



**HAL**  
open science

# Évaluation de la perception des professionnels de santé intégrant un pôle de santé pluriprofessionnel : l'exemple du pôle de santé de l'ex canton de Saint-Savin

Vanessa Boyer

► **To cite this version:**

Vanessa Boyer. Évaluation de la perception des professionnels de santé intégrant un pôle de santé pluriprofessionnel : l'exemple du pôle de santé de l'ex canton de Saint-Savin. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615061

**HAL Id: dumas-01615061**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615061>**

Submitted on 11 Oct 2017

**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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX II

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

Thèse n° 149

**Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de médecine générale

Par Vanessa BOYER

Née le 10 novembre 1989 à Bordeaux (33)

Présentée et soutenue publiquement le 02 octobre 2017

**EVALUATION DE LA PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE  
SANTE INTEGRANT UN POLE DE SANTE PLURIPROFESSIONNEL.  
L'EXEMPLE DU POLE DE SANTE DE L'EX CANTON DE SAINT-  
SAVIN.**

Thèse dirigée par Monsieur le Docteur Olivier DARRIGRAND et Monsieur le Docteur  
Nicolas ROUSSELOT

**Jury**

**Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX**

**Président**

**Monsieur le Professeur William DURIEUX**

**Juge**

**Monsieur le Docteur Baptiste LUACES**

**Juge et rapporteur**

**Monsieur le Docteur François CLAVERIE**

**Juge**

**Monsieur le Docteur Olivier DARRIGRAND**

**Juge**

# REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux,  
Professeur des universités de Bordeaux  
Docteur en médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.  
Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de mon profond respect.

A notre juge,

Monsieur le Professeur William Durieux,  
Professeur des universités de Bordeaux  
Docteur en médecine générale

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma  
respectueuse gratitude.

A mon rapporteur de thèse et juge,

Monsieur le Docteur Baptiste Luaces  
Maitre de conférences associé  
Docteur en médecine générale

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail.  
Recevez ici l'expression de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A notre juge,

Monsieur le Docteur François Claverie

Docteur en médecine générale

Tu m'as accompagnée avec bienveillance lors de mes premiers pas dans la médecine générale.

Tu m'as confortée dans ma conviction de l'aspect humaniste de la médecine, tout en m'enseignant la démarche clinique. Merci pour ton écoute et ta disponibilité. Tu es devenu un ami. Permits-moi de t'exprimer toute mon estime et ma gratitude.

Merci d'être là une fois encore et d'accepter de juger ce travail.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Olivier Darrigrand

Docteur en médecine générale

Je ne sais pas si tu imaginais dans quel projet tu te lançais en acceptant de diriger mon travail !

Tu as eu le courage de m'encourager. Je te remercie pour ton soutien, ta disponibilité, tes relectures et tes corrections. Je te remercie également pour m'avoir enseigné ta rigueur, ton écoute et ton empathie tout au long de mon stage à tes côtés. Tu es un modèle pour la relation que tu entretiens avec les patients. Permits-moi de t'exprimer toute mon admiration et ma reconnaissance.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Nicolas Rousselot  
Chef de clinique de l'université de Bordeaux  
Docteur en médecine générale

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

Veillez recevoir ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

À mes parents,

Maman, Papa, vous êtes et avez été toujours présents pour me soutenir. Vous avez eu le courage et la patience de lire et relire ce travail bien que vous ne maîtrisiez pas le sujet. Votre soutien et votre amour sont indéfectibles. Je suis fière d'être votre fille. Ma réussite est aussi la vôtre.

À Jérémy,

Tu es toujours présent pour me soutenir et m'encourager afin que je réalise mon rêve. Tu me rends heureuse chaque jour. Je suis fière de notre famille. Merci pour l'amour que tu me donnes au quotidien. Je t'aime.

À ma fille,

Célya, ton arrivée a peut-être compliqué un peu ce travail mais tu m'as donné la force de tenir la distance. Tes yeux, ton sourire, ton petit rire malicieux, tes petites bêtises me comblent de bonheur. Que ta soif de vivre et de découvrir ne s'altère jamais. Je suis fière d'être ta maman.

À mon oncle,

Jean-Pascal, tu as beaucoup participé à ce travail et ton analyse ainsi que tes conseils furent pertinents. Merci tout simplement.

À Bénédicte et Olivier,

Merci encore pour vos relectures et vos corrections très pertinentes.

À ma nièce,

Isabelle, merci pour ton aide à la traduction de ce travail.

À mes frères et sœur,

Isabelle, Jean-Luc et David, merci de croire en moi.

À mon frère,

Eric, tu n'y comprends pas grand-chose à la médecine mais tu es toujours soucieux de ma carrière et ouvert aux discussions parfois vives ! Merci de ton soutien.

À mes beaux-parents,

Vous êtes toujours présents. Merci pour vos paroles et nos moments de détente quand le stress et la fatigue prenaient le dessus. Je suis ravie de faire partie de votre famille unie.

À toute ma famille,

Merci pour vos attentions et votre soutien.

À Camille et Dorian,

Les premières années de médecine auraient été tellement plus difficiles sans vous. Merci pour votre amitié et votre soutien infaillible. Vous me manquez beaucoup.

À Sabrina et Sandrine,

Merci pour votre présence malgré la distance, merci pour nos fous rires, nos confidences, notre amitié m'a permis de tenir le coup dans les moments difficiles.

Vous êtes venus de loin pour m'encourager, merci pour votre présence et vos encouragements sans failles.

À ma grand-mère,

Tu m'as appris que le bonheur n'a pas d'âge et tu m'as toujours soutenue. Je t'aime inconditionnellement.

Une pensée à mes grands-parents, j'aurais voulu que vous soyez présents aujourd'hui.

J'espère que vous êtes fières de moi.

À tous mes amis,

Qui de près ou de loin, on fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

À tous les professionnels de santé,

Qui m'ont permis la réalisation de ce travail en m'accordant de leur temps pour participer à mon étude. Merci pour le partage de vos expériences et de vos pensées, votre disponibilité, votre sympathie et vos encouragements.

À Manuela et Virginie,

Qui m'ont largement aidé à la réalisation de ce travail et qui ont su m'apporter des réponses pertinentes et rapides. Merci de votre efficacité et de votre gentillesse.

À tous les praticiens que je remplace, merci pour votre confiance et votre sympathie.



# ABREVIATIONS

AMI : appel à manifestation d'intérêt

AMSAD : association de maintien et de soins à domicile

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : agence régionale de santé

ASALEE : action de santé libérale en équipe

ASIP Santé : agence des systèmes d'information partagés de santé

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

CA : Conseil d'administration

CESP : contrat d'engagement de service public

CIAS : centre intercommunal d'action sociale

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

CISMEF : catalogue et index des sites médicaux de langue française

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DNDR : dotation nationale de développement des réseaux

DRDR : dotation régionale de développement des réseaux

DPC : développement professionnel continu

ETP : éducation thérapeutique du patient

FAQSV : fonds d'aide à la qualité des soins de ville

FFMPS : fédération française des pôles et des maisons de santé

FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FIQCS : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FMC : formation médicale continue

GIR : groupe iso-ressources

HAD : hospitalisation à domicile

Loi HSPT : hôpital santé patient territoire

IDE : infirmier diplômé d'état

MAIA : maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MSA : mutualité sociale agricole

MSP : maison de santé pluri-professionnelle

NMR : nouveaux modes de rémunérations

PAACO : plateforme aquitaine d'aide à la communication

PRS : projet régional de santé

PSP : pôle de santé pluri-professionnel

PSPT2S : pôle de santé pluridisciplinaire du territoire de Saint-Savin

RSI : régime social des indépendants

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SDCI : schéma départemental de coopération intercommunale

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SROS : schéma régional d'organisation des soins

# Table des matières

REMERCIEMENTS .....	2
Abréviations .....	8
Table des matières .....	10
I-INTRODUCTION .....	13
A- Définition .....	13
1- La maison de santé .....	13
2- Le pôle de santé .....	14
3- Le projet de santé .....	36
4- Le financement .....	36
B- État des lieux .....	18
1- Sur le plan national .....	18
2- Sur le plan régional .....	22
3- Sur le plan local .....	24
4- Historique du pôle de santé pluri-professionnel .....	33
C- Évaluation des dispositifs : MSP/PSP .....	35
1- Les ressentis des professionnels .....	35
1-1- Les avantages .....	35
1-2- Les freins .....	35
2- Les ressentis des usagers .....	36
2-1- Les avantages .....	36
2-2- Les freins .....	36
D- Justification de l'étude .....	37
II- MATERIELS ET METHODES .....	38
A) Type d'étude .....	38
B) Les entretiens semi-structurés .....	38
1- L'échantillonnage .....	38
2- La sélection des personnes interrogées .....	39
3- La préparation des entretiens .....	39
3-1- La documentation .....	39
3-2- La réalisation du guide d'entretien .....	39
3-3- Entretiens tests .....	40
4- La prise de contact .....	41
5- Le déroulement des entretiens .....	41
6- Période de l'enquête .....	42
7- La transcription et l'analyse des données .....	42
8- Ethique et réglementation .....	44
III/ LES RESULTATS .....	45
A- Recueil des données .....	45
B- Caractéristiques de la population .....	45
C- Analyse des résultats selon les items de la grille d'entretien .....	47

1- Les raisons de leur intégration .....	47
1-1 La désertification .....	47
1-2 La lutte contre l'isolement .....	48
1-3 Améliorer le travail quotidien et la prise en charge des patients.....	48
1-4 La réalisation de nouveaux projets.....	49
1-5 Le maintien de leur indépendance .....	49
1-6 Le fait de suivre le groupe avec la présence d'un leader.....	50
2- Les changements ressentis dans le mode d'exercice .....	51
2-1 Un travail en équipe pluri-professionnelle .....	51
2-2 Le partage de données.....	52
2-3 Une vision plus large de sa profession .....	56
2-4 La prévention dans l'exercice quotidien.....	57
2-5 La télémédecine .....	58
2-6 Adhérer à un conseil d'administration, un bureau ou une SISA .....	59
2-7 Les nouveaux modes de rémunérations .....	59
3- Les changements ressentis en terme organisationnel.....	60
3-1 Les heures de réunionite et la place importante de l'administratif.....	60
3-2 La permanence des soins .....	62
3-3 Les formations .....	64
3-4 Les protocoles pluri-professionnels .....	65
3-5 Les réunions de cas complexes .....	66
3-6 La mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique .....	67
3-7 Obtenir une infirmière ASALEE .....	67
3-8 L'enseignement universitaire .....	68
3-9 Les remplaçants .....	69
4- Leurs relations au sein du pôle.....	70
4-1 L'absence de hiérarchie .....	70
4-2 Des relations fertiles .....	71
4-3 La naissance d'une confiance mutuelle.....	71
4-4 La dynamique de groupe.....	72
4-5 La peur de la concurrence .....	72
4-6 Les remontées négatives .....	73
5- Les améliorations proposées .....	74
5-1 L'ampleur de la tâche administrative.....	74
5-2 La frustration de la lenteur de cette grosse machine .....	75
5-3 L'immobilisme.....	75
5-4 La souplesse du PSP .....	76
5-5 Les bénéfices vers le public .....	77
5-6 Un lieu de recherche .....	77
5-7 Recherche d'un moyen pour donner son opinion.....	77
6- La note globale de leurs vécus .....	78
IV/ DISCUSSION.....	79
A.Discussion sur la méthode.....	79

1- Forces de l'étude .....	79
2- Limites liées à l'échantillon .....	80
3- Limites liées à l'interviewer .....	81
4- Limites liées à l'analyse.....	82
5- Rapport de confidentialité et d'intérêt dans le projet.....	82
B.Discussion sur les résultats .....	83
1- Comparaison des éléments positifs avec les données de la littérature .....	83
1- L'origine du projet.....	83
2- Le pôle de santé, une réponse aux besoins des professionnels .....	83
3- L'absence de locaux communs .....	84
4- La prévention .....	84
5- La télémédecine .....	84
6- La bonne entente.....	85
7- La permanence des soins .....	85
2- Comparaison des freins à l'adhésion à un PSP avec les données de la littérature .....	86
1) Le manque de temps .....	86
2) Les freins administratifs.....	86
3) Les freins logistiques .....	86
4) La levée des incertitudes.....	87
5) La perte de liberté .....	88
6) Les habitudes des médecins .....	88
7) Les habitudes des patients.....	88
8) Des difficultés non retrouvées.....	88
3- Perspectives et améliorations : souhaits des professionnels du canton et comparaison avec les dispositifs en fonctionnement.....	89
1) Cadre juridique pour les pharmaciens.....	89
2) Difficultés relationnelles et coordination .....	90
3) Améliorer les outils existants.....	90
4) L'intérêt de l'information .....	91
5) Augmenter le nombre de professionnels.....	91
6) Développer de nouveaux projets.....	91
7) Avenir des pôles de santé.....	91
V/ CONCLUSION .....	93
VI/ BIBLIOGRAPHIE.....	94
VII/ ANNEXES .....	1000
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	1033
RESUME .....	1044
ABSTRACT.....	1055

# I-INTRODUCTION

## A- DEFINITION

### 1- La maison de santé

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique (1) : « Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ».

Une maison de santé nécessite des professionnels de santé, un exercice des soins de premier recours et un projet de santé. Une équipe de soins de premier recours qui n'a pas fait le choix de construire une « maison » peut bénéficier des mêmes avantages réglementaires qu'une équipe en MSP (maison de santé pluri-professionnelle) si elle a formalisé un projet de santé.

Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges avec au moins deux médecins et un professionnel paramédical. Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte (2).

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

A noter, que l'article L.6323-3 a été modifié plusieurs fois (3) avec initialement en 2007, l'introduction dans le Code de la Santé publique de l'existence légale des maisons de santé, puis une modification en 2009 afin d'ajouter à la constitution des maisons de santé les auxiliaires médicaux et d'élaborer « un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2 ».

Cet article va subir une seconde modification par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 – article 2 afin de permettre de définir une maison de santé comme une personne morale et d'inclure les pharmaciens (4). Le terme « pluri professionnelle » est préféré à celui de

“pluridisciplinaire”, en raison de la présence de plusieurs professionnels et non uniquement de médecins de spécialités différentes.

La dernière modification, définition actuelle rajoute la notion de maison de santé pluri professionnelle universitaire « maison de santé ayant signé une convention tripartite avec l'ARS dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluri professionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur » (1).

Les soins de premiers recours comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé (5).

*« Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L.1411-11 »* (5). Ils comprennent les actions de santé publique, les actions de prévention, les actions d'éducation pour la santé et les actions sociales ainsi que les missions de service public (la permanence des soins, la recherche, l'enseignement, la prise en charge des soins palliatifs, le développement professionnel continu des praticiens, la formation initiale, l'aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L 5511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté) (5).

## **2- Le pôle de santé**

La notion de pôle de santé n'apparaît qu'en 2009 dans les textes législatifs, dans la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus

connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire » abrégée en HPST et dite aussi loi Bachelot : il est constitué « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale » (6). Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Il se dessine, dans cette définition, des regroupements d'organisation des soins territoriaux de plusieurs formes (2). La notion de pôle est plus complexe à comprendre que celle de maison de santé. Elle a également évolué car l'ancienne définition qui, convenant d'appeler pôle de santé des équipes de soins de premier recours hors les murs, est passée d'usage.

Les pôles de santé ne désignent pas au sens de la loi une maison de santé multi-sites ou hors des murs comme l'usage courant le veut. Le terme de maison de santé s'utilise à la fois pour les structures multi-sites et mono-sites.

Les pôles de santé au regard de la loi correspondent à l'association de professionnels de santé d'une maison de santé avec **d'autres professionnels d'autres structures : réseaux de santé, établissements de santé...**

### **3- Le projet de santé**

La fédération française des maisons et pôles de santé définit le projet de santé comme « un texte qui définit le mode de réponse aux besoins de santé de la population concernée. Peuvent être abordés : les modalités de la réponse aux demandes de soins programmées et non programmées, de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie, de tout autre projet local comme participation à des réseaux existants, etc. » (2).

Devant la présence de financements publics, les maisons ou pôles de santé pluri-professionnels doivent répondre à un cahier des charges dressé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : au moins deux médecins et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte. La loi HSPT (6) insiste sur l'importance de ce projet pour mener à



bien les missions initialement décrites et permettre une coordination efficace entre les différents intervenants.

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

#### **4- Le financement**

Tout comme les MSP, les PSP (Pôles de Santé Pluridisciplinaire) peuvent prétendre à une dotation sur fonds FIQCS (Fonds d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins) lorsqu'ils remplissent le **cahier des charges** des caractéristiques d'une MSP/PSP. Cette dotation contribue à financer la bonne coordination des soins et son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la Sécurité Sociale. Il s'agit d'une rémunération de base liée à un **socle minimal de critères obligatoires** pour toute MSP ou PSP financés (2).

Les MSP et PSP peuvent signer des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) avec l'ARS sur des objectifs d'amélioration de la santé des populations sur leurs territoires, selon l'article L 1435-4 du Code de la Santé Publique : « Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle **est fonction de l'atteinte des objectifs** par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. » (7).

Il s'agit des **NMR** (nouveaux modes de rémunération), soumis au texte du Règlement arbitral édité au Journal Officiel du 23 février 2015 (8).

*Définition : Le FIQCS est désormais l'organisme unique qui finance le développement du système de santé sur le territoire français. Il regroupe le FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) et la DNDR/DRDR (Dotation Nationale ou Régionale de développement des réseaux). Les bénéficiaires des fonds, alloués par les ARS sont les professionnels de santé, les regroupements de professionnels de la santé et les centres de santé. Les établissements de*

*santé sont exclus. Le budget du FIQCS est alimenté par les régimes obligatoires d'assurance maladie (CPAM (caisse primaire d'assurance maladie), RSI (régime sociale des indépendants), MSA (mutualité sociale agricole)) (9).*

Concernant les données, les professionnels de santé ayant un projet de santé commun peuvent partager des données, sous réserve de consentement express des patients. C'est un élément essentiel pour améliorer la coordination des soins par la création d'un dossier médical partagé (10).

De plus, pour bénéficier des NMR, les établissements doivent être équipés d'un **Système d'Information labellisé** (8).

## **B- ÉTAT DES LIEUX**

### **1- Sur le plan national**

Il y avait en mars 2016, plus de 1160 Pôles et Maisons de Santé dont 778 en fonctionnement et 382 en cours de constitution (11).

Leur nombre est en constante évolution avec 436 MSP en fonctionnement en mars 2014, 616 en mars 2015 et 778 en mars 2016 (soit une augmentation de 26.3% entre 2015 et 2016).

Le nombre de projets de MSP a plutôt tendance à diminuer sur les trois dernières années (493 en 2014 contre 382 en 2016) (figure 1).

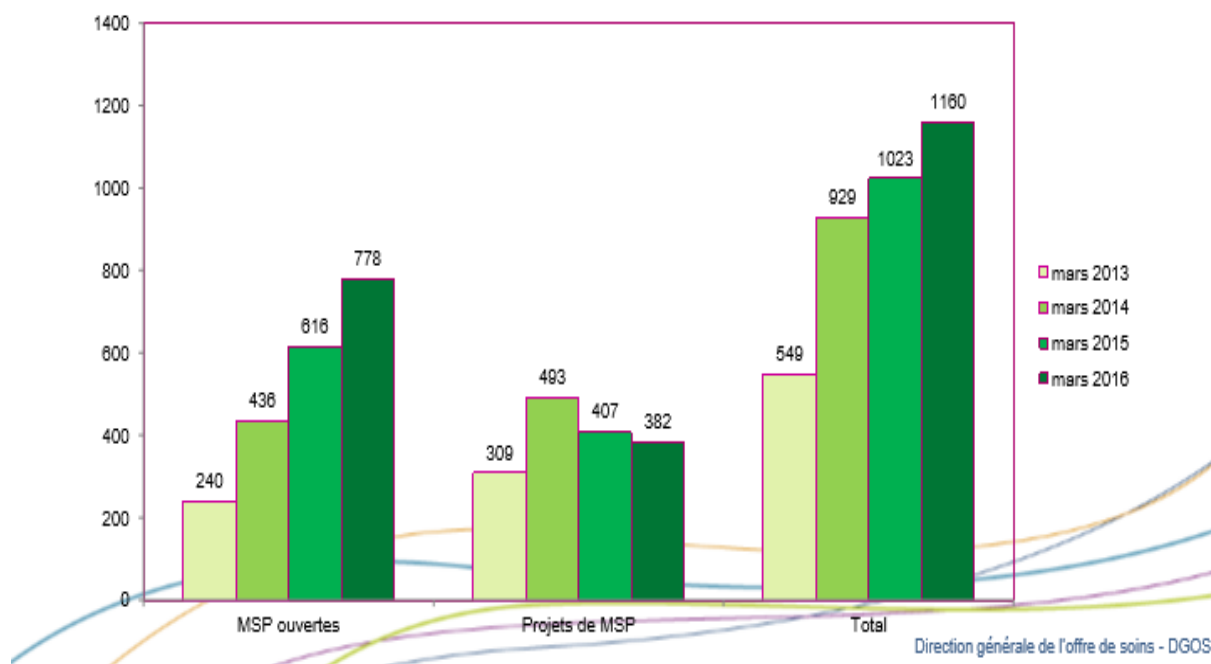
Ces nouvelles structures conservent une répartition plutôt homogène à travers la France, et 55% d'entre elles sont en milieu rural (11).

Concernant la télémédecine, il s'agit d'une activité encore marginale avec seulement 3% de projets réalisés, 4% de projets en cours d'acquisition (annexe 1). Il y a également 20% des MSP qui ont des projets de télémédecine (11).

Figure 1 : MSP en projets ou ouvertes, données DGOS. Mars 2016.

## Une montée en puissance continue malgré un léger infléchissement du nombre de projets déclarés

162 MSP supplémentaires (soit + 26,3%) depuis mars 2015 (au lieu de + 41,3% entre 2014 et 2015)



Au sein de chaque MSP, on retrouve en moyenne 5 médecins et 9.1 professionnels paramédicaux qui exercent en libéral. L'équipe moyenne contient 17 professionnels de santé et 69% des équipes sont constituées en SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) et sont ou seront en cours d'acquisition d'un logiciel labellisé (NMR dans le cadre du règlement arbitral) (11).

*Définition : Une SISA est définie par ses règles qui dérogent au code de la santé publique, permettant le partage d'honoraires entre des associés d'activités de soins différents (12).*

*Elle a pour objet :*

- La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés*
- L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé, ces activités étant précisées par décret en Conseil d'état (à paraître).*

*Il s'agit d'une nouvelle forme de société civile, inspirée des sociétés civiles de moyens.*

L'accueil des étudiants (étudiants en médecine, interne ou étudiants d'une autre profession de santé telles que la kinésithérapie ou les soins infirmiers par exemple) au sein de ces MSP continue de progresser (Figure 2).

Figure 2 : L'accueil des étudiants en MSP. Données DGOS, mars 2016

*L'accueil des étudiants en médecine, des internes en médecine et des autres professions de santé continue d'augmenter malgré la diminution observée pour ces deux dernières catégories en 2015*

Accueil des étudiants	Mars 2014		Mars 2015		Mars 2016	
	Maisons de santé ouvertes		Maisons de santé ouvertes		Maisons de santé ouvertes	
	Pourcentage de MSP accueillant des étudiants	Pourcentage de MSP non renseignées	Pourcentage de MSP accueillant des étudiants	Pourcentage de MSP non renseignées	Pourcentage de MSP accueillant des étudiants	Pourcentage de MSP non renseignées
Etudiant en médecine	55%	33%	64%	21%	63%	25%
Interne de médecine	57%	34%	32%	23%	63%	27%
Etudiant d'une autre profession de santé	28%	50%	15%	32%	34%	45%
<b>Total des MSP</b>	<b>436</b>	<b>100%</b>	<b>616</b>	<b>100%</b>	<b>778</b>	<b>100%</b>

**Rappel du règlement arbitral** : L'accueil d'étudiants (au moins deux stages par an) est au nombre des critères optionnels permettant de percevoir une rémunération

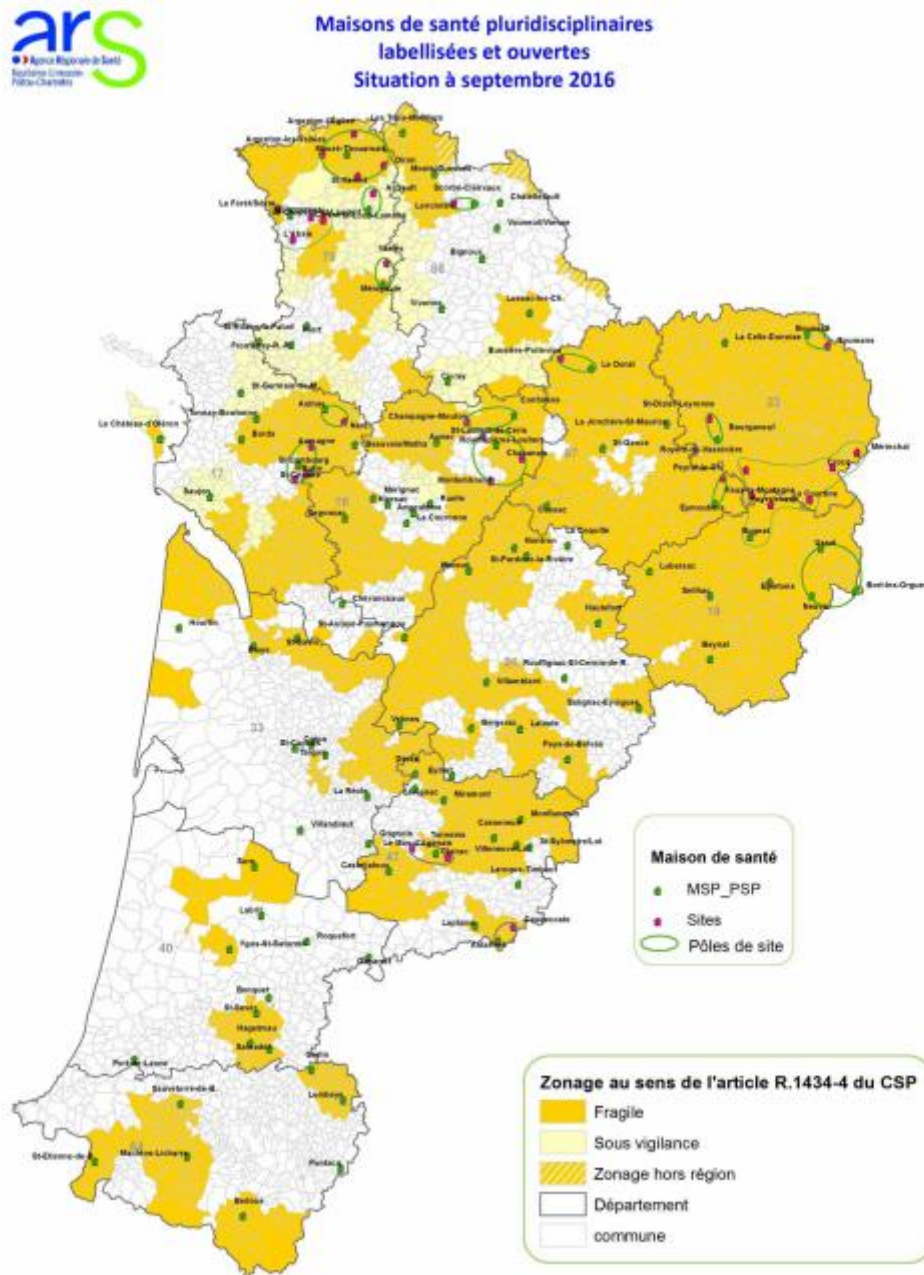
## **2- Sur le plan régional**

En Nouvelle-Aquitaine, en mars 2016, il y avait 97 Maisons ou Pôles en fonctionnement et 60 en projet.

Il s'agissait de la région la mieux dotée suivie de la région Auvergne-Rhône-Alpes, puis de l'Occitanie. En bas du classement, on retrouvait les départements et territoires d'outre-mer avec 1 à 3 Maisons ou Pôles et la Corse avec 8 structures au total.

Ci-dessous la cartographie réalisée au premier septembre 2016 (13) des Maisons de santé pluridisciplinaires ouvertes en Nouvelle Aquitaine (ainsi que des PSP représentés par exemple par le PSP de l'ex-canton de Saint-Savin).

Carte 1 : Les maisons de santé au premier septembre 2016 ouvertes en Nouvelle Aquitaine.  
ARS.



Sources : zonages des SACS ambulatoires d'Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes publiés avant le 01/01/2016  
Observatoire national des MSP  
Réalisation ARS ALPC - DPSI, pôle statistiques, études et évaluation - 09/2016



### 3- Sur le plan local

Comme retrouvé dans le diagnostic local de santé fait par le CIAS (centre intercommunal d'action sociale) de l'ex-canton de Saint-Savin (14), le Schéma Régional de l'Organisation des Soins en Aquitaine de 2012-2016 (15) classait une large partie du canton de Saint-Savin (14 communes sur 16) en **zone d'accompagnement prioritaire** pour la mise en place d'une nouvelle organisation des soins.

#### Définition :

- *Les **zones fragiles** permettent la mise en œuvre des mesures facilitant l'implantation des professionnels avec par exemple les CESP (contrat d'engagement de service public), l'option « démographie », qui est une aide financière selon certains critères et le contrat « santé-solidarité-territoriale », qui est une aide financière également, destinée aux médecins assurant des consultations au moins 28 jours par an en zone fragile. Ces zones sont définies à l'article L 1434-7 du code de la santé publique (16). Elles sont déterminées par l'ARS, leur périmètre géographique est libre, la part de la population vivant dans les zones ainsi définies est plafonnée, afin de tenir compte des inégalités de répartition des médecins et de garantir une équité entre les régions.*
- *Concernant les médecins généralistes, la détermination des zones d'application des différentes mesures incitatives conventionnelles a été laissée à l'initiative de chaque ARS, mais dans le cadre d'une limite à un pourcentage de la population de chaque région fixée à 3% pour l'Aquitaine soit 95 329 habitants. Cette forte contrainte a conduit à déterminer ces « zones fragiles » sur des **territoires plus petits** que des bassins de vie. Ont été ainsi retenus **les cantons**, voire uniquement certaines communes des cantons les plus défavorisés en démographie de médecins généralistes. Toutefois, afin de pouvoir développer de façon plus satisfaisante une politique d'accompagnement des installations en territoires déficitaires, en particulier grâce au développement de structures d'exercice pluri professionnel, le précédent SROS a déterminé des **zones complémentaires aux zones fragiles, dénommées « zones d'accompagnement prioritaires »** (16).*
- *Cette révision permet également d'évoluer vers une notion de **lieux d'installation prioritaires** où pourront être regroupés plusieurs leviers d'action pour inciter un professionnel à y exercer avec par exemple la création de postes de Praticiens territoriaux de médecine générale (17).*

Le canton de Saint-Savin se composait de 16 communes : Cavignac, Cézac, Civrac-de-Blaye, Cubnezais, Donnezac, Générac, Laruscade, Marcenais, Marsas, Saint-Christoly-de-Blaye, Saint-Girons-d'Aiguevives, Saint-Mariens, Saint-Savin, Saint-Vivien-de-Blaye, Saint-Yzan-de-Soudiac et Saugon (18). Ces dernières formaient une seule communauté de communes.

Cependant, en mars 2015 selon le schéma départemental de coopération intercommunale (SDCI), un amendement définit une nouvelle recombinaison des intercommunalités.

La communauté de commune citée ci-dessus perd les cinq communes les plus à l'ouest : Générac, Saint-Girons, Saint-Vivien, Saugon et Saint-Christoly-de-Blaye qui seront intégrées à la communauté de commune du Blayais, et les onze communes restantes seront baptisées Latitude Nord Gironde (14,19).

En 2012 grâce à un mouvement initié par les élus et quelques médecins concernés, le CIAS du canton de Saint-Savin avec l'aide de l'ARS a réalisé une enquête préliminaire afin d'établir un diagnostic local de santé sur le territoire du canton de Saint-Savin.

Ce diagnostic a fait ressortir plusieurs points majeurs dans le développement d'un projet de santé sur le territoire de l'ex-canton de Saint-Savin, concernant les 16 communes initiales (14) :

Le canton de Saint-Savin était le premier canton de la Haute-Gironde tant en superficie qu'en poids démographique.

Il s'agissait d'une population jeune, les moins de 20 ans représentaient plus du quart de la population. Il bénéficiait d'une croissance démographique positive mais avec une précarité certaine.

L'indice de mortalité prématurée évitable était supérieur à celui de la région Aquitaine. *« Au sein de la mortalité prématurée (avant 65 ans), un sous-ensemble de causes de décès a été constitué : la mortalité prématurée évitable. Elle entre dans le champ des pratiques de prévention primaire et regroupe les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida. En France, un tiers des décès prématurés peuvent être considérés comme évitables... », « (...) par une action sur les comportements individuels*

*(consommation de tabac, d'alcool, conduite dangereuse....) ou par une meilleure prise en charge par le système de soins (amélioration de la prise en charge précoce des pathologies, prévention de certaines affections par le biais du dépistage systématique...)* (20).

Il a également été constaté au cours de ce diagnostic, une surreprésentation du diabète parmi les ALD, une mortalité par maladies cardio-vasculaires et tumeurs surreprésentée, de nombreux bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) en GIR 3 (groupe iso-ressource de 1 à 4), une mortalité liée au tabac surreprésentée (deux décès par mois).

Les professionnels de santé rapportaient dans ce diagnostic des difficultés dans la prise en charge des troubles mentaux, des conduites addictives, de la perte d'autonomie et des fins de vie (figure 3).

Les acteurs locaux se déclaraient en difficulté pour l'**accompagnement médico-social** de ces situations plus que pour les risques de décès prématurés qu'elles engendraient, avec une précarité de la population qui serait responsable de problèmes de mobilité et le manque d'offre de soins (psychiatrie, addictologie).

Figure 3 : Répartition des problèmes médicaux pour lesquels les professionnels et les élus se déclarent le plus en difficulté. Enquête CIAS, Canton de Saint-Savin, 2012.

**Répartition des problèmes médicaux pour lesquels les professionnels et les élus se déclarent le plus en difficulté.** Enquête CIAS, Canton de Saint-Savin, 2012. Sur 112 réponses.



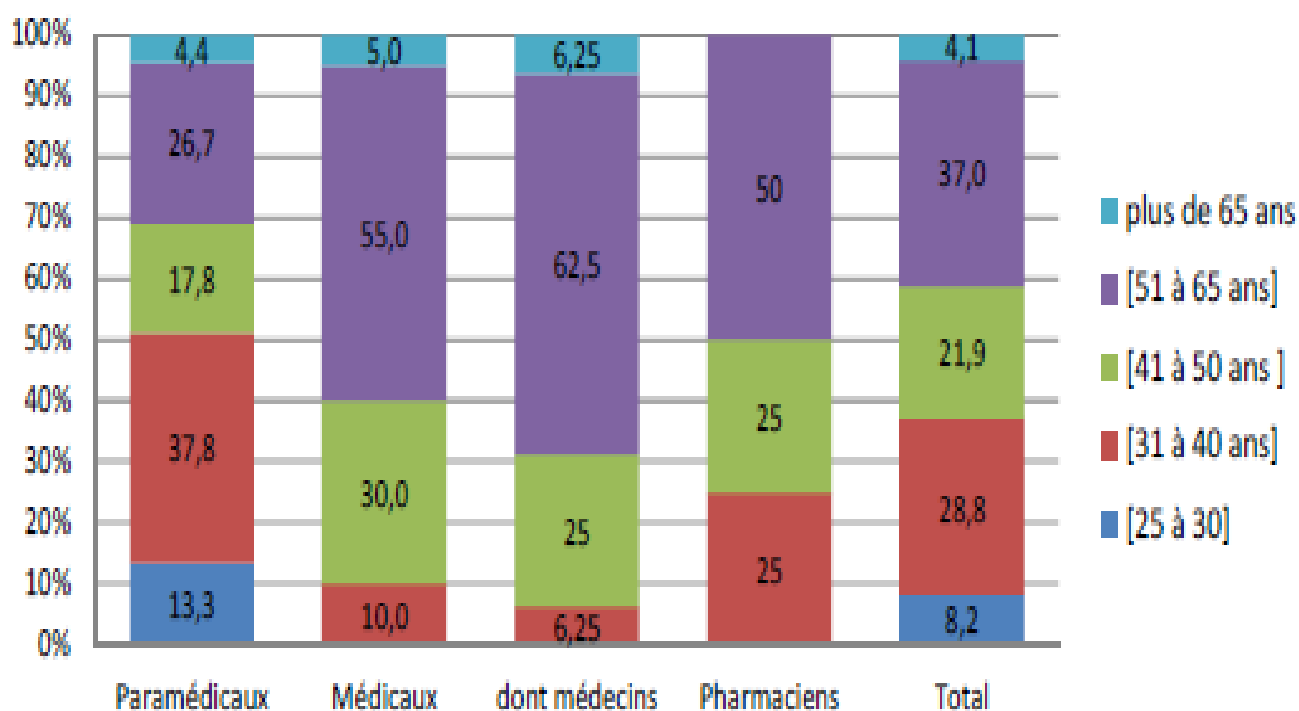
Concernant l'offre de soins, on retrouvait une sous dotation de soins de premier et second recours sur le canton de Saint-Savin dont l'évolution risque de s'aggraver en cas d'absence de renouvellement et de nouvelles installations de médecins d'ici 5 à 10 ans. En effet, le canton comptait quinze médecins généralistes soit une densité d'à peine plus de sept médecins généralistes pour 10 000 habitants alors même que le taux régional dépassait les onze médecins généralistes pour 10 000 habitants. Alors qu'il était le plus vaste et le plus peuplé de la Haute-Gironde, il était le moins doté en médecins généralistes.

Sept médecins généralistes sur quinze avaient plus de 55 ans en 2013 ; en l'absence d'installation de jeunes médecins, la densité de médecins généraliste passerait de 7.2 à 2.7 médecins pour 10 000 habitants en 2022.

**Figure 4 :** Répartition par âge des professionnels, des secteurs médical et paramédical,, du canton de Saint-Savin, enquêtés pour le diagnostic local de santé. Enquête CIAS, canton de Saint-Savin, 2012.

**Répartition par âge des professionnels, des secteurs médical et paramédical,  
du canton de Saint-Savin,  
enquêtés pour le diagnostic local de santé.**

Source : Enquête CIAS/canton Saint-Savin/2012.

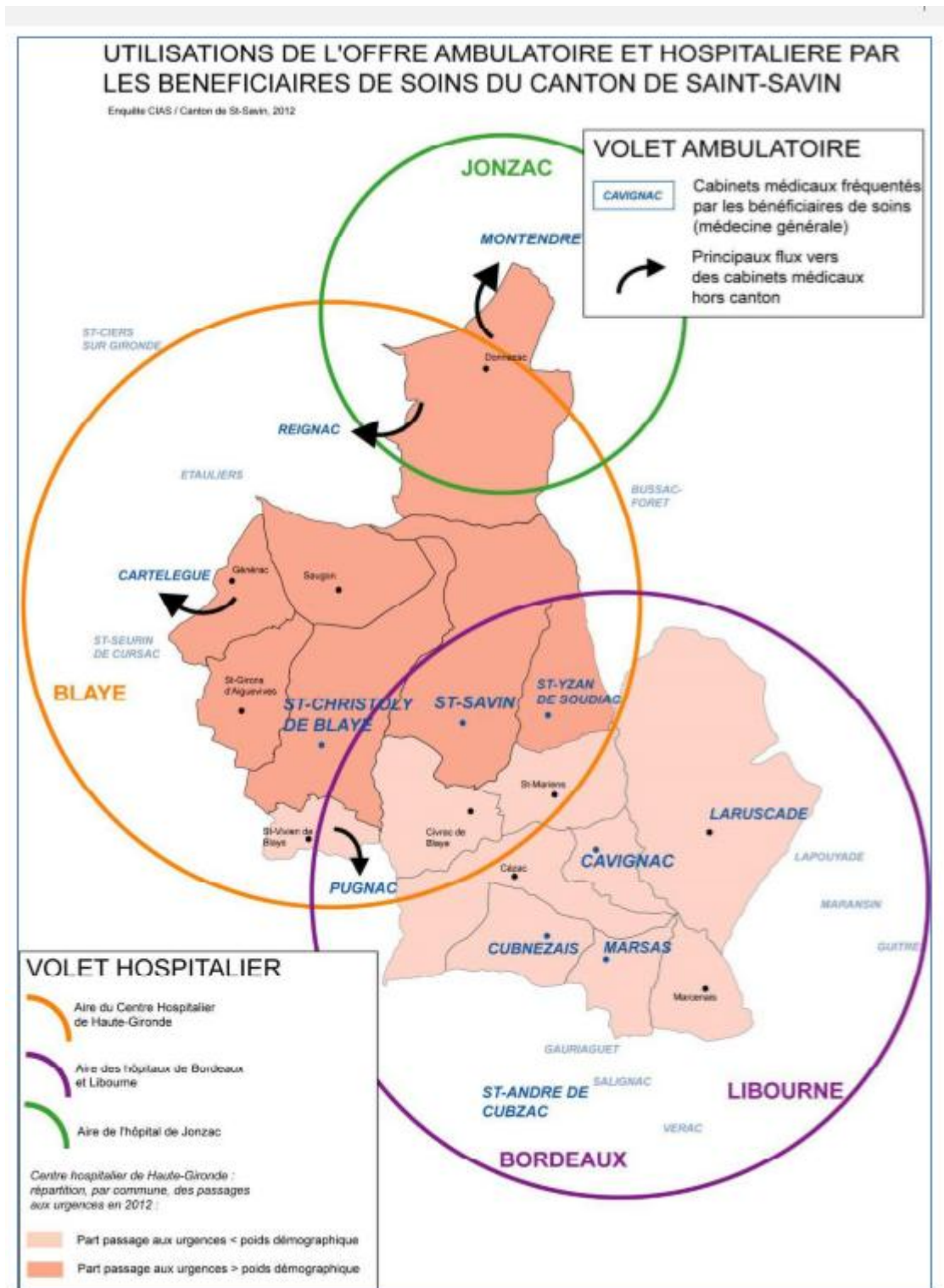


Le canton était également moins doté en infirmiers et kinésithérapeutes que la région Aquitaine et la Gironde. Pour 10 000 habitants, le canton de Saint-Savin comptait à peine plus d'un masseur-kinésithérapeute alors même que le taux régional était de 9.9 masseurs-kinésithérapeutes pour 10 000 habitants.

Concernant le canton, on ne retrouvait pas d'organisation officielle entre les différents professionnels de santé. Le diagnostic de santé fait ressortir un défaut de lien entre les différents acteurs, l'absence de relations entre le secteur associatif, public et le privé, le défaut de connaissance et de lisibilité des structures et moyens déjà en place sur le territoire et les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé (psychologue, ergothérapeute,...).

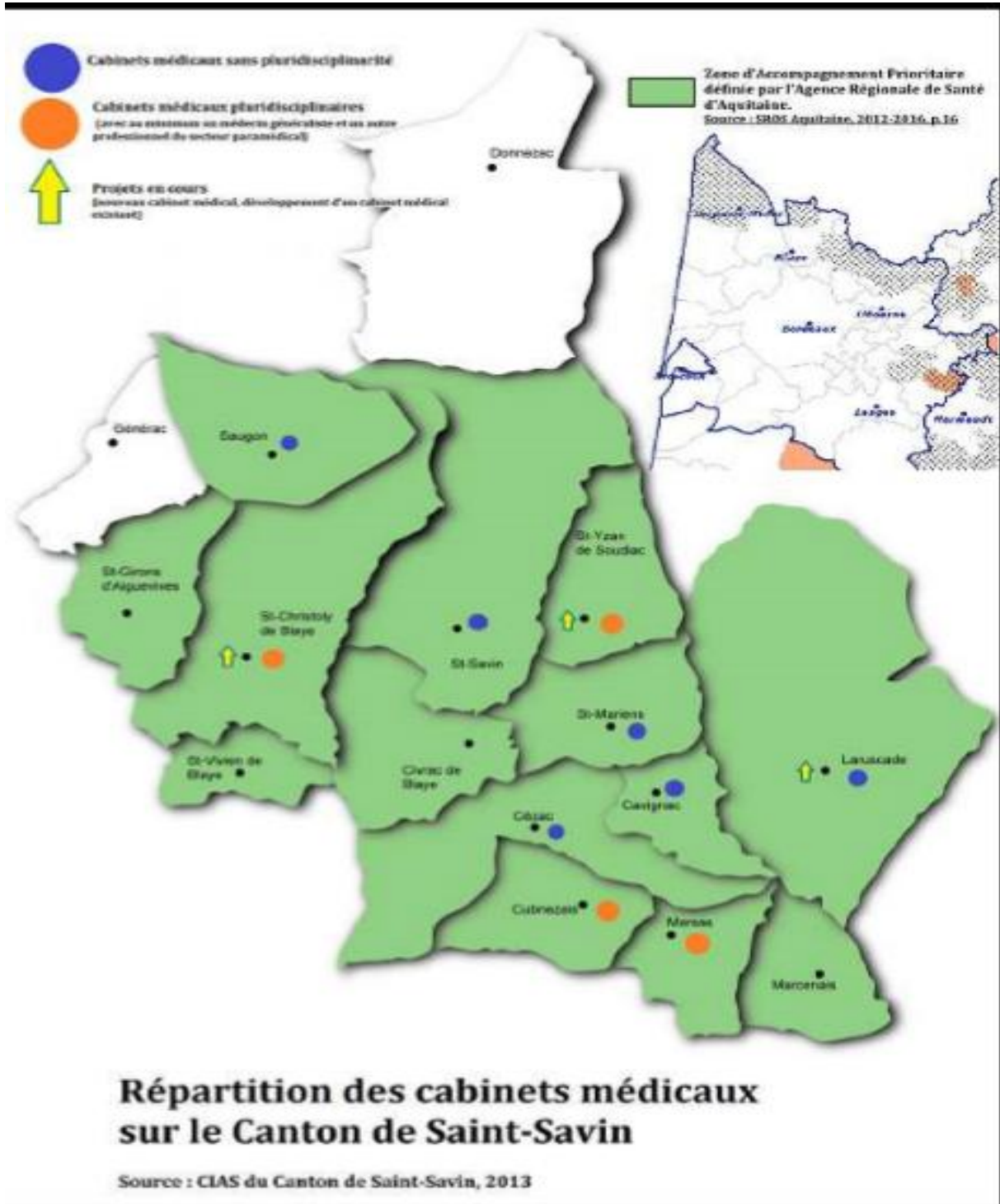
Néanmoins, on retrouvait une bonne répartition de l'offre de soins (carte 2 et 3), avec un territoire situé au carrefour de quatre pôles urbains (Bordeaux, Jonzac, Libourne, Blaye).

Carte 2 : Utilisation de l'offre ambulatoire et hospitalière par les bénéficiaires de soins du canton de Saint-Savin. CIAS du Canton de Saint-Savin, 2012.





Carte 3 : Répartition des cabinets médicaux sur le Canton de Saint-Savin. CIAS du Canton de Saint-Savin, 2013.



L'offre de soins présentait des atouts sur ce vaste canton avec une pluridisciplinarité certaine (médicale, paramédicale, sociale, hospitalière), une bonne répartition des différents cabinets médicaux et para médicaux et la présence de structures hospitalières à proximité.

#### **4- Historique du pôle de santé pluri-professionnel**

Tout débute en septembre 2012, où durant 4 mois, les agents du CIAS de Saint-Savin réalisent un porte à porte auprès des professionnels. Ils en retirent une première analyse concernant les problématiques rencontrées sur le territoire.

En janvier 2013, une réunion d'information générale a été faite aux professionnels de santé du territoire et aux partenaires institutionnels afin de présenter le projet.

En février 2013, deux tables rondes sont organisées avec la participation des médecins exerçant sur le canton ainsi que des internes ou jeunes médecins, afin de discuter de leurs aspirations, de leurs motivations ou de leurs freins pour venir s'installer sur le territoire.

Le 19 mars 2013, le diagnostic local de santé est finalisé. Au final, 15 professionnels dont 5 médecins se sont impliqués dans le projet. Comme vu précédemment, le maillage du territoire a exclu l'idée de la création d'une structure type maison de santé unique qui aurait éloigné les bénéficiaires de leurs médecins et le projet du pôle de santé débute.

D'avril à décembre 2013, des réunions mensuelles ont lieu entre les professionnels afin d'élaborer le projet de santé. Divers thèmes seront abordés durant ces ateliers : l'attractivité, la continuité des soins, la prévention, la gestion des situations médico-sociales lourdes, la coordination numérique, Internet et les réseaux sociaux, les supports audiovisuels.

Le 7 novembre 2013, l'association PSPT2S (Pôle de santé pluridisciplinaire du territoire de Saint-Savin) est créée.

L'année 2014, quand à elle permettra d'élaborer le projet de santé à partir des données produites lors des groupes de travail. En juin, le PSP bénéficie d'une subvention de l'ARS pour l'aide au démarrage.

Le PSP obtiendra son numéro FINESS en mars 2015 qui lui permettra d'être certifié établissement de santé et il sera inauguré en avril 2015 (21).

Il se composait en juin 2017, de 31 professionnels de santé dont 3 masseurs-kinésithérapeutes, un biologiste, 11 infirmières, un ostéopathe, 9 médecins généralistes, une diététicienne, 3 sages-femmes et deux pharmaciens (22). Il est organisé en SISA depuis fin 2016.

## C- ÉVALUATION DES DISPOSITIFS : MSP/PSP

### 1- Les ressentis des professionnels

#### 1- Les avantages

Selon le travail de thèse réalisé au sein de la MSP de Fruges, les professionnels étaient satisfaits de rejoindre cette MSP. Ils déclaraient avoir gagné en quiétude, sécurité et efficience, avec un maintien ou une amélioration de leurs revenus nets. L'exercice en MSP permettait une meilleure connaissance des professions entre elles et une horizontalisation des rapports (23).

De même, le travail de thèse effectué au sein de plusieurs MSP mono-sites confirme l'amélioration de leurs qualités de travail et de vie, une activité plus variée et des locaux agréables (3).

Concernant les pôles de santé, les travaux réalisés retrouvent que les professionnels pensent que la création d'un pôle de santé permettrait une amélioration de la prise en charge des patients, de la qualité de vie, de la formation, des démarches administratives et de l'attractivité des professionnels (24,25).

#### 2- Les freins

Les recherches bibliographiques retrouvent de nombreuses études sur les freins et les craintes (26,27) liés à la **création de ces nouvelles structures** avec par exemple le travail de thèse réalisé sur le canton de Saint-Savin afin d'étudier les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluri-professionnel (26). Les freins retrouvés étaient le manque de temps ou de motivation, les changements dans leurs habitudes, l'incompréhension du projet avec une vision floue d'un pôle de santé et l'incertitude que cela entraîne concernant les coûts de fonctionnement ou le financement par exemple, des freins administratifs avec l'imprécision des statuts juridiques ou logistiques (3,26).

Des études récentes concernant le **vécu des professionnels au sein d'un PSP** ont confirmé un certain nombre de ces difficultés liées aux craintes des professionnels (24). On

retrouve également des difficultés dans la réalisation pratique des actions envers les publics, la persistance d'une hiérarchie avec un manque de synergie au sein du groupe de professionnel (28).

## **2- Les ressentis des usagers**

### **1- Les avantages**

Une étude réalisée en 2012 au sein de plusieurs MSP a mis en évidence que 95% des patients étaient enthousiastes vis-à-vis de la pluridisciplinarité apportée par les maisons médicales et la satisfaction globale était de 97.89% de patients satisfaits (29).

Le travail de thèse réalisé montrait que pour les patients, le pôle de santé permettrait une meilleure prise en charge avec une meilleure coordination des soins et l'existence d'un dossier médical partagé, un rebond d'attractivité, une amélioration de la qualité de vie des professionnels et de la formation des professionnels (25).

### **2- Les freins**

L'étude précédemment citée relatait que les patients ne voyaient pas de différence dans la prise en charge entre cabinets individuels et maisons médicales pluri-professionnels, il semblait que les patients accordaient plus d'importance aux qualités techniques et relationnelles du médecin qu'à la structure (29).

## **D- JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

Devant l'émergence des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et le faible nombre d'études concernant le ressenti des professionnels exerçant au sein d'un pôle de santé, il a été décidé d'analyser la question suivante :

*Après 18 mois de fonctionnement, quels sont les ressentis des professionnels de santé adhérents concernant leurs pratiques au sein du pôle de santé pluridisciplinaire de l'ex-canton de Saint-Savin ?*

## **II- MATERIELS ET METHODES**

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la perception des professionnels de santé sur leurs pratiques actuelles au sein du pôle de santé de Saint-Savin, au bout d'un an et demi après sa mise en route. Il s'agissait également de comparer ces ressentis avec ceux de la littérature, d'analyser si les freins retrouvés lors du travail précédent sur le pôle de santé de Saint-Savin étaient réels et d'apporter de nouvelles propositions réalistes correspondant aux attentes des professionnels de santé en terme d'amélioration des pratiques au sein de ce dispositif.

### **A) TYPE D'ETUDE**

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-structurés auprès des professionnels de santé exerçant au sein du PSP de l'ex-canton de Saint-Savin (Gironde).

### **B) LES ENTRETIENS SEMI-STRUCTURES**

#### **1- L'échantillonnage**

Ce n'était pas la taille de l'échantillon qui importait mais sa qualité. La détermination de la taille de l'échantillon n'utilise pas de règle de calcul et est déterminée par la réalisation de l'étude elle-même jusqu'à obtention de la saturation des données.

## **2- La sélection des personnes interrogées**

Le thème de l'étude concernait les professionnels de santé qui exercent au sein du pôle de santé. Ensuite, il a été nécessaire de sélectionner des professionnels médicaux et paramédicaux pour leurs opinions afin de recueillir un maximum de points de vue différents, le but étant d'obtenir des entretiens auprès d'un panel de professionnels le plus varié possible. Il a donc pu être réalisé une première sélection en se fondant sur différents critères : la profession, l'âge, le sexe, l'appartenance ou non au bureau ou au conseil d'administration, la date d'intégration. Par ailleurs, il a semblé nécessaire que toutes les professions soient représentées. Lorsque les critères ne permettaient pas de choisir un professionnel plus qu'un autre, nous avons procédé à un tirage au sort.

Nous avons décidé d'inclure dans le panel uniquement les personnes intégrées depuis plus de six mois pour permettre le recueil d'entretiens plus riches.

## **3- La préparation des entretiens (30,31,32)**

### **3-1- La documentation**

Afin d'être la plus réactive possible durant les entretiens, une revue de la bibliographie a été nécessaire. Il fallait maîtriser la problématique de la démographie médicale.

De plus, ce travail d'information devait me permettre d'anticiper certaines remarques et réactions lors des entretiens, le but étant de me préparer pour garder une attitude neutre et empathique recommandée pour ce type d'étude.

### **3-2- La réalisation du guide d'entretien**

Les questions devaient être ouvertes avec des formulations qui n'influençaient pas la personne interrogée. Les thèmes abordés ont été limités à cinq pour pouvoir développer, de manière approfondie et pertinente ces problématiques. Le guide d'entretien a été réalisé avec l'aide des deux directeurs de ce travail. Les entretiens devaient apporter des réponses aux questions suivantes avec des questions de relance si besoin.



### **1- Comment avez-vous connu le PSP ?**

*Questions de relance : Comment s'est passé l'intégration au sein du PSP ? Quelles sont les raisons de votre intégration au sein du PSP ?*

*Quelles étaient vos attentes dans votre vie professionnelle ? dans votre vie personnelle ?*

### **2- Pouvez-vous me parler de votre exercice au sein du pôle de santé ?**

*Questions de relance : Comment exerciez-vous avant ? Et maintenant ?*

### **3-Pouvez-vous me parler de ce que change pour vous le fait d'exercer au sein de ce pôle de santé en terme organisationnel ?**

*Questions de relance : Que vous apporte réellement le pôle ? Avez-vous ressenti des difficultés ?*

### **4-Pouvez-vous me parler de vos relations avec les autres professionnels de la structure ?**

*Question de relance : Et vos relations avec vos collègues ?*

### **5- Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

*Question de relance : Que proposez-vous pour améliorer ce réseau de soins ?*

### **3-3- Entretiens tests**

Nous avons réalisé deux premiers entretiens tests afin de vérifier l'adéquation de notre questionnaire à notre sujet et sa bonne compréhension.

Après analyse des deux premiers entretiens réalisés le 11 et le 20 janvier 2017, nous avons décidé de les inclure dans l'étude et de poursuivre avec le même guide d'entretien car les réponses étaient adaptées et il n'y avait pas eu d'incompréhension des questions posées.

## **4 - La prise de contact**

Les coordonnées des professionnels ont été recherchées sur le site du PSP (22). La présentation était standardisée afin d'éviter tout oubli ou malentendu. Durant la communication téléphonique ou électronique à partir de mails, je devais :

- me présenter,
- expliquer le projet s'intégrant dans le cadre d'un travail de thèse,
- expliquer le déroulement de l'entretien, son caractère peu chronophage (environ 30 minutes) et anonyme,
- demander leur accord pour l'enregistrement de l'entretien le jour de la rencontre
- m'adapter en fonction de leurs disponibilités, afin de faciliter au maximum leur adhésion et que ma démarche soit ressentie la moins invasive possible.

En effet, ce premier contact est très important pour que la personne soit dans les meilleures conditions possibles afin d'obtenir des réponses de qualité et un accord d'interview.

Il a été décidé qu'aucun envoi préliminaire ne serait fait concernant les thèmes que l'entretien allait aborder afin de favoriser la spontanéité des réponses, notamment celles qui ne sont pas verbales.

## **5- Le déroulement des entretiens**

Pour la rencontre, une attention particulière devait être portée au contexte de l'entretien en essayant de choisir un lieu calme, aux horaires choisies par les participants afin que l'entretien se déroule avec le moins de perturbations possible.

Dans un premier temps, la présentation et l'objet de la rencontre devaient être repris pour que l'interlocuteur resitue bien le contexte et l'objectif de cet entretien.

L'enregistrement des données était assuré par un enregistreur numérique. Son utilisation devait avoir lieu après avoir redemandé un accord préalable au professionnel.

Une attitude bienveillante durant la rencontre devait inciter le participant à aller jusqu'au bout de ses idées. Dans notre étude, il s'agissait d'une relation un peu particulière puisque je connaissais une partie des professionnels de santé adhérents étant donné que j'ai réalisé mon stage praticien et mon SASPAS en tant qu'interne au sein du PSP.

Mes interventions se limiteraient au minimum pour entretenir la discussion tout en restant toujours neutre et sans orienter le discours du professionnel. L'ordre des questions ne sera pas obligatoirement respecté afin de laisser de la souplesse à l'entretien, le principal étant que tous les thèmes soient abordés.

Bien que nous ayons réalisé une étude qualitative, nous avons ajouté une dernière question avec une échelle de satisfaction allant de 0 à 10, concernant leurs vécus au sein du pôle de santé. Ceci nous a permis de nous donner un aperçu global de leur ressenti depuis leur intégration dans ce dispositif.

En fin d'entretien, nous avons recueilli les données administratives (nom, sexe, âge, profession, date d'intégration et commission au sein du PSP avec l'appartenance au bureau ou au conseil d'administration).

## **6- Période de l'enquête**

Les entretiens se sont déroulés entre le 11 janvier et le 30 mars 2017.

## **7- La transcription et l'analyse des données**

Afin de rester le plus objectif possible, la transcription des données était faite mot à mot, en précisant les attitudes non verbales, qui ont pu faciliter l'analyse des entretiens en confortant certains ressentis. Les entretiens ont été retranscrits littéralement sur un logiciel de traitement de texte (MICROSOFT WORD) afin de pouvoir exploiter les données. Une fois les entretiens retranscrits, les enregistrements ont été détruits afin d'assurer l'anonymat.

Le but de l'étude étant d'analyser le ressenti des professionnels de santé concernant le pôle de santé. Chaque idée, même si elle n'a été exprimée qu'une seule fois, était à prendre en compte.

Pour l'analyse des données, une première étape consistait en plusieurs lectures des retranscriptions. Par la suite et après chaque retranscription, les verbatim ont été classés au sein des cinq thèmes choisis. Au fur et à mesure de l'analyse, des sous-thèmes ont pu ressortir afin d'élaborer, manuellement, un tableau d'encodage. Des extraits du Verbatim ont été identifiés entre guillemets « ... » dans les résultats.

Aucune donnée quantitative n'a été extraite des questions ouvertes.

Une triangulation permettait d'augmenter la validité de l'étude. Si les analyses sont globalement superposables, l'objectivité de l'enquêteur est jugée acceptable et l'analyse peut être poursuivie.

Nous n'avons pas pu bénéficier réellement d'une triangulation mais les entretiens ont été relus et analysés par un autre professionnel, sans connaissance préalable de notre analyse personnelle, ni des acteurs du PSP du territoire de Saint-Savin. Il s'agissait également d'un novice en expertise qualitative. Son analyse s'est restreinte à regrouper les verbatim de chaque entretien en points positifs et négatifs. Nous avons par la suite regroupé nos deux analyses afin que toutes les idées soient citées dans les résultats.

Nous avons réalisé les analyses au fur et à mesure des entretiens. Le recueil d'un nouvel entretien n'apportant plus aucune donnée nouvelle, nous étions arrivés à saturation des données. Nous avons vérifié cette dernière par deux entretiens supplémentaires, puis les entretiens ont été arrêtés.

## **8- Ethique et réglementation**

Les caractères démographiques (âge, sexe, profession...) ont été recueillis uniquement pour décrire les caractéristiques de la population mais n'ont pas été retranscrits dans les entretiens afin de maintenir l'anonymat.

L'accord de chaque participant a été recueilli oralement avant tout enregistrement des entretiens.

L'élaboration d'un formulaire de déclaration simplifiée d'un traitement informatique des données a été réalisé et transmis à la CIL (Correspondant Informatique et Libertés) de l'université de Bordeaux (annexe 2).

### **III/ LES RESULTATS**

#### **A- RECUEIL DES DONNEES**

Toutes les personnes que nous avons décidé d'interroger ont accepté de participer à l'enquête. Nous n'avons eu aucun refus. Nous avons réalisé 13 entretiens.

Les entretiens ont été réalisés soit au domicile des professionnels (3 entretiens), soit sur leurs lieux de travail (3 en salle de repos et 7 dans leurs bureaux) à l'horaire qui leur convenait.

Tous les entretiens ont été menés en tête à tête, sauf un où une tierce personne ne relevant pas du PSP a fait irruption en fin d'entretien dans la salle commune de déjeuner où nous réalisions l'entretien.

La durée des entretiens a été très variable allant de 18 minutes à 43 minutes 54 secondes avec une moyenne à 28 minutes et 51 secondes.

La saturation des données a été obtenue au onzième entretien mais nous avons cherché à nous conforter en faisant deux entretiens supplémentaires.

#### **B- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION**

Nous avons interrogé 13 professionnels de santé exerçant au sein du pôle de santé de l'ex-canton de Saint-Savin (Tableau n°1).

Toutes les professions ont été représentées pour celles présentes depuis plus de 6 mois.

Les membres du bureau faisaient également partie du conseil d'administration.

Tableau n°1 : Caractéristiques des 13 professionnels du pôle de santé de l'ex-canton de Saint-Savin

	Effectif (%)
<b>Age (en années)</b>	
< 35	3 (23)
35-45	3 (23)
46-55	4 (31)
> 55	3 (23)
<b>Sexe</b>	
Hommes	6 (46)
Femmes	7 (54)
<b>Profession</b>	
Médecin	6 (46)
Infirmier	3 (23)
Diététicienne	1 (8)
Sage-femme	1 (8)
Kinésithérapeute	1 (8)
Pharmacien	1 (8)
<b>Année d'adhésion au pôle</b>	
2013	7 (54)
2014	1 (8)
2015	2 (15)
2016	3 (23)
<b>Exercice libéral</b>	13 (100)
<b>Membre de commission au sein du pôle de santé</b>	
Bureau	5 (38)
Conseil d'Administration	5 (38)
Aucune	3 (23)

## C-ANALYSE DES RESULTATS SELON LES ITEMS DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

### 1- Les raisons de leur intégration

Sur l'ensemble des professionnels interrogés, nombre d'entre eux ont confirmé l'importance d'agir face aux révélations du diagnostic de santé fait par le CIAS.

#### 1-1 La désertification

Avant l'enquête, quelques professionnels se posaient des questions sur la désertification en termes de santé du territoire et sur le moyen d'y remédier.

Plusieurs personnes évoquaient surtout une **désertification médicale** « *la population des médecins vieillissait et qu'il y avait un renouvellement qui était difficile* » (E5).

Ils évoquaient avoir intégré le pôle pour lutter contre ce problème « *si on peut envisager que le PSP soit le seul remède à la désertification* » (E6).

Une personne relatait avoir découvert le pôle de santé sur Internet, grâce à son site et que « *cela faisait partie des points positifs qui ont contribué à mon installation sur la commune* » (E1).

L'entretien E10 rapportait les mêmes propos avec la **peur d'exercer seul** et que le fait d'intégrer rapidement le PSP faisait partie des conditions pour venir s'installer sur le canton.

De même dans l'E3 « *le fait qu'il y ait le PSP est assez fondamental* », « *travailler avec d'autres personnes, avoir des réunions pluridisciplinaires, pouvoir échanger sur nos pratiques, coordonner l'exercice, la permanence des soins ...* » (E10).

Tous semblaient persuadés que la **dynamique de groupe** aidait les jeunes à venir s'installer en campagne « *c'était censé les aider à sauter le pas en se disant qu'ils ne seraient pas seuls* » (E2).



## **1-2 La lutte contre l'isolement**

Pour une personne, le pôle était décrit comme un réseau de professionnels, qui travaillaient avec « *un esprit de solidarité et d'échanges* » (E1). La plupart des professionnels interviewés admettaient qu'ils préféreraient travailler en équipe et que l'isolement professionnel leur faisait peur « *je n'aime pas trop l'isolement* » (E3), « *le fait de se sentir soutenue* » (E4).

Une autre a intégré le pôle pour « *le travail en équipe* » (E11), « *quand tu es en libéral, tu es toute seule* » (E11), « *ne pas être isolée sur un nouveau territoire* » (E9), « *le fait que j'exerce seule cela me permet d'avoir un contact* » (E13).

## **1-3 Améliorer le travail quotidien et la prise en charge des patients**

Les échanges entre professionnels semblaient des points importants pour assurer une bonne prise en charge des patients. De nombreux professionnels ont intégré le pôle afin **d'améliorer ces relations et par conséquent d'améliorer les prises en charge** « *les relations n'étaient pas toujours évidentes* » (E7).

L'appartenance à une équipe apparaissait être un point essentiel et fondamental pour l'ensemble des personnes interrogées. Elles recherchaient une cohésion, un partage plus important, un travail en équipe et au final, une lutte contre l'isolement par la même occasion.

Nous avons retrouvé en plus de cela un véritable désir d'être des soignants efficaces, le désir d'une meilleure prise en charge des patients : « *meilleure cohésion pour une meilleure prise en charge* » (E3). Un autre entretien relatait le fait « *d'être en contact avec d'autres professionnels de santé* » (E9) afin de pouvoir parler plus facilement des patients, tout comme « *améliorer la prise en charge des patients en améliorant les interactions entre les différents professionnels* » (E2), « *avoir des repères* » (E4). « *Plus on s'enrichit et plus on a des solutions à apporter* » (E4).

Ils rapportaient qu'avant le pôle de santé, les relations étaient plutôt légères « *on se croisait, on se disait bonjour et puis voilà* » (E5).

Ils ont également intégré le pôle pour améliorer leur exercice quotidien, faciliter la relation avec les autres professionnels et améliorer la connaissance de l'exercice de chacun « *je ne suis pas très doué dans le domaine paramédical* » (E3).

En effet, certains y trouvaient une « *ouverture* » (E4) dans des situations compliquées à gérer, avec la présence d'une équipe à leurs côtés.

Le pôle de santé avait un côté **rassurant** aussi, de nombreux professionnels le comparent avec **un travail en milieu hospitalier** « *ce côté esprit d'équipe c'est vraiment important donc, pour moi, ça a été une motivation* » (E5).

Pour les nouveaux venus dans la région, le pôle était aussi un moyen de faire rapidement la **connaissance** des professionnels de santé du canton « *je ne connaissais pas grand monde, cela faisait l'occasion d'être en contact avec des gens* » (E9), « *connaître vite les autres professionnels de santé, les habitudes de pratiques locales* » (E10).

L'intégration au sein du pôle leur a permis de créer rapidement leurs réseaux de soins, de connaître les habitudes de chacun et les moyens de communication locaux.

#### **1-4 La réalisation de nouveaux projets**

Certains ont intégré le pôle afin, entre autres, de monter un projet de téléconsultation « *l'occasion de nous faire aider... pour les démarches* » (E7). Ce projet n'aurait pas pu voir le jour sans le pôle de santé « *il faut que l'on soit encadré dans une structure pour pouvoir faire de la téléconsultation* » (E7).

Voire même d'autres projets qu'ils n'auraient pu réaliser seuls « *l'opportunité de pouvoir envisager d'autres actions professionnelles* » (E8) notamment de prévention. Tout cela dans le but « *d'améliorer les pratiques professionnelles* » (E8).

#### **1-5 Le maintien de leur indépendance**

Un avantage principalement cité était le maintien de leur autonomie en **conservant leurs lieux d'exercice** « *sans être obligés d'aller dans une maison de santé* » (E5) et ainsi conserver le **maillage du territoire et la proximité avec le public** « *ils ont des thérapeutes à*

*proximité* » (E5), « *C'était d'ailleurs pour cela, au départ, que l'on est parti sur un pôle* » (E7).

### **1-6 Le fait de suivre le groupe avec la présence d'un leader**

Le projet du pôle a été initié par quelques professionnels avec les élus locaux.

Une « *campagne publicitaire* » (E11) avait ensuite débuté avec l'aide du CIAS de Saint-Savin et de deux de ses employées qui ont démarché les cabinets médicaux et paramédicaux afin de faire connaître le projet et de recueillir un maximum de participants.

Une personne affirmait avoir participé à la première réunion pour ne pas « *rester en dehors mais sans grande motivation* » (E12).

Certains professionnels **n'avaient aucune attente au départ et ne savaient même pas ce qu'est un pôle de santé ou à quoi il peut servir** « *C'était un peu un mystère* » (E12), « *On a dit : tu y vas, si tu y vas j'y vais* » (E5).

Certains ont participé à la Journée Nationale des Pôles et Maisons de Santé afin de mieux comprendre la définition d'un pôle et son fonctionnement « *Une création qui allait nous permettre de faire plus de coordination et de formation* » (E4). En effet, la notion de pôle a été difficile à intégrer pour la plupart d'entre eux.

Heureusement, la **présence d'une coordinatrice**, Virginie Evrard, qui a porté le projet dès le départ a permis sa mise en place « *Elle nous interpellait, elle nous faisait participer et, petit à petit, cela s'est fait progressivement, on a réussi à comprendre pourquoi on était là et à avoir des objectifs* » (E5).

La présence d'un **leader**, d'une personne réactive et impliquée semblait être indispensable à la réalisation du projet et à son aboutissement « *Consensuelle et par conséquent motrice* » (E6), qui connaissait le territoire afin de faciliter les démarches administratives nécessaires à la réalisation du projet de santé.

## 2- Les changements ressentis dans le mode d'exercice

### 2-1 Un travail en équipe pluri-professionnelle

Dans les principaux atouts concernant les modifications de leur mode d'exercice, nous avons retrouvé à plusieurs reprises le fait de travailler au sein d'une **équipe pluri-professionnelle** et de pouvoir **échanger plus facilement** « *cet esprit de solidarité, d'échange, tout le monde est solidaire* » (E1).

Plusieurs professionnels évoquaient un vrai changement dans leur fonctionnement en tant que professions libérales « *Je n'avais jamais eu l'occasion de travailler ainsi* » (E1).

Beaucoup aimaient le fait d'avoir une **dynamique** proche de celle trouvée en milieu hospitalier « *il y a une dynamique d'échanges en flux plus tendu, que nous n'avons pas du tout en milieu rural* » (E2), « *on a l'impression de travailler en équipe, un peu comme l'on faisait avant à l'hôpital* » (E7), « *à condition de garder certaines choses comme à l'hôpital : les réunions, des échanges, de l'enseignement* » (E10).

**La complémentarité :** certains soulignaient le fait d'améliorer leurs pratiques et de connaître les différentes professions qui gravitaient au sein du PSP, « *je ne savais pas le nombre d'aides à domicile auxquelles on peut faire appel, ..., le PSP m'a appris grâce à la pluridisciplinarité* » (E3). La complémentarité des professionnels améliorait la prise en charge des patients (E5).

**La pluralité d'opinions :** « *ça permet d'avoir une autre vision -souvent pertinente-sur un même cas* » (E3)

Ces échanges étaient permis lors des réunions ou des protocoles par exemple. Ils étaient appréciés « *c'est passionnant* » (E3) même si cela représentait « *un investissement* » (E3).

Il y avait également des **réunions de pairs** une fois par mois, non sous l'égide du PSP, mais auxquelles les médecins du PSP uniquement participaient. Elles étaient décrites comme des réunions intéressantes « *On parle de nos ressentis, on échange* » (E10).

## 2-2 Le partage de données

Une nouveauté sur le territoire, les données médicales et paramédicales d'un patient pouvaient être partagées entre les professionnels.

### ➤ Les logiciels médicaux :

Pour cela, ils disposaient de deux principaux outils :

- **WEDA<sup>1</sup>** : le logiciel métier partagé. Tous ses utilisateurs en tiraient des bénéfices, avec notamment une amélioration de la prise en charge et du suivi des patients, **moins d'erreurs médicales avec le nomadisme ou le mésusage** « *c'est très agréable, il n'y a pas de surprise* » (E3), « *ça facilite la permanence des soins* » (E10), « *c'est le partage d'infos autour du patient et c'est super, grâce à WEDA* » (E11).

Cela leur semblait diminuer le risque d'erreurs médicales ou paramédicales « *on diminue les sources d'erreurs de façon extraordinaire* » (E10) et **augmenter le niveau de qualité des soins** « *ça m'oblige peut-être à être davantage vigilante* » (E13).

Une petite anecdote qui m'a été relatée au cours des entretiens pour illustrer ce propos est qu'une patiente faisait le tour des cabinets médicaux pour obtenir des benzodiazépines et, grâce au partage de données, les médecins se sont aperçus rapidement de la supercherie et ont pu agir en conséquence.

Ce logiciel a été **financé partiellement par le PSP** grâce à la subvention AMI<sup>2</sup> (Appel à Manifestation d'Intérêt) e-santé régionale pour le déploiement de WEDA pour les

---

- 1 *WEDA : Il s'agit d'une plate-forme, labellisée par l'ASIP (agence des systèmes d'information partagés de santé) Santé, qui favorise l'échange et l'organisation pluri-professionnelle d'une structure, grâce à une gestion des droits d'accès et aux outils de communication instantanés et sécurisés mis à disposition (33).*

- 2 *L'AMI est une aide financière développée par le Conseil Régional de la Nouvelle-Aquitaine. Il existe différentes AMI, l'AMI e-santé a pour objectif d'accompagner les professionnels de santé dans le déploiement des usages numériques collaboratifs, autour du patient et de son parcours de soin. Elle prend la forme d'une subvention de 40% maximum des dépenses éligibles pendant 2 ans maximum, dans la limite d'un plafond de 100 000 euros d'aides régionales (34).*

professionnels désireux de l'acquérir « 40 % à l'installation et on vient de voter au conseil d'administration, de payer pendant la première année la différence d'abonnement avec l'ancien logiciel » (E10).

Un autre avantage de ce logiciel était **sa sauvegarde sur le Cloud**, qui apportait « une sacrée tranquillité d'esprit » (E10) avec une facilité d'utilisation sur plusieurs supports « Surtout de pouvoir l'avoir sur n'importe quel poste » (E13) ainsi qu'en visite (lorsqu'il y a du réseau).

Il était **principalement utilisé par les médecins**, en effet, l'utilisation infirmière semblait compliquée et peu adaptée « on a essayé et ça n'a pas marché » (E7). Des essais étaient en cours pour améliorer l'outil infirmier afin de conserver leurs recueils de données, notamment les fiches de traçabilité de soins pour que tous les professionnels du pôle puissent travailler sur le même logiciel.

Les sages-femmes possédaient également WEDA et signalaient un **problème de confidentialité** en voie de résolution « nous devons partager toutes les informations ». Des améliorations étaient à faire afin que chaque spécialité ait accès à une base commune puis à ses parties spécifiques.

Il apparaissait peu utile pour la diététicienne, les pharmaciens, les kinésithérapeutes à la différence de PAACO qui était décrit comme un vrai lien entre les professionnels.

- **PAACO<sup>3</sup> (Plate-forme Aquitaine d'Aide à la Communication)** : avec son application GLOBULE a été désigné comme un véritable outil de communication, performant et facile d'utilisation « le vrai truc qui change c'est GLOBULE » (E2).

L'utilisation de PAACO permettait d'avoir une prise en charge « dynamique. Instantanément j'ai reçu l'info. C'est beaucoup mieux. » (E2) et « permettait d'améliorer la coordination entre les professionnels en rendant la prise en charge plus sûre et réactive » (E2).

PAACO permettait aussi le **partage de compte-rendu de consultations avec des photos**, ce qui s'avérera très utile avec la mise en place de la téléconsultation (E7).

---

<sup>3</sup> PAACO : Il s'agit d'une plate-forme régionale centrée sur la **communication interprofessionnelle et sur la mobilité** (utilisable sur Smartphones et tablettes). Ses fonctionnalités clés sont un tchat sécurisé, des agendas partagés, des annuaires, des relevés de constantes, des fiches métiers normalisés ou spécifiques (35).

Il était utilisé pour communiquer avec la **MAIA**<sup>4</sup> (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) également « *je l'utilise beaucoup aussi avec la MAIA* » (E12), la MAIA permettant « *de faciliter le maintien à domicile des personnes qui sont atteintes d'Alzheimer ou de personnes âgées dépendantes* » (E12).

Il pouvait être disponible sur les **Smartphones ou tablettes** et permettait en situation de besoin d'avoir accès à des informations « *de nature administrative comme le numéro de téléphone de la famille* » (E8), « *cela va faciliter les choses* » (E10).

PAACO était également **gratuit** (période de mise en place du logiciel) « *cela aide un peu les gens, cela motive un peu plus* » (E7).

Le véritable avantage de PAACO était la **messagerie sécurisée** « *cela enlève tous les SMS qu'on échangeait et qui n'étaient pas sécurisés* » (E7). De plus, il permettait de passer l'information de manière globale au sein d'un cabinet « *en s'adressant indistinctement aux quatre infirmières qui suivent le patient* » (E12) à la différence d'un SMS qui était une relation duelle. Il était utilisable par tous les professionnels à la différence de WEDA.

➤ La déception des pharmaciens :

Les pharmaciens témoignaient d'une certaine déception de ne pas pouvoir bénéficier du partage de données grâce au logiciel commun « *on n'a même pas accès aux traitements* », « *on n'a aucune donnée sur la carte vitale* ».

---

4 Les MAIA sont des structures destinées à coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elles s'articulent autour de plusieurs missions (36) :

- création d'un espace d'accueil, d'écoute et d'évaluation pluridisciplinaire de la situation vécue par un malade atteint d'une maladie d'Alzheimer et par ses proches ;
- mise en commun des moyens pour le recrutement de personnel social, médical, paramédical, administratif ;
- élaboration de nouvelles stratégies de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ;
- interdisciplinarité autour de la personne malade et mise en place de prises en charge continues adaptées à ses besoins ;
- définition d'actions de formation pour les intervenants ;
- mise en place d'actions de soutien aux aidants de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ;
- évaluation des pratiques des intervenants ;
- mise en place d'un système de référent pour toutes les personnes atteintes de la maladie et de coordonnateur unique pour les cas complexes.

La MAIA de la Haute-Gironde a été créée en juin 2013 (37).

- WEDA ne pouvait pas être couplé avec leurs logiciels métiers trop complexes.
- PAACO non encore installé lors de notre entretien, représentait un espoir avec une amélioration de la communication concernant les patients qui se présenteraient avec une plaie ou les prescriptions de perfusions sans matériel mentionné. En attendant, ils continuaient à utiliser le moyen le plus fiable pour eux, le téléphone « *on laisse un message puis on est rappelé* ».

➤ L'acceptation des patients au partage de données :

Le retour des patients avait l'air plutôt positif concernant le partage des informations médicales. Chaque professionnel avait l'obligation de le signaler à sa patientèle mais « *je n'ai pas eu un refus. Ils sont rassurés* » (E10), (E11).

Rassurés de savoir que les informations les concernant pouvaient être visibles un dimanche par un confrère. La plupart des patients pensaient même que ces informations étaient contenues dans leurs cartes vitales...

➤ Une meilleure tenue des dossiers médicaux :

Une personne souleva même le fait que les dossiers médicaux seraient mieux tenus devant la possibilité d'être vus par d'autres professionnels « *on sait que notre dossier va être regardé par des infirmiers, par des kinés, par des sages-femmes, par nos collègues* » (E10).

➤ Un atout pour l'attractivité

WEDA était décrit par une personne comme un atout pour trouver un successeur pour les professionnels en fin de carrière « *proposer des dossiers à jour, dans un logiciel neuf* » (E10).



➤ Un frein aux dépenses de santé

Le fait de partager un logiciel aurait permis de réaliser des économies en terme de pratique d'examens complémentaires « *les examens redondants ne se font plus* » (E11), par exemple pour un bilan sanguin utile pour le médecin, l'infirmière, la sage-femme, tous les résultats étaient visibles dans le dossier du patient.

➤ Un investissement conséquent

Tous ces logiciels, aussi intéressants soient-ils, demandaient quand même aux professionnels un investissement en temps, une motivation pour modifier leurs habitudes : « *pas toujours envie de faire cet effort -là* », « *investissement en temps* » mais avec « *un bon retour sur l'investissement* » (E8).

### **2-3 Une vision plus large de sa profession**

➤ L'ouverture d'esprit

Un médecin énonçait sa joie de « *sortir de son truc médico-médical* » (E3).

D'autres confirmaient que le pôle leurs apportaient une vision nouvelle avec « *une ouverture d'esprit par rapport aux autres professionnels, et une prise de conscience de certains problèmes de santé publique auxquels je m'intéresse un petit peu plus* » (E5).

L'ouverture d'esprit et le partage faisaient partie des motivations ou attentes initiales « *je suis allée chercher dans le pôle le partage d'infos, partage de pratiques et, je trouve ce que je suis allée chercher* » (E11).

Le pôle permettait aussi d'avoir une vision globale de la santé et de ses acteurs avec la prise en compte de la désertification et des moyens de lutte, c'était une vision d'ensemble « *c'est plus large que mon petit bureau [...] ça veut dire réfléchir un petit peu avec les élus* » (E12).

C'était de nouvelles orientations et des méthodes de travail avec lesquels certains se sentaient peu à l'aise « *Je découvre. C'est nouveau.* » (E12).

➤ Les vacances psychologiques et diététiques

Le pôle a donné aux professionnels une vision plus large avec notamment la possibilité de faire bénéficier leurs patients de consultations psychologiques ou diététiques prises en charge par le PSP.

Le Conseil d'administration a décidé d'une enveloppe budgétaire pour un certain « nombre de consultations pour des personnes en situation de précarité » (E9). Ces vacances étaient attendues par les professionnels « un outil au service des professionnels mais surtout au bénéfice des publics » (E6), « les médecins ou les professionnels du pôle » (E9) pouvaient adresser les patients.

## **2-4 La prévention dans l'exercice quotidien**

➤ Les petit-déj santé :

Ils consistaient à ce qu'un ou plusieurs professionnel(s) passe(nt) une demi-journée auprès de la population à aborder différents thèmes de santé tels que l'alimentation, le tabac, le diabète...

Les sages-femmes allaient débiter des petit-déj santé autour des mamans avec l'aide d'une psychologue du réseau périnatalité « L'objectif c'est qu'elles puissent déverser les choses sans jugement et qu'après on puisse leur dire, écoute, il faut que tu consultes telle personne pour t'aider ».

Une personne était déçue de ne pas pouvoir faire participer des professionnels à la retraite pour animer ces activités « des personnes qui seraient tout à fait aptes et qui auraient du temps... » (E1), « on a choisi dans le PSP de n'intégrer que les personnes actives » (E1).

## 2-5 La télémédecine

Il s'agissait d'un projet concernant les **plaies et la cicatrisation**.

Le but était d'effectuer une expertise initiale par les infirmiers formés ou directement en téléconsultation avec un centre expert afin de réaliser une meilleure prise en charge des patients atteints de plaies chroniques à domicile.

Ce projet a été initié par deux infirmières du canton.

Beaucoup d'adhérents étaient ravis de ce dispositif mais trouvaient cela un peu long à mettre en place « *C'est génial ça et ce n'est toujours pas en place parce qu'il y a toujours des freins* » (E2). Les freins évoqués étaient administratifs et logistiques mais aussi des freins vis à vis des unités locales tels que l'AMSAD (association de maintien et de soins à domicile) ou l'HAD (Hospitalisation à domicile) « *parce que l'HAD avait peur qu'on leur prenne leurs soins* », concernant peut-être la prise en charge de plaies chroniques à domicile. Ceci a été évoqué par une personne mais nous n'avons pas retrouvé de verbatim similaires dans les autres entretiens.

Les consultations seraient enregistrées sur le logiciel commun PAACO « *des fiches supplémentaires dans PAACO à remplir pour la téléconsultation* » (E7). Cela pourrait renforcer le lien ville-hôpital avec le partage d'un logiciel commun en facilitant les échanges y compris dans d'autres domaines entre l'hôpital expert de Bagatelle, qui a également suivi la formation PAACO (E7).

Les consultations consistaient en une expertise initiale par l'infirmière de téléconsultation, qui laissait ensuite l'infirmière du patient réaliser « *les soins quotidiens* » (E7).

Le but de ces expertises était de « *faire une prise en charge plus rapide et surtout ne pas faire déplacer le patient* » (E7).

Les consultations des infirmiers seraient financées par les NMR « *le pôle va prendre en charge notre financement* » (E7) alors que les expertises médicales du centre expert seraient financées par l'ARS jusqu'à « *ce qu'il y ait un paiement par les caisses* » (E7).

Le projet doit voir le jour en septembre 2017, il a été validé en mars 2016 par l'ARS.

## **2-6 Adhérer à un conseil d'administration, un bureau ou une SISA**

### ➤ Une nouveauté

La participation à un bureau ou un conseil d'administration était un tout nouveau mode de fonctionnement pour certains. Le fait d'en faire partie imposait de « *faire acte de présence et être actif sinon cela ne sert à rien de dire oui* » (E6), « *c'était assez lourd avec tout ce qu'il y avait à faire* » (E9).

### ➤ La création d'une SISA et son travail administratif

La création de la SISA a permis de bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunérations, mais en contrepartie donna un travail administratif supplémentaire « *cela me donne beaucoup de travail* » et « *un peu moins de temps à consacrer à autre chose, à m'investir dans des projets* » (E8).

### ➤ La frustration des pharmaciens vis-à-vis de la SISA

Ne pouvant adhérer à la SISA les pharmaciens exprimaient une certaine frustration car ils participaient et consacraient du temps au pôle « *au niveau du Conseil de l'Ordre, nous n'avons pas le droit de percevoir de rémunérations* ».

## **2-7 Les nouveaux modes de rémunérations**

Depuis la création de la SISA, le pôle de santé a pu percevoir ces NMR. De nombreuses réunions avaient eu lieu afin d'élaborer les différents champs d'actions et de financement. Pour 2016, ils avaient permis de salarier une coordinatrice selon l'entretien n°8, mais aussi de donner une rétribution entre autres pour :

- Les réunions de cas complexes
- Les protocoles

- La mise en place de vacations par une psychologue et une diététicienne : « *une certaine somme qui a été allouée aux consultations psychologiques ou de nutrition pour les personnes qui n'en ont pas les moyens* » (E3).

En effet, il s'agissait d'une rétribution et non d'une véritable rémunération « *on ne pourrait jamais se rémunérer à hauteur du temps passé* » (E10) mais cela permettait quand même de valoriser les membres les plus actifs « *ça motive un petit peu plus pour s'engager dans le PSP* » (E11).

Les NMR dépendent du nombre de patients des médecins intégrant la SISA donc plus ils sont nombreux et « *plus il y a de rémunérations pour réaliser des projets* » (E10).

### **3- Les changements ressentis en terme organisationnel**

#### **3-1 Les heures de réunionite et la place importante de l'administratif**

On pouvait scinder cette catégorie en deux sous-groupes.

- **Un premier groupe plutôt négatif**, sur le travail laborieux, coûteux que nécessitait la mise en place d'un dispositif comme celui-ci, principalement décrit par les personnes ayant fait partie du noyau initial et où l'on retrouvait un épuisement qui commençait juste à s'estomper avec les retombés positives et réelles mises en avant : « *je me suis beaucoup investie au début* » (E1), « *la réunionite est un mal nécessaire* » (E6).

La plupart des fondateurs relataient des heures de réunions importantes « *des multiples réunions que nous avons été amenées à subir* » (E2) dans le cadre de la création du projet.

On notait un enthousiasme au fait de décaler certaines des réunions le midi plutôt que le soir « *on le fait souvent le midi donc ça ne prend pas beaucoup de temps sur la journée* » (E10), (E12).

Au moment de l'étude, il restait une réunion trimestrielle concernant le Conseil d'Administration avec les orientations à prévoir avec un vote collectif, une annuelle pour

réunir la SISA qui, toutes les deux, étaient des réunions tardives (E3) puis des réunions mensuelles de pairs et pluri professionnelles à l'heure du déjeuner.

De nombreux adhérents avouaient avoir eu beaucoup d'administratif à gérer et ne s'y sentaient pas à l'aise : d'une part par manque de temps « *malgré tout le PSP ça a été beaucoup de présence qui finalement n'était pas médicale* » (E2), et d'autre part par leur inexpérience dans ce domaine « *je suis là pour soigner les gens* » (E2). Ils parlaient d'un véritable « *rouleau compresseur administratif* » (E2) mais relativisaient quand même avec les bienfaits du PSP « *des réunions, tu t'en tapes, ..., mais ça apporte tellement* » (E3). Un professionnel soulignait l'importance de réunions, pour justement discuter des cas problématiques « *a vu trois médecins différents en une semaine pour la même chose* » (E13).

Une personne évoque même la possibilité de quitter le PSP en raison de tous ces freins administratifs « *le frein est différent d'avant, mais il est aussi coûteux en temps* » (E2).

- **Le deuxième, positif**, qui retient des réunions utiles, intéressantes et moins coûteuses en temps et en énergie mais arrivant dans un second temps, dans un projet qui avance.
  - ✓ **Les réunions de pairs** le dernier vendredi du mois : entre médecins, sur quelques cas problématiques ou non, « *peut-être pas spécifique au pôle mais malgré tout c'est depuis que ça s'est mis en place* » (E12).
  - ✓ **Les réunions de concertation pluri professionnelles** : avec tous les professionnels de santé du PSP, sur des cas cliniques thématiques ou non, une fois par mois. Cela a été mis en place à la fin de nos entretiens et nous n'avons eu que peu de retour : par exemple, lorsqu'un professionnel était en difficulté avec un cas un peu complexe « *de se dire que quand on va en parler, j'entendrais d'autres avis, c'est intéressant. Ça c'est concret* » (E8). Ces réunions étaient intéressantes car « *un peu hors du temps de travail, c'est dans un cadre plus posé, c'est convivial et on est surtout beaucoup plus nombreux* » (E8).
  - ✓ **La création de clips vidéo** pour mettre en avant le PSP et sa région : « *petits films pour mettre en avant ce qui allait attirer les nouveaux* » (E1). Cela permettait d'informer les professionnels mais aussi les patients de la présence et de l'intérêt du pôle de santé, du travail en équipe de leurs professionnels « *ils ne sont pas forcément*

*au courant que l'on travaille en réseau », « développer un peu la communication avec le site Internet, Facebook », « des petites scènes pour montrer que c'est dynamique » (E9) avec encore du temps passé mais décrit comme quelque chose d'intéressant (E12).*

La faible implication de certains professionnels pouvait être attribuée au manque de temps «

*parce que je ne suis pas trop disponible » (E11), « Après, j'avoue que je n'ai pas été super assidue par rapport à d'autres confrères, par manque de temps je pense » (E13).*

### **3-2 La permanence des soins**

Depuis la création du PSP, la permanence des soins s'organisait de 8h à 20h avec un médecin d'astreinte qui recevait les consultations urgentes non programmées que les confrères ne pouvaient recevoir.

#### ➤ L'acceptation d'un système peu utilisé

Au cours de nos entretiens, nous avons retrouvé deux sortes de ressentis différents, d'un côté un groupe majoritaire, qui trouvait dans les **astreintes de jour** quelque chose de bénéfique, même si elles étaient **sous-utilisées** « *cela ne sert pas beaucoup mais ça peut aider un jour* » (E3), « *pour l'instant, je n'ai pas été dérangée* » (E13). Ils acceptaient ces astreintes comme une **sécurité supplémentaire** à assurer convenablement la permanence des soins « *tu ne laisses pas tomber ton patient* » (E3) même si l'on pouvait dire que cette organisation méritait d'être révisée devant la faible utilisation qui conduisait inévitablement certains à ne pas rester dans la partie « *beaucoup de praticiens oublient qu'ils avaient dit oui et ne consultent même plus le calendrier pour s'en assurer* » (E6), « *il y a sûrement des améliorations à faire* » (E10).

➤ Mener une étude auprès des patients

Devant la faible sollicitation de ce dispositif, une idée a été soumise : avoir le retour des patients « *savoir si ça fonctionne vraiment bien ou s'il y a des échecs de transmission de l'information pour arriver jusqu'au médecin de permanence* » (E10).

➤ La tranquillité d'esprit

Ce roulement entre médecins « *m'apporte une certaine tranquillité d'esprit* » (E10). D'autres professions trouvaient cette permanence utile et importante notamment les sages-femmes, dans le cadre de l'IVG médicamenteuse, si celle-ci devenait possible au sein du PSP « *C'est ça qui est intéressant dans le pôle aussi, c'est qu'on puisse s'appuyer les uns sur les autres* » en signalant au médecin la présence d'une IVG à domicile lorsque la sage-femme quitte son lieu d'exercice.

➤ Une modification des pratiques

La mise en place de ce procédé avait même permis de modifier l'organisation au sein d'un même cabinet, en effet, ne voulant pas surcharger leurs confrères, les médecins acceptaient de recevoir des consultations non programmées, lorsque cela leur était possible, qu'ils n'auraient pas reçues en l'absence de cette permanence des soins obligatoire (E12).

➤ Un frein non négligeable

D'un autre côté, évoquée par une seule personne, la permanence des soins était décrite comme une **contrainte supplémentaire** « *c'est contre-productif mais c'est le problème d'être dans une structure administrative* » (E2). Elle ne retrouvait dans cela qu'un « *cadre supplémentaire* » (E2) chez des médecins déjà débordés et énonçait cela comme contre-productif dans le sens où le pôle était censé être un moyen de lutte contre la désertification mais que le fait d'avoir des horaires à respecter avec en plus l'éventualité de devoir gérer les



patients des autres médecins dans un contexte de charge de travail importante ne lui paraissait pas judicieux pour attirer davantage.

Une seconde personne voyait l'obligation de permanence des soins comme une contrainte supplémentaire mais devant le déroulement des choses trouva cela non contraignant « *Finalement, on s'aperçoit que ce n'est pas lourd du tout* » (E12).

### **3-3 Les formations**

#### ➤ L'accessibilité

Les professionnels mettaient en exergue le fait d'accéder à des formations de manière plus simple « *toute seule, ça aurait peut-être pris plus de temps ou bien il aurait fallu que je trouve des financements alors que là au sein du PSP, on va pouvoir le faire.* » (E9)

Certains ont participé à la formation sur la promotion à la santé, l'éducation thérapeutique et non uniquement des formations « *axées sur la technique du soin* » (E4) auxquelles ils participaient avant leur entrée dans le PSP.

#### ➤ Le financement par le pôle

« *C'était gratuit pour les adhérents du PSP* » (E1), « *l'ARS propose chaque année, à partir d'un certain nombre de professionnels, de financer la formation* » (E9).

#### ➤ La formation en équipe

Ils étaient ravis de pouvoir se former ensemble, avoir un moment de convivialité « *L'intérêt du pôle c'est aussi de pouvoir se former ensemble* » (E10), « *C'est vraiment bien, ça fait vraiment un réseau* » (E11).

➤ Une meilleure prise en charge

Grâce à une formation unique, le réseau de professionnels pouvait avoir le même discours envers les patients « *c'était aussi pour favoriser justement le travail de groupe* » (E5). Cela permettait aussi de faire de la formation continue « *qui validait notre DPC.* » (E1) et donc améliorer les prises en charge des patients avec des mises à jour régulières.

**3-4 Les protocoles pluri-professionnels**

Il s'agissait de réaliser des protocoles de soins pour harmoniser la prise en charge des différents professionnels sur une pathologie donnée. Ils faisaient partie des critères de validation pour les nouveaux modes de rémunération devant la reconnaissance de l'importance de la coordination des équipes en soins de proximité.

➤ Une méthode d'apprentissage

Les professionnels trouvaient plaisir à échanger, à apprendre des autres « *à condition d'être ouvert, d'écouter les critiques, cela permet d'harmoniser les prises en charges* » (E3), « *faire évoluer les pratiques et l'harmonisation des pratiques* » (E10), auxquelles finalement la plupart prenaient plaisir « *c'est hyper intéressant, on en apprend toujours* » (E1), « *au début, c'était un peu une tâche* » (E3).

Cela permettait de remettre à jour certaines connaissances « *quand tu es toute seule en libéral il faut que tu ailles à la pêche à l'info et cela est fatigant* » (E11), « *une sorte de rappel, de formation médicale continue* » (E12).

Suite aux protocoles élaborés lors de réunions locales pluri professionnelles, certains avaient modifié leurs pratiques, en commandant des « *livrets AVK gratuits* » (E1) par exemple pour les patients.

➤ Une contrainte supplémentaire peu contributive

Certains trouvaient cela inutile « *c'est se substituer aux conférences de consensus et autres, je trouve ça...* » (E2). Ils n'y voyaient qu'une obligation pour avoir « *L'accréditation par l'ARS* » (E2), « *ce n'est pas ce qui m'apporte le plus quand même* » (E12).

**3-5 Les réunions de cas complexes**

Des modifications ont eu lieu depuis la création de ces réunions concernant leur planification et la gestion de ces dernières. Ces évolutions semblaient satisfaire l'ensemble des participants.

Initialement, la personne demandeuse devait faire le dossier, réunir les professionnels intervenant auprès du patient « *ça c'est lourd* » (E2).

Par la suite, la **coordinatrice** a pris en charge la planification et éditait le compte-rendu « *elle fait le travail administratif* » (E7). Les réunions étaient également **rémunérées**. Selon certains, ces réunions étaient très utiles car elles permettaient vraiment **une prise en charge globale** avec tous les intervenants du patient concerné et non « *un professionnel avec un autre par téléphone* » (E3).

Elles permettaient de prendre en charge le patient dans sa globalité, dans son cadre de vie avec parfois la participation d'organisme de tutelle, de personnes de la mission locale, d'assistante sociale et « *ça a débouché sur des solutions que l'on ne pouvait pas imaginer avant* » (E12), « *c'est très intéressant et permet une meilleure prise en charge je pense* » (E13). Cela était positif pour les professionnels qui trouvaient une amélioration de leurs prises en charge et qui étaient satisfaits de pouvoir partager. Ces réunions permettaient de connaître les différents intervenants « *que l'on croise chez le patient sans savoir de qui il s'agit* » (E7).

### 3-6 La mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique

Initialement des formations sur l'éducation thérapeutique **entre professionnels** ont eu lieu avec la possibilité de faire le Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique (E4).

Par la suite, des ateliers d'éducation thérapeutique **pour les patients** devaient être mis en place localement par les professionnels du pôle afin de proposer des « *services de proximité* » (E4).

Par exemple, des ateliers d'éducation thérapeutique sur le diabète permettraient une amélioration de la prise en charge de cette pathologie chronique, fréquente : « *il n'y a pas grand-chose localement pour le diabète* » et certains pourraient « *être améliorés avec de l'éducation thérapeutique uniquement* » (E10).

Les professionnels semblaient satisfaits de ce mode de fonctionnement et de ces nouvelles pratiques. Ils soulignaient l'importance du pôle pour mettre en route ces ateliers, pour faire **passer l'information** et l'importance du **recrutement** par le biais des soignants (E9).

### 3-7 Obtenir une infirmière ASALEE

Toujours dans un contexte d'éducation thérapeutique, un nouveau projet a vu le jour sur le canton : le protocole ASALEE<sup>5</sup>. Dans les entretiens initiaux, il s'agissait d'un projet un peu flou « *une excellente idée mais c'est une idée d'énarque* » (E6) qui s'est peu à peu concrétisé.

Il s'agissait de faire intervenir une infirmière sur le territoire pour compléter et améliorer la prise en charge, le suivi et le dépistage de certaines pathologies au sein d'une population cible, notamment les diabétiques, les insuffisants cardiaques puis s'élargissant au dépistage des troubles cognitifs, des troubles respiratoires, ... « *elle peut réaliser certaines délégations d'actes médicaux* », « *C'est ce qu'on retrouve à l'hôpital depuis des années, faire des ECG* » (E10).

---

5 Asalée (38) est une association financée par l'Assurance maladie, d'abord avec des subventions du FICQS (Fond national d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), puis depuis juillet 2013, dans le cadre des ENMR (expérimentation de nouveaux modes de rémunération). C'est un peu flou actuellement, car les ENMR financent des actions locales menées dans des zones fragiles uniquement. Cela étant, les médecins et infirmières souhaitant monter un dispositif Asalée peuvent le faire s'il est bien structuré et même s'il n'est pas en zone fragile (39).

Il ne s'agissait pas d'éducation thérapeutique mais plutôt d'un suivi chez des patients chroniques « *ce n'est que de la consultation individuelle, ce n'est pas un programme d'éducation thérapeutique* » (E10).

Cette infirmière serait totalement rémunérée par l'association ASALEE et permettrait une meilleure prise en charge des patients. En effet, certains actes de dépistage ou de suivi nécessitent des consultations longues, rarement réalisables « *prendre énormément de temps pour une rémunération de 23 euros* » (E10).

Il s'agit d'un budget d'état depuis la démonstration de son efficacité avec par exemple « *une amélioration de l'hémoglobine glyquée* » (E10) chez les patients suivis.

Une personne énonçait « *éventuellement, si c'est possible de fonctionner en libéral et d'avoir de telles vacances, cela peut m'intéresser* » (E8), témoignant de l'intérêt des professionnels vis-à-vis de la prévention et de leur possibilité d'élargir leurs champs d'actions.

### **3-8 L'enseignement universitaire**

La création du pôle de santé avait permis à l'ex-canton de Saint-Savin d'augmenter son activité de maîtrise de stage.

Initialement, le canton proposait un poste de médecine générale niveau 1 et un poste de stage de médecine générale validant la gynéco-pédiatrie. Deux postes supplémentaires ont vu le jour : un poste d'interne de niveau 1 « *au premier mai puisqu'avec un médecin du PSP on vient de faire la démarche pour devenir maître de stage* » (E10) et un poste de SASPAS depuis mai 2016.

#### ➤ Un moyen de lutte contre la désertification

L'enrichissement de l'offre de stage était considéré comme un atout pour le territoire « *l'interne de niveau 2 c'est quand même l'antichambre de l'installation* » (E6).

➤ La dynamique de groupe

Le pôle avait facilité les démarches « *je n'aurais pas pris des internes aussi vite si je n'avais pas fait partie du pôle* », « *c'est toujours une histoire d'émulation, de groupe et puis de motivation par les autres* » (E10).

➤ La formation médicale continue

Cela modifiait quand même l'organisation des professionnels « *du temps médical différent, que je trouve plus enrichissant* » (E12), cela permettait aux professionnels « *certaines petites mises à jour ou réajustements* » (E13).

### **3-9 Les remplaçants**

➤ La facilité médicale

En continuité du paragraphe précédent, certains déclaraient n'avoir aucune difficulté à trouver des remplaçants en médecine générale et pensaient que le PSP était un point positif, avec notamment la présence d'étudiants en médecine : « *des remplaçants, qui en plus connaissent déjà le logiciel de santé* », « *ça a été d'emblée favorable* » (E10), « *les remplaçants, qui sont souvent d'anciens internes* » (E12).

➤ Peu de retombée pour les autres professions

Par contre, une sage-femme déclarait « *j'avais sollicité le pôle pour essayer de trouver une remplaçante mais ça n'a pas du tout fonctionné* ». Les sages-femmes n'ont pas eu le réflexe de regarder les annonces de remplacements au sein des MSP ou PSP. Il y aurait de l'information à faire « *que l'on travaille avec l'ordre des sages-femmes pour que le pôle attire plus* ».

## 4 - Leurs relations au sein du pôle

### 4-1 L'absence de hiérarchie

#### ➤ Le respect mutuel

Une personne soulevait le fait qu'en libéral, il pouvait y avoir une « *grande barrière* » (E1) entre les différentes professions mais « *toutes les professions s'auto-respectent puisqu'on travaille ensemble* » (E5), « *On est tous sur le même pied d'égalité* » (E9). De même que le fait de mettre des visages sur des noms améliorerait les relations et la communication (E3). Ceci dit, il fallait être prêt à entendre les autres et à les écouter « *des gens sur qui nous appuyer, à condition d'être prêts à entendre des voix divergentes* » (E3), « *chacun sa place, mais c'est bien* » (E11).

#### ➤ La présence d'un leader

L'absence de hiérarchie ne voulait pas dire l'absence d'un leader, d'un motivateur du groupe « *le président s'occupe beaucoup de tout cela* » (E3).

Auparavant, lors de la création du pôle de nombreux professionnels avaient mis en avant la présence et l'importance d'un leader, d'une personne « *consensuelle et par conséquent motrice* » (E6), qui connaissait le territoire, ses forces et ses faiblesses, en la personne de Virginie Evrard, coordinatrice initiale du PSP, employée par le CIAS de Saint-Savin.

Le rôle de la coordinatrice n'était plus à prouver, elle avait réalisé toutes les démarches auprès des instances requérantes tels que l'ARS, la CPAM, les avocats « *elle savait qu'il fallait faire le projet de soins... le présenter à l'ARS et tout ce qui s'en suit* » (E7), « *c'est elle qui prend le relais avec l'avocate* » (E9).

## 4-2 Des relations fertiles

### ➤ Au sein du pôle

Ils se considéraient comme une **vraie équipe** « *on va se rendre service, on se connaît donc ce n'est pas pareil* » (E1). Des professions étaient amenées à se rencontrer « *c'est bien de découvrir ce que font les collègues aussi* » (E1) et à travailler ensemble « *ça nous a permis de faire leurs connaissances* » (E6), « *j'ai discuté avec elle, on sait comment elle bosse, c'est plus simple de travailler avec elle* » (E11), « *j'ai l'impression de mieux partager le suivi de certains patients* » (E12).

Les relations étaient décrites comme confraternelles, amicales parfois et « *vraiment plus agréables* » (E1). Ils évoquaient une « *très bonne ambiance* » (E3). « *L'efficacité va avec la communication* » (E5), « *j'ai été tout de suite à l'aise pour lui expliquer la problématique* » (E11). Une personne relatait « *j'ai retrouvé à l'échelle du territoire finalement ce que j'avais à l'échelle de la commune* » (E8).

### ➤ A l'extérieur

En effet, le PSP permettait grâce à des réunions, des formations, de faire la connaissance d'autres professionnels pas forcément adhérents au pôle tels que les tuteurs ou les assistantes sociales « *des gens que l'on ne voit jamais sauf quelquefois que l'on croise chez le patient sans savoir de qui il s'agit* » (E7), rencontrés lors de réunions de cas complexes.

## 4-3 La naissance d'une confiance mutuelle

Le fait de se connaître, amenait une confiance en l'autre et cela se ressentait sur la prise en charge des patients. L'infirmière, le pharmacien ou le kinésithérapeute par exemple, n'hésitaient plus à appeler le médecin qu'ils connaissaient pour des informations et réciproquement, « *il a peut-être plus de facilités à nous appeler, à nous dire ce qui ne va pas dans nos prescriptions* » (E3), tout ceci dans l'intérêt du patient. Les infirmières allaient parler aux médecins, de la prise ou non de certains médicaments à domicile. « *Le PSP créé*



*des liens et cette cohésion-là aura des répercussions » (E4), « ça ne peut être que bénéfique pour le patient » (E9).*

**Le patient n'était plus l'intermédiaire** « *on pense peut-être plus à communiquer directement qu'avant » (E7), pour les ordonnances, pour les comptes-rendus, ... « ça a créé une proximité, une facilité d'échanges » (E8).*

Les patients semblaient mieux orientés « *c'est bien parce que quand on se connaît, on se dit bon ce n'est pas la peine que je l'envoie chez untel parce que cela ne va pas correspondre au niveau du feeling » (E11).*

#### **4-4 La dynamique de groupe**

Nous retrouvons une certaine dynamique de groupe, entre professionnels qui se côtoyaient, qui connaissaient les compétences de chacun et les choses avançaient parfois plus vite « *ceux que l'on connaît par le PSP sont beaucoup plus réactifs j'ai l'impression » (E3).*

On retrouvait **plus de communication et de réactivité** « *avant on se retrouvait un peu perdu, tout seul, par rapport à un problème tandis que, maintenant, tout de suite on en discute entre nous, on échange un peu plus. » (E7).*

Malgré les différences, professions, sexes, âges, l'ambiance semblait bonne « *On s'entend tous très bien malgré les différences d'âge » (E9).*

Le fait de travailler en équipe apportait une motivation, une dynamique supplémentaire « *C'est motivant » (E10). Certaines choses étaient faites plus rapidement « je me presse un peu de le faire » et « on a une espèce d'émulation de groupe de bien faire » (E10), « Toute seule, je ne sais pas si j'aurais eu l'énergie » (E11).*

Lors des réunions de cas complexes, la dynamique de groupe permettait aussi de trouver des solutions « *le fait d'être ensemble, cela décuple les motivations et donc les choses avancent » (E12).*

#### **4-5 La peur de la concurrence**

Au sein du pôle, tous étaient d'accords pour dire qu'il n'y avait **aucune concurrence**, même au contraire que les rapports étaient plus simples « *Cela nous permet de confier des patients quand on ne peut pas les prendre en charge [...] échanges entre infirmiers sans*

*concurrence » (E7), « il n'y a jamais finalement de problèmes quand on se parle, qu'on se voit » (E8).*

Cependant, le Conseil de l'Ordre des pharmaciens aurait tenu des propos aux pharmaciens des officines faisant partie du PSP afin de ne pas « *faire de la concurrence déloyale par rapport à nos confrères* » en se mettant en avant en intégrant un réseau au sein du PSP.

Également, nous avons évoqué indirectement la peur de la concurrence entre infirmiers, HAD, AMSAD par rapport à l'équipe plaies et cicatrisation du pôle, mais cela n'a pas été évoqué par les personnes porteuses du projet.

#### **4-6 Les remontées négatives**

➤ *L'absence d'écoute*

En dépit de la bonne entente signalée, une personne exprimait un manque d'écoute « *Ce serait mon projet si j'étais entendu* » (E6).

➤ *L'absence de changement*

Une personne estimait qu'il n'y avait pas de dynamique de groupe et que ses interactions avec les autres professionnels n'avaient pas changé.

➤ *Le sentiment d'exclusion*

Les pharmaciens étaient déçus « *ce qui est décevant pour nous, c'est le fait de ne pas pouvoir faire partie de la SISA* ».

## 5 - Les améliorations proposées

### 5-1 L'ampleur de la tâche administrative

#### ➤ Alléger la tâche administrative

De nombreux professionnels faisant partie du noyau initial, se sont plaints de la charge et de la lourdeur de l'administratif dans la création et le fonctionnement d'un pôle de santé. Ils étaient tous d'accords pour déléguer à une tierce personne certaines tâches pour ne pas s'essouffler « *heureusement il y a tout un nouveau groupe qui arrive, plein d'énergie mais les anciens sont fatigués* » (E1).

#### ➤ Arriver à déléguer

« *Pour moi, c'est un échec parce que nous n'avons pas délesté* » (E2).

La place importante de la coordinatrice redonnait espoir à certains, qui étaient heureux de pouvoir déléguer « *c'est une super-secrétaire, qui nous aide beaucoup* » (E3), « *Au départ, c'était vraiment les professionnels qui s'occupaient de tout, là c'est moins lourd maintenant* » (E9), elle pouvait assister à des réunions et transmettre les informations « *ça nous libère un peu de temps* » (E3). Ceci dit, il y avait eu un grand changement au cours de l'année 2016 avec le départ de la technicienne de la communauté des communes, qui a initié tout le projet et l'arrivée d'une nouvelle coordinatrice, salariée du pôle « *cette jeune fille est arrivée, s'est retrouvée toute seule, ce n'était pas simple* » (E8).

#### ➤ Les contraintes administratives réelles

Cependant, les freins administratifs pressentis étaient bien réels « *On nous demande beaucoup de choses, on nous met beaucoup de contraintes* », « *les contraintes fiscales, juridiques, etc. qui font que des mails arrivent tous les jours* » (E8). Peut-être que la nouvelle coordinatrice pourra rendre la tâche plus simple pour les professionnels en gérant une partie des dossiers administratifs purs.

## 5-2 La frustration de la lenteur de cette grosse machine

En effet, depuis le diagnostic initial en 2013, de nombreux projets ont été évoqués mais seulement quelques-uns ont vu le jour et certaines personnes trouvaient cela trop long, « *c'est vraiment un travail de fourmi* » (E5), « *un travail de bénévole important* » (E8), « *parce qu'il y a toujours des freins* » (E2) en parlant des freins administratifs avec de nombreux dossiers à monter notamment pour la téléconsultation par exemple.

Les projets voyaient le jour petit à petit et parfois l'ordre de priorité variait d'un professionnel à l'autre, certains préféraient des actions directes vers les publics dès le début du projet « *si c'est dans 20 ans les publics d'aujourd'hui vont passer à côté* » (E6), « *il y aurait certainement moyen de faire plus simple peut-être pour que les gens se consacrent directement à l'essentiel* » (E8).

## 5-3 L'immobilisme

Initialement, un groupe de personne, le noyau, a beaucoup travaillé pour la mise en place du pôle de santé « *On se retrouvait toujours les mêmes* » (E7). Tant que les projets n'étaient pas concrets « *on avait du mal à fédérer les gens* » (E7).

Le regret que **plus de professionnels n'aient pas encore adhéré** était partagé par l'ensemble des professionnels « *le problème c'est que tout le monde n'est pas dans le PSP, sinon ce serait encore plus simple pour communiquer* » (E3).

De même au sein d'un même cabinet, « *ce qui est un peu plus compliqué pour moi, c'est que je suis le seul [...] du cabinet à être dans le pôle de santé* » (E8) donc cela était plus complexe pour mettre de nouvelles choses en place « *je suis un peu bloquée par rapport aux personnes avec qui je travaille* » (E10).

De même pour **les logiciels partagés**, « *on espère que cela va s'étendre car c'est quand même une aide* » (E3). « *plus d'adhérents qui s'investissent* » (E5), « *c'est un petit peu la déception* » et « *Si tout le monde le prenait (le logiciel), ça donnerait un petit coup d'accélérateur au pôle* » (E10). Certains trouvaient cela dommage « *qu'il y ait autant de réticence des professionnels* » (E10).

Ceci dit, nous avons pu constater que les réunions organisées attiraient de plus en plus de professionnels, peut-être par curiosité (E5).

Un **frein réel** avait été énoncé par plusieurs professionnels à l'adhésion de nouveaux médecins, il s'agissait de la **permanence des soins** « *c'est quand même un gros frein pour l'adhésion d'autres collègues* » (E12).

#### **5-4 La souplesse du PSP**

En tant que structure administrative, les professionnels avaient conscience de leurs devoirs mais ils prônaient tout de même le maintien d'une certaine **liberté** et le fait de pouvoir rentrer ou sortir du pôle sans contrainte, sans jugement « *c'est quelque chose qui doit être souple* » (E5).

« *Chacun est indépendant et a son propre avis, et justement c'est enrichissant pour tout le monde* », il ne faut pas « *Qu'ils aient l'impression que ce soit une contrainte supplémentaire* » (E9).

Ce dernier verbatim illustre le fait qu'une adhésion à un instant T n'obligeait pas à un engagement l'année suivante.

De plus, les professionnels souhaitaient rester libres dans leurs engagements sur certains projets et avoir ainsi le choix des projets qui leurs tenaient à cœur.

Mais certaines professions semblaient énormément sollicitées dans la région pour monter des maisons ou des pôles de santé, notamment les sages-femmes « *avoir des sages-femmes au sein du pôle, ça ramène des points, alors on est tout le temps à titiller, venez venez* ».

Certains doutaient de l'efficacité de la multiplication des structures et prônaient plus de communication sur le département « *Intégrer un grand pôle et travailler vraiment ensemble plutôt que d'en faire cinquante-six mille petits ?* » (E11).

### **5-5 Les bénéfices vers le public**

Nous avons retrouvé au cours d'un entretien, une certaine déception par le manque d'actions concrètes envers le public. Cette personne énonçait un diagnostic initial brillant, sur les plans professionnels mais aussi sur le diagnostic de santé avec une précarité certaine des publics concernés. Elle souhaitait que le pôle soit « *un outil de travail simplifiant la vie des professionnels mais qu'il reste au service des publics concernés* », « *si on reste dans le flou, on voit moins l'intérêt direct du PSP* » (E6).

Au final, les actions concrètes énoncées lors de cet entretien avaient vu le jour quelques semaines plus tard, telles que les vacances psychologues ou diététiques mais « *il y aurait sûrement d'autres choses que l'on pourrait leur offrir* » (E10) (en parlant des ateliers d'éducation thérapeutique, de consultation avec un podologue).

### **5-6 Un lieu de recherche**

Un acteur avait évoqué l'hypothèse de faire du PSP un lieu de recherche clinique « *je l'espère un jour un peu de recherche* », « *ce serait vraiment intéressant* » (E10).

### **5-7 Recherche d'un moyen pour donner son opinion**

Une personne énonçait le fait qu'il serait intéressant d'avoir un espace pour donner des suggestions éventuelles ou pour énoncer des difficultés, des problèmes ressentis au sein du pôle. L'envoi de mails pré ou post réunions fonctionnant que partiellement « *peu de personnes répondent à ces mails* » (E10), « *la réponse de tout le monde est parfois difficile à récupérer* » (E9).

Une boîte à suggestions pourrait éventuellement être mise en place, elle permettrait le maintien de l'anonymat, si cela pouvait être un frein aux démarches.

Aucune autre idée n'avait été suggérée.

## **6 - La note globale de leurs vécus**

Une dernière question en fin d'entretien, non significative dans cette étude qualitative, relatait que la moyenne sur une échelle de 1 à 10 se situe à 7.7 avec des extrêmes à 4 et 10 concernant leurs satisfactions personnelles depuis leurs intégrations au PSP.

## IV/ DISCUSSION

Ce travail a mis en évidence une satisfaction globale des professionnels de santé.

Sur le plan organisationnel, ils semblaient enthousiastes à l'idée de participer plus simplement à des formations, ils trouvaient les réunions mensuelles bénéfiques (réunions de cas complexes, pluridisciplinaire et réalisation de protocoles) notamment sur le plan humain avec une amélioration des relations au sein des professionnels du territoire (facilitées par les outils informatiques) qui, selon eux, permettrait une amélioration de la prise en charge des patients.

La présence d'un leader a favorisé l'élan du projet et la création de relations fertiles au sein du pôle de santé permettait une bonne continuité du projet.

Ils souhaiteraient moins de travail administratif, plus d'actions envers le public et d'arriver à fédérer les professionnels du canton pour pouvoir développer davantage ce réseau de soins.

### A. DISCUSSION SUR LA METHODE

#### 1- Forces de l'étude

Le choix d'une **étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-structurés** peut être justifié :

« Habituellement, les études qualitatives visent à décrire et à approfondir le comment, le pourquoi des phénomènes alors que les études quantitatives servent à mesurer un phénomène en vue d'une généralisation des résultats ou à tester une hypothèse » (30).

Pour cette étude, le choix d'une méthode de recherche qualitative a semblé pertinent puisqu'elle permettait la « production de données verbales » (40), permettait d'évaluer des données qui ne sont pas quantifiables tels les ressentis des personnes interrogées.

Elle est appropriée « lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et donc difficiles à mesurer » (31).

Notre étude s'intéressant **aux ressentis des professionnels** de santé concernant le Pôle de Santé pluridisciplinaire de l'ex-canton de Saint-Savin, la méthode par entretiens de groupe



semi-structuré ou « focus group » a été écartée de peur que le caractère collectif des discussions n'empêche toutes les opinions de s'exprimer librement.

Il n'a pas paru non plus judicieux de choisir des entretiens libres pour réaliser l'étude, ce qui semblait être idéal mais difficile à réaliser pour une novice avec le risque d'obtenir des résultats hasardeux.

Il a finalement été décidé de se tourner vers des **entretiens semi-structurés** (ou semi-dirigés ou semi-directifs) pour réaliser l'étude.

Un entretien individuel est l'occasion pour les personnes interrogées de confier leur opinion profonde sur le sujet, permettant « aux individus, surtout les plus timides, de s'exprimer plus facilement » (31), d'autant plus que même si l'entretien est enregistré, il est rendu anonyme.

De plus, cette étude **n'est pas limitée aux médecins généralistes** mais à tous les professionnels de santé inclus dans le pôle de santé. Cela permet d'avoir une vision globale du fonctionnement de la structure. . En effet, « la sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude » (30). D'autre part, cela aurait été réducteur de se limiter à une seule catégorie de professionnels tellement les interactions entre eux sont importantes.

## **2- Limites liées à l'échantillon**

Le terrain de l'enquête a été **limité au territoire de Saint-Savin** sur lequel le pôle de Santé s'est construit. Il s'agit d'un canton de la Haute-Gironde, présentant une précarité certaine de sa population et des besoins médico-sociaux importants (14). L'offre de soins tendait à se raréfier dans les années à venir.

Devant ses caractéristiques socio-démographiques et médicales, les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à un pôle de santé situé au sein d'une métropole par exemple, car les professionnels impliqués ne sont pas représentatifs d'une telle population de soignants. Comme l'explique P. Hudelson dans la revue médicale suisse (41), en recherche qualitative, **l'échantillon n'est pas choisi dans le but de généraliser**, mais a pour but de recueillir de nouvelles interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension d'un phénomène. C'est ce que nous avons essayé de réaliser avec ce travail.

Cependant, il existe de **nombreux réseaux de soins similaires en milieu rural** (55% des MSP/PSP) et notre étude pourrait intéresser ces dispositifs (11).

Notre étude a comporté **13 entretiens individuels**. Toutes les catégories professionnelles de libéraux adhérents depuis plus de 6 mois au PSP de Saint-Savin étaient représentées. Nous n'avons obtenu aucun refus des professionnels interrogés. Bien qu'un échantillon restreint de personnes soit étudié en général dans les études qualitatives, « les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus » (32). La taille de l'échantillon est déterminée par la réalisation de l'étude elle-même. Lorsque le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle, on a atteint la « saturation des données ». Après l'avoir confirmé par deux ou trois entretiens, on peut arrêter le recueil.

Dans un précédent travail de thèse effectué au sein de 3 MSP d'Aquitaine, vingt-huit entretiens ont été réalisés mais les chercheurs ont obtenu la saturation des données à partir du quatorzième entretien (3). Cela conforte l'hypothèse que nous n'aurions pas eu de nouvelles données en poursuivant les entretiens.

### **3- Limites liées à l'intervieweur**

J'ai effectué deux de mes stages d'internat de médecine au sein des cabinets adhérents au PSP, un en tant que stage de médecine générale de niveau 1 et un en tant que SASPAS. Je connaissais à minima un certain nombre des personnes interviewées.

« La proximité sociale, et non plus interpersonnelle rend l'entretien plus aisé dans la mesure où interviewer et interviewé se situent dans un univers de références partagé » (42). Cette **proximité pouvait modifier les réponses** de l'interviewé ou ne pas l'inciter à aborder certains points négatifs et nous avons dû en tenir compte dans notre analyse.

On peut donc à juste titre évoquer un biais de désirabilité sociale, devant mon envie connue par certains de m'installer sur le canton.

Malgré ma préparation pour réaliser ces entretiens, **mon manque d'expérience** dans ce domaine a probablement nuit à la qualité des entretiens. En effet, on remarque une certaine inégalité entre les premiers entretiens et les derniers. Certaines questions ont été posées d'une manière trop fermée et la qualité des entretiens nous a paru meilleure au fil du temps. Il a fallu plusieurs entretiens pour réussir à relancer de façon plus adaptée et à arriver à rebondir sur certaines propositions. Nous avons probablement perdu quelques informations en rapport avec ce manque d'expérience dans la conduite d'entretiens individuels.

#### **4- Limites liées à l'analyse**

Nous avons décidé de réaliser une **analyse manuelle** sans outil informatique (hormis la retranscription des entretiens au format Word). En principe elle ne modifie pas la validité des données recueillies. Les logiciels « ont l'avantage, dans tous les cas, d'augmenter la rapidité de travail du chercheur, mais, aucun logiciel n'améliore la validité des études » (43). Nous avons réalisé une analyse minutieuse de chaque entretien avec une lecture et plusieurs relectures de chaque verbatim afin de dégager toutes les idées énoncées.

L'analyse de l'étude est liée inévitablement à la **subjectivité du chercheur**, c'est pour cela que nous avons essayé de réaliser une triangulation des investigateurs à l'aide d'un autre professionnel de santé indépendant du PSP afin de confirmer les données recueillies (44). En effet, « la triangulation renforce la validité des résultats : pour ce faire, plusieurs personnes effectuent l'analyse indépendamment et la confrontent ensuite » (32).

L'analyse par ce dernier, novice également, a eu lieu après chaque retranscription sans connaissance de mon analyse personnelle. Il a fait ressortir de chaque entretien les résultats interprétés comme positifs et négatifs avec parfois quelques idées de discussion sur ces derniers.

La mise en commun de nos deux réflexions a permis d'élaborer ce travail.

Il aurait été possible d'améliorer la qualité de l'analyse en s'aidant d'une personne confirmée en analyse qualitative et en réalisant le codage ensemble.

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

Un de mes **directeurs de thèse était le président du PSP**. Cela a pu influencer les réponses des interviewés bien qu'aucun entretien ne lui a été communiqué afin de maintenir l'anonymat. La connaissance par les interviewés de ce point a pu influencer leurs réponses, bien qu'aucune information à ce sujet ne leur ait été transmise avant ou pendant les entretiens.

L'enquête étant réalisée à l'échelle d'un canton, cette information a pu circuler librement.

Les résultats ont été présentés à mon directeur uniquement lors du rapport de ce travail, en conservant l'anonymat des personnes interrogées.

Nous devons préciser cependant qu'il a fait partie des interviewés et que son entretien a été analysé.

## **B. DISCUSSION SUR LES RESULTATS**

### **1- Comparaison des éléments positifs avec les données de la littérature**

#### **1- L'origine du projet**

Au départ, les professionnels de santé **n'avaient que peu d'attentes concernant le PSP**, ils ne savaient pas vraiment à quoi celui-ci pouvait servir. Ils attendaient principalement de ce dispositif un moyen de **lutte contre la désertification** vue dans le diagnostic élaboré par le CIAS du canton de Saint-Savin (14).

#### **2- Le pôle de santé, une réponse aux besoins des professionnels**

Nous avons relevé chez la plupart des personnes interrogées un certain nombre de points positifs à l'adhésion à ce réseau de soins avec par exemple **le travail en équipe, la lutte contre l'isolement, la tranquillité d'esprit et l'amélioration de l'attractivité du territoire**. Ces retombées commençaient tout juste à être perçues au moment de l'étude. En effet, malgré l'inauguration récente en avril 2015, une majorité des professionnels interrogés a participé à l'élaboration de ce projet suite à la présentation du diagnostic local de santé faite en 2013.

Le travail de thèse de M Robin concernant le pôle de santé pluridisciplinaire de Saint-Méen le Grand retrouvait de **nombreux points positifs similaires** avec l'amélioration de la communication entre les professionnels qui permettrait une meilleure prise en charge des patients, la présence d'un leader indispensable afin de créer des liens solides mais la possibilité de conserver une certaine souplesse afin de n'obliger aucun professionnel à adhérer sans grande conviction à ce réseau (24). L'intérêt de ce travail était qu'il arrivait après **trois années de fonctionnement du pôle**, avec des projets déjà bien définis contrairement à notre travail qui, comme on peut le constater, **était peut-être un peu prématuré dans les projets réalisés** (inauguration en Avril 2015 mais élaboration du projet et groupes de travail depuis 2013).

### 3- L'absence de locaux communs

Contrairement aux MSP, un atout majeur retrouvé dans ce travail était **la pluralité des locaux, avec l'absence d'un lieu unique et le maintien du maillage du territoire** en terme d'offre de soins. Nous retrouvions les mêmes données concernant le pôle de santé de la ville de Hem avec le choix d'une équipe de soins « sans les murs » (27).

Un travail de thèse concernant les MSP énonçait quant à lui, une satisfaction de bénéficier de locaux neufs, d'un secrétariat unique, de rompre l'isolement (3). Mais dans notre étude le fait d'exercer au sein du pôle de santé, permettait aux professionnels de maintenir des liens entre eux et de rompre également avec l'isolement en travaillant en équipe.

Le fait d'avoir des locaux différents n'était d'ailleurs pas énoncé par les nouveaux arrivants comme un frein à leurs installations et le pôle de santé **attirait les jeunes par la cohésion de son groupe**. Il y a eu l'installation de deux médecins sur le territoire (qui ont adhéré au PSP dès leur arrivée) et l'installation d'une pharmacienne qui a également intégré le réseau. Nous pouvons penser que le pôle est un des moyens de lutte contre la **désertification médicale**.

### 4- La prévention

Le canton devenait aussi un lieu de prévention, avec le début de nouvelles activités comme ASALEE ou les petit dej santé. Le réseau ASALEE est décrit comme une forme de coordination au sein des MSP selon un autre travail de thèse, avec une réunion mensuelle entre l'infirmière ASALEE et les médecins (3).

Dans notre étude, ASALEE était plutôt décrite comme un renfort dans la prise en charge du patient mais ils ne le considéraient pas comme de l'éducation thérapeutique.

### 5- La télémédecine

La **télémédecine** a fait également son apparition sur le canton, au sein du PSP. Seulement 7% des MSP ou PSP en France ont un projet de télémédecine, comme vu en introduction (11). C'est un projet intéressant, qui plus est, **rare au sein de ces dispositifs**. En effet, le travail précédent retrouvait un manque de temps, de moyens, et trop peu de professionnels engagés pour mettre en œuvre ce projet (23). C'est **un des points forts du**

**pôle** qui permettrait une amélioration de la prise en charge des patients souffrant de plaies chroniques.

### **6- La bonne entente**

Toutes ces nouveautés sont portées par la **dynamique de groupe**, réelle et ressentie par les professionnels. On ne retrouvait pas de concurrence ou de hiérarchie au sein du pôle. L'absence de hiérarchie et les relations amicales étaient également notées au sein de cet autre travail de thèse (3).

Dans un autre travail, nous avons retrouvé des relations difficiles avec les organisations de santé telle que l'ARS ou les élus (24). Ceci n'a pas été retrouvé dans notre étude, peut-être grâce à la présence d'une coordinatrice qui a su gérer au mieux toutes les démarches administratives.

### **7- La permanence des soins**

Un point restait difficile à classer, celui de la **permanence des soins avec la gestion des urgences non programmées par les médecins généralistes**. En effet, elle faisait partie des missions initiales obligatoires des maisons et pôles de santé (45) et décrite selon l'article L6112-3 du Code de la Santé Publique (46). Elle n'avait pas été énoncée lors du travail de L. Bavay sur les freins à l'adhésion (26). Cependant, notre travail a mis en évidence des divergences concernant la satisfaction des professionnels. Décrite souvent comme **une contrainte supplémentaire**, la permanence des soins **réussirait peu à peu à convaincre** de son utilité et de l'absence de grands changements organisationnels pour les professionnels médicaux. Dans le travail de D. Zalmai réalisé au sein de MSP en milieu rural ou semi-rural Aquitain, l'envie de réaliser une permanence des soins varie selon les médecins et selon les lieux d'exercice (3).

## **2- Comparaison des freins à l'adhésion à un PSP avec les données de la littérature**

Dans cette partie, pour comparer nos données à celles de la littérature, nous allons nous appuyer sur un **travail de thèse réalisé sur le canton de Saint-Savin en 2014** qui analysait les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé (23).

Notre étude **englobe toutes les professions** de santé représentées au sein du pôle et non uniquement les médecins généralistes.

### **1) Le manque de temps**

On a pu retrouver que certains s'investissaient peu dans les projets menés par manque de temps, il s'agissait également d'un **frein commun à tous les médecins généralistes dans le travail de L. Bavay**.

### **2) Les freins administratifs**

Les freins administratifs ont également été rapportés dans ce travail, ils représentaient un **investissement important** comme nous l'avons évoqué précédemment.

### **3) Les freins logistiques**

Ils étaient notamment perceptibles avec la **faible utilisation d'outils informatiques**. L'ensemble des professionnels n'ayant pas encore le dossier médical partagé commun, par manque de temps, ou pour des raisons personnelles (habitudes de travail, pas pris le temps de se renseigner).

Les pharmaciens mentionnaient l'**incompatibilité** de leurs logiciels métiers avec le logiciel commun, de même pour les infirmiers.

De plus, dans l'étude précédente de L. Bavay, la crainte d'une **perte de la confidentialité** avait été évoquée. Dans notre étude, bien que l'intégralité du dossier médical soit accessible à tous les professionnels de santé, cela ne semblait pas poser de problème de confidentialité. Les sages-femmes avaient mis en avant l'accès parfois inutile à l'ensemble du dossier du patient (compte-rendu de spécialistes par exemple).

Les professionnels n'avaient pas eu de refus de leur patientèle concernant le partage du dossier médical. Une affiche était disposée dans chaque cabinet afin d'avertir les patients du partage de données, les invitant à signaler un éventuel refus de leur part.

#### **4) La levée des incertitudes**

De nombreuses incertitudes ont été levées :

- L'incertitude sur l'**attractivité** avec 3 installations en partie grâce au pôle. Nous n'avons pas retrouvé de doute concernant ce point et tous semblaient satisfaits de ce moyen de lutte contre la désertification bien que sceptique au départ du projet.
  
- L'incertitude sur l'**utilité du pôle de santé** avec l'apport et l'enrichissement que celui-ci apporte aux professionnels. Ils semblaient en grande majorité satisfaits de leurs participations et y trouvaient des bénéfices avec un enrichissement personnel (formations aisées, protocoles, réunions de cas complexes). La levée de cette incertitude est peut-être liée à une **compréhension de la notion de pôle de santé et de ses méthodes de fonctionnement**.
  
- Dans le travail sur les freins à l'adhésion de L. Bavay, la **vaste étendue du canton** semblait être une problématique « cela rend le partage de la patientèle compliqué, pour les visites à domicile notamment ». Notre travail n'a pas mis en évidence de difficultés en rapport avec ceci, même au contraire certains mentionnaient un bon maillage du territoire.
  
- La **crainte de conflits interprofessionnels** : il avait été retrouvé une crainte que le pôle de santé soit générateur de conflits entre médecins (population médicale étudiée uniquement dans la thèse précédente). Ceci ne s'est pas produit, bien au contraire l'ambiance agréable au sein du pôle de santé a souvent été évoquée.



## 5) La perte de liberté

La crainte d'une **perte de liberté** évoquée dans l'étude de L. Bavay n'a pas été retrouvée, probablement par l'absence de local professionnel unique et la souplesse concernant l'adhésion ou non au pôle ; hormis peut-être dans le cadre de la **permanence des soins**, qui reste un frein énoncé lors de nos entretiens.

## 6) Les habitudes des médecins

Les freins liés aux **habitudes des médecins**, avec un **travail en solitaire** et un manque de communication n'a pas été retrouvé dans notre travail, biaisé par le fait que l'adhésion volontaire fait que les professionnels engagés ont plus de chances d'être satisfaits. Les freins persistent certainement chez ceux qui n'ont pas adhéré à ce jour. Ils étaient tous ravis de la **dynamique de groupe** (hormis un professionnel qui n'a pas ressenti de dynamique de groupe). Ceci dit, **la routine** et la **peur du changement** sont des freins bien réels. Le cap franchi de l'adhésion à un nouveau système de soins, certains n'osaient pas s'investir davantage notamment dans les logiciels communs. Il y a aussi probablement un effet générationnel avec l'utilisation d'un **outil informatique**.

## 7) Les habitudes des patients

La **peur du comportement des patients** avait été évoquée dans le travail précédent. Dans notre étude, cela fonctionnait plutôt bien au sein des cabinets qui utilisaient les logiciels en commun et ils n'avaient eu aucun refus concernant le partage des données notamment. Nous n'avons eu aucun retour sur les chiffres d'affaires ou sur les **fréquentations** des cabinets médicaux depuis leurs adhésions au pôle. Seuls les infirmiers ont signalé être soulagés de pouvoir s'épauler en cas de besoin en se confiant des patients lors des périodes de rush.

## 8) Des difficultés non retrouvées

Un résultat intéressant est que les professionnels de santé se trouvaient en **difficulté pour la prise en charge des soins palliatifs**, la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement selon le **diagnostic de santé réalisé en 2013**, mais nous n'avons pas

retrouvé de souhaits ou de projets concernant ces missions. Est-ce lié à une limite lors de la réalisation des entretiens ou n'est-ce tout simplement plus une difficulté ?

**Le manque d'engagement des professionnels** est un frein retrouvé dans notre étude qui n'était pas présent dans la précédente. Ce travail montre que de nombreux professionnels auraient souhaité plus d'adhésions, plus de participation des confrères alentours afin **d'alléger la tâche des adhérents et d'améliorer ce réseau de soins**. L'immobilisme des professionnels est un frein énoncé dans une autre thèse sur un autre territoire (23).

Le **frein financier** n'avait pas été mis en exergue dans l'étude précédente ni dans la nôtre.

L'incertitude concernant **l'engagement des pouvoirs publics** n'a pas été retrouvée dans l'analyse des entretiens, peut-être en raison du fait que l'évolution des soins primaires semble se confirmer vers le développement de MSP/PSP, sous-entendant la pérennisation des aides qui y sont consacrées

### **3- Perspectives et améliorations : souhaits des professionnels du canton et comparaison avec les dispositifs en fonctionnement**

#### **1) Cadre juridique pour les pharmaciens**

Les pharmaciens avaient rapporté, dans notre étude, une **impossibilité de participer à la SISA et une frustration** en découlant par l'absence de rémunérations dans le cadre des NMR.

Or selon le JO du 11/04/2013, l'intégration de pharmaciens dans les SISA est explicitement prévue par les textes : l'article L. 4041-2 du code de la santé publique prévoit qu'une SISA peut être constituée « entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien ».

Les SISA permettent donc aux pharmaciens d'avoir toute leur place auprès des autres professionnels de premier recours en matière de coordination interprofessionnelle. La mise en commun de moyens n'est pas nécessaire à l'exercice de ces missions.

Cette inquiétude des pharmaciens avait été retrouvée également dans l'étude de 2013 concernant le PSP de Saint Méén le Grand (24), qui identifiait des problématiques **juridiques et financières**. La création du statut de SISA en 2012 et l'attribution des NMR semblaient régler ces problématiques.

## **2) Difficultés relationnelles et coordination**

Si dans d'autres études, nous retrouvions des difficultés relationnelles, ou à minima des difficultés de coopération entre les professionnels (3,24), les professionnels du pôle de santé de l'ex-canton de Saint-Savin déclaraient avoir **une très bonne entente malgré un investissement différent** selon les professionnels.

La **place de la coordinatrice, salariée du pôle**, est encore à souligner dans ce contexte. Elle permet un allègement des contraintes administratives et de coordination qui semblerait améliorer les relations entre professionnels, en déléguant davantage et en soulageant les professionnels qui s'investissent depuis plusieurs années. Ceci permettrait un **gain de temps** consacré à la gestion des tâches administratives. Ce point est retrouvé également dans le travail de thèse réalisé au sein du pôle de santé de la ville de Hem (27).

Il sera peut-être intéressant que les adhérents effectuent un **roulement sur les postes à responsabilité** afin d'éviter un **épuisement**.

## **3) Améliorer les outils existants**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le **déploiement des logiciels informatiques** (WEDA et PAACO) serait une aide majeure pour améliorer la **performance** de ce réseau de soins. Il faudrait une **mobilisation** de l'ensemble des professionnels pour adhérer à ces nouvelles pratiques et à l'utilisation du numérique dans leur travail quotidien, mais cela nécessite **davantage d'implication** de la part des professionnels.

De plus, si les logiciels devenaient communs à tous, les protocoles réalisés lors des réunions pourraient être insérés au sein même de ces derniers. Le travail en équipe pourrait permettre une diminution des « erreurs médicales », les échanges en seraient facilités. Un autre travail de thèse (3) souligne l'importance du dossier commun pour améliorer la prise en charge des patients.

#### **4) L'intérêt de l'information**

De plus, à l'avenir, de nouveaux projets vont voir le jour sur le territoire avec des missions de prévention, des petit dèj santé, qui seraient au bénéfice des publics.

Il serait intéressant de savoir si les publics ont connaissance de ce réseau de soins et de sa méthode de fonctionnement. La toile est de nos jours un moyen incontournable et le site du PSP est l'une des priorités pour faire connaître le pôle.

#### **5) Augmenter le nombre de professionnels**

Pour améliorer ce réseau, il faudrait arriver à **fédérer** davantage afin de **recruter** un plus grand nombre de professionnels pour étoffer l'équipe soignante.

Il faudrait peut-être davantage de **communication** concernant le pôle de santé et ses services afin de le rendre plus attrayant pour les nouveaux professionnels de santé installés ou qui recherchent des offres d'installation. Ce point est retrouvé également dans le travail de thèse concernant une MSP avec une volonté de réunir tous les professionnels de santé du canton, que toutes les professions soient représentées, avec davantage d'information (23).

#### **6) Développer de nouveaux projets**

Comme énoncé par un d'entre eux et en lien avec les missions initiales, le Pôle pourrait être un lieu de recherche. En effet, la recherche en médecine générale semblait être un point important pour un professionnel interviewé mais ceci n'a pas été retrouvé dans d'autres études (3,23,27).

Un point important qui ressort de notre étude est le manque d'actions vers les publics mais cela tend naturellement à se corriger avec la mise en place des projets au fur et à mesure.

#### **7) Avenir des pôles de santé**

Une personne s'interrogeait sur le devenir de ces réseaux de soins avec la multiplication de ces structures et au final, sur la performance réelle de réseaux de soins à échelle locale. Ces craintes ont été énoncées dans un autre travail concernant le devenir de

l'exercice libéral et la pérennité de ces structures (3). Aucune réponse n'est possible à l'heure actuelle.

## V/ CONCLUSION

Cette étude a permis de recueillir le ressenti des professionnels de santé intégrant un pôle de santé 18 mois après sa création.

Bien qu'il existât de nombreux freins initiaux et des incertitudes quant au succès de ce type de structure, nous avons retrouvé une satisfaction globale des professionnels adhérents au pôle de santé de l'ex-canton de Saint-Savin. Ils trouvent un intérêt dans l'attractivité du territoire, avec l'arrivée de trois professionnels depuis la création du pôle, mais aussi dans la qualité des soins, avec une prise en charge pluridisciplinaire, et dans le développement de nouveaux moyens de communication (logiciels informatiques, messagerie sécurisée ...) ou l'organisation de réunions de cas complexes. En outre, de nouvelles pratiques donnent aux acteurs du projet une aide pour la prise en charge de leurs patients, avec l'arrivée imminente de la télémédecine et la création d'ateliers d'éducation thérapeutique. Les professionnels évoquent une bonne qualité relationnelle au sein du pôle, ils estiment avoir gagné en quiétude et en efficience. Des améliorations restent à apporter concernant l'organisation de la permanence des soins et l'implication hétérogène des professionnels. Ils souhaiteraient également plus d'adhérents afin d'alléger le travail de chacun tout en gardant une certaine souplesse dans l'intégration et la participation. Mais l'arrivée de la coordinatrice donne de l'espoir aux acteurs présents depuis l'origine qui trouvaient la tâche administrative importante. De nouvelles missions seront probablement développées dans les années à venir (projets de recherche en médecine générale...)

Concernant les patients, la qualité des soins est-elle améliorée par cette structure ? Une étude ultérieure pourrait répondre à cette problématique de Santé Publique.

Enfin, ce travail s'intéressait aux professionnels adhérents, mais une seconde étude auprès des professionnels du canton non adhérents serait intéressante afin d'analyser les freins à l'engagement maintenant que le pôle est fonctionnel et qu'il se développe de façon positive.

## VI/ BIBLIOGRAPHIE

1. République Française. Art L6323-3. Code de la Santé publique. (page consultée le 07/07/2017) Disponible sur internet  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
  
2. Fédération Française des maisons et pôles de santé. Qu'est ce qu'une Maison et un Pôle de Santé ? (page consultée le 02/11/2016). Disponible sur internet  
<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>
  
3. ZALMAI D. Maisons de santé pluri professionnelles : attentes, réalités et perspectives. Etude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux ; 2016, 169 p.
  
4. République Française. Art L6323-3. Code de la Santé publique. (page consultée le 07/07/2017). Disponible sur internet  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9E895EFB37A8E77819BF3D8C116D325F.tpdila13v\\_2?idArticle=LEGIARTI000024462532&cidTexte=LEGITEXT00006072665&categorieLien=id&dateTexte=20160127](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9E895EFB37A8E77819BF3D8C116D325F.tpdila13v_2?idArticle=LEGIARTI000024462532&cidTexte=LEGITEXT00006072665&categorieLien=id&dateTexte=20160127)
  
5. République Française. Art 36. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Code de la Santé publique. (page consultée le 07/07/2017) Disponible sur internet  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
  
6. République Française. Art 40. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Code de la Santé publique. (page consultée le 07/07/2017) Disponible sur internet  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=9E895EFB37A8E77819BF3D8C116D325F.tpdila13v\\_2?idArticle=JORFARTI000020879497&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=9E895EFB37A8E77819BF3D8C116D325F.tpdila13v_2?idArticle=JORFARTI000020879497&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id)

7. République Française. Art L.1435-4. Code de la Santé Publique. (page consultée le 02/11/2016). Disponible sur internet  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025014368&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
8. République Française. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Publié au JO du 27 février 2015. Texte 34 sur 142, article 3. (page consultée le 03/11/2016). Disponible sur internet  
[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5028/document/arrete-23-fevrier-2015\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5028/document/arrete-23-fevrier-2015_journal-officiel.pdf)
9. AlloCPAM.fr. Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. (page consultée le 17/07/2017). Disponible sur internet  
<http://allocpam.fr/info/fonds-intervention-pour-la-qualite-et-la-coordination-des-soins-fiqcs.html>
10. République Française. 4eme alinéa de l'Art L.1110-4. Code de la Santé Publique. (page consultée le 03/11/2016). Disponible sur internet  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
11. Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé. Observatoire des MSP 5emes journées FFMPS. (page consultée le 08/06/2017). Disponible sur internet  
[http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation\\_Observatoire\\_MSP\\_FFMPS\\_2\\_11\\_03\\_16.pdf](http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation_Observatoire_MSP_FFMPS_2_11_03_16.pdf)
12. Groupe Pasteur Mutualité. Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. (page consultée le 09/07/2017) Disponible sur internet  
<https://www.gpm.fr/exercice-en-groupe/44-profession/exercice-en-groupe/958-les-soci%C3%A9t%C3%A9s-interprofessionnelles-de-soins-ambulatoires-sisa.html>



13. Agence Régionale de Santé. Maisons de santé pluridisciplinaires labellisées et ouvertes au premier septembre 2016. (page consultée le 09/07/2017). Disponible sur internet

[https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Exo\\_Coordonne\\_Carte\\_201609\\_R75\\_MSPouvertes092016\\_201609.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Exo_Coordonne_Carte_201609_R75_MSPouvertes092016_201609.pdf)

14. Centre Intercommunal d'Action Sociale, Maison de la Communauté de Communes du Canton de Saint-Savin. Diagnostic local de Santé. Publié le 29/08/2013. Consultable au CIAS de Saint-Savin.

15. Agence Régionale de Santé Aquitaine. Schéma Régional d'organisation médico-sociale. Projet régional de Santé 2012/2016. (page consultée le 08/06/2017). Disponible sur internet [https://www.nouvelleaquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/201612/PRS\\_SROMS\\_PRS\\_Aquitaine.pdf](https://www.nouvelleaquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/201612/PRS_SROMS_PRS_Aquitaine.pdf)

16. République Française. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Santé. Instructions DGOS/R2/DSS n°2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. (page consultée le 19/07/2017). Disponible sur internet

[http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste\\_20120001\\_0100\\_0085.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0085.pdf)

17. Portail d'accompagnement des professionnels de santé. De quelles aides à l'installation puis-je bénéficier ?. Dispositif de praticien territorial de médecine générale. (page consultée le 17/07/2017). Disponible sur internet

<http://paps.sante.fr/index.php?id=19147>

18. Pôle de santé pluridisciplinaire du territoire de Saint-Savin. Le territoire du projet. (page consultée le 12/06/2017). Disponible sur internet

<http://www.poledesante-saintsavin33.fr/le-territoire-du-projet>

19. L'artitude Nord Gironde. Histoire. (page consultée le 12/06/2017). Disponible sur internet <http://www.latitude-nord-gironde.fr/histoire/>

20. Observatoire Régionale de la Santé en Aquitaine. La mortalité prématurée évitable en Aquitaine. Novembre 2012, 8p

21. Pôle de santé de Santé pluridisciplinaire du territoire de Saint-Savin. La genèse du projet. (page consultée le 12/07/2017). Disponible sur internet [http://www.poledesante-saintsavin33.fr/sites/pspt2s.drupal7.aquisante.priv/files/genese\\_du\\_projet.pdf](http://www.poledesante-saintsavin33.fr/sites/pspt2s.drupal7.aquisante.priv/files/genese_du_projet.pdf)
22. Pôle de santé de Santé pluridisciplinaire du territoire de Saint-Savin. Les acteurs du projet. (page consultée le 12/06/2017). Disponible sur internet <http://www.poledesante-saintsavin33.fr/les-acteurs-du-projet>
23. Chaissac C. Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges. Thèse de médecine générale. Université de Lille ; 2014, 150 p.
24. Robin M. L'organisation des soins primaires : le pôle de santé, une réponse aux attentes des professionnels ? : l'étude du pôle de santé pluridisciplinaire de Saint-Méen-Le-Grand et de ses environs. Thèse de médecine générale. Université de Rennes ; 2013.
25. Degroote J. Avis des professionnels de santé et des patients concernant la création du pôle de santé du canton de Trelon. Thèse de médecine générale. Université de Lille ; 2013, 79p.
26. Bavay Robert L. Les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluri-professionnel. L'exemple du projet de pôle de santé du Canton de Saint-Savin en Gironde. Thèse de médecine générale. Université de Nantes ;2014, 87 p.
27. Perche M. Quelles sont les attentes et les aspirations des Médecins Généralistes, Pharmaciens, Biologistes, Chirurgiens Dentistes dans la mise en place effective du pôle de santé dans la ville de Hem ? Thèse de médecine générale. Université de Lille ; 2015, 88 p.
28. Thelot-Bach L. 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. Thèse de médecine générale. Université de Paris ; 2013.
29. Bornand L. Etude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales. Thèse de médecine générale. Université de Grenoble ; 2012, 43p.

30. Côté L, Turgeon J., « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine », Pédagogie médicale, 2002 ; 3 : 81-90.
31. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A.M., Imbert P., Letrilliart L., « Introduction à la recherche qualitative », Exercer 2008 ; 84 : 142-5.
32. Frappé P., « Initiation à la recherche », Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Edition 2011.
33. WEDA. Votre logiciel de dossiers patients. (page consultée le 12/06/2017). Disponible sur internet  
<https://weda.fr/>
34. Région Nouvelle-Aquitaine. Guide des aides. Brochure de présentation AMI e-santé, télémédecine. (page consultée le 12/07/2017). Disponible sur internet  
<http://les-aides.nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/uploads/Brochure-de-pr%C3%A9sentation-AMI-esant%C3%A9.pdf>
35. Télé santé Aquitaine. Services PAACO. (page consultée le 09/05/2017). Disponible sur internet  
<http://www.tsa-esante.fr/services/paaco>
36. Maisons de retraite.fr. Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer. (page consultée le 13/06/2017). Disponible sur internet  
<http://www.maisons-de-retraite.fr/Evaluer-la-perte-d-autonomie/Ou-s-informer/Les-Maisons-pour-l-autonomie-et-l-integration-des-malades-Alzheimer-Maia>
37. MAIA Haute Gironde. (page consultée le 13/06/2017). Disponible sur internet  
<http://www.maia-hautegironde.fr/page/maia-de-la-haute-gironde>
38. Haute Autorité de Santé. Rencontres HAS 2007. ASALEE : Action de santé Libérale en équipe. (page consultée le 13/06/2017). Disponible sur internet  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr3\\_j.\\_gautier.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr3_j._gautier.pdf)

39. Carnets de Santé. Entretiens. Marissal Philippe. Coopération entre soignants : un sacerdoce ? (page consultée le 12/07/2017). Disponible sur internet

<http://www.carnetsdesante.fr/Marissal-Philippe>

40. Blanchet A., Gotman A., « L'enquête et ses méthodes : le questionnaire », Nathan, collection 128, n°18, 1992.

41. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Revue médicale suisse. 2004 ;503 (page consultée le 17/07/2017). Disponible sur internet

<https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>

42. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Ed Armand Colin, 2006.

43. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. Recherches qualitatives-hors série- numéro 3 ; 2007, 1715-8702. (page consultée le 13/06/2017).

Disponible sur internet

[http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v3/Wanlin2.pdf](http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Wanlin2.pdf)

44. Barondeau R. Méthodologie. Chapitre 3.2 Fiabilité et validité des données. (page consultée le 13/06/2017). Disponible sur internet

<https://regisbarondeau.com/Chapitre+3%3A+Methodologie>

45. Fédération Française des maisons et pôles de santé. Législation, réglementation, maisons et Pôles de santé. (page consultée le 02/06/2017). Disponible sur internet

<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/lois-et-msp>

46. Légifrance. Article L3112-3 du Code de la Santé Publique modifié par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016- art.99. (page consultée le 02/06/2017). Disponible sur internet

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690686&dateTexte=&categorieLien=cid>

## VII/ ANNEXES

Annexe 1 : La télémédecine en MSP, 7% de projets réalisés ou en cours. Données DGOS, mars 2016

*La télémédecine : une activité encore très marginale et peu évolutive*

Télémédecine	Mars 2014		Mars 2015		Mars 2016	
	Maisons de santé ouvertes		Maisons de santé ouvertes		Maisons de santé ouvertes	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Réalisé	1	0%	12	2%	20	3%
En cours	10	2%	22	4%	29	4%
En projet	101	25%	133	22%	157	20%
Non	149	36%	237	38%	277	36%
Sous-total des MSP renseignées	261	60%	404	66%	483	62%
Non renseigné	175	40%	212	34%	295	38%
Total général	436	106%	616	100%	778	100%

Annexe 2 : Formulaire de déclaration simplifiée d'un traitement informatique. Adressé à la CNIL le 11 janvier 2017.



## Formulaire de déclaration simplifiée d'un traitement informatique

<b>Fiche Informatique et Libertés</b>	
<b>Nom de l'application :</b>	Thèse de médecine générale, fichiers audio (dictaphone) et textes Word
<b>Date de mise en œuvre du traitement :</b>	11/01/2017
<b>Finalité principale du traitement :</b>	Enquête qualitative pour rédaction d'un travail de thèse de médecine générale
<b>Détail des finalités du traitement :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien téléphonique préalable afin de présenter le projet de thèse, de programmer un RDV physique avec enregistrement numérique audio et retranscription des données au format Word.</li> </ul>
<b>Personnes concernées :</b>	Professionnels de santé adhérents au pôle de santé de l'ex canton de Saint-Savin (médecins, infirmiers, kinésithérapeute, sages-femmes, diététicienne, pharmaciens)
<b>Service chargé de la mise en œuvre :</b>	Moi-même, thésarde, Vanessa BOYER
<b>Responsable(s) technique(s) et fonctionnel(s) :</b>	Moi-même, thésarde, Vanessa BOYER
<b>Service ou personne(s) auprès duquel s'exerce le droit d'accès :</b>	Moi-même, thésarde, Vanessa BOYER
<b>Modalités d'informations :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information initiale téléphonique, de présentation du sujet de thèse, du motif de l'entretien, de l'enregistrement et du maintien de l'anonymat</li> <li>- En début d'entretien face à face, présentation de moi-même et du travail de thèse. Rappel et demande d'autorisation de réaliser un enregistrement de l'entretien à l'aide d'un dictaphone et rappel du maintien de l'anonymat des données (pas de mention de nom ou de prénom dans les entretiens)</li> </ul>

	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
<b>Données traitées :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexe</li> <li>- Age</li> <li>- Profession</li> <li>- Durée d'installation et le mode d'exercice (seul, cabinet de groupe)</li> <li>- Date d'adhésion au PSP</li> <li>- Commission dans le PSP</li> <li>- Données qualitatives (entretiens semi-structurés)</li> <li>- 5 thèmes abordés : intégration, relationnel, organisationnel, mode d'exercice, améliorations potentielles</li> </ul>	<p>Une petite partie sera consacrée aux données quantitatives avec des pourcentages d'hommes, de femmes, des tranches d'âges, sans mentionner au cas par cas les sujets en rapport avec les idées ressorties.</p> <p>Commission dans le PSP : partie du bureau ou du conseil d'administration</p>
	<b>Catégories de destinataires</b>	<b>Données concernées</b>
<b>Destinataires auxquels les données sont susceptibles d'être communiquées :</b>	Les entretiens seront lus par moi-même et par mon oncle pour une seconde analyse	Les idées, qualitatives, seront ressorties de l'entretien avec quelquefois des citations courtes entre guillemets afin de ne pas pouvoir reconnaître le style d'expression des sujets.
<b>Durée de conservation des données :</b>	<b>Jusqu'à la soutenance de thèse</b>	
<b>Service ou personnes responsables de la suppression des données :</b>	<b>Moi-même</b>	
<b>Mesures de sécurité des données :</b>	Fichiers enregistrés sur mon ordinateur personnel et supprimé du dictaphone après retranscription	

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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, leurs autonomies et leurs volontés, sans aucune discrimination selon leurs états ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.



## RESUME

**Titre** : Évaluation de la perception des professionnels de santé intégrant un pôle de santé pluriprofessionnel. L'exemple du pôle de santé de Saint-Savin en Gironde.

**Introduction** : Devant la multiplication des maisons et pôles de santé, de nombreuses études ont évalué les attentes, les motivations ainsi que les freins à l'adhésion des professionnels de santé à de nouveaux modes de fonctionnement. L'objectif de cette étude est d'analyser le ressenti des professionnels concernant leurs nouvelles pratiques au sein d'un pôle de santé. Les objectifs secondaires sont d'identifier les aspects ressentis positifs en lien avec les missions initiales, de relever les obstacles énoncés sur le plan humain et organisationnel et de les comparer avec les données de la littérature, d'apporter de nouvelles propositions réalistes correspondant aux attentes des professionnels de santé.

**Méthode** : Une étude qualitative par entretiens semi-structurés a été réalisée auprès des professionnels de santé aquitains exerçant au sein du pôle de santé de l'ex-canton de Saint-Savin.

**Résultats** : 13 professionnels de santé ont été interrogés. Ce travail a mis en avant la volonté des acteurs d'améliorer la prise en charge des patients en milieu semi-rural, d'accroître l'attractivité du territoire et de lutter contre la désertification du canton. Le pôle de santé apportait aux professionnels impliqués un travail d'équipe, une facilité pour participer à des formations et une meilleure communication entre leurs différents corps de métiers grâce notamment à l'utilisation d'outils informatiques et à la mise en place de réunions mensuelles.

La prévention, l'éducation thérapeutique et la télémédecine étaient de nouvelles orientations accueillies favorablement par nombre d'entre eux soucieux d'avoir une action plus globale auprès du public. Par ailleurs, les NMR facilitaient leur mise en place.

La permanence des soins, mentionnée initialement comme un frein à l'adhésion des professionnels commençait à être acceptée, elle présentait finalement moins de contraintes qu'attendu. L'enseignement avait tout autant sa place dans ce pôle et certains espéraient que celui-ci puisse un jour devenir un lieu de recherche. Des relations fertiles semblaient naître, sans concurrence entre les professionnels.

**Discussion** : L'élaboration de ce projet a coûté de nombreuses heures de travail aux thérapeutes impliqués et le fruit de ce temps passé commençait tout juste à être perçu par les fondateurs. Ils proposaient, afin d'améliorer ce réseau de soins, de réorganiser la permanence des soins, d'alléger la tâche administrative et d'arriver à fédérer davantage les autres professionnels de santé pour permettre de répartir les tâches et devenir plus performant.

**Mots-clés** : maisons et pôles de santé pluri-professionnels, professionnels de santé, ressenti, réalités, perspectives

## ABSTRACT

**Title:** Assessment of health professionals' perception on the integration of a multi-professional health center. As an example, the health center of Saint-Savin in Gironde.

**Introduction:** With the multiplication of care homes and health centers, numerous studies have evaluated the expectations, motivations as well as the barriers to acceptance of healthcare professional regarding new way of operating. The first objective of this study is to analyze the perceptions of professionals on their new practices within a health cluster. The secondary objectives are to outline positive aspects in relation to primary missions, to identify human and organizational barriers and to compare them with literature data, to bring new and realistic proposals corresponding to healthcare professionals' expectations.

**Method:** A qualitative case study by semi-structured interviews has been conducted with healthcare professionals practicing within the health cluster of the former canton of Saint-Savin in Aquitaine.

**Results:** 13 healthcare professionals were interviewed. This study highlighted an overall drive to improve patients' care in semi-rural areas, increase the territory's attractiveness as well as the desire to fight the desertification of the canton.

The health cluster allowed health care professionals to work as a team, to have the opportunity to attend training as well as to gain a better communication between different professional thanks notably to the use of IT tools and the setting up of monthly meetings.

The prevention dimension, therapeutic education and telemedicine were new directions that many of them were pleased to take especially as the NMR (*new models of payments*) provided a remuneration. Continuous care which was seen at first as barriers to acceptance began to be accepted with fewer constraints than initially expected. Teaching had just as much its place in this cluster and some hoped that it could become one day a place for research. Fruitful relationships seemed to be born without competition between healthcare professionals.

**Discussion:** The development of this project cost me many hours of work and the results were just starting to be seen by the founders. To improve this healthcare system, they suggested to reduce the administrative tasks and to bring the other healthcare professionals together in order to allocate tasks judiciously as well as become more efficient.

**Keywords:** multi-professionnal health centers and hospitals, healthcare professionals, perception, realities, perspectives

**Discipline :** Médecine générale

**Université de Bordeaux :** U.F.R. des sciences médicales, Département de médecine générale  
- 146 Rue Léo Saignat - 33076 Bordeaux Cedex

**Titre de Thèse**

**EVALUATION DE LA PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE  
INTEGRANT UN POLE DE SANTE PLURI-PROFESSIONNEL. L'exemple du pôle de  
santé de Saint-Savin en Gironde**

**RESUME**

**Introduction** : Devant la multiplication des maisons et pôles de santé, de nombreuses études ont évalué les attentes, les motivations ainsi que les freins à l'adhésion des professionnels de santé à de nouveaux modes de fonctionnement. L'objectif de cette étude est d'analyser le ressenti des professionnels concernant leurs nouvelles pratiques au sein d'un pôle de santé. Les objectifs secondaires sont d'identifier les aspects ressentis positifs en lien avec les missions initiales, de relever les obstacles énoncés sur le plan humain et organisationnel et de les comparer avec les données de la littérature, d'apporter de nouvelles propositions réalistes correspondant aux attentes des professionnels de santé.

**Méthode** : Une étude qualitative par entretiens semi-structurés a été réalisée auprès des professionnels de santé aquitains exerçant au sein du pôle de santé de l'ex-canton de Saint-Savin.

**Résultats** : 13 professionnels de santé ont été interrogés. Ce travail a mis en avant la volonté des acteurs d'améliorer la prise en charge des patients en milieu semi-rural, d'accroître l'attractivité du territoire et de lutter contre la désertification du canton. Le pôle de santé apportait aux professionnels impliqués un travail d'équipe, une facilité pour participer à des formations et une meilleure communication entre leurs différents corps de métiers grâce notamment à l'utilisation d'outils informatiques et à la mise en place de réunions mensuelles. La prévention, l'éducation thérapeutique et la télémédecine étaient de nouvelles orientations accueillies favorablement par nombre d'entre eux soucieux d'avoir une action plus globale auprès du public. Par ailleurs, les NMR facilitaient leur mise en place.

La permanence des soins, mentionnée initialement comme un frein à l'adhésion des professionnels commençait à être acceptée, elle présentait finalement moins de contraintes qu'attendu. L'enseignement avait tout autant sa place dans ce pôle et certains espéraient que celui-ci puisse un jour devenir un lieu de recherche. Des relations fertiles semblaient naître, sans concurrence entre les professionnels.

**Discussion** : L'élaboration de ce projet a coûté de nombreuses heures de travail aux thérapeutes impliqués et le fruit de ce temps passé commençait tout juste à être perçu par les fondateurs. Ils proposaient, afin d'améliorer ce réseau de soins, de réorganiser la permanence des soins, d'alléger la tâche administrative et d'arriver à fédérer davantage les autres professionnels de santé pour permettre de répartir les tâches et devenir plus performant.

**MOTS CLES** : maisons et pôles de santé pluri-professionnels, professionnels de santé, ressenti, réalités, perspectives