11964.html>. [En ligne] 2012.
6. **Ministère des affaires sociales et de la santé.** Loi HPST. <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>. [En ligne] 2009.
7. **Hubert, Elisabeth.** *Mission de concertation sur la médecine de proximité.* Paris : La Présidence de la république, 2010.
8. **Kringos, Dionne, et al.** The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice.* 2013, Vol. 63, 616.

9. **Dr Thébaut Jean-François.** INITIATIVES & DÉVELOPPEMENT DE PRATIQUES COLLABORATIVES N°76. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1701631. [En ligne] 2013.
10. **George L. Jackson, PhD, MHA, et al.** The Patient-Centered Medical Home: A Systematic Review. ACP american college of physicians (annals of internal medicine), fevrier 2012, Vol. 158, 3.
11. **Berland, Yvon.** *Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences.* s.l. : Ministère de la santé, 2003.
12. **ISNAR-IMG.** Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2010-2011.
13. **Cartier T, Mercier A, Huas C, Boulet P, Calafiore M, Leruste S, Renard V.** Propositions pour l'organisation des soins primaires en france. *Exercer.* 2012, 104 p21-29.
14. **IRDES: Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, Véronique Lucas-Gabriellib.** Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>. [En ligne] 2013.
15. **Haute Autorité de Santé.** http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours. HAS. [En ligne] 2012.
16. **Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative.** Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association . <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000497458>. [En ligne] Mars 2012 (version consolidée).

17. **DSS: Direction de la Sécurité Sociale-Ministère du travail, de l'emploi et de la santé - Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat- Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.** Expérimenter une alternative au paiement à l'acte: ENMR. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_Wanecq.pdf. [En ligne] 29 novembre 2011.
18. **Ministère des affaires sociales et de la santé.** La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). <http://www.sante.gouv.fr/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa.html>. [En ligne] 29 Août 2012.
19. **Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L. et Al.** Introduction à la recherche qualitative. *Rev Exercer*. 2008, 84 p14-25.
20. **Dezin NK, Lincoln YS.** *The SAGE handbook of qualitative research*. Sydney : SAGE, 2011.
21. **Blanchet A, Gotman A.** *L'entretien*. Paris : Armand Colin, 2012.
22. **JC, Kaufmann.** *L'Entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 2011.
23. **Andreani JC, Cochon Françoise.** Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: Etat de l'art en marketing. *Revue française du marketing*. 2005, Vol. 201, pp. 5-21.
24. **Jean-Marc JUILHAR, D Bérengère CROCHEMORE, Annick TOUBA, Guy VALLANCIEN.** *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les proposition pour leur déploiement*. Paris : Ministère de la santé et des affaires sociales- R. Bachelot, 2009.
25. **Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire ,Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA, Dr Claire BEAUVAIS .** *Trois études sur la féminisation de la profession médicale : synthèse*. Rhone-Alpes : URML, 2005.

26. **Cruz, Nathalie Da.** Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral. *Médecins*. 2011, 16 p22-27.
27. **Sarni, Selma.** L'exercice en MSP vu par les futurs médecins généralistes: étude à partir d'un focus group d'interns effectuant un SASPAS. Nantes : Univ. Nantes, 2012.
28. **AMBROISE-THOMAS P. (au nom d'un groupe de travail).** *Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes*. Paris : Académie Nationale de Médecine.
29. **Cartier T, Mercier A, De Pourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, Bourgueil Y, Renard V.** Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012, 101, pp. 65-71.
30. **Joséphine Mukamurera, France Lacourse, Yves Couturier.** Des avancées en analyse qualitative. [http://revue.recherche-qualitative.qc.ca/edition_reguliere/numero26\(1\)/mukamurera_al_ch.pdf](http://revue.recherche-qualitative.qc.ca/edition_reguliere/numero26(1)/mukamurera_al_ch.pdf). [En ligne] 2006.
31. **European union - Europ aid.** SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats). http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/too_swo_def_fr.htm. [En ligne] 2014.
32. **INSEE.** « Alpes-Maritimes : un littoral urbanisé, un haut-pays peu peuplé et peu équipé ». Sud Insee l'essentiel, n°19.
33. **Elise, VADANT.** Exigences des professionnels de santé dans le projet de maison médicale à Vizille (38). *Thèse de Médecine Générale*. Grenoble : Univ. Grenoble, 2011.
34. **Fédération Française des Maisons et Poles de santé.** <http://www.ffmps.fr/>. *Fédération Française des Maisons et Poles de santé*. [En ligne] 2013.
35. **Ministère des affaires sociales et de la santé.** <http://www.dmp.gouv.fr/>. *Dossier médical personnel*. [En ligne] 2013.

36. **ASIP SANTE pour DSS et DGOS.** Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels des maisons et des centres de santé polyvalents .
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_AAC_MPSP_CSP_V0.pdf. [En ligne] 2011.

37. **République française.**
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&dateTexte=&categorieLien=id>. *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.* [En ligne] 2011.

38. **Ministère de la santé.** Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et maisons de santé, des information concernant les patients.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf. [En ligne] 2012.

39. **ASIP Santé.** Cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et des centres de santé polyvalents.
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_CDC_MPSP_CSP_VI_dec_2011.pdf. [En ligne] 2011.

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

41. **De Haas, Pierre.** *Monter et faire vivre une maison de santé.* Lyon : Le Coudrier, 2010.

42. **Johann., DRUZ.** Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire. *THESE de Médecine Générale.* s.l. : Univ. Grenoble, 2011.

43. **Gérard, DURAND.** Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose. *Prescrire*. 2012, 346, pp. 614-619.
44. **Vanault-les-Dames : une maison de santé pluri professionnelle en milieu rural. .** *Rev Prescrire*. 2012, 344 p 462-465.
45. **INSEE. Professions de santé en 2012.** http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103. [En ligne] 2012.
46. **D, Silverman.** *Doing Qualitative research: a practical handbook*. 4ème. Sydney : SAGE, 2013.
47. **Emmanuel, MORANA.** Etude des premiers développements d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire dans une ville de Seine et Marne. *Thèse de Médecine Générale*. Créteil : Univ. Paris 12, 2011.
48. **Hli, TCHA.** Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Cote d'Armor, 22). *Thèse de Médecine Générale*. s.l. : Univ. Bretagne occidentale, 2012.
49. **Lorène, Thélot-Bach.** Exploration des conceptions de l'évolution de l'organisation des soins primaires et compréhension des rôles professionnels lors de la conception d'un pôle de santé; une étude qualitative. Paris : Univ. Paris 7, 2013.
50. **Carles-Trinh, Céline.** Présentation-Création-Financement-Exemple-Contacts. Les maisons et pôles de santé. <http://www.rosny93.fr/IMG/pdf/1Dossier-MSP-Présentation.pdf>. [En ligne] 2012.

Annexes

1 Annexe 1 : guide d'entretien du 17/01/2013

Présentation de l'étude: nous effectuons une étude qualitative avec entretien individuels dans le but d'établir quelles sont « les attentes des professionnels de santé par rapport au projet de création du Pôle de santé sur l'ESV ? »

Cet entretien assure l'anonymat de chaque participant. Le but est de recueillir un éventail d'idées divergentes pour enrichir notre étude.

1) comment définissez-vous un pôle de santé ou un MDS?

Pôle de santé, MDS Qu'est-ce que cela évoque pour vous?

2) Comment percevez-vous l'avenir des Pôles de santé et leurs rôles dans l'évolution du système de santé actuel?

-Projet régional de santé ? Connaissance, sensibilité ? (diminution hospi, qualité des soins, diminution du cout ...?)

- intérêt du PDS, obstacles? , facilitation ?

3) comment percevez-vous le développement d'un pôle de santé dans le canton de Bar sur loup par rapport aux structures déjà existantes.

-quelles structures, quels professionnels ?, comment communiquer? Avec qui ?

-financements publics êtes-vous intéressés

4) Pour quel type de prise en charge pensez-vous qu'il soit intéressant de créer un pôle de santé ?/ quel gain pour le patient?

5) Qu'attendez-vous d'un tel mode d'exercice ?

- Quelles améliorations attendez-vous d'un changement d'organisation dans l'exercice quotidien ?

-Désirez-vous changer d'organisation de travail?

6) Comment serait le pôle de santé idéal pour vous sur le canton de bar sur loup, quelles sont vos attentes par rapport à ce pôle de santé? Souhaitez-vous en faire partie ?

2 Annexe 2 : guide d'entretien du 22/1/2013

Validé cellule thèse

Cet entretien a pour but de discuter des attentes des professionnels de santé face à la création du pôle.

Cet entretien assure l'anonymat de chaque participant. Le but est de recueillir un éventail d'idées divergentes pour enrichir notre étude.

Ce qui m'intéresse ce sont vos idées, ne vous étonnez pas si je parle peu, vous êtes les experts.

- 1) Quels sont les points positifs de votre mode d'exercice ? Quels sont les côtés que vous aimeriez pouvoir améliorer?
- 2) Comment définissez-vous un pôle de santé (ou un MDS)?
Pôle de santé, MDS Qu'est-ce que cela évoque pour vous?
- 3) Comment voyez-vous l'avenir des Pôles de santé de manière générale ? Et leurs rôles dans l'évolution du système de santé actuel?
Projet régional de santé ? Connaissance, sensibilité ? (diminution hospi, qualité des soins, diminution du cout ...?)
Avantages? Inconvénients?
- 4) -Pour quel type de prise en charge pensez-vous qu'il soit intéressant de créer un pôle de santé ?/ quel gain pour le patient? Pour quelles pathologies ?
- 5) Qu'est-ce que vous pensez du développement d'un pôle de santé dans l'espace de santé de Valbonne? (par rapport aux structures déjà existantes) à enlever?
-quelles structures, quels professionnels ?, comment communiquer? Avec qui ?

-financements publics êtes-vous intéressés? (un lien avec l'état vous effraie-t-il?)

6) Qu'attendez-vous d'un tel mode d'exercice ?

Quelles améliorations attendez-vous d'un changement d'organisation dans l'exercice quotidien ? (com. entre pro?, amélioration des échange (ex ordo pour infirmière ou kiné, comment écrire)

Désirez-vous changer d'organisation de travail?

7) Comment serait le pôle de santé idéal pour vous sur le canton de bar sur loup, quelles sont vos attentes par rapport à ce pôle de santé?

8) souhaitez-vous en faire partie ?

3 Annexe 3 : guide d'entretien 5/3/2013

1) Quels sont les points positifs de votre mode d'exercice ?

Quels sont les côtés les côtés « négatifs », ceux que vous aimeriez pouvoir améliorer?

2) comment définissez-vous un pôle de santé (ou une MDS)?

Pôle de santé, Qu'est-ce que cela évoque pour vous?

Différent de MDS ?

3) Comment voyez-vous l'avenir des Pôles de santé et leurs rôles dans l'évolution du système de santé actuel?

-Projet régional de santé ? - avantages? Inconvénients?

-Pour quel type de prise en charge pensez-vous qu'il soit intéressant de créer un pôle de santé?

/ Quel gain pour le patient? Pour quelles pathologies ?

4) Qu'est-ce que vous pensez du développement d'un pôle de santé dans l'espace de santé de Valbonne?

-quelles structures, quels professionnels ?, comment communiquer? Avec qui ?

-financements publiques êtes-vous intéressés? (un lien avec l'état vous effraie-t-il?)

6) Qu'attendez-vous personnellement d'un tel mode d'exercice ?

Quelles améliorations attendez-vous d'un changement d'organisation dans l'exercice quotidien?
(com. entre pro?, amélioration des échange (ex ordo pour infirmière ou kiné, comment écrire)

Quelles contraintes?

5) qui peut selon vous être à l'origine d'un tel projet ? Reconnaissance du rôle de promoteur du pôle ?

7) Comment serait le pôle de santé idéal pour vous sur le canton de bar sur loup, quelles sont vos attentes par rapport à ce pôle de santé?

8) souhaitez-vous en faire partie ?

4 Annexe 4 : guide d'entretien pour les élus

- 1) Qu'est-ce qu'est un pôle de santé pour vous ? Comment le définissez-vous
- 2) Qu'est-ce que vous pensez du développement d'un pôle de santé sur le Canton de BSL ?
- 3) Quel gain pour la commune ?
- 4) Vous êtes un des acteurs majeurs au niveau de la commune et du canton, qu'est ce qui/ qui est ce qui selon vous, pourrait être à l'origine d'un tel projet ?
- 5) Quelles pourraient être vos attentes par rapport à ce pôle ?
En tant que Maire
En tant que citoyen
- 6) Vous voyez quel rôle pour la commune la commune et vous-même ? / Financements publics ?
- 7) Souhaiteriez-vous en faire partie ?

5 Annexe 5 : Questionnaire des caractéristiques des interviewés

Age :

Sexe:

Profession:

secteur1, 2, conventionné?

Seul ou en groupe : (précisez le type de professionnel)

Lieu d'installation :

Date d'installation:

Compétences particulières / spécialisations

Horaires de travail

Logiciel utilisé (si c'est le cas):

Mode de communication:

- Avec le patient
- Avec le professionnel (mail courrier tel)

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque. »*