



HAL
open science

Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement. Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur

Clément Voisin

► **To cite this version:**

Clément Voisin. Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement. Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01830511

HAL Id: dumas-01830511

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01830511>

Submitted on 5 Jul 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2018

Thèse présentée par :

Monsieur VOISIN Clément

Né le 6 novembre 1989 à Paimpol

Thèse soutenue publiquement le 28 juin 2018

Titre de la thèse :

Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement.

Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur

Président Mr le Professeur LE RESTE Jean Yves

Membres du jury Mr le Docteur CHIRON Benoit

Mr le Docteur DERRIENNIC Jérémy

Mr le Professeur LE FLOCH Bernard

Mme le Docteur SCOUARNEC Pauline

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA
SANTÉ DE BREST

Doyens honoraires

Professeur **FLOCH** Hervé
Professeur **LE MENN** Gabriel (†)
Professeur **SENECAIL** Bernard
Professeur **BOLES** Jean-Michel
Professeur **BIZAIS** Yves (†)
Professeur **DE BRAEKELEER** Marc (†)

Doyen

Professeur **BERTHOU** Christian

Professeurs émérites

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| CENAC Arnaud | Médecine interne |
| COLLET Michel | Gynécologie obstétrique |
| LEHN Pierre | Biologie cellulaire |
| YOUINOU Pierre | Immunologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| LEFEVRE Christian | Anatomie |
| MOTTIER Dominique | Thérapeutique |
| RICHE Christian | Pharmacologie fondamentale |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| BOLES Jean-Michel | Réanimation |
| COCHENER-LAMARD Béatrice | Ophtalmologie |
| DEWITTE Jean-Dominique | Médecine et santé au travail |
| FEREC Claude | Génétique |
| GILARD Martine | Cardiologie |
| JOUQUAN Jean | Médecine interne |
| OZIER Yves | Anesthésiologie-réanimation |
| ROBASZKIEWICZ Michel | Gastroentérologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

| | |
|-----------------------------------|---|
| BAIL Jean-Pierre | Chirurgie digestive |
| BERTHOU Christian | Hématologie |
| BLONDEL Marc | Biologie cellulaire |
| BOTBOL Michel | Pédopsychiatrie |
| BRESSOLLETTE Luc | Chirurgie vasculaire |
| CARRE Jean-Luc | Biochimie et biologie moléculaire |
| DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc | Pédiatrie |
| DELARUE Jacques | Nutrition |
| DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie | Rhumatologie |
| DUBRANA Frédéric | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FENOLL Bertrand | Chirurgie infantile |
| FOURNIER Georges | Urologie |
| GENTRIC Armelle | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| GOUNY Pierre | Chirurgie vasculaire |
| HU Weiguo | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| KERLAN Véronique | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| LACUT Karine | Thérapeutique |
| LE MEUR Yannick | Néphrologie |
| LE NEN Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| LEROYER Christophe | Pneumologie |
| LOZAC'H Patrick | Chirurgie digestive |
| MANSOURATI Jacques | Cardiologie |
| MARIANOWSKI Rémi | Oto-rhino-laryngologie |
| MERVIEL Philippe | Gynécologie obstétrique |
| MISERY Laurent | Dermato-vénéréologie |
| NEVEZ Gilles | Parasitologie et mycologie |
| NONENT Michel | Radiologie et imagerie médicale |
| PAYAN Christopher | Bactériologie-virologie |
| REMY-NERIS Olivier | Médecine physique et réadaptation |
| SALAUN Pierre-Yves | Biophysique et médecine nucléaire |
| SARAUX Alain | Rhumatologie |
| SIZUN Jacques | Pédiatrie |
| STINDEL Éric | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| TIMSIT Serge | Neurologie |
| VALERI Antoine | Urologie |
| WALTER Michel | Psychiatrie d'adultes |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

| | |
|------------------------|-----------------------|
| ANSART Séverine | Maladies infectieuses |
| AUBRON Cécile | Réanimation |

| | |
|--------------------------------|--|
| DE VRIES Philine | Chirurgie infantile |
| DOUET-GUILBERT Nathalie | Génétique |
| HILLION Sophie | Immunologie |
| LE BERRE Rozenn | Maladies infectieuses |
| LE GAC Gérard | Génétique |
| LE GAL Solène | Parasitologie et mycologie |
| LODDE Brice | Médecine et santé au travail |
| MIALON Philippe | Physiologie |
| PLEE-GAUTIER Emmanuelle | Biochimie et biologie moléculaire |
| QUERELLOU Solène | Biophysique et médecine nucléaire |
| TALAGAS Matthieu | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| VALLET Sophie | Bactériologie-virologie |

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

| | |
|------------------------------|---|
| BRENAUT Emilie | Dermato-vénérologie |
| CORNEC-LE GALL Emilie | Néphrologie |
| LE VEN Florent | Cardiologie |
| MAGRO Elsa | Neurochirurgie |
| PERRIN Aurore | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| SALIOU Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SCHICK Ulrike | Cancérologie |
| UGUEN Arnaud | Anatomie et cytologie pathologiques |
| BRENAUT Emilie | Dermato-vénérologie |

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie
CHIRON Benoît
DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

| | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| BERNARD Delphine | Biochimie et biologie moléculaire |
| DERBEZ Benjamin | Sociologie démographique |
| KARCHER Brigitte | Psychologie clinique |
| LANCIEN Frédéric | Physiologie |
| LE CORRE Rozenn | Biologie cellulaire |
| MIGNEN Olivier | Physiologie |

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

Maître de Conférences des Universités contrat LRU

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

GILLES Marlène

Génie informatique, automatique et traitement
du signal

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYENBA Vinh

Anesthésie-réanimation

ROUSSET Jean

Radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Au Docteur Derriennic pour m'avoir proposé ce sujet et m'avoir aidé par ses nombreux conseils tout au long de la rédaction de cette thèse

Au Professeur Le Reste pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse

Aux Docteurs Chiron, Le Floch et Scouarnec pour s'être rendus disponibles pour ma soutenance

Aux professionnels de santé qui ont accepté de participer aux entretiens

Aux sociologues et internes qui ont aidé à la réalisation des entretiens

A mes parents, merci pour tout ce que vous faites pour moi, pour votre soutien quotidien toutes ces longues années, sans vous je ne serais pas arrivé là.

A ma grand-mère pour tous ces encouragements, je suis heureux de partager tout cela avec toi

A mon frère, mes sœurs et leurs conjoints, j'ai tant de plaisir à prendre la route pour venir passer des moments avec vous. Vous comptez beaucoup pour moi.

A tous mes oncles et tantes, ma nièce, mes cousins et cousines pour votre soutien et pour m'aider à me changer les idées dans les moments plus difficiles

A mes amis brestois, nantais et rouennais, merci pour toutes ces belles soirées, ces vacances passées ensemble à tant rire. Vous êtes toujours présents dans les bons comme dans les mauvais moments. Votre amitié est très importante à mes yeux.

A mes partenaires de BU en première année puis pendant l'externat qui ont rendu bien plus agréables ces longues journées de révisions

A tous mes cointernes et les médecins que j'ai pu rencontrer, qui m'ont accompagné et aidé à progresser tout au long de ces 3 années

A ceux dont l'aide et les conseils ont été précieux dans la rédaction de cette thèse

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Résumé :

Introduction :

Les conditions d'exercice des professionnels de santé sont en pleine mutation du fait du vieillissement de la population et de la multiplication des patients multi morbides. Les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires sont en développement sur le territoire français. Cette étude avait pour objectif d'identifier les dynamiques et les formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné.

Méthode :

Une étude qualitative a été réalisée au sein du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur. Des entretiens professionnels ainsi qu'un focus group ont été menés par un binôme médecin / sociologue. Ces entretiens ont été retranscrits et anonymisés. Un codage a été réalisé dans le but de dégager des thèmes et sous thèmes, illustrés par des exemples issus des entretiens.

Résultats :

Un focus group ainsi que 12 entretiens individuels semi-dirigés auprès de 13 professionnels, 12 exerçant au sein du pôle de santé et un dans une commune environnante ont été réalisés.

L'analyse des entretiens a permis d'identifier la mise en œuvre de nouveaux types d'actions et de services du fait du travail coopératif, facilitée par les nouveaux modes de rémunération inscrits dans l'accord conventionnel interprofessionnel. Des leviers et des freins au travail pluri professionnel ont également été identifiés.

Conclusion :

Le pôle de santé pluri professionnel de Lanmeur est un lieu où s'organise un exercice coordonné pluri professionnel par le biais d'échanges informels ou de rédaction de protocoles. Cela légitime la poursuite de l'analyse des entretiens effectués au sein de l'étude QualSoPrim dont l'objectif est d'en extraire les indicateurs de qualité des soins primaires afin d'établir une échelle d'évaluation de cette qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluri professionnels intégrant le point de vue des patients en situation de soin complexe et leurs aidants.

Abstract :

Introduction :

The conditions of practice of health professionals are changing because of the aging of the population and the multiplication of multi-morbid patients. Poles and multidisciplinary health centers are developing in France. The purpose of this study was to identify the dynamics and forms of collective work in a coordinated exercise group.

Method :

A qualitative study was conducted within the Lanmeur University Health Center. Professional interviews and a focus group were conducted by a doctor and a sociologist. These interviews were transcribed and anonymized. A coding was done in order to identify themes and sub-themes, illustrated by quotes.

Results :

A focus group as well as 12 semi-directed individual interviews with 13 professionals, 12 practicing within the health center and one in a surrounding municipality, were made.

The analysis of the interviews allowed to identify the implementation of new types of actions and services thanks to cooperative work, facilitated by the new methods of remuneration included in the inter-professional agreement. Levers and brakes at the multi-professional job have also been identified.

Conclusion :

The multi-professional health center of Lanmeur is a place where a multi-professional coordinated exercise is organized through informal exchanges or drafting protocols. This legitimizes the continuation of the analysis of the interviews with the objectif of extracting the quality criteria of primary care in order to establish a scale of evaluation of this quality of primary care multi-professional health centers integrating the point of view of complex care patients and their caregivers.

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUCTION..... | 12 |
| 1.1 | LA LOI HPST : UN NOUVEAU CADRE D'ORGANISATION DES SOINS DE PREMIER RECOURS | 12 |
| 1.2 | LES PATIENTS MULTI MORBIDES..... | 12 |
| 1.3 | LES MAISONS ET POLES DE SANTE..... | 13 |
| 1.4 | LES EXPERIMENTATIONS DE NOUVEAUX MODES DE REMUNERATIONS | 15 |
| 1.5 | L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL..... | 16 |
| 1.6 | LA SISA : SOCIETE INTERPROFESSIONNELLE DE SOINS AMBULATOIRES | 17 |
| 1.7 | ÉTUDE QUALSoPRIM | 18 |
| 1.8 | HYPOTHESE ET OBJECTIFS..... | 18 |
| 2 | MATERIEL ET METHODES | 19 |
| 2.1 | RECRUTEMENT | 19 |
| 2.2 | RECUEIL DES DONNEES :..... | 19 |
| 2.3 | TRAMES D'ENTRETIENS | 20 |
| 2.4 | ANALYSE DES DONNEES..... | 22 |
| 3 | RESULTATS..... | 24 |
| 3.1 | GENERALITES | 24 |
| 3.2 | DESCRIPTION DU POLE SANTE UNIVERSITAIRE DE LANMEUR..... | 26 |
| 3.3 | DYNAMIQUES DU PROCESSUS DE REGROUPEMENT | 32 |
| 3.4 | FACTEURS FACILITANTS L'EXERCICE COORDONNE AU SEIN DU PSU DE LANMEUR..... | 37 |
| 3.5 | ACTIONS ET SERVICES MIS EN ŒUVRE AU PSU DE LANMEUR..... | 42 |
| 3.6 | BENEFICES DE L'EXERCICE COORDONNE AU PSU DE LANMEUR DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS | 49 |
| 3.7 | BENEFICES DE L'EXERCICE COORDONNE POUR LES PATIENTS DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS | 57 |
| 3.8 | FREINS A L'EXERCICE COORDONNE DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS..... | 60 |
| 4 | DISCUSSION | 69 |
| 4.1 | SYNTHESE DES RESULTATS..... | 69 |
| 4.2 | FORCES DE CE TRAVAIL DE THESE | 71 |
| 4.3 | FAIBLESSES DE CE TRAVAIL DE THESE | 72 |
| 4.4 | PERSPECTIVES | 73 |
| 5 | CONCLUSION..... | 74 |
| 6 | BIBLIOGRAPHIE | 75 |
| 7 | ANNEXES..... | 78 |

1 Introduction

1.1 La loi HPST : un nouveau cadre d'organisation des soins de premier recours

Les soins de santé primaires (« primary (health) care ») répondent à un objectif de justice sociale. Ils ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé à Alma Ata en 1978 et doivent garantir à tous un accès égal aux soins (1).

C'est en 2009 qu'en France, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) a donné une définition des soins de premiers recours dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité » (2).

Les soins de premier 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.

Le secteur des soins ambulatoire est actuellement confronté à des évolutions importantes de l'offre ainsi que de la demande de soins.

Dans le but de répondre au manque de professionnels de santé médicaux et paramédicaux sur certains territoires et développer de nouvelles offres de soins de proximité pour les patients la loi HSPT privilégie une nouvelle organisation territoriale des soins de premiers recours. Les regroupements des professionnels de santé dans les Pôles ou Maisons de santé sont une des réponses à ces problématiques.

Cette loi conforte ainsi les maisons et pôles de santé mises en place à titre expérimental depuis le Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 du 19 décembre 2007.(3)

1.2 Les patients multi morbides

Un groupe de chercheurs universitaires sous l'égide de l'EGPRN (European General Practitioners research Network) a effectué une revue systématique de la littérature de spécialité. Ils ont retrouvé 132 définitions avec 1631 critères de définition. Après un codage sélectif onze thèmes principaux se démarquèrent et intégrèrent les 132 définitions. Une

nouvelle définition exhaustive fut proposée, traduite en français par une méthode de consensus Delphi.

« La multi morbidité est définie comme toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins : une autre maladie (aiguë ou chronique) ou un facteur biopsychosocial (associé ou non) ou un facteur de risque somatique. Les effets de la multi morbidité peuvent être modifiés par : tout facteur biopsychosocial, tout facteur de risque somatique, le réseau social, le poids des maladies, la consommation de soins de santé et les stratégies adaptatives du patient. La multi morbidité peut modifier les résultats de santé et mener à une augmentation du handicap ou à une diminution de la qualité de vie ou à la fragilité »(4).

Les patients multi morbides sont de plus en plus nombreux. Souvent âgés, ils présentent un risque accru d'hospitalisation, de dégradation de leur qualité de vie ou de non-adhérence au traitement. Leur prise en charge ne peut s'envisager simplement comme la somme des recommandations disponibles pour chacune des maladies prises isolément (5).

1.3 Les maisons et pôles de santé

Les professionnels de soins primaires vivaient depuis une dizaine d'années une transformation de leurs conditions d'exercice du fait des difficultés posées par le vieillissement de la population française et l'accroissement de la prévalence de maladies chroniques et des poly pathologies.(6)

Un mouvement de regroupement pluri professionnel émergeait depuis plusieurs années dans la pratique libérale. De longue date, en France, des professionnels libéraux et des institutions ou des collectivités locales ont cherché à regrouper les professionnels pour rompre l'isolement, mutualiser des moyens et répondre à un problème d'accès aux soins. (6)

Les maisons de santé ont été définies par l'article L.6323-3 du code de Santé Publique et depuis la loi dite Fourcade du 10 août 2011 qui modifie la loi HPST, la maison de santé est considérée comme une « personne morale »(7).

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens », Les professionnels de santé exerçant en leur sein doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné (8).

Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

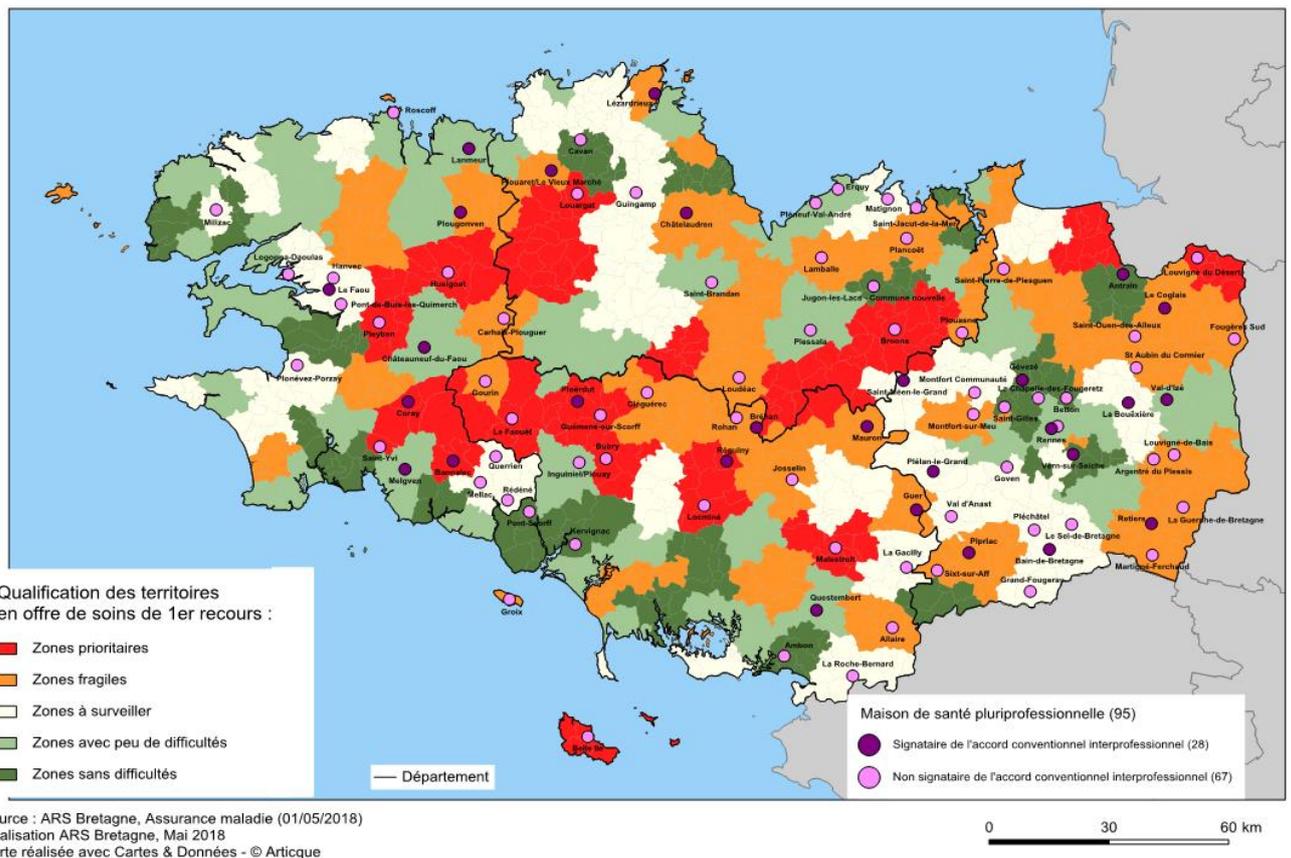
Un pôle de santé est quant à lui constitué, comme défini par la loi, « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, d'établissements de santé, d'établissement et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaires et des groupements de coopération sociale et médicosociale ».

Selon l'HAS, en 2007, une maison de santé, un pôle de santé ou un centre de santé rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins de santé primaire, dont des médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients(9).

Enfin, dans le texte de l'accord conventionnel interprofessionnel les maisons de santé pluri-professionnelles sont considérées comme des structures (mono ou multi sites) constituées en sociétés dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'Assurance Maladie en leur nom propre (10).

En janvier 2012 on recensait 235 maisons de santé en fonctionnement et environ 450 projets. (11) D'après une étude menée par la fédération française des pôles et maisons de santé ce nombre a largement crû, en effet entre 2013 et 2015, 373 nouvelles structures ont vu le jour pour un total en mars 2015 de plus de 1023 pôles et maisons de santé actives ou en projet, contre 929 à la même époque en 2014 (3). En 2018 on recensait 95 maisons de santé pluri professionnelles en Bretagne dont 28 signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Maisons de santé pluriprofessionnelles au 1er mai 2018



1.4 Les expérimentations de nouveaux modes de rémunérations

Les maisons et pôles de santé pluri professionnelles avaient notamment pour finalité d'assurer une pérennité d'accès aux soins, d'améliorer la coopération entre professionnels de santé pour une prise en charge globale du patient et de développer de nouvelles actions de santé publique.

Les professionnels de santé tendent à se regrouper pour améliorer la coopération entre les différents professionnels, améliorer la prise en charge globale des patients et réduire les charges des cabinets. Or la rémunération des professionnels de santé reposait principalement sur le paiement à l'acte pour tout type de soins. Ce système de paiement à l'acte ne permettait pas la valorisation de ces actions de santé publique menées en coopération interprofessionnelle et ainsi ne favorisait pas la prise en charge globale du patient mais plutôt une prise en charge segmentée pour effectuer le plus d'actes possibles. Le travail en dehors des heures de consultation (travail de coordination, tâches administratives) n'était ainsi pas rémunéré. Trouver des nouveaux modes de rémunération est donc devenu une nécessité pour assumer ces nouvelles modalités d'exercice.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération, alternatifs au paiement à l'acte. Ce projet, piloté par les Agences régionales de santé avait une durée de 5 ans et visait à trouver une mixité des formes de paiements (à l'acte et au forfait). Des appels à candidature ont été réalisés sur cette période dans toutes les régions. Les établissements de santé devaient respecter un cahier des charges précis :

- Assurer des missions de dépistage
- Limiter la fréquence de certains suivis
- Suivre les indicateurs de santé publique

1.5 L'accord conventionnel interprofessionnel

Fin 2009 18 équipes en France ont bénéficié de ces NMR, 150 de plus en 2010 et 160 autres fin 2014 soit 328 au total. (12) L'expérimentation était reconduite chaque année via la loi de financement de la sécurité sociale. Cette solution n'étant pas pérenne, le ministère de la Santé a donc décidé que les NMR devaient rentrer dans la convention médicale. Une négociation conventionnelle pluri professionnelle a ainsi été menée pendant 6 mois sans aboutir à une décision. C'est pourquoi un règlement arbitral a été mis en place dans un texte paru au Journal Officiel le 23 février 2015 (13).

Le principe du règlement arbitral est qu'il statue sur une décision jusqu'à ce que celle-ci soit pleinement intégrée dans la convention et au plus tard dans les 5 ans. Un accord conventionnel interprofessionnel a été conclu le 20 avril 2017 et publié au Journal Officiel le 5 août 2017 (10).

Cette rémunération s'applique aux structures pluridisciplinaires, pôles ou maisons de santé, suivant des objectifs définis conjointement entre la structure, l'agence régionale de santé et la caisse nationale d'assurance maladie.

Afin de déclencher cette rémunération, les structures pluri professionnelles, constitués sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires doivent s'engager sur 3 axes, chacun comprenant des engagements « socle » dont certains sont définis comme des prérequis au déclenchement de la rémunération et des engagements « optionnels » dont une partie peut être modulable au niveau local.

Axe 1 : favoriser l'accès aux soins

- Les horaires d'ouverture doivent couvrir toute la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires (soit de 8h à 20h en semaine et le samedi matin, ainsi que les périodes de vacances scolaires)

- Possibilité d'accès à des soins non programmés
- Obligation de signer une charte d'engagement affichée au sein de la structure, transmise à l'Assurance Maladie et affichée sur le site ameli.fr

Axe 2 : Favoriser le travail en équipe

- Concertation sur les dossiers de cas complexes (avec compte rendu intégré dans le dossier informatique du patient)
- Mise en place de procédures facilitant l'implication des différents professionnels de santé dans la coordination des soins (exemple : protocoles pluri-professionnels)
- Coordination externe avec les autres structures de soins comme l'hôpital, les maisons de retraite...
- Formation des jeunes professionnels (terrain de stage)

Axe 3 : Favoriser le développement des systèmes d'information

- Partage et structuration de l'information

Ces engagements sont formalisés sous la forme d'un contrat auquel est annexé un projet de santé, écrit par les professionnels de santé de la structure et validé par l'ARS et la CPAM pour 5 ans. La rémunération annuelle dépend ensuite de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements. Elle comprend une rémunération de base, liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socles et une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels. (12)

1.6 La SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

La SISA a été créée dans un objectif double : permettre aux différents professionnels de santé un exercice pluri-professionnel et coordonné et pouvoir mettre en commun des revenus entre les associés de diverses professions de santé ou facturer à l'Assurance Maladie des prestations coordonnées, ce que ne permettaient pas les SCP (société civile professionnelle) et SEL (société d'exercice libéral).

La constitution en SISA n'est possible que pour les professionnels de santé au sens du code de la Santé Publique (médecins, auxiliaires, médicaux et pharmaciens). La SISA peut employer des salariés ou des vacataires de professions de santé ou non. (14)

1.7 Étude QualSoPrim

Ce sujet de thèse s'inscrivait au sein d'un projet de recherche en soins primaires : l'étude QualSoPrim dont l'objectif final était d'établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en équipe professionnelle intégrant le point de vue des patients multi morbides et de leurs aidants.

Cette recherche se proposait d'étudier les manières dont ces organisations coordonnées de soins primaires ont conduit à des transformations des modes de participation des patients/usagers à leurs parcours de soins. L'objectif était de décrire les critères de qualité des soins primaires pertinents aux yeux des patients et de leurs « aidants familiaux ».

1.8 Hypothèse et Objectifs

L'étude QualSoPrim comportait une première phase d'analyse qualitative menée sur 5 sites d'exercice coordonné en Bretagne. Ces différents groupes d'exercice coordonné s'organisaient de façon variée, à la fois en pôles et maisons de santé pluridisciplinaires.

Ce travail de thèse s'est intéressé au site du pôle de santé universitaire de Lanmeur. L'objectif principal était d'identifier et de qualifier les dynamiques et les formes de travail collectif. Il était également d'analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnaient ainsi que les éléments qui ont pu favoriser ou au contraire freiner leur développement.

2 Matériel et Méthodes

Ce travail de thèse consistait en une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels et collectifs.

2.1 Recrutement

Les professionnels interrogés devaient exercer au pôle de santé de Lanmeur.

Les patients devaient être suivis au sein de ce pôle de santé et avoir une situation de santé complexe définie comme un état de santé nécessitant la prise en charge coordonnée par au minimum un médecin et un personnel paramédical du pôle de santé. Les patients devaient également avoir au moins un aidant acceptant de participer à l'entretien.

La sélection des professionnels a recherché la variation maximale sur l'âge et la profession exercée, pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Leur consentement a été recueilli par écrit.

Le projet a été présenté aux différents professionnels le 27 juin 2017 par 2 sociologues, un représentant du département universitaire de médecine générale et les 3 internes de médecine générale en travail de thèse sur ce site. Le recrutement des professionnels a ensuite été réalisé sur la base du volontariat en cherchant à recueillir l'opinion de l'ensemble des corps de métiers exerçant en soins primaires au sein du pôle de santé.

Les patients et aidants ont été recrutés par les professionnels de santé du pôle de santé de Lanmeur sur le mode du volontariat. Ceux-ci ont d'abord été informés par téléphone ou en cours de consultation. Après accord leurs coordonnées ont été transmises aux sociologues ou aux internes afin de fixer un rendez-vous. La taille de l'échantillon fixée était de 4 à 6 couples patient/aidant, la saturation des données n'étant recherchée que sur l'ensemble des sites, elle n'était donc pas recherchée sur ce seul site.

2.2 Recueil des données :

L'ensemble des entretiens a été réalisé par un binôme sociologue/interne. Ils ont tous été enregistrés et intégralement retranscrits. L'enregistrement était double (un téléphone

portable et un enregistreur numérique) et la retranscription, anonymisée, était faite par saisie exhaustive de l'entretien afin de respecter la fidélité des propos.

Les entretiens ont été semi-directifs à partir de grilles d'entretiens préalablement réalisées avec des chercheurs en médecine générale du département universitaire de médecine générale de Brest, en collaboration avec des sociologues.

Les professionnels, patients ou aidants pouvaient faire la demande de relire ces retranscriptions.

Le focus group, réunissant les différents professionnels du pôle de santé de Lanmeur a été conduit dans la salle de réunion. L'objectif était, grâce à l'émulation du groupe de recueillir plus facilement les informations concernant l'historique du pôle de santé et son organisation.

Les entretiens des professionnels ont ensuite été conduits au sein du pôle de santé, dans le bureau des différents professionnels ou dans la salle de réunion. Ces entretiens individuels permettaient aux professionnels de livrer des informations plus intimistes sans crainte d'être jugés par leurs collègues.

Les trames de ces entretiens sont en annexe 1 et 2.

Les entretiens des patients et aidants ont été conduits au domicile des patients.

Les caractéristiques des participants ont été recueillies anonymement. Les différentes conditions de réalisation de l'entretien ont toutes été relevés précisément afin d'en tenir compte dans l'analyse.

2.3 Trames d'entretiens

Les guides d'entretiens étaient modulables en fonction du déroulement de la rencontre.

2.3.1 Trame d'entretien professionnel :

1- Commençons par aborder votre propre parcours : racontez-moi votre parcours professionnel ? Dans quelles conditions êtes-vous arrivé à travailler dans cette équipe de soins ?

2- Pouvez-vous nous parler d'un patient complexe dont vous vous occupez actuellement, conjointement avec vos collègues de l'équipe ?

3- Par rapport à ce patient et son entourage, pour quelle raison avez-vous développé des liens formalisés avec l'équipe de professionnels ?

- 4- Pourquoi ne pas faire le même travail avec l'ensemble des patients ?
- 5- Le patient vous mobilise-t-il, vous ou l'équipe, d'une façon spécifique par rapport à d'autres patients ?
- 6- Quelles relations de travail se construisent avec vos collègues professionnels et selon quelles modalités pour la prise en charge de ce patient ?
- 7- Y-a-t-il des outils quelconque (des plans de soins, des réunions, des courriers) que vous utilisez, entre vous, pour le soin apporté à ce patient ?
- 8- Avez-vous, à un moment ou un autre de votre travail avec ce patient, recours à l'avis ou l'action d'un autre professionnel du pôle/de la maison de santé ?
- 9- Bien plus, avez-vous besoin de l'aval d'un autre professionnel pour votre propre intervention ?
- 10-Êtes-vous confronté à un moment ou un autre de votre travail, à des prescriptions professionnelles (de la part de tel organisme par exemple) ?
- 11-Vous arrive-t-il d'anticiper, que ce soit vous seul ou à plusieurs, le déroulement du travail collectif mené autour de ce patient ?
- 12- Vous arrive-t-il d'adresser un patient à un de vos collègues ou confrères du pôle/de la maison de santé ?
- 13-Du point de vue des soins apportés à ce type de patients multi morbides et leur entourage, estimez-vous que le travail collectif mené ici apporte un bénéfice quelconque pour le patient et ses aidants. Si oui, quel bénéfice ?
- 14- Diriez-vous qu'il y a une spécificité du travail mené avec ce type de patient qui soit propre à votre équipe (et qui ne se retrouve pas ailleurs) ?
- 15-Quelles sont, s'il y en a, les difficultés à cette mise en pratique de votre point de vue ?
- 16-Quels seraient pour vous les autres éléments à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge de ce patient ?

2.3.2 Trame du focus group

- 1- Pouvez-vous nous raconter l'histoire de votre équipe de soins ?

- 2- Avez-vous rencontré des difficultés dans la concrétisation de votre projet (par exemple, en lien avec des contextes sociaux, politiques locaux) ?
- 3- Entre les premières intentions et le fonctionnement d'aujourd'hui, qu'est-ce qui a changé ?
- 4- Pouvez-vous nous préciser la composition de votre équipe de soignants ? son financement ?
- 5- Comment concevez-vous « le travailler ensemble » au sein de la structure ?
- 6- Quels outils de travail collaboratif avez-vous ou êtes-vous en train de mettre en place ?
- 7- Quels sont les patients les plus concernés dans leur prise en charge par ce nouveau mode de fonctionnement ?
- 8- Pour quels moments/étapes du soin, ce mode de fonctionnement a changé les choses ?
- 9- Quels sont les bénéfices observés, attendus de ce regroupement pour la prise en charge des usagers, de votre point de vue ?
- 10-Qu'est ce qui a pu changer dans la manière dont votre patient se prend en charge ?
- 11-Qu'est-ce que qui a pu changer dans la place de l'aidant dans la trajectoire de santé des patients concernés
- 12-Quels sont les limites de cet exercice ? (Les difficultés, les obstacles, les pistes d'amélioration)

2.4 Analyse des données

L'analyse des données a été qualitative. Du fait de l'existence d'un projet de recherche avec des hypothèses préalables la méthode d'analyse de discours, de contenu thématique a été utilisée.

L'analyse a ensuite été effectuée en 2 temps, par la méthode de l'analyse thématique. Il n'a pas pu être réalisé de double analyse par une 2^e personne.

Premièrement chaque entretien a été analysé individuellement, l'analyse longitudinale permettant de dégager des thèmes, puis ce matériel a été analysé dans son intégralité afin de rendre compte de la cohérence thématique inter entretien : l'analyse transversale.

Ces 2 étapes permettant le codage, chaque mot clé, groupe de mots ou idée a été répertorié, classé et regroupé en formant des thèmes et sous thèmes. Trois types de codages se sont entremêlés : le codage ouvert laissant apparaître les sous thèmes, le codage sélectif faisant émerger les thèmes puis le codage thématique permettant de relier les thèmes entre eux.

A partir de ce codage une interprétation a pût être réalisée : les idées et thèmes ont été réorganisés afin de dégager les concepts exposés et les avis exprimés permettant ainsi une lisibilité de l'ensemble. Des exemples issus des entretiens ont été sélectionnés pour leur pertinence afin d'illustrer chaque thème ou sous-thème.

La présentation des résultats a été séparée en plusieurs sous parties correspondant chacune à un thème dégagé du codage ainsi que plusieurs sous thèmes illustrés par les verbatim sélectionnés.

3 Résultats

3.1 Généralités

3.1.1 Caractéristiques des professionnels et de leurs entretiens

12 entretiens professionnels ont été réalisés couvrant l'ensemble des catégories de professionnels de santé exerçant à plein temps au sein du pôle de santé. La variation de l'échantillon a ainsi été respectée. La durée de ces entretiens était en moyenne de 1 heure et 4 minutes.

Aucun professionnel n'a demandé à relire la retranscription de son entretien.

| | Profession | Sexe | Age | Activité avant l'installation dans le PSU | Activité parallèle | Lien de l'entretien | Date et durée d'enregistrement |
|-------|---------------------|--------|--------------|--|--|--------------------------|--------------------------------|
| Pro 1 | Médecin généraliste | M | 52 ans | Etudes sur Paris, remplacements en Bretagne puis installation en 1992 à Lanmeur Travaille au PSU depuis son ouverture | Directeur du département de médecine générale de Brest | Pôle Santé Universitaire | 1 heure 21 minutes |
| Pro 2 | Médecin généraliste | F | 37 ans | Etudes de médecine à Brest Travaille au PSU depuis 2013 | | Salle de réunion du PSU | 45 minutes |
| Pro 3 | Médecin généraliste | H | 31 ans | Etudes de médecine à Brest Installation en 2015 à Lanmeur | | Son cabinet | 58 minutes |
| Pro 4 | Médecin généraliste | H | 39 ans | Etudes de médecine à Paris Travaille à Plouezoc'h | | Son cabinet à Plouezoc'h | 42 minutes |
| Pro 5 | Dentistes | H et F | 66 et 63 ans | | | Salle de réunion du PSU | 1 heure 46 minutes |

| | | | | | | | |
|---------------|--------------------|---|--------------------|---|--|--------------------------|--------------------|
| <i>Pro 6</i> | Ostéopathe | M | 59 ans | Anciennement enseignant, ostéopathe depuis 2000 Travaille à Lanmeur depuis 2005 et au PSU depuis son ouverture | Directeur pédagogique du DU d'ostéopathie de Rennes et Paris | Salle de réunion du PSU | 1 heure 17 minutes |
| <i>Pro 7</i> | Psychologue | F | Age non communiqué | École de commerce puis formation de psychologue clinicienne Installée à Lanmeur depuis 2006 | | Pôle santé universitaire | 1 heure 12 minutes |
| <i>Pro 8</i> | Infirmière | F | 30 ans | Études à la Croix Rouge à Brest Diplômée en 2008 Travaille à Lanmeur depuis 2011 | | Pôle Santé Universitaire | 1 heure |
| <i>Pro 9</i> | Sage-femme | F | 33 ans | Études à Tours Diplômée en 2011 Collaboratrice | Travaille également dans un pôle de santé à Louargat | Son cabinet | 1 heure 5 minutes |
| <i>Pro 10</i> | Pédicure Podologue | F | 26 ans | Études à Rennes Diplômée en 2013 Travaille au PSU depuis septembre 2013 | | Son cabinet | 59 minutes |
| <i>Pro 11</i> | Orthophoniste | F | 31 ans | Études à Besançon Diplômée en 2009 Travaille au PSU depuis son ouverture | | Son cabinet | 1 heure |
| <i>Pro 12</i> | Secrétaire | F | 41 ans | Secrétaire depuis 10 ans Travaille au PSU depuis son ouverture | | | 57 minutes |

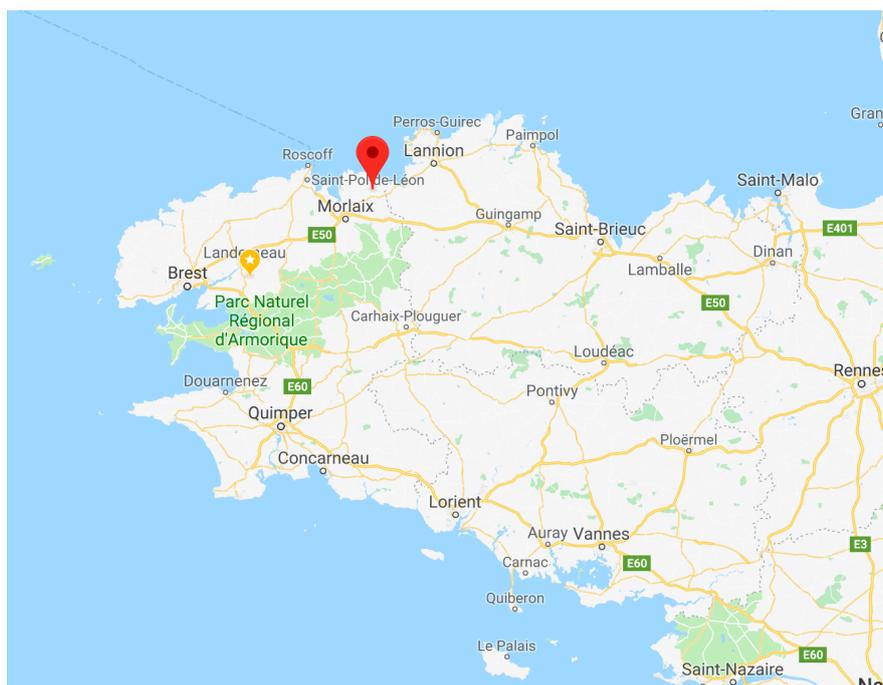
3.1.2 Le Focus Group

Le Focus group, d'une durée de 1h14 a été réalisé le 28 juin 2017 en présence de 2 sociologues, des 3 internes de médecine générale impliqués sur ce site d'étude, un représentant du département universitaire de médecine générale de Brest, les professionnels 1, 4, 5, 6, 9, 10 et 11 du pôle de santé universitaire de Lanmeur ainsi qu'une sage-femme remplaçante et un dentiste collaborateur.

3.2 Description du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur

3.2.1 Démographie

Le Pôle Santé Universitaire est situé dans la commune de Lanmeur, en zone rurale dans le département du Finistère.



Selon les chiffres les plus récents publiés par l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), la population était de 2253 habitants en 2017. (15) Elle appartenait au canton de Lanmeur qui, à la suite du redécoupage cantonal de 2014 a été supprimé, rejoignant le canton de Plouigneau, canton comprenant 17 communes et 28250 habitants.

L'outil Carto Santé fournit par le site de l'ARS permet de réaliser un aperçu de la démographie du canton. Ainsi la distribution par tranche d'âge de la population du canton diffère de la

population nationale par une sous-représentation des 15 à 19 ans et à l'inverse une légère surreprésentation des 60 à 74ans (chiffres de 2014).

La part des patients du canton souffrant d'une affection longue durée est légèrement supérieure à la population nationale (19% contre 17,6% en 2016).

Il est possible de retracer l'évolution de la densité de médecins généralistes dans le canton de Plouigneau qui est stable depuis 2009 : 7,9 pour 10000 habitants contre 8,1 en 2016. Au moment de l'ouverture du Pôle Santé en 2013 la densité de généraliste était de 7,8 pour 10000 habitants contre 9,4 pour 10000 habitants de moyenne nationale à l'époque (9,1 en 2016). La densité de masseurs-kinésithérapeutes est également en dessous de la moyenne nationale (8,5 pour 10000 contre 9,9). A l'inverse la densité d'infirmiers libéraux du canton (25,1 pour 10000 habitants) est supérieure à la moyenne nationale (13,6 pour 10000 habitants) en 2016.

3.2.2 Professionnels de santé exerçant dans le PSU

- 5 médecins généralistes (dont 3 ont été interrogés pour l'étude)
- 3 dentistes (2 interrogés)
- 2 sages-femmes (1 interrogée)
- 9 IDE répartis en 2 cabinets (1 interrogée)
- 3 psychologues (1 interrogée)
- 1 orthophoniste (interrogé)
- 1 podologue (interrogé)
- 2 ostéopathes (1 interrogé)

Il n'y avait pas de secrétaire commune à l'ensemble des professionnels, les médecins ainsi que les dentistes et l'ostéopathe employaient leur propre secrétaire. Une secrétaire des médecins a été interrogée dans le cadre de l'étude.

3.2.3 Historique de la création du PSU

Le cabinet médical de Lanmeur a été créé en dans les années 60 par 2 médecins. Il n'y a jamais eu d'ouverture de second cabinet médical sur Lanmeur.

PRO1-359/362 : « *il y avait un seul médecin au début des années 70 puis nous sommes passés à deux puis à trois puis quatre puis à cinq. Donc, en gros, il n'y a jamais eu d'installation de*

médecin solitaire à Lanmeur, Car, en fait, le cabinet avait pour politique de toujours absorbé tout nouveau qui voulait se pointer. »

Un cabinet regroupant une orthophoniste et un ostéopathe (qui louait les lieux) existait depuis 2006, rejoint par une psychologue en 2007 ainsi qu'une podologue.

Il existait également 2 cabinets infirmiers distincts sur la commune ainsi qu'un cabinet de kinésithérapeutes.

L'idée du pôle de santé avait émergé vers 2008 ou 2009, c'était un des projets majeurs de la municipalité de Lanmeur.

Le choix du lieu s'est porté sur le bâtiment de l'ancienne maternité qui appartenait à l'hôpital local de Lanmeur. Il a été loué par un bail emphytéotique de 30 ans à la mairie de Lanmeur qui a organisé les travaux de rénovation. Ceux-ci ont débuté vers 2010 et permis d'accueillir les nouveaux dentistes recrutés par la commune qui s'installaient sur place directement.

Le montant total des travaux était de 1 033 000€ TTC et le total des subventions reçues de l'État était de 278 000€ incluant la Dotation de Développement des réseaux de santé et le Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire. (16)

Le reste était à la charge de la commune qui avait emprunté 755 000€ sur 12 ans. L'association des professionnels de santé reversait à la commune un loyer de 8000€ par mois pour l'ensemble du bâtiment et disposait d'une entière liberté de gestion des locaux.

Les différents professionnels de santé travaillant à Lanmeur ont tous rapidement accepté de s'installer dans ce nouveau pôle à l'exception du cabinet de kinésithérapeutes qui venait d'acheter un bâtiment dont le temps d'amortissement ne permettait pas de quitter pour vendre.

FG-345/348 : « Est-ce que vous êtes partants ? » parce qu'il a demandé à tout le monde « vous seriez partants ? », j'ai dit « bien sûr je suis partant », l'orthophoniste oui bien sûr, la psycho oui bien sûr, tout le monde était partant ; il y avait aussi une podologue mais qui était de Plougasnou puis qui a arrêté mais qui était partante aussi, à l'époque il n'y avait pas de podologue ici. »

FG-390/392 : « On s'est rapidement mis d'accord avec les infirmiers que ça pouvait marcher ; après on a invité les autres professionnels de santé qui nous ont dit oui en gros. Dans mon souvenir ça a été assez rapide. Et du coup on a juste discuté de l'indépendance. »

Les professionnels présents à l'origine de la création du pôle avaient apprécié être associés au projet avec l'architecte et ainsi de bénéficier d'un espace adapté à leurs besoins.

PRO7-58/63 : « Et... après, moi ce que j'ai beaucoup apprécié c'est que l'on a tous été associés au projet avec l'architecte, on a très vite été associé aux travaux, Au plan, à l'aménagement. En fait, moi j'ai eu ce que je voulais en termes de surface et en termes de disposition, Comme vous le remarquiez il y en a qui ont des salles d'attente d'autres non, il y en a qui l'ont à l'intérieur. E, elle a deux chaises à l'extérieur. Chacun a un petit peu son... D'autres, l'orthophoniste a sa salle d'attente vitrée pour voir au travers etc. »

Le pôle santé universitaire a ouvert en février 2013. (17)

3.2.4 Dénomination Pôle Santé Universitaire

La dénomination universitaire avait été ajoutée car l'accueil des étudiants s'était toujours fait sur cette ville dans l'ancien cabinet. La poursuite de cette vocation d'accueil et de formation était inscrite dans le projet du pôle. La présence d'universitaires au sein du pôle permettait également cette utilisation du terme.

FG -491/497 : « Ensuite il se trouve que dans le pôle santé on avait un universitaire de médecine générale du coup on a eu le droit à la qualification universitaire de l'ordre des médecins puisqu'il y avait un universitaire sur place qui travaillait là. Et puis on avait les 2 chefs de clinique de Brest de médecine générale qui sont également universitaires mais à temps limité pour 2 ou 4 ans qui venaient travailler également. Donc du coup c'est cette qualification-là, enfin c'est ces 3 choses-là qui font qu'on a eu accès à pouvoir mettre un « universitaire » au bout. »

La dénomination pôle quant à elle venait de l'ouverture de la structure vers l'extérieur avec la vocation de travailler avec les différents professionnels du canton non présents sur place.

FG-510/513 : « La différence entre pôle et maison de santé c'est que le pôle de santé travaille avec des extérieurs qui ne sont pas dans les locaux, et on travaille nous naturellement avec le médecin de Plouégat, le médecin de Plouezoc'h, les pharmacies du canton, les kinés qui sont à l'extérieur du pôle ».

3.2.5 Un projet né d'une collaboration entre différents acteurs locaux

Le projet du pôle de santé de Lanmeur était soutenu par les politiques locaux, notamment le sénateur maire de la commune dont le parcours professionnel avait été marqué par différents

travaux sur la désertification médicale. Il avait présidé le groupe de travail national sur la présence médicale en France.

FG-97/102 : « il a été élu sénateur dans la foulée, d'ailleurs il a travaillé sur un dossier sur la désertification médicale, il a rendu d'ailleurs un livre blanc avec des propositions que vous connaissez peut-être non ? Ils étaient 2 sénateurs, ils ont rendu un truc sur les déserts médicaux qui a ensuite donné lieu à tout un tas de groupe et de commissions ministérielles et donc au projet de Marisol Touraine sur ces trucs là donc voilà puisqu'il faisait partie de la majorité. Donc il était très intéressé à ces trucs là et c'est vrai que c'est un établissement pilote »

La maire de Lanmeur a été amené à rencontrer à plusieurs reprises les différents professionnels exerçant sur Lanmeur pour leur présenter le projet. Ce projet était conduit en collaboration avec PRO1 qui travaillait au département universitaire de médecine générale et qui y voyait l'opportunité de créer une dynamique de soins et un terrain favorable à la recherche universitaire.

PRO1-476/482 : « Et chez nous, cela a bien marché, c'est ce couple-là. On avait la chance d'avoir un universitaire de médecine générale qui voulait créer une dynamique, avec des soignants très volontaires, parce que leur culture était comme cela depuis très longtemps, depuis le début et une mairie qui était prête à aller infuser ce qu'il fallait pour que la dynamique marche. »

3.2.6 Structures juridiques au sein du pôle de santé :

- Association loi 1901 : l'association des professionnels de la santé de Lanmeur

Cette association permettait au pôle de santé d'accueillir des ostéopathes et psychologues. Ce que le statut de maison médicale ne permettait pas (ne peut accueillir que des médicaux et para médicaux). Cette association avait pour vocation de payer les différentes charges de fonctionnement du pôle de santé, ainsi que le loyer à la mairie.

Une assemblée générale annuelle obligatoire a lieu tous les ans pour la gestion et l'approbation des comptes.

FG-169/171 : « Et donc c'est la structure qui fédère l'ensemble des professionnels qui travaillent dans le pôle de santé, dans la maison et qui gère un peu donc... et les loyers puisqu'il y a des parties communes ce qui fait que, les couloirs et la salle commune comme ici tout ça c'est commun. »

- La SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoire

Elle regroupait tous les professionnels de santé médicaux et para médicaux du pôle de santé. C'est cette structure juridique qui permet au pôle de santé de recevoir les nouveaux modes de rémunération par l'ARS dont la somme était répartie entre les différents professionnels au prorata de la part de chacun dans la structure qui était calculé en fonction de l'occupation des locaux, au nombre de mètres carrés utilisés par chacun.

L'association des professionnels de la santé de Lanmeur et la SISA signent des conventions pour permettre aux autres professionnels (psychologue, ostéopathe) de réaliser des projets de travaux communs.

- Chaque groupe de professionnels gardait par la suite son mode de fonctionnement propre, en Société civile de moyens, entreprise individuelle libérale ou autre. Chaque structure versait son loyer à l'association des professionnels de la santé.

FG-401/406 : « *Et puis que sinon on gardait exactement nos structures habituelles de fonctionnement, ce qui permettait de garder cette liberté et cette indépendance pour tout le monde.* »

3.2.7 Architecture du pôle

Le pôle de santé était composé de 2 étages.

Au rez-de-chaussée on trouvait une salle de réunion ainsi que les cabinets :

- Des dentistes avec leur secrétaire
- De l'orthophoniste
- Des sages-femmes
- Des psychologues
- Des ostéopathes
- De la pédicure podologue

Au 1^{er} étage :

- Les 2 cabinets infirmiers
- Les cabinets des médecins et leurs secrétaires

L'accès entre le rez-de-chaussée et le 1^{er} étage se faisait par un ascenseur ou des escaliers situés dans le hall d'accueil.

Au 2^e étage :

- 2 studios mis à disposition des étudiants en stage sur le pôle

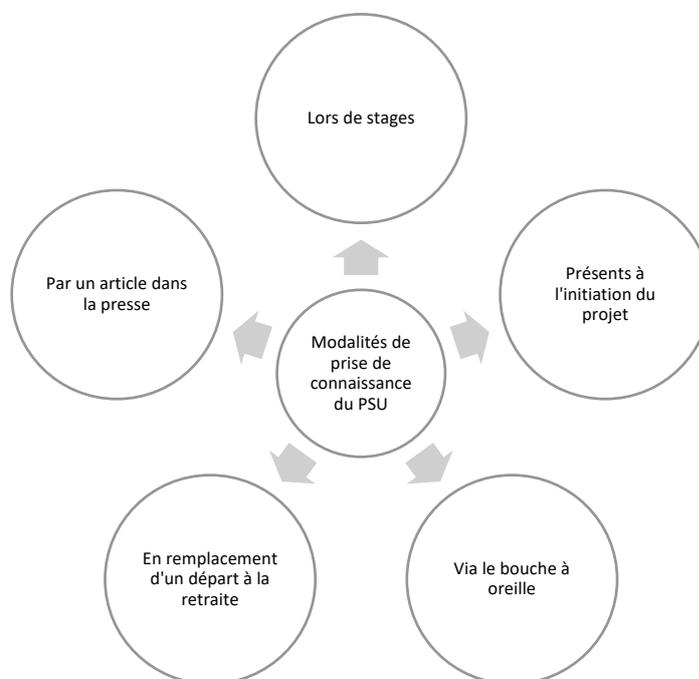
Cette organisation avec les médecins et infirmiers à l'étage et les autres professionnels de santé au rez-de-chaussée était pensée pour favoriser le passage vers ces professions.

PRO1-347/349 : « *Naturellement, on aurait pu mettre les médecins et les infirmières en bas, pour recevoir les gens les plus malades, mais pour augmenter le flux de circulation, car ceux qui sont en bas sont déjà un peu isolés... mais s'il n'y avait pas cette maison ils seraient complètement isolés. On a fait exprès de mettre les soignants « les plus actifs dans le soin » en haut.* »

3.3 Dynamiques du processus de regroupement

Les différents entretiens réalisés avaient permis de retracer le parcours des professionnels de santé exerçant dans le pôle et de dégager quelles étaient les attentes de ces professionnels de ce mode d'exercice ainsi que les modalités de prise de connaissance de ce projet de pôle de santé.

3.3.1 Modalités de prise de connaissance du pôle de santé



Lors de stages :

Certains professionnels ont découvert le pôle au cours de stages lors de l'internat de médecine générale : stage praticiens de niveau 1 ou 2 :

PRO3-23/26. : « *J'ai fait mon stage « prat » avec PRO qui était médecin ici, à Lanmeur, que j'ai remplacé. Après j'ai fait un SASPAS dans le groupe des médecins de Morlaix, et j'ai fait un deuxième SASPAS ici à Lanmeur en vue de la succession. J'ai été diplômé en novembre 2015 et lui est parti en décembre. J'ai enchaîné tout de suite »*

A l'origine du projet :

Certains professionnels interrogés étaient impliqués dès le départ dans le projet du pôle de santé, notamment via des rencontres avec les élus de la commune à l'origine du projet.

PRO6-178/180 : « *Et c'est après le maire est venu rapidement au bout de quelques mois et il a commencé de me parler de projet que lui il avait à la mairie de développer le secteur santé de la commune et de regrouper éventuellement des professionnels. »*

Ces professionnels impliqués échangeaient avec les autres professionnels de la commune afin de les convaincre de rejoindre le projet.

FG-329/330 : « *PRO1 m'avait déjà parlé du projet de pôle santé, de maison de santé, qui était déjà sur les rails, qui était déjà en prévision »*

Via le bouche à oreille :

PRO10-8/9 : « *J'ai postulé ici par du bouche à oreille par des collègues qui connaissaient Mme C. Et voilà j'ai été prise parmi les postulantes »*

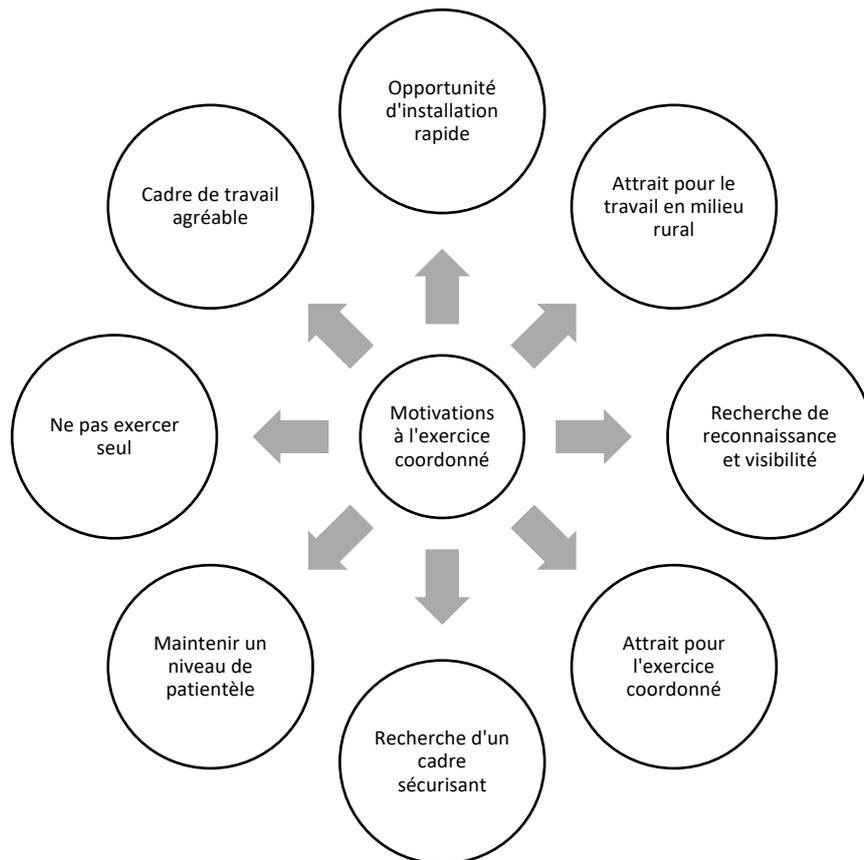
En remplacement d'un professionnel partant à la retraite :

PRO11-52/56 : « *c'est que j'ai appelé toutes les orthophonistes autour de Morlaix pour... en disant, ben voilà, je voudrais m'installer autour mais...Ben voilà où est-ce que vous cherchez, enfin où est-ce que je peux me mettre...tout ça quoi. Et il y a Mme M qui était, elle, du coup dans la petite maison dont PRO6 parlait justement hier à Plouégat-Guérand. Et donc je l'ai appelée et elle me dit, ben moi je compte partir en retraite et ça tombe bien parce que du coup, ben voilà, il faudrait assurer la relève »*

Par un article de journal dans la presse locale

PRO5-58/59 : « Et donc un petit article dans la presse disant que... pendant les vacances, un article disant qu'ils cherchaient un dentiste pour satisfaire les besoins locaux »

3.3.2 Motivations initiales des professionnels au travail coordonné en pôle de santé



Une opportunité d'installation rapide

Une motivation des professionnels à venir travailler dans le PSU était une opportunité de pouvoir s'installer rapidement, en remplacement de praticiens partant à la retraite.

PRO3-30/32 : « Le SASPAS a été un peu orienté. Je ne remplaçais que le PRO. On travaillait un jour sur 2 chacun, pour que les patients commencent à me connaître. Et puis c'est vrai qu'en novembre décembre j'étais thésé, il a pris sa retraite en décembre. »

Un attrait pour l'exercice en milieu rural :

Le travail en milieu rural ou semi-rural permettait pour certains professionnels d'avoir une autre relation avec les patients, dans un contexte différent de l'hôpital.

PRO3-52/57 : « Alors les visites à domicile je sais que certains médecins n'aiment pas, mais moi j'aime bien car ça me fait sortir un peu du cabinet. C'est un autre rythme, et puis c'est bien aussi d'aller chez les gens, parce qu'on voit un peu comment ils vivent eux. On voit le contexte, on croise la famille, on voit dans quel état est la maison, s'ils sont encore en terre battu... et ça nous permet aussi de mieux les appréhender, de mieux les cerner. De mieux cerner leur personnalité. Alors que dans un hosto, ils viennent chez nous, et là c'est nous qui allons chez eux. »

PRO4-32/34 : « Je ne sais pas, c'est peut-être l'idée qu'on...que j'avais moi du rural comme quoi y'avait un manque de médecins, de professionnels, le manque de suivi médical des...de la population rurale. Je me voyais plus, peut-être un peu plus utile dans ce domaine-là. »

Une recherche de reconnaissance et de visibilité pour une sa profession :

Certains professionnels cherchaient à faire évoluer leur profession dans le but de l'ouvrir à un plus grand nombre de patients.

PRO6-180/183 : « Il m'a demandé si ça m'intéressait, je lui ai dit évidemment que ça m'intéresse, pour nous ostéopathes, c'est une avancée, une ouverture exceptionnelle de pouvoir intégrer des maisons de santé. Au niveau de notre politique et de notre reconnaissance institutionnelle c'est très important. »

Un attrait pour l'exercice coordonné :

PRO7-118/120 : « Je sais faire, de travailler en équipe, je pense que c'est ma particularité, C'est ma couleur en tant que psycho, j'ai cet autre parcours avant, je ne suis pas isolée. Je vais facilement vers les gens et du coup tous les projets qui ont été mis en place pour les protocoles... ça m'intéresse »

PRO10-20/23 : « Le travail pluridisciplinaire parce que c'est vrai que nous, à l'école on a commencé à nous parler de ça, à nous sensibiliser. Qu'il ne fallait pas rester dans son coin, qu'il fallait travailler avec les kinés, ostéo, médecins et c'est vrai que pour nous c'était important parce que l'on n'a pas forcément lorsqu'on est dans notre coin, on n'a pas une profession très connue. »

La recherche d'un cadre professionnel permettant d'exercer sa profession de façon sécurisée

PRO9-162/165 : « donc du coup travailler en réseau parce qu'on a besoin des professionnels on a besoin des médecins, un accouchement à domicile c'est que dans des conditions particulières, et s'il y a le moindre doute on transfère donc on a besoin de travailler en équipe en fait. »

La volonté de maintenir un niveau de patientèle

Les infirmières étaient historiquement séparées en 2 cabinets de groupe à Lanmeur. L'installation d'un des cabinets dans le pôle de santé avait fait craindre au second groupe une fuite des patients vers le pôle. Il avait donc été décidé de s'installer également dans le pôle.

PRO8-70/76 : « je pense que l'on s'est senti un petit peu obligé finalement. Parce que l'autre cabinet infirmier rejoignait le pôle, tous les professionnels de santé rejoignaient le pôle à part juste les kinésithérapeutes qui venaient juste de faire des travaux dans leur bâtiment, donc, ils ont refusé. Ils avaient fait les travaux... Et voilà. Sinon tout le monde venait là alors... on s'est dit, après, même au niveau de médecins... est-ce qu'il ne va pas y avoir du favoritisme ? Merci est-ce qu'ils ne vont pas orienter les patients plutôt vers le cabinet infirmier qui est dans le pôle de santé... »

Ne pas exercer seul :

PRO10-671 : « C'est ça, et c'est vraiment ne pas être tout seul dans son cabinet. »

Cadre de travail :

- Travail dans des locaux neufs

PRO10-23/24 : « Et c'est vrai que la structure était toute neuve, le cabinet m'a plu tout de suite. C'était tout neuf. »

- Pouvoir accueillir les patients à mobilité réduites

PRO7-684/685 : « Ça a un peu participé car j'ai demandé à F s'il allait mettre un ascenseur dans l'immeuble là-bas où j'étais ou pas... »

3.3.3 Craintes initiales des professionnels à l'installation dans le pôle

Les craintes exprimées par les professionnels lors de la réflexion pour une installation ou non au sein du pôle de santé étaient :

La peur de perdre son indépendance :

PRO7-46/48 : « *Je fais ce que je veux, on a un petit côté comme ça, assez souvent on ne rend de comptes à personne* »

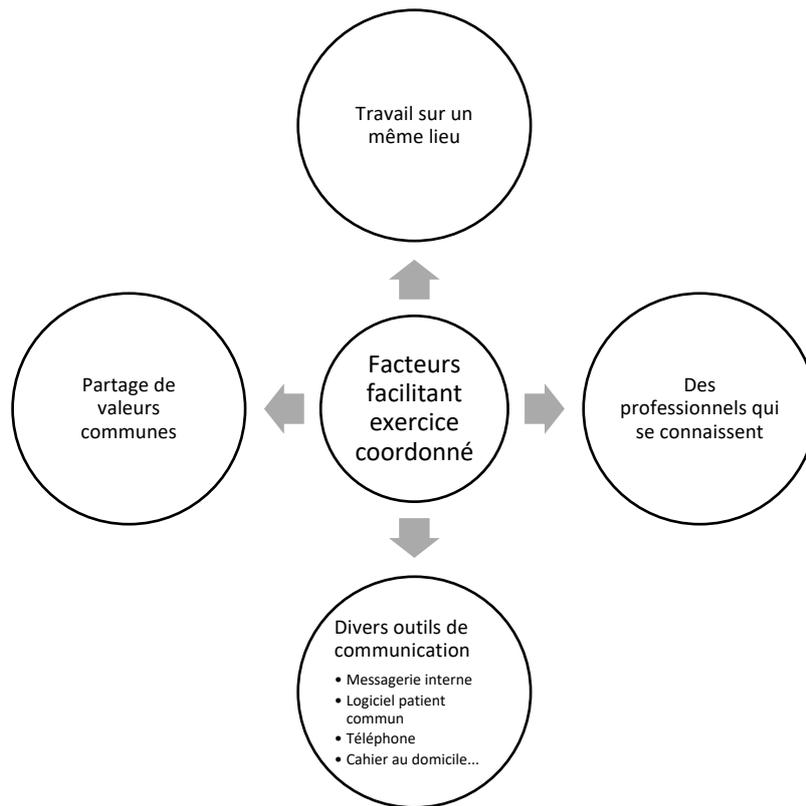
FG-392/395 : « *C'est-à-dire que, en fait, la grosse difficulté, notamment chez les infirmiers c'est qu'on devient infirmier libéral aussi parce qu'on en a marre d'être sous la dépendance d'une hiérarchie médicale qui peut ne pas être toujours très adaptée.* »

La crainte de véhiculer une mauvaise image.

PRO7, psychologue exprimait des craintes vis-à-vis de sa patientèle concernant l'image que véhiculerait son installation dans une structure regroupant des médicaux et paramédicaux.

PRO7-48/50 : « *Tiens si je rentre là-dedans qu'est-ce que cela va donner en termes d'image, de la perception des gens par rapport à « tiens elle est dans le pôle de santé, c'est peut-être estampillé plus médicale ?* »

3.4 Facteurs facilitants l'exercice coordonné au sein du PSU de Lanmeur



3.4.1 Communication facilitée par le travail sur un même lieu

La bonne entente entre les professionnels permettait une communication plus simple et naturelle.

PRO2-37/40 : « après l'exercice pluri professionnel c'est vrai que du coup c'est plus simple de discuter avec nos collègues, les paramédicaux quand on les croise tous les jours dans le couloir, quand on dit « tu » quand on les appelle par leur prénom, quand on leur tape la bise. C'est plus facile de prendre le portable, les appeler »

- Possibilité d'avoir un avis immédiat d'un autre professionnel

Les professionnels rapportent un sentiment de sécurité du fait de la facilité et rapidité d'avoir un conseil ou un avis d'un collègue lors de situation difficiles.

PRO7-98/100 : « il y a la sécurité quand même, il y a les médecins au-dessus et quand il y a quelque chose je peux appeler quelqu'un assez rapidement. »

La flexibilité offerte par le pôle permettait également des consultations regroupant plusieurs professionnels pour des cas plus complexes :

PRO11-500/501 : « *Et puis, donc elle avait proposé, là c'était bien, elle avait proposé un relais où elle avait dit « je viendrai pendant ta séance et on la fera à trois et tout ». C'est vachement bien quoi. »*

- Possibilité d'avoir rapidement des informations sur des patients en commun

L'exercice coordonné permettait d'échanger avec des professionnels comme les infirmiers qui ont un contact différent avec les patients communs et peuvent apporter des précisions sur certains points ou des informations nouvelles.

PRO2-41/46 : « *c'est vrai qu'on rencontre plus facilement les infirmiers je trouve, parce que déjà on est au même étage et puis ils sont ...ils les voient plus souvent les patients que nous ou les autres paramédicaux. Donc quand on a vraiment un souci c'est plus simple de s'adresser à eux parce qu'ils connaissent la personne chez elle dans son milieu. Ils ont un recul, un point de vu qu'on n'a pas forcément nous qui voyons les gens qu'une fois par mois. »*

3.4.2 La communication était facilitée par l'accessibilité des professionnels qui se connaissent et connaissent leurs compétences

La communication est facilitée par la proximité géographique entre les professionnels. Travailler régulièrement ensemble permettait de mieux se connaître et connaître les habitudes et préférences de chacun.

PRO7-201/203 : « *La proximité et le fait que l'on se croise et que par exemple sur les protocoles on ait travaillé ensemble, ça facilite je sais à qui j'ai à faire... comment entrer en contact avec les uns et les autres ; le contact avec PRO1 n'est pas le même qu'avec PRO2 »*

PRO10-486/487 : « *C'est plus facile quand même. On sait qui est qui. Même ici c'est plus facile, on sait à qui s'adresser. »*

Quand une situation était vécue trop difficilement par certains professionnels du pôle il était rapidement possible de se réunir pour réfléchir à la situation

PRO12-511/513 : « *On avait fait une réunion, on avait demandé et on avait dit : « bah voilà qu'est-ce qu'on peut dire, est-ce qu'on peut se défendre quand même ? ».*

La communication était de meilleure qualité du fait de pouvoir entendre les remarques des différents professionnels concernant les prises en charge

PRO8-199/203 : « ça facilite dans le sens, que quand on ne se voyait pas entre médecins et infirmiers : le médecin a rendez-vous au domicile du patient, Il prescrit quelque chose... nous on arrive derrière, on voit la prescription, on n'a que le retour du patient. Le patient ne nous raconte que ce que le médecin lui a dit. Maintenant, on communique plus : on a aussi le retour du médecin. »

3.4.3 Un partage de valeurs communes

Les professionnels du pôle de santé s'accordaient sur une même vision de leur travail et de l'organisation du travail.

PRO1-986/990 : « On a bien compris que le fait d'avoir de la communication entre nous, un langage commun, des objectifs thérapeutiques communs, des liens... et le fait de vérifier auprès du patient que les buts sont bien les siens et non pas les nôtres, c'est devenu quelque chose d'assez naturel globalement. »

3.4.4 Une grande diversité des outils de communication à disposition des professionnels

Les échanges concernant les patients entre les différents professionnels pouvaient se faire via différents supports :

- Messagerie interne

PRO10-142/145 : « Oui c'est facile car la plupart de nos patients on leurs médecins traitants en haut, même nous on envoie un courrier on explique pourquoi il faut faire les semelles enfin pourquoi il faudrait faire les semelles et du coup ça va beaucoup plus vite de faire un courrier que d'appeler quelqu'un. On a la messagerie instantanée. »

- Le logiciel patient commun

L'association des professionnels s'était dotée d'un logiciel commun à tous les professionnels du pôle, Médistory. Le logiciel était apprécié car les informations et différents examens réalisés par le patient étaient regroupées et accessibles instantanément

PRO10-870/874 : « S'il y a des radios on les a. Ils n'ont pas besoin de les apporter. C'est plus facile pour eux, parfois les prescriptions...je leur dis « bon vous ne vous en occupez pas, je vais aller la chercher ». Et voilà, c'est une facilité, ça les rassure de savoir que voilà pourquoi quand

ils viennent me voir je leur dis je vais mettre sur votre dossier ce que j'ai trouvé pour le médecin »

- Le téléphone

PRO3-212/213 : « c'est vrai, que quand il y a des soucis à régler entre deux consultations, on ne peut pas faire autrement que par téléphone. »

- Un classeur ou un cahier au domicile des patients :

Ce classeur pouvant servir à échanger concernant l'évolution des pathologies des patients et les différentes consultations et rendez-vous prévus ainsi que les soins infirmiers effectués.

PRO8-333/335 : « c'est un classeur dans lequel on regroupe tout : les prescriptions médicales etc. On a un diagramme pour cocher, tous les jours qu'est-ce qu'on fait chez les gens... on ne fait pas forcément toujours la même chose. Il y a des jours où l'on fait le bain de pieds...

- Par échange de mails :

PRO9-523/524 : « je crois qu'elle lui envoie des petits messages, des mails, parce qu'il répond très vite quoi. Des fois ils ont des échanges mails, sur genre de trucs un peu en mode télégraphique. »

- Au cours de réunions :

PRO3-507/508 : « On s'est vu, à une réunion formelle du coup, puisque c'était la réunion au cours de laquelle vous nous avez présenté votre projet... je lui ai dit « j'en profite comme je te vois » ... »

- Directement dans le cabinet d'un professionnel :

PRO11-497/499 : « Là j'ai frappé à la porte et j'avais dit « J'ai un souci avec une personne que je vais voir toute à l'heure, qu'est-ce que tu me conseilles et tout » »

- Dans la salle de pause :

PRO3-211/212 : « Souvent on se croise, car on est dans le même bâtiment. Quand on veut se parler, on va dans une salle de pause et on discute un peu plus »

- Via des notes sur papier

PRO8-170/172 : « Quand on a besoin de te demander quelque chose qui n'est pas nécessairement urgent, qui peut attendre ou une ordonnance... quelque chose comme ça... on leur laisse des post-it. Et voilà ils nous répondent quand ils peuvent. »

- En laissant des mots dans des bannettes utilisées par les médecins :

PRO12-93/94 : « *Tout à fait, donc là quand il y a des demandes de papiers à remplir ou des choses comme ça, on pose dans la bannette des médecins* »

- Sur un cahier tenu par les secrétaires des médecins :

PRO12-664/671 : « *on a aussi un petit cahier pour tout ce qui est petits mots (...) Oui, il n'y a pas forcément que la messagerie, parce que des fois la messagerie il n'y a pas d'historique donc on n'a pas de trace. Et donc on note toutes les demandes, les demandes de bons de transport* »

- Échanges de photos via le logiciel :

PRO8-179/182 : « *on fait des photos, on a un logiciel Médistory qui est commun à tous les professionnels de santé du pôle. Tout le monde peut y accéder... donc du coup on essaie, justement quand il y a des plaies, de prendre des photos et de les mettre dans Médistory, comme ça tout le monde peut y accéder.* »

- Par le biais de la secrétaire :

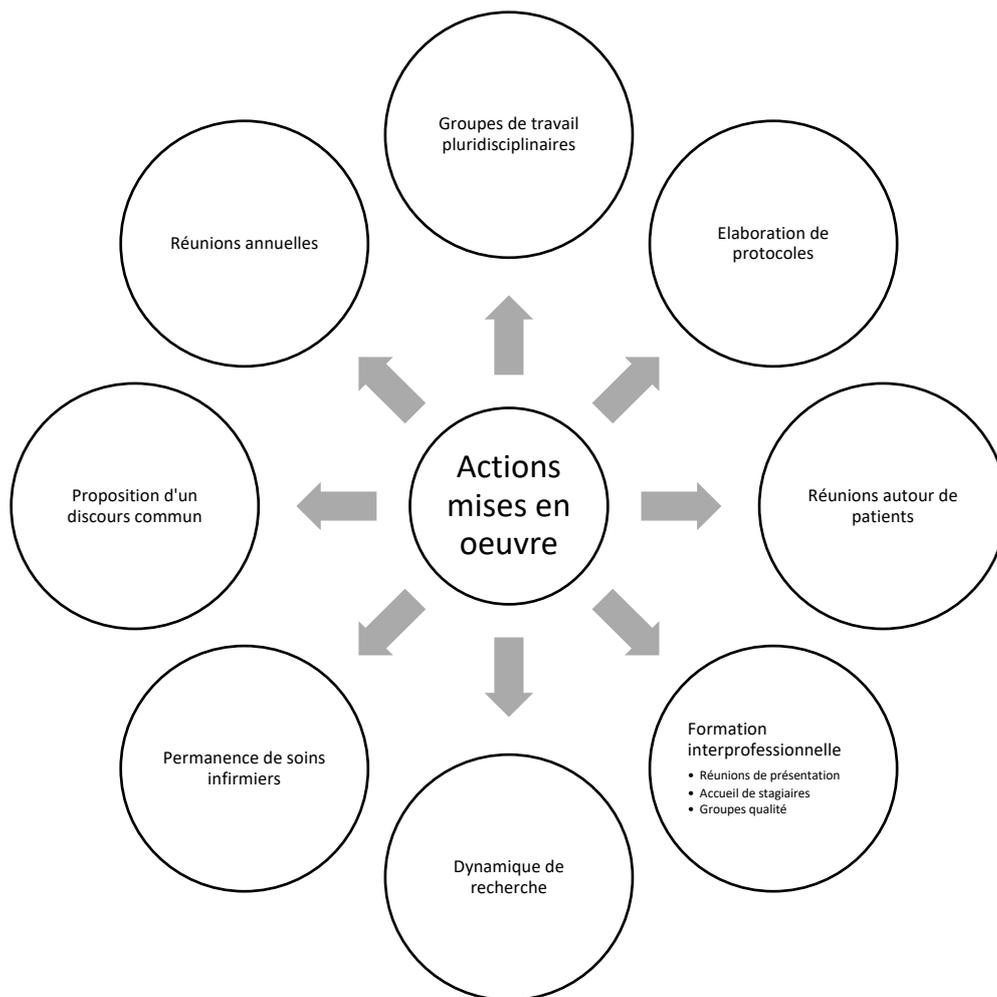
PRO8-418/420 : « *Mais en journée, on essaye de passer par les secrétaires pour ne pas les déranger pendant leur consultation. Ce n'est pas facile pour eux de répondre donc on passe par les secrétaires.* »

- Dans les couloirs du pôle de santé

PRO8-474/475 : « *c'est beaucoup dans les couloirs car nous n'avons pas forcément des emplois du temps compatibles et ce n'est pas facile de faire une réunion chaque fois qu'il y a un problème.* »

3.5 Actions et services mis en œuvre au PSU de Lanmeur

Plusieurs actions et services avaient été mis en place au sein du pôle de santé du fait de l'exercice coordonné



3.5.1 Des groupes de travail pluridisciplinaires réguliers :

Le pôle de santé de Lanmeur était pensé comme une structure expérimentale pour des procédures de soins pluridisciplinaires.

PRO1-21/24 : « On a mis en place la structure qui permet de tester si la communication interprofessionnelle, ça marche. Parce que tout le système de santé est fait pour que cela ne marche pas »

Ces groupes se réunissent généralement le soir de 20h à 22h et accueillent différentes catégories professionnelles. Ces réunions étaient rémunérées en fin d'année par l'ARS. Des protocoles de soins étaient rédigés sur des thèmes précis, dans une liste proposée par l'ARS selon les besoins du pôle de santé. Les sujets étaient envoyés par mail par un coordinateur et les professionnels choisissaient les thèmes qu'ils souhaitaient aborder.

Ces réunions de coordination étaient rémunérées par l'ARS au titre des NMR.

PRO8-573/578 : « *En fait, les thèmes sont lancés par mail. Par exemple, avant, PRO1 lançait un mail à tout le monde pour les thèmes et puis chacun se positionnait, ce qui ont en- vie de le faire... on estime qu'il faut toujours un médecin dans chaque groupe et les professionnels concernés. Évidemment s'il s'agit de quelque chose en rapport avec le dentiste.... On va dans les groupes en fonction du lien avec son métier. On estime, que tout le monde, doit participer à un groupe de travail »*

Différents groupes ont été réalisés, chaque groupe de travail consistant en plusieurs réunions d'environ 2h. Les 2 premiers axes de travail lancés avaient été les patients dits « difficile » et le travail sur la fin de vie. Depuis plusieurs sujets ont été abordés.

- Un groupe sur la prise en charge des plaies chroniques à domicile visant à l'élaboration d'un protocole de soins.

PRO3-605/609 : « *Bon là on est en train de travailler sur les plaies chroniques, il y a deux médecins, des infirmiers et les podologues. Et on aimerait mettre des photos dans le dossier. Ça serait vraiment pratique, nous on y va une fois par mois alors qu'avec plusieurs photos on peut les comparer. Ça serait intéressant, mais bon on est train de travailler dessus. »*

- Un groupe sur l'élaboration d'un protocole sur la fin de vie, dans le but de rassurer les soignants sur ces prises en charges difficiles

PRO1-95/97 : « *Le but de ce travail-là, ce groupe nous a sorti un protocole avec de la mise en commun d'informations, avec un langage unique et la possibilité d'appeler les prescripteurs, un peu n'importe quand, pour pouvoir gérer une situation aiguë non prévue. »*

- Un protocole sur l'adaptation des doses d'anticoagulants

PRO8-366-367 : « *Donc, c'est par rapport à ça que l'on a le plus d'échanges. Et puis aussi, pour les personnes qui sont sous anticoagulants »*

- L'élaboration d'un protocole de dépistage de la dépression

PRO1-231/234 : « *Là, on est en train de mettre en place, un protocole de « dépistage de la dépression en soins primaires », par tous les soignants, adossé à 1 diagnostic de la dépression en soins primaires établi par les médecins »*

- Un des groupes de travail consistait à l'élaboration d'un classeur structuré et fonctionnel au domicile des patients qui pourrait être utilisé par tous les professionnels, adapté à leurs pratiques et besoins et permettant de favoriser et simplifier les échanges d'informations.

PRO10-568/572 : « *Voilà pour avoir quelque chose...des fois il y a des pages qui ne nous concernent pas, quelque chose de simple, rapide à consulter et qui convienne à tout le monde*

dans le pôle. Voilà on a pris plusieurs professions, on a travaillé autour de ça. On a monté un dossier, maintenant on va faire tourner à tous les professionnels pour qui soient d'accord. Qui valide ou pas, ou qu'ils ont des améliorations à apporter et après ça sera mis en place. »

- Un groupe était organisé par PRO6 sur la prévention des troubles musculo-squelettiques chez l'adolescent

PRO6-339/341 « il y a un groupe de travail que j'ai mené ici, pour l'instant qui est en stand-by parce que j'ai dit moi j'ai amené des cas en recrutant sur des patients qui arrivent, c'est un groupe sur la prévention des troubles musculo-squelettiques chez l'enfant adolescent »

Les groupes de travail et l'élaboration de protocoles étaient également un point de départ pour des propositions de nouveaux projets et actions qui pourraient être mises en place au sein du pôle de santé.

PRO7-270/272 : « on a même éventuellement évoqué, tout au début à la première des réunions, des groupes de paroles en fait des groupes ou des gens « dépressifs » pourraient se retrouver une fois par mois et cela serait animé par moi ou des collègues. »

Ces groupes de travail étaient appréciés des professionnels car permettent une émulation, un enrichissement des pratiques quotidiennes.

PRO7-127/131 : « Quand PRO1 a proposé le projet du sujet de la dépression je me suis dit : « C'est génial » j'ai mon idée psycho sur la dépression... Oui mais en même temps, quand il dit, à partir de son point de vue de médecin et de ce qu'il reçoit dans son cabinet, et ses collègues, de l'impact des symptômes et du syndrome dépressif sur la région... Je n'en reviens pas, je n'avais pas cette vision-là. Donc je trouve cela intéressant, cela m'enrichi, cela me donne des pistes. »

Les groupes de travail étaient également perçus comme un moyen d'informer les différents professionnels du pôle du travail de chacun et des ressources à leur disposition.

PRO9-347/350 : « il y a dans les groupes de travail qu'on organise au niveau du pôle ici, E. l'année dernière avait lancé un groupe de travail sur la grossesse physio, sur la grossesse en fait dans l'idée qu'on se mette tous ici dans le pôle, qu'on puisse se dire chacun à tous les moments de la grossesse, quand est ce qu'on envoie les femmes, et quel parcours on peut leur faire ici. »

3.5.2 Réalisation de rencontres pluridisciplinaires autour de cas de patients complexes :

- Sur le site du PSU :

PRO3-213/214 puis 218-219 : « *Mais ça nous arrive de faire des réunions sur des patients. »
« C'est vraiment sur les cas complexes, ... très complexes. Personnes ne comprend plus rien, ou en fait, il y a des gens qui ne comprennent pas toujours ce qu'on dit, ou bien on ne s'exprime pas tous de la même façon. »*

- Au domicile du patient :

PRO8-153/156 : « *Du coup, maintenant on essaie de mettre en place, par exemple pour des pansements, des rendez-vous médecin/infirmiers soit au cabinet, soit au domicile du patient. »*

Ces réunions ont été mises en place à la suite d'un groupe de travail, qui avait identifié que les patients difficiles étaient une source de souffrance psychologique chez les soignants.

PRO1-34/41 : « *ils font une réunion et se mettent d'accord sur le langage commun que chacun doit avoir pour gérer cette situation difficile avec des patients qui sont traumatisants. Et comme par hasard, les patients traumatisants ont disparu. Cela n'est pas du hasard, en fait, ils ont pris l'habitude (ayant développé le protocole) que quand il y a un problème, on ne va pas convoquer tout le monde mais que ceux qui tournent autour de ce patient (Exemple le médecin, l'infirmière, l'orthophoniste, le dentiste, l'ostéopathe, Il n'y aura que ces 5 là, en fait, un représentant de ces groupes là et ils vont venir se mettre autour de la table) »*

3.5.3 Formation interprofessionnelle :

- Réunions de présentation des métiers du pôle

Peu après l'ouverture du pôle de santé des réunions avaient été organisées chaque professionnel pouvait expliquer son métier et ses compétences propres, permettant une meilleure articulation des soins.

PRO1-672/676 : « *Oui, là c'était vraiment fait pour découvrir ce qu'un psychologue fait, un ostéopathe fait, un podologue, un orthophoniste... Le dentiste, les médecins et les infirmières, tout le monde a une idée à peu près correcte, même si elle est incomplète, mais ces professionnels là personne ne savait ce qu'ils fabriquaient en fait, les autres professionnels ne savaient pas ce qu'ils fabriquaient »*

Ces réunions avaient abouti à la création de documents mis à la disposition de chacun des professionnels expliquant les rôles de chacun. Elles ne s'étaient plus réalisées depuis 2 ans.

PRO1-676/677 : « *après on a fait un flyer qui a permis à chacun de comprendre ce que faisaient les médecins, les dentistes, les infirmiers... parce que parfois ce n'est pas très clair.* »

- Accueils de stagiaires

PRO11-737/740 : « *Il y avait un stagiaire en 3ème qui voulait faire...voir un peu tout... pas forcément qu'orthophoniste. Il était venu me voir d'abord, enfin c'était par moi que c'était passé et du coup j'avais appelé les autres en disant qu'il y avait un...et du coup il est allé faire une demi-journée avec les podologues* »

- Accueil d'internes en médecine :

PRO1-864/868 : « *On a deux internes en SASPAS et cinq internes de niveau un. Ce qui veut dire que tous les jours il y a au moins un interne qui traîne dans le cabinet en plus des seniors, souvent deux, parfois trois.* »

Cette présence d'internes au sein du pôle et la stimulation intellectuelle qui en découlait était appréciée des professionnels.

PRO2-429/432 : « *Donc ça entretient une certaine stimulation intellectuelle, la présence des internes, des fois quand on a des soucis avec une prise en charge, avec le résultat de prise de sang on en parle avec un collègue « Mais si tu le sais bien... » j'ai dû le savoir alors je ressors mes bouquins.* »

- Groupes qualité

Ces réunions médicales étaient organisées tous les mois autour de cas de patient, présentés par les internes, en présence des différents médecins du canton. Ces groupes permettaient des échanges sur les pratiques des uns et des autres et assuraient un rôle de formation continue.

PRO1-375/377 : « *Ce sont des médecins qui travaillent seuls, ils apprécient de venir aux réunions. Les médecins ont des réunions tous les mois avec les internes qui viennent présenter, chacun, un cas compliqué qui ne leur a pas plus.* »

- Formations internes

Les résultats de groupes de travail comme celui sur le dépistage de la dépression qui avait produit un auto-questionnaire pour les patients en salle d'attente permettaient la mise en place de sessions de formation interne au pôle.

PRO1-256/261 : *« ils se sont approprié un outil qui est en deux questions, qui est un auto-questionnaire que l'on met dans des salles d'attente avec une petite affichette et que les gens peuvent remplir eux-mêmes. Ils vont voir leurs soignants en disant :« je fais quoi de ça ?», « qu'est-ce que j'en fais maintenant ?» Et il y a des séances de formation pour tous les soignants pour répondre à ce « je fais quoi de ça » qui commence le 4 juillet, on en fait une par mois durant trois mois pour former tout le monde. »*

3.5.4 Dynamique de recherche :

Le pôle de santé de Lanmeur était grandement impliqué dans la recherche universitaire, via le département universitaire de médecine générale dont PRO1 était le directeur et l'accueil de chefs de cliniques et internes.

PRO1-277/280 : *« Je considère vraiment pour la suite, cet endroit ci, comme le laboratoire pilote du niveau universitaire, c'est là qu'on teste des procédures de consensus, nos procédures de soins »*

PRO2-474/476 : *« Il y a une dynamique ici, on a toujours des internes qui viennent avec des projets de thèse du coup il y a toujours cette dynamique de recherche, de réflexion pour que ça serve à quelque chose. »*

3.5.5 Mise en place d'une permanence de soins infirmiers :

PRO8-102/105 : *« pour nous, le gros changement ça a été la permanence. On est une permanence au cabinet que l'on n'avait pas avant. C'est pour les personnes, qui ont par exemple rendez-vous avec le médecin et qui ont une prise de sang à faire tout de suite, dans la foulée... ou des soins à faire au cabinet. »*

3.5.6 Proposition d'un discours commun aux patients :

Le travail en exercice coordonné avec les différents professionnels de santé permettait, via les différents échanges ou réunions organisées autour des patients d'avoir un même discours, des objectifs thérapeutiques communs auprès des patients et des familles et ainsi de favoriser l'alliance entre les soignants et les soignés.

PRO8-212/214 : « *Et du coup, on a eu fait des réunions entre médecins, infirmiers avec la patiente et la famille. Cela beaucoup plus de poids sur la patiente, le fait qu'elle voit tout le monde réuni et qu'elle voit que tout le monde était d'accord.* »

3.5.7 Rassemblement annuel de l'association des professionnels :

Une assemblée générale annuelle est organisée pour la partie juridique et la gestion des comptes de l'association. Une seconde est organisée, elle aussi de façon annuelle, afin d'établir une stratégie et vision commune pour l'évolution du pôle de santé.

FG-458/460 : « *Et bien on a nos assemblées générales obligatoires, donc il y a une assemblée générale ordinaire une fois par an minimum, parfois 2 ; une pour les comptes et puis une pour la stratégie du futur.* »

3.6 Bénéfices de l'exercice coordonné au PSU de Lanmeur du point de vue des professionnels



3.6.1 Conditions de travail :

L'organisation en pôle de santé permettait pour les professionnels de santé d'avoir des conditions de travail plus agréables :

PRO1-542/546 : « *Parce qu'en fait, être bien au quotidien dans sa structure, sans avoir peur d'avoir d'une agression, avec zéro « emmerdement » au quotidien (...) donc, tu viens au boulot, tu as le sourire, tu le quittes, tu as le sourire, c'est un confort de vie qui au quotidien est dur à trouver. »*

- Pouvoir compter sur les autres professionnels en cas de problème

PRO11-888/889 : « *Même des fois, je me souviens, j'étais absente, j'avais un souci de voiture et tout, donc j'avais demandé...déjà j'avais demandé à la secrétaire en haut de mettre une affiche sur ma porte* »

- Une ambiance de travail agréable permettant de mieux connaître ses collègues

PRO7-225/228 : « *voilà ce genre de truc : c'est des espaces, avec plein de monde, on a fait des petits canapés, l'on a bu un coup, on s'est souhaité de bonnes fêtes de fin d'année est du coup, on peut là, se rencontrer de manière plus informelle, j'aime bien créer des espaces comme cela.* »

- Une flexibilité pour les horaires et les vacances :

PRO10-89/91 : « *Même moi en étant collaboratrice en fait, je mets les horaires que je veux, je pose les vacances que je veux. Voilà j'ai la chance d'avoir Mme C. qui me laisse faire, une bonne liberté dans mes horaires et dans ce que je fais.* »

- Une entraide et une facilité pour trouver des remplacements :

PRO2-34/36 : « *L'exercice en groupe aussi c'était d'un point de vue humain, quand j'ai dû m'arrêter pour ma grossesse, j'étais ravie d'avoir des collègues qui étaient là, qui m'ont soutenu et qui m'ont aidé à trouver des remplaçants aussi* »

- Une entraide pour les formalités administratives :

PRO11-129/134 : « *puis le fait d'avoir Mme M aussi qu'était là donc du coup elle pouvait bien m'épauler quoi, elles m'expliquaient comment fallait faire au début, pour tout ce qui était administratif et tout aussi, les feuilles de soins, tout ça* »

Les médecins avaient un budget commun qui leur permettait de prendre en charge le salaire de la femme de ménage, la secrétaire et la location des locaux.

PRO2-511/512 : « *oui par exemple le salaire du personnel : femme de ménage, secrétaire, c'est en commun. La location des locaux, il y a une espèce de tronc commun qui paye tout ça.* »

- Pouvoir se dégager du temps personnel plus facilement

PRO2-36/37 : « *c'était important pour moi, sinon je n'aurais pas pu accorder tout ce temps à ma fille* »

- L'organisation des locaux était appréciée.

PRO6-230/231 : « *Le cabinet est plus propre, les locaux sont plus propres, beaucoup plus fonctionnels* »

- La présence d'un ascenseur et d'accès handicapés permettait de pouvoir recevoir des patients à mobilité réduite

PRO8-677/678 : « le fait qu'il y a des accès pour handicapés, un ascenseur, tout ça... on a eu de bons retours des patients »

- Le travail sur un même site apportait de la sécurité

PRO7-95/98 : « Non, mais par contre, ça me plaisait l'idée que l'on soit dans un espace ensemble en termes de sécurité. Je ne sais pas pourquoi.... Je sors parfois à 21 heures, en fait toujours à 21 heures. En hiver, à 21 heures quand il n'y a plus un chat dehors du côté du collègue cela faisait un peu « pouet, pouet ». Ici je me sens plus tranquille »

3.6.2 *Le pôle de santé est attractif pour recruter de nouveaux professionnels :*

Le pôle de santé recevait de nombreux internes en médecine tous les 6 mois qui pouvaient ainsi voir si l'exercice coordonné et le fonctionnement du pôle leur convenaient en vue d'une installation.

PRO1-510/513 : « En tant qu'interne ou externe, ils ont tous travaillé là. Ici, ils savent comment cela fonctionne, ils savent comment les gens se comportent, ils savent s'ils sont compatibles ou non avec ce mode de fonctionnement. Cela semble vachement important... donc, ils ont tous travaillé là il n'y en a pas un qui n'a pas travaillé ici. »

Les médecins partant à la retraite étaient ainsi facilement remplacés. Un rajeunissement des professionnels de santé travaillant dans le pôle était constaté.

PRO1-501/502 : « J'ai été toujours le plus jeune médecin jusqu'à il y a cinq ans. Donc, là, les quatre nouveaux, que l'on a intégré, sont tous des gens de moins de 35 ans. »

3.6.3 *Soutien psychologique entre les différents professionnels*

Travailler ensemble et le fait de se connaître permettait de se soutenir en cas de situation difficile avec un patient :

PRO10-925/927 : « Ça peut être bien comme en mal, il faut se connaître après pour ...entre praticiens c'est bien de se connaître. On a confiance les uns aux autres donc on se protège tous plus ou moins ensemble. »

L'élaboration du protocole sur la fin de vie avait eu pour but que les situations de fin de vie soient moins traumatisantes pour les soignants, avec le confort du patient en objectif principal.

PRO1-108/112 : « *Donc du coup tout le monde c'est bien approprié cela, comme personne n'est parfait, on essaye de faire en sorte que l'objectif qui est fixé (que le patient ne souffre pas) soit atteint, et que l'on avait toutes les armes pour communiquer entre nous en direct quand il y avait un souci et que c'était la solution pour pouvoir faire cela proprement (sans que personne n'y laisse des plumes) et les patients sont contents du résultat.* »

3.6.4 Permet de faire évoluer ses pratiques

L'organisation en pôle de santé impliquait pour certains professionnels un changement de pratique professionnelle, plus centrée sur le patient et la collaboration avec les différents acteurs du soin.

PRO6-231/236 : « *Et le fait d'être dans une maison de santé ça implique un changement psychologique sur la manière d'aborder...le patient peut être, car on est peut-être passé d'une logique, pratique parallèle enfin individuelle assez individuelle de la gestion de la santé du patient à une logique où on tisse plus de lien, on a plus de rapport dans l'abord et l'analyse peut être du patient. Le simple fait de regarder si il est dans la liste commune ; voir si il est déjà passé chez un médecin ici, chez le dentiste.* »

3.6.5 Assurer une continuité des soins

Les différents outils mis à disposition des professionnels pour favoriser les échanges permettent une continuité des prises en charges quand les consultations sont assurées par des professionnels différents.

PRO3-399/401 : « *Oui parce que moi, si je suis en vacances ou que pour x raisons je ne suis pas là et que c'est un autre médecin qui va à la maison, il a les principaux trucs. Bon il ne va pas se taper les 50 pages à lire, mais il a les antécédents et les traitements habituels, ça cadre déjà un petit peu les choses.* »

3.6.6 Simplifier les prises en charge :

- Désamorcer des situations difficiles

Les échanges entre les professionnels permettent de désamorcer des situations vécues difficilement par les différents soignants ainsi que les familles.

PRO3-252/257 : « *Donc on a fait une réunion à domicile, qui a duré un bon paquet de temps. La fille nous a dit que les infirmières refusaient de faire la toilette de sa mère. Ce qui est très étonnant. Elle disait aux infirmiers que moi, je refusais de venir en visite, alors que depuis je suis là, sa mère n'est jamais venue dans mon bureau, c'est toujours moi qui allais chez elle. Donc je me suis dit qu'il fallait réunir tout le monde et mettre les choses à plat. Et la mère ne demandait rien en plus, elle était très contente de la PEC (prise en charge) actuelle.* »

- Clarifier des situations

Les échanges permettent également de clarifier des situations analysées de façon différentes selon les professionnels

PRO7-507/511 : « *je me suis rendu compte avec M que le patient nous menait un petit peu en bateau, pas sciemment mais il se cache de lui-même et du coup il enfume les professionnels. Donc cela était une bonne idée que l'on échange et que moi je dise au patient voilà, j'ai entendu cela, vous vous me dites cela... qu'est-ce qui se passe ? Cela permet de bosser.* »

- Éviter des prises en charges lourdes

Les échanges entre les professionnels et la connaissance des aptitudes de chacun permettait une bonne orientation du patient afin d'éviter des prises en charges lourdes et des prescriptions d'examen inutiles.

PRO10-736/743 : « *Ce sont des patients qui ont fait des radios, des IRM...tout ce qui pouvait pour un cor alors que...* » « *Voilà ; Trop de choses. Pour finalement, le patient a terminé dans un cabinet par hasard et voilà le problème a été réglé en une demi-heure. Là on se dit... c'est parce qu'on en parle pas assez.*

- Sentiment de sécurité :

Les professionnels rapportent un sentiment de sécurité du fait de la facilité d'avoir un conseil ou un avis d'un collègue lors de situation difficiles ou dépassant ses propres compétences.

PRO7-98/100 : « *il y a la sécurité quand même, il y a les médecins au-dessus et quand il y a quelque chose je peux appeler quelqu'un assez rapidement.* »

- Éviter les erreurs dans les prises en charge :

PRO1-972/975 : « *On ne fait pas beaucoup de bêtises. On a des garde-fous de partout : l'infirmière a l'habitude de voir « les conneries » que l'on a faites, elle vient nous en parler pour nous dire : «il faut que tu repasses, parce qu'il y a ça ou ça que tu as oublié... ». C'est tout naturel. Le pharmacien rappelle : « tu ne t'es pas gouré sur la dose qui n'est pas celle de d'habitude » « ah oui, excuse-moi !»*

3.6.7 Visibilité et reconnaissance de professions méconnues

L'intégration dans un pôle de santé pluridisciplinaire permettait une reconnaissance de sa compétence d'ostéopathe pour PRO6.

PRO6-386/388 : « *Non, personnellement oui. Il y a un grand bénéfice...ce n'est pas ça le bénéfice il est vraiment psychologiquement est d'être reconnu comme un professionnel* »

Le travail en pôle de santé apportait une visibilité à certaines professions para médicales et non médicales (pédicure-podologue, psychologue, ostéopathe) permettant un développement plus rapide d'une patientèle qui ne serait pas forcément venue consulter.

PRO10-117/121 : « *on se rend vite compte que l'on a une visibilité qui est beaucoup plus grande. Moi j'ai travaillé deux mois dans un cabinet tout seul, en campagne aussi c'était à Crozon. Ce n'est pas pareil. Du coup là le patient il voit, ils vont chez le médecin, ils voient que l'on est là, même s'ils ne connaissent pas ils prennent rendez-vous. Ils ont une curiosité qu'ils n'auraient pas forcément en fait ailleurs.* »

3.6.8 Partage des connaissances

PRO7-241/244 : « *C'est par des choses comme celles-là que je peux me rendre plus accessible. J'espère...Je parle du protocole sur la dépression : ça c'est un endroit où je peux davantage partager quelque chose et offrir, rendre disponible mes compétences donc j'aimerais bien..., donc on verra... on le met en route avec PRO1* »

Ce partage de connaissances entre les différents professionnels permet également des prises en charges complémentaires.

PRO9-529/532 : « *Et puis en fait il y avait aussi ce truc entre E. et moi on essayait d'être complémentaires. Là où elle la gynéco c'était son truc, moi la rééducation c'est vraiment mon truc et puis moi du coup l'allaitement je suis formée, donc en fait on avait un peu chacune notre spécialité donc sur ces trucs là on s'envoyait facilement nos patientes.* »

Pouvoir échanger facilement entre professionnels permettait d'avoir un retour, permettant une amélioration de ses propres pratiques

PRO11-467/469 : « *L'ostéopathe me disait l'autre jour « bon, on va dire qu'y en a un sur trois qui est pertinent, mais elle dit, mais bon c'est bien, ça m'arrange que tu amènes du monde et en plus comme ça moi je peux voir si...je peux détecter d'autres choses s'il faut »*

3.6.9 Utilisation de nouvelles ressources au service du patient

Le travail dans un pôle de santé permet de rencontrer des professionnels de santé ayant des compétences particulières faisant progresser les prises en charges.

PRO7-517/521 : « *PRO2 quand je lui envoie des personnes pour l'hypnose, comme elle a demandé très clairement à ce qu'il y ait une indication par le professionnel qui oriente, qui soit posée. Alors avec l'accord de mes patients, c'est arrivé, deux ou trois fois, je fais un topo à PRO2 sur le suivi du patient ici pour qu'elle puisse après travailler. Il me semble intéressante d'explorer la piste de l'hypnose.* »

3.6.10 Valorisation de son travail

La coordination des soins et la collaboration entre professionnels permet de valoriser les compétences de chacun.

PRO8-311/313 : « *L'avantage, aussi, c'est qu'avant on n'avait pas l'impression d'avoir du poids dans la décision des médecins et maintenant, ils se reposent plus sur nous ; par exemple, pour des pansements ils vont nous demander notre avis »*

3.6.11 Évolution de la patientèle

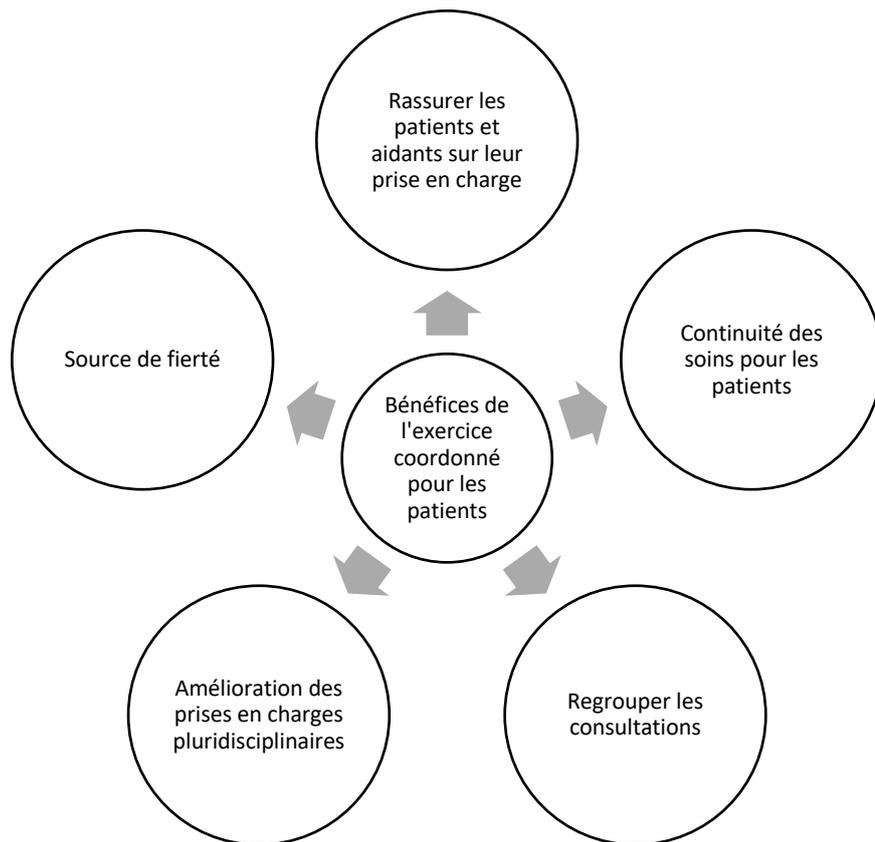
La création du pôle de santé a entraîné une forte augmentation de la demande de consultation.

PRO12-185/187 : « Ça a amené énormément de patients, et énormément de travail en plus. Disons que les journées avant, quand on était dans l'ancien cabinet, avec les anciennes secrétaires, il y avait des journées très calme »

Il était constaté une évolution de la patientèle, du fait de la présence d'internes en médecine et de la connaissance de leurs capacités par les autres professionnels du pôle

PRO1-879/883 : « *On voit bien, on a tout un paquet de petites urgences qui sont revenues petit à petit et je pense que c'est la présence des internes ; mais c'est également le fait que les soignants (c'est assez automatique) savent que s'ils ont quelqu'un qui se casse la figure et qui saigne, là dans le couloir, ils vont le ramener en haut et ils savent qu'il va être suturé.* »

3.7 Bénéfices de l'exercice coordonné pour les patients du point de vue des professionnels



3.7.1 *Le travail en exercice coordonné entre différents professionnels de santé permet de rassurer les patients et aidants sur leur prise en charge.*

PRO3-328/329 : « *Et eux étaient rassurés qu'il y ait une équipe autour de leur tante, qui gère, qui surveille. Après s'il se passe le moindre truc, on peut les joindre, mais bon ils sont plus sereins.* »

Lors de son entretien, la sage-femme évoquait un sentiment de sécurité exprimé par les patientes choisissant de faire suivre leur grossesse sur le pôle.

PRO9-578/579 : « *J'ai vraiment l'impression qui ressort un sentiment de sécurité des femmes parce que ...même si elles ne savent pas comment on bosse ensemble, on est dans les même locaux alors on bosse ensemble.* »

Le pôle de santé permettait aux patients d'avoir accès facilement à une plus grande variété de professionnels de santé.

PRO7-703/708 : « *Peut-être, un peu plus de personnes qui n'auraient pas « oser » aller voir le psychologue. Là, ils sortent de chez le médecin qu'il leur dit : « Ce serait peut-être bien...que vous rencontriez quelqu'un... » et ils viennent, ils passent devant la porte ici et ils regardent, ils*

prennent le numéro, ils se taillent puis ils m'appellent. Il y a quelque chose comme un apprivoisement, ils viennent jusqu'à la porte alors voilà... alors que quand j'étais seule, les gens ne passaient pas comme cela... »

3.7.2 L'exercice coordonné permet une continuité des soins pour les patients

Les professionnels interrogés rapportaient la satisfaction des patients concernant la fluidité des soins malgré la multitude d'intervenants.

PRO2-280/285 : « Alors qu'ici on est tout informatisé, tout est en réseau. Souvent il y a des patients qui, j'en ai encore vu un hier soir c'est pour ça que j'y pense, là j'étais absente, j'étais en congés il m'a dit « j'ai vu vos collègues, et ce qui est bien c'est qu'ils avaient mon dossier grâce à l'informatique » donc il était rassuré parce qu'il savait que le dossier était là, et qu'il y avait un dossier partagé et qu'on pouvait continuer, qu'il n'avait pas à réexpliquer leurs histoires, leurs problèmes...Les gens nous le disent souvent »

3.7.3 L'organisation entre les professionnels permettait aux patients de regrouper plusieurs rendez-vous sur un même lieu dans une même journée.

Les professionnels de santé avaient beaucoup de retours positifs des patients concernant le pôle de santé. Le côté pratique, avec le rapprochement géographique de tous les professionnels sur un lieu était mis en avant.

PRO11-461/465 : « Pour les patients, ils apprécient beaucoup quoi parce qu'ils disent « ben c'est bien, c'est à côté », donc du coup c'est bien. Puis parfois on met une séance et puis je dis « Demandez d'abord un rendez-vous avec elle » par exemple quand ça fait deux mois qu'on s'est vu, « Demandez un rendez-vous avec elle puis après on met la séance après ici, comme ça du coup je saurai tout de suite ce qu'elle dit ». Voilà, ils enchaînent facilement »

3.7.4 Amélioration des prises en charges pluridisciplinaires

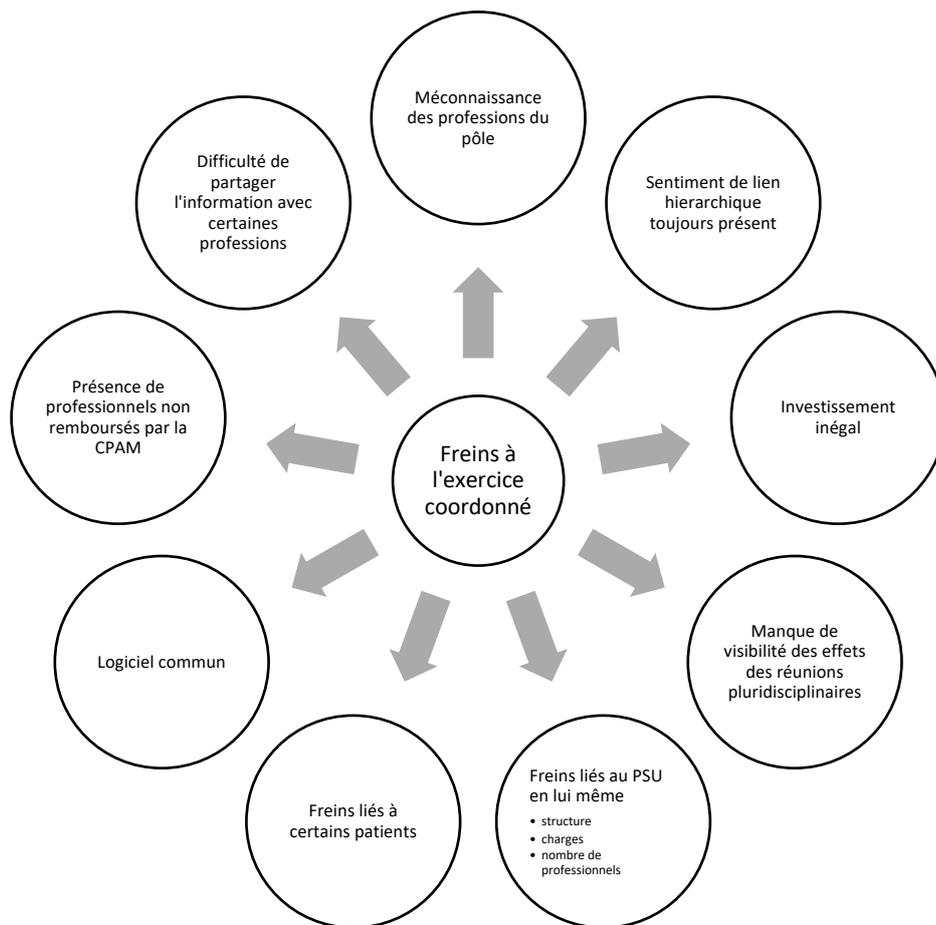
L'exercice coordonné permettait une meilleure articulation des prises en charge entre les différents professionnels du pôle de santé. Cela évite une certaine errance médicale du patient.

PRO1-723/733 : « *Quand le médecin voit un petit strabisme, il y a un tour chez l'ostéopathe, le podologue et l'orthophoniste, car il y a certainement « des merdes » qui traînent à côté. Pour les sages-femmes, c'est pareil... tout ce petit monde s'habitue à cette idée que l'on a besoin des compétences des autres pour faire des bilans globaux et que pour toutes ces pathologies compliquées au niveau médical, de toute façon, il n'y a aucun corps professionnel qui va réussir en faire le tour... et cela, c'est aussi des vraies révolutions locales. Ce que l'on voit maintenant, c'est des gamins qui, auparavant, auraient eu un peu d'ortho-phonie et puis « vogue la galère » ... et qui maintenant se retrouvent avec des lunettes, des semelles, de l'ostéopathie, un suivi psy... et puis voilà... parce que tout le monde a pris conscience qu'il n'était pas seulement nécessaire de lui apprendre A B C D E mais que cela allait être un petit peu plus compliqué... pour faire un résultat propre. »*

3.7.5 La présence d'un pôle de santé était une source de fierté pour les patients

PRO1-804/809 : « *Ils le disent, c'est une fierté pour eux. Il y a plein de gens qui te disent : ma fille, mon fils... ils sont à Paris, ils sont éberlués quand ils viennent chez nous parce que ça, ils ne l'ont pas, ils aimeraient bien avoir ça dans leur quartier. Il y en a qui disent c'est mieux qu'à Paris XVI. C'est une source de fierté. C'est un effet secondaire que je n'avais pas prévu du tout et le maire non plus. Ça sort régulièrement dans les réunions publiques qui ont lieu régulièrement dans cette commune ci, les gens te disent cela. »*

3.8 Freins à l'exercice coordonné du point de vue des professionnels



3.8.1 Méconnaissance des professions du pôle

Une méconnaissance de certaines professions de la santé par les autres professionnels, et ainsi une orientation imparfaite des patients.

PRO6-156/162 : « Donc la prise en charge pluridisciplinaires du patient déjà à mon avis nécessiterait un langage commun c'est-à-dire que dans les formations initiales de chacun des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé il y ai au moins un socle commun d'une part et qu'ensuite il y ait des enseignements pour expliquer à chacun des autres professionnels qu'elle est la réalité de la profession de tel ou tel professionnel. Qu'est ce qui fait ? Qu'est-ce qu'il ne fait pas ? Comment il travaille ? l'historique etc. etc. C'est très important parce qu'on s'aperçoit qu'il y a une méconnaissance très importante de l'ensemble des professionnels. »

Cette orientation des patients défailante par méconnaissance des aptitudes des autres professionnels de santé pouvant aboutir à des retards de prise en charge, un surplus d'activité ou de prescriptions médicamenteuses.

PRO6-284/291 : « on sait très bien que 70% des gens qui vont en consultation de médecine générale c'est pour des troubles fonctionnels. Donc si ces « fonctionnels » là on les triait plutôt que ça soit le médecin généraliste qui soit amené à trier ça avec un surpoids de travail et pas le temps de s'en occuper comme il faut, si il passe déjà chez des gens comme nous, c'est pour ça que nous on milite pour que les ostéopathes soient les premiers auxiliaires des médecins généralistes au moins pour trier les fonctionnels, les patients qui ont des troubles fonctionnels c'est-à-dire qui n'ont pas de troubles organiques, qui ne relèvent pas d'urgences, ne relèvent pas de traitement chimique, médicamenteux ou chirurgical ou prise en charge vraiment importante. »

3.8.2 Un sentiment de lien hiérarchique toujours présent

Certaines professions ressentait toujours la présence d'un lien hiérarchique entre les professions médicales et para médicales

PRO9-673/675 : « il y a ce fonctionnement pyramidal en fait. Avec médecins au-dessus quoi. Et comment rétablir une circulation ? je pense réellement à un médiateur extérieur, enfin...moi ça serait vraiment ma vision là. »

Ce sentiment étant principalement en lien avec la nécessité de prescriptions médicales pour exercer.

PRO6-238/243 : « Avec les médecins, il faut bien comprendre que la plupart des professionnels de santé au sens strict sont sous prescription médicale ce qui veut dire qu'obligatoirement les rapports professionnels sont induits de ce fait, c'est-à-dire que l'infirmier le kiné le podologue, sauf pour des soins de confort, travaillent sur la prescription du médecin. Ce qui fait qu'on a une relation qui est à la fois, je ne vais pas dire hiérarchique, mais qui professionnelle qui peut parfois ... »

3.8.3 Un investissement inégal dans les projets de coordination

PRO6 dans son entretien regrettait de ne pas avoir pu aller au bout de son projet de groupe sur la prévention des troubles musculo-squelettiques chez l'enfant adolescent du fait de l'absence de recrutement de patients par les autres professionnels.

PRO6-361/364 : « et donc moi j'ai apporté un, deux trois quatre cas. Mais après j'ai dit « bon moi c'est bon mais maintenant c'est à vous de faire parce que moi qui a apporté des cas » Et plus personne n'a envoyé des cas donc le groupe il est à l'arrêt »

PRO6 regrettait également l'absence d'investissement de certaines professions dans les réunions pluridisciplinaires selon les thèmes proposés.

PRO6-386/388 : « *Et puis les autres viennent aux réunions mais c'est tout, personne ne...voilà. Et sur les médecins, ils sont 8, j'en attends toujours un. Ils ont dit oui on a pris notes, mais ils ont pris notes c'est tout* »

Ce manque d'investissement était lié selon certains professionnels à l'impression que le travail était déjà fait en amont et que les groupes n'étaient pas réellement un moment d'échange.

PRO9-707/710 : « *Oui, très pyramidal et du coup en gros bah il y a quelqu'un qui dit un truc et qui décide...enfin l'autre groupe de travail auquel j'ai participé, en gros on était là pour approuver ce qu'il avait fait comme travail mais en gros on n'a pas beaucoup travaillé ensemble quoi. Très lissé, ne pas aller chercher le truc en profondeur* »

3.8.4 Un manque de visibilité des effets des réunions pluridisciplinaires :

Certains professionnels regrettaient de ne pas retrouver concrètement les bénéfices des réunions, reprochant le caractère peu concret des protocoles de soins sur des trames imposées par l'HAS.

PRO8-494/501 : « *Et au fur et à mesure de l'avancée dans le protocole et de ce que demande l'ARS (parce que en définitive on doit rédiger ça sur des trames imposées par l'ARS) et bien finalement on ne rentre pas du tout dans le technique, on catégorise les populations, on définit ce que sont les plaies chroniques et leur facteur de risque, les aggravations mais à aucun moment ils nous demandent de rentrer dans le technique et de faire un protocole de soins et c'est un petit peu ce qui nous déçoit à tous chaque fois que l'on fait les protocoles... moi c'était la première fois que je participais, mais finalement, là on arrive à la fin du protocole et nous, nous n'avons pas vraiment de réponse.* »

3.8.5 Un investissement inégal dans le fonctionnement du pôle de santé

PRO7-805/810 : « *Elle a prévenu, il y a six ou huit mois « Je vais arrêter mon mandat » (Ça doit être par tranche de deux ans) « Qui va prendre la suite ?» et là... silence radio. Le fonctionnement associatif, j'en connais un peu à d'autres endroits donc je vois le coup venir.*

C'est quelque chose que l'on a à réfléchir, à travailler aussi... Sinon si c'est toujours les mêmes qui font soit ça va faire de la colère, soit ça peut faire des prises de pouvoir, c'est un autre écueil possible donc il faut être attentif à cela. »

3.8.6 L'exercice coordonné demande du temps et de l'organisation :

Les professionnels interrogés regrettaient le manque de temps dans la journée de travail pour pouvoir participer aux différentes réunions pluridisciplinaires organisées dans le cadre de la coordination.

PRO3-673/675 : « Le seul truc c'est la disponibilité, on n'a pas tous les mêmes horaires, faire des réunions ça prend du temps. Faire des réunions dans la journée, c'est difficile. Donc c'est plutôt 20h-21h. Donc c'est une question de temps. »

PRO6-385/386 : « donc l'orthodontiste a arrêté, il y a eu des soucis, trop de travail, très fatiguée, elle a dit je sors du groupe je n'ai plus le temps »

Les professionnels regrettaient que le temps consacré à la coordination ne soit pas suffisamment rémunéré.

FG-647/650 : « Si mais c'est très insuffisant par rapport à notre réalité, c'est-à-dire que nos réunions de travail où on travaille sur le dossier médical ou sur le dépistage de la dépression et le diagnostic en soins primaires, ok on va avoir quoi au bout du compte ? C'est 200€ pour les 5 réunions qu'on aura faites ? »

3.8.7 Importance des charges :

L'installation dans le pôle de santé conduisait à une augmentation des charges pour certaines professions.

PRO8-76/80 : « Parce qu'au départ, les charges étaient beaucoup plus importantes pour nous en venant ici. On avait un local, qui était tout petit, on ne faisait même pas de permanence ; cela nous servait juste à déposer nos clés et nos médicaments et à faire nos réunions entre nous. C'était 20 m2, donc, au niveau des charges, ça changeait tout... »

Les loyers versés à l'association des professionnels de la santé de Lanmeur étaient plus élevés que les loyers avant l'installation dans le pôle de santé.

FG-416/419 : « *Cela étant les loyers de tout le monde ont augmenté, parce qu'on est passés souvent de locaux très petits, exigus, pas très fonctionnels à des locaux qui sont bien à notre main, mais du coup on a tous multiplié nos mètres carrés ; par rapport aux locaux anciens on a tous une inflation* »

3.8.8 Freins liés à la structure des locaux

- La disposition des locaux ne favorisait pas la communication entre les professionnels travaillant à l'étage et ceux travaillant au rez-de-chaussée qui se croisaient rarement.

PRO9-378/383 : « *Et en fait au dernier moment, les infirmiers ont demandé si on ne pouvait pas échanger car eux ils étaient en bas et voilà pour être plus près. Et du coup la collègue de l'époque a dit « bah oui en fait, je ne vois pas trop... » et en fait c'est un truc de fou, moi ayant les deux endroits, enfin ayant ici et ayant Louargat, beaucoup plus petite structure, ma porte quand elle s'ouvre je suis en face de mon collègue en fait dès qu'on fait nos dossiers on vient se voir, le soir nos portes elles sont ouvertes, on se parle, on se croise tous les jours.* »

FG-799/800 : « *Moi j'ai entendu, 2 ou 3 patients, faire la réflexion suivante : « oh ici il y a ceux qui sont en haut et il y a ceux qui sont en bas ».*

- Une mauvaise insonorisation de certains lieux pouvant freiner les patients à complètement s'exprimer

PRO11-622/625 : « *cependant côté pratique, l'insonorisation elle est pas terrible ici donc parfois on entend dans le couloir, ça c'est le bémol. Et du coup j'dis bien « Ce n'est pas parce qu'on est dans le même pôle médical que... » ici, moi, rien ne sort de ce bureau quoi. Mais du coup, je pense qu'ils ont...il y a un biais au niveau de la confiance.* »

- Un manque de place pour accueillir de nouveaux professionnels :

Certains professionnels travaillent actuellement en collaboration, comme PRO10 avec la pédicure podologue installée dans le cabinet, elle regrettait de ne pouvoir réaliser de projet d'installation du fait du manque de place

PRO10-693 : « *Non, parce qu'il faudrait une autre salle et il n'y a pas de salle de libre* »

3.8.9 Le grand nombre de professionnels du pôle :

La structure était perçue par certains professionnels comme trop importante, accueillant trop de professionnels qui ne peuvent tous assister ensemble aux différentes réunions de coordination.

PRO6-729/735 : « Mais c'est vrai , la taille aussi peut-être parce que finalement c'est un assez grosse structure parce que si il y a 6, 7 voire 8 médecins avec tous les internes, 15 infirmiers , c'est impossible de faire une réunion commune avec tout le monde , si c'était un plus petit pôle moi j'ai une jeune collègue qui était une de mes élèves aussi, qui travaille très très bien du côté de Châteauroux mais il y a un médecin, il y a elle, une podologue et je sais pas 2 infirmières, donc c'est une petite, ils sont 5 ou 6 , ils font des réunions 2 fois par semaine et ils tournent beaucoup mieux ensemble, la structure est beaucoup plus petite. »

3.8.10 Le sentiment de dépendre des aides de l'état

Le pôle de santé reçoit des subventions de l'ARS pour son fonctionnement, ce mode de financement était vu comme un risque par certains professionnels.

PRO9-388/391 : « voilà après j'ai aussi l'autre vision de la maison de santé où je m'occupe aussi de l'association là-bas et où ...consciemment on a choisi de ne pas demander des aides de l'état et tout ça enfin on a fait le moins possible parce qu'ici le jour où il n'y a pas plus d'aides cette maison médicale elle ferme. C'est énorme les sous qui sont injectés dans le truc »

3.8.11 Freins liés à certains patients

Certains patients étaient réticents à partager des informations qui seraient accessibles à tous les professionnels du pôle

PRO11-619/625 : « j'ai un exemple d'un patient qui est passé ce matin ou hier et qui, par contre, n'osait pas me parler d'un problème qu'il avait eu avec son médecin parce qu'il disait « Ben il est d'ici donc... » , comme si forcément j'allais répéter »

3.8.12 Le logiciel commun

Les professionnels du pôle bénéficiaient d'un logiciel commun mais avaient fait le choix de garder leur propre logiciel métier également (pour les professions para médicales essentiellement).

FG-696/701 : « *quand Médistory a été installé on s'est rendu compte que c'était un outil qui est très bien pour les communications, qui est très bien je pense pour les médecins. Mais pour des professions spécifiques un peu comme toutes les nôtres, on a besoin d'un logiciel particulier qui ne se manie pas de la même manière et qui va faire référence à des choses qui... voilà. Moi j'ai un logiciel avec beaucoup d'images virtuelles, beaucoup d'icônes et je vais chercher des trucs. »*

Cette double utilisation était vécue comme une perte de temps.

PRO10-1017/1019 : « *on a notre propre logiciel en fait et parfois il faut l'écrire sur notre logiciel et le retaper. Ça demande du temps en plus mais c'est vrai que là-dessus il faudrait qu'on mette un peu plus. »*

Tous les professionnels travaillant sur le pôle de santé sont équipés du même logiciel commun. Cependant tous ne souhaitent pas l'utiliser ou insuffisamment :

PRO3-516/517 : « *Les ostéopathes, mettent des mots dedans, les podologues quelque fois. Mais c'est vrai que les autres pourraient mettre un petit plus de truc. »*

Certains ne l'utilisaient pas du fait de la non comptabilité avec leur matériel informatique :

PRO9 517/521 : « *Elle a Médistory nous on bosse avec Weda pour nos dossiers et notre agenda partagé avec E. et du coup le fait que Weda est forcément pris en charge par Windows et en fait du coup ça fait tout planter au niveau de l'ordi parce qu'il faut les différents trucs. Et donc Médistory, elle n'arrivait plus à l'ouvrir, enfin il y avait un truc que techniquement parlant ça nous faisait foirer tout notre système à nous donc... »*

Dans certains cas le logiciel n'était plus utilisé à la suite d'un problème informatique et le manque de temps pour trouver comment le réparer.

PRO11-399/400 : « *Et je ne sais pas qui appeler, ça me paraît une montagne de gérer ça, de juste trouver un temps pour demander qui c'est qui faut que j'appelle pour... »*

3.8.13 Présence de professionnels non remboursés par la CPAM

La présence dans le PSU de professions non prises en charge par la sécurité sociale était considérée comme un frein à l'exercice coordonné, du fait d'une sélection des patients.

PRO6-136/139 : Puisque les actes d'ostéopathies sont en aucun cas pris en charge par la sécurité sociale comme les actes de psychologue d'ailleurs, c'est la même chose. La psychologue, psychothérapeute on a le même statut en fait. C'est à dire profession de soins à la personne non médicales et non paramédicales. Donc Hors parcours coordonné de soin »

3.8.14 Difficulté de partager l'information avec certaines professions

Lors de son entretien, PRO7 expliquait ne pas vouloir d'utiliser et remplir le logiciel commun car cela ne s'accordait pas avec sa pratique

PRO7-486/487 : « *Non, ce n'est pas le problème, je dois pouvoir me débrouiller, Il n'y a pas de souci. Je ne veux pas savoir, je veux rester avec l'information subjective du patient. »*

Cette décision de ne pas partager l'information était vécue comme un risque pour la coordination des soins par les autres professionnels.

FG-674/677 : « *Et que du coup, naturellement quand les choses ne sont pas bilatérales et symétriques, naturellement elles s'écroulent. Donc on peut avoir des professions qui vont avoir ce type de problèmes et qui vont refuser de partager leur info et du coup les autres vont refuser de partager la leur. »*

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats

4.1.1 Comparaison du PSU de Lanmeur à ceux existants

Le Pôle Santé Universitaire de Lanmeur était situé en lieux rural comme 55% des MSP en 2016 selon l'observatoire des MSP (18).

Le nombre de généralistes employés était similaire à la moyenne dans les autres maisons et pôles de santé. Le nombre de professionnels para médicaux était supérieur à la moyenne (9,1 par MSP en 2016 contre 15 à Lanmeur).

4.1.2 Dynamiques professionnelles

Ce travail réalisé dans le pôle de santé de Lanmeur mettait en évidence que l'attrait pour la coordination des soins n'était pas la motivation première à l'installation en pôle de santé mais faisait partie d'un panel plus large de critères. Les motivations étaient diverses et étaient similaires à celles retrouvées dans une étude réalisée pour la revue Prescrire en 2012 (19). On retrouvait principalement une volonté de ne pas travailler seul ou encore un attrait pour l'exercice en milieu rural ou semi rural.

Comme dans l'étude similaire réalisée dans la maison de santé pluridisciplinaire du Faou (20) ainsi que dans une étude menée en 2013 dans 4 pôles et maisons de santé (21) il était constaté qu'à l'origine du regroupement prévalait parfois le désir de travailler en mono professionnel avec une transition vers la coordination pluri professionnelle pouvant prendre plusieurs années.

Les professionnels rompus à l'exercice coordonné reconnaissaient une amélioration de la qualité des soins pour les patients, bien que cette impression se devait d'être démontrée.

Les craintes et obstacles initiaux à l'exercice coordonné étaient eux aussi similaires aux autres études référence à mettre. Certains professionnels craignaient une perte d'autonomie et de liberté ; d'autres professions comme les infirmiers craignaient de revenir à un fonctionnement hospitalier et une hiérarchie avec les médecins.

4.1.3 Actions et services mis en place du fait de l'exercice coordonné

Le projet de santé caractérisant la dynamique du pôle de santé de Lanmeur intégrait des actions coordonnées au-delà de la prise en charge ponctuelle d'un patient. Elles concernent notamment la coordination des soins, les actions de prévention (dépistage de la dépression par exemple), la formation initiale des stagiaires et notamment des internes en médecine générale, la formation pluri professionnelle.

Les modes de travail pluri professionnels existants avant la mise en place du pôle de santé comme les groupes qualité ou l'accueil d'internes en médecine a perduré.

L'exercice coordonné dans le pôle de santé a permis le renforcement d'actions permettant d'associer les différents professionnels de santé comme les réunions régulières à l'origine de l'élaboration et la diffusion de protocoles de soins sur des thèmes divers. Ces réunions étaient appréciées des différents professionnels qui y voyaient un moyen d'enrichir leurs pratiques personnelles, d'homogénéiser les pratiques au sein du pôle et de pouvoir mettre en place de nouveaux projets collectifs dans l'intérêt du patient.

Les professionnels se répartissaient en plusieurs groupes pour l'élaboration de ces protocoles de soin, ils n'étaient pas forcément au courant des résultats des autres groupes et nombreux étaient ceux qui regrettaient que ces protocoles ne soient finalement peu utilisés dans leur pratique quotidienne.

Les leviers facilitants l'exercice coordonné étaient en place au pôle de Lanmeur, via une diversité importante de moyens de communications, des points de ralliement identifiés au sein du pôle pour permettre des échanges immédiats autour de patients communs. Ces leviers étaient les mêmes que ceux retrouvés dans la maison de Santé du Faou.

Les échanges informels étaient au premier plan en termes de volume et de fréquence. La proximité géographique et le fait de connaître le travail et les aptitudes de chacun (notamment via les réunions de présentation des métiers organisées peu après l'ouverture du pôle) permettait aux professionnels de se côtoyer régulièrement et de ne pas craindre de solliciter chacun plus régulièrement.

Cette notion de proximité géographique favorisant la communication et coordination entre les professionnels de santé était elle aussi retrouvée dans l'étude réalisée au Faou où l'architecture du bâtiment avait elle aussi été étudiée avec les professionnels pour prendre une forme légèrement différente avec une alternance entre les bureaux des médecins et ceux des paramédicaux visant à favoriser la communication entre eux. Les professionnels paramédicaux exerçant à Lanmeur exprimaient un regret vis-à-vis de la configuration en 2 étages, créant une séparation entre les professions.

4.1.4 Freins à l'exercice coordonné

- Freins liés aux charges

Contrairement à l'étude réalisée au Faou, l'importance des charges, qui était évoquée, n'était pas le principal frein à l'exercice coordonné. L'association des professionnels de santé de Lanmeur avait fait le choix de ne pas employer de salariés (secrétaire commune par exemple), ce qui était un poste de dépense important au Faou.

- Freins liés aux NMR

Dans les différentes études réalisées les nouveaux modes de rémunération étaient considérés comme insuffisants pour rémunérer le temps consacré à la coordination. L'activité pluri professionnelle (favorisée par les nouveaux modes de rémunération) entraînait un surcroît d'activité par rapport à celle valorisée à l'acte qui représentait toujours la majeure partie de la rémunération des professionnels.

Ces nouveaux modes de rémunération étaient considérés comme non pérennes et les professionnels craignaient qu'un changement de politique de santé suffise à mettre en danger financièrement des structures comme ces maisons et pôles de santé.

4.2 Forces de ce travail de thèse

- Méthode qualitative

La méthode qualitative était adaptée à l'objet de la recherche : identifier, du point de vue des professionnels, les dynamiques mises en place du fait de l'exercice coordonné ainsi que leurs facteurs facilitants et leurs freins.

- Entretiens semi-dirigés et focus group

Le focus group avait lui était réalisé dans l'objectif d'obtenir plus facilement des informations concernant l'historique du pôle. Le choix des entretiens semi-dirigés était pertinent pour permettre une expression assez aisée ainsi qu'une liberté de parole des différents intervenants sur le sujet. Ils permettaient de recueillir une information plus personnelle, sans avoir peur d'être jugé par un groupe.

La présence d'un sociologue expérimenté dans la conduite des entretiens dans chaque entretien permettait d'assurer une fluidité du discours et de favoriser l'expression de pensée.

- Validité externe

La cohérence avec les données de la littérature renforçait la validité externe de cette étude.

- Validité interne :

Les 12 entretiens professionnels et du focus group réalisés ont permis de tendre vers une saturation des données étant donné leur durée d'une heure en moyenne et leur richesse. Tous les professionnels du pôle souhaitant s'exprimer ont pu participer à un entretien et la totalité des professions représentées dans le pôle a été rencontrée.

- L'acceptation interne

Le consentement éclairé écrit et signé a été recueilli pour chaque participant. Chacun avait le droit de regard sur le verbatim afin d'en garantir l'objectivité. Cependant aucun des participants n'a demandé à relire la retranscription.

Les données pouvaient être exploitées à nouveau pour d'autres travaux étant donné que les méthodes avaient été explicitées et que les entretiens avaient été retranscrits mot à mot.

4.3 Faiblesses de ce travail de thèse

- Biais d'analyse

Par manque de temps il n'avait pas été possible de réaliser une analyse en double codage comme préconisé par Huberman et Miles. (22)

- Biais de sélection

Une représentativité statistique n'est pas recherchée dans une analyse qualitative. L'étude des dynamiques professionnelles mises en place du fait de l'exercice coordonné ne pouvait être extrapolée à l'ensemble des professionnels exerçant de cette façon du fait de l'analyse d'un site unique. L'étude avait vocation à être poursuivie sur plusieurs autres sites d'exercices coordonnés avec des modes de fonctionnement divers.

Seuls des professionnels rompus à l'exercice coordonné (car le pratiquant dans le pôle de santé) ont été interrogés. Il aurait été intéressant de rencontrer les professionnels de Lanmeur n'ayant pas intégré le pôle comme les kinésithérapeutes ou les médecins du canton ne participant pas aux groupes qualité organisés au sein du pôle pour recueillir leur point de vue.

- Déroulé des entretiens

Certains entretiens avaient été réalisés sans suivre le plan du questionnaire utilisé, A la fin de l'entretien il était vérifié que tous les thèmes importants avaient été abordés mais il y avait possibilité d'oublis.

4.4 Perspectives

Ce travail de thèse réalisé au Pôle Santé Universitaire s'inscrivait dans le contexte de l'étude QualSoPrim qui se proposait d'analyser les manières dont les organisations coordonnées de soins primaires conduisaient à des transformations des modes de participation des patients dans leurs parcours de soins, dans l'objectif de décrire des critères de qualité des soins primaires pertinents aux yeux des patients et de leurs aidants familiaux.

Les entretiens réalisés à la maison de santé du Faou comme au pôle de santé de Lanmeur sont riches d'informations sur ces critères de qualité des soins.

L'analyse de ces critères de qualité permettra à terme d'établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé.

5 Conclusion

L'allongement de la vie de la population française, l'augmentation du nombre de maladies chroniques et la démographie médicale défavorable entraînent une mutation des soins primaires. C'est dans ce contexte que de nombreuses maisons et pôles de santé pluri professionnels se développent sur le territoire. Un de leurs objectifs était de mettre en place les conditions nécessaires au travail coordonné entre les professionnels de santé.

Ce travail qualitatif comprenait un focus group et des entretiens semi dirigés auprès de professionnels du pôle de santé de Lanmeur. L'objectif était d'identifier les dynamiques et les formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné.

L'analyse des différents entretiens a permis l'identification de nouveaux types d'actions et de services mis en place grâce à la coopération entre les professionnels.

La communication facilitée entre les professionnels de santé, du fait du mode d'exercice sur un même lieu ainsi que le partage d'objectifs et de valeurs communes étaient des éléments facilitant l'exercice coordonné.

La pérennisation des nouveaux modes de rémunération à la suite de la publication en 2017 de l'accord conventionnel interprofessionnel (prenant la place du règlement arbitral de 2015) a facilité la mise en place de différentes actions d'exercice coordonné mais ces subventions étaient vues comme non pérennes par les professionnels.

Ce travail a permis de mettre en évidence des freins à l'exercice coordonné comme un investissement inégal des différents professionnels dans les projets de coordination qui sont perçus comme chronophages et insuffisamment rémunérées.

L'objectif suivant de l'étude QualSoPrim sera d'extraire les critères de qualité des soins primaires du point de vue des professionnels exerçant au pôle de santé de Lanmeur ainsi que du point de vue des patients en situation complexe et de leurs aidants.

6 Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires - Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata, 6-12 septembre 1978. 1978. Disponible à http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/. (Consultée le 12 janvier 2018).
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475> (Consultée le 10 mars 2017).
3. Les maisons et pôles de santé : des outils pour faire du premier recours et des acteurs un segment indispensable à la politique de santé publique. 2014. Disponible à <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/iass/atalaya.pdf>. (Consultée le 27 février 2018).
4. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Following a Systematic Review of Relevant Literature. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(5):319-25.
5. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2012. Disponible à <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006560.pub2>. (Consultée le 8 mars 2018).
6. Durand G. Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose. *Prescrire.* 2012;32(346):612-9.
7. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel de la république française*. Disponible à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/8/10/ETSX1107215L/jo/texte>. (Consultée le 28 mars 2018).
8. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Disponible à https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=5E475FC7CE6F37D268BCC501F9153214.tplgr25s_2?cidTexte=JORFTEXT000017726554&dateTexte=20071221. (Consultée le 28 mars 2018).
9. HAS, Haute autorité de santé. L'exercice coordonné et protocolisé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. 2007. Disponible à: <http://www.lescentresdesante.com/wp-content/uploads/2015/03/exocoord.pdf?PHPSESSID=vtpidj2ui2i5s0nfki53iekou7>. (Consultée le 12 février 2018).

10. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. Journal officiel de la république française. 2017. Disponible à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/24/SSAS1722266A/jo/texte/fr>. (Consultée le 28 mars 2018).
11. INSTRUCTION N° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 relative à l'enregistrement des maisons de santé dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) et à l'ouverture de l'observatoire des maisons de santé. 2012. Disponible à http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-05/ste_20120005_0100_0084.pdf. (Consultée le 28 mars 2018).
12. Nouveaux modes de rémunération en maisons de santé pluri-professionnelles. REAGJIR - Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants. 2015. Disponible à <https://www.reagjir.fr/jexercice/les-nmr/>. (Consultée le 27 février 2018).
13. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Journal officiel de la république française. 2015. Disponible à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835&categorieLien=id>. (Consultée le 28 mars 2018).
14. FFMPs - Fédération française des maisons et pôles de santé. Questions-réponses relatives aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. 2015. Disponible à <http://www.ffmps.fr/images/DOCUMENTS/SISA.pdf>. (Consultée le 12 janvier 2018).
15. INSEE - Institut National de la Statistique et des Études Économiques . Recensement de la population - Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2018. 2017. Disponible à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3292701>. (Consultée le 12 mars 2018).
16. Le nouveau pôle médical universitaire. BRUDED - Bretagne Rurale Urbaine Pour Un Dév Durale. 2013;1-2.
17. Santé. Le pôle médical est ouvert. Le Télégramme. 2013. Disponible à <http://www.letelegramme.fr/local/finistere-nord/morlaix/lanmeur/lanmeur/sante-le-pole-medical-est-ouvert-21-02-2013-2012898.php>. (Consultée le 2 mars 2018).
18. Observatoire des MSP. 5emes journées FFMP. 2009. Disponible à <https://www.macsfr-exerciceprofessionnel.fr/Exercice-liberal/Creer-une-maison-de-sante/msp-2016-etat-des-lieux>. (Consultée le 12 janvier 2018).
19. Durand G. Les maisons de santé en France en 2012, à partir de l'analyse d'une soixantaine de projets. Prescrire. 2012;32(346):620-5.
20. Salles S. Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement. Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels et patients de la maison de santé pluriprofessionnelle de l'Aulne Maritime à Le Faou. Faculté de médecine. Brest. 2017.
21. Fournier cécile, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques et formes du travail

pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Rapp IRDES. 2014;577.

22. Le codage dans la recherche qualitative, une nouvelle perspective?. Libellio Aegis. 2011;7(2-Eté).

7 Annexes

Annexe 1 : Trame des entretiens individuels professionnels

Trame des entretiens individuels (professionnels) : entre 6 et 8 entretiens individuels.

Objectif des entretiens individuels : phrase introductive

Notre recherche vise, comme vous l'avez sûrement déjà compris, à identifier les dimensions par lesquelles les patients et leurs aidants construisent leur point de vue sur la qualité des soins qu'ils reçoivent de votre équipe de soignants et plus généralement sur l'effet de cette offre de soins dans la gestion de leur propre situation de soin au long cours. Il ne s'agit donc pas simplement de procéder à une évaluation de soins reçus mais d'intégrer dans cette mesure de la qualité les conséquences pour le travail de soin que les patients et les proches doivent produire eux-mêmes.

L'objectif de cet entretien (au delà des aspects de fonctionnement, d'organisation, et des dynamiques professionnelles mises en place dans votre équipe de soins) est de mieux comprendre votre exercice quotidien, de percevoir des changements éventuels liés la construction de cet exercice coordonné et la façon dont vous vivez les outils de la collégialité qui se mettent en place: on se basera sur des cas précis de patients.

Trame d'entretien

- 1- Commençons par aborder votre propre parcours : racontez moi votre parcours professionnel ? Dans quelles conditions êtes vous arrivé à travailler dans cette équipe de soins ?

Questions de relance :

(êtes vous venu dans ce mode d'exercice pour chercher quelque chose en particulier ?)

(aviez vous des attentes, des idées précises quant à l'exercice que vous imaginiez en venant travailler dans l'équipe ?)

- 2- Pouvez vous nous parler d'un patient complexe dont vous vous occupez actuellement, conjointement avec vos collègues de l'équipe?

Question de relance :

(Quel travail faites-vous concrètement avec ce patient (*vous personnellement*) ?)

- 3- Par rapport à ce patient et son entourage, pour quelle raison avez-vous développé des liens formalisés avec l'équipe de professionnels ?

- 4- Pourquoi ne pas faire le même travail avec l'ensemble des patients ?

Questions de relance :

(Ce travail vous paraît-il spécifique des patients complexes ?)

(Ce travail est-il engagé parce qu'il s'agit d'une pathologie propre à votre territoire : par exemple = troubles musculo-squelettiques etc.)

- 5- Le patient vous mobilise-t-il, vous ou l'équipe, d'une façon spécifique par rapport à d'autres patients ?

Question de relance :

(A quelles demandes particulières êtes-vous confronté de la part du patient en question ? Comment les examinez-vous, les considérez-vous ?)
(Y a-t-il des négociations qui sont engagées entre vous et lui ?)

- 6- Quelles relations de travail se construisent avec vos collègues professionnels et selon quelles modalités pour la prise en charge de ce patient ?

Questions de relance :

((Pouvez-vous nous parler du travail de soins *collectifs* effectué à propos de ce patient précis ?)
(Le travail avec ce patient se déroule-t-il en étapes ? Si oui, quelles sont-elles ? Quelle contribution y apportez-vous spécifiquement ?)

- 7- Y-a-t-il des outils quelconque (des plans de soins, des réunions, des courriers) que vous utilisez, entre vous, pour le soin apporté à ce patient ?

Question de relance :

(Vous formez-vous mutuellement sur tel aspect de l'intervention, ou sur telle pathologie ?)

- 8- Avez-vous, à un moment ou un autre de votre travail avec ce patient, recours à l'avis ou l'action d'un autre professionnel du pôle/de la maison de santé ?
- 9- Bien plus, avez-vous besoin de l'aval d'un autre professionnel pour votre propre intervention ?

Question de relance :

(Si oui, une négociation est-elle possible, et sur quoi ?)

- 10- Êtes-vous confronté à un moment ou un autre de votre travail, à des prescriptions professionnelles (de la part de tel organisme par exemple) ?

Questions de relance :

(Si oui, comment les considérez-vous ?)
(Une négociation est-elle possible, et sur quoi ?)

- 11- Vous arrive-t-il d'anticiper, que ce soit vous seul ou à plusieurs, le déroulement du travail collectif mené autour de ce patient ?

Question de relance :

(Si oui, des négociations entre vous sont-elles engagées (sur des délais, des interventions etc.) ?)

12- Vous arrive-t-il d'adresser un patient à un de vos collègues ou confrères du pôle/de la maison de santé ?

13-Du point de vue des soins apportés à ce type de patients multimorbides et leur entourage, estimez-vous que le travail collectif mené ici apporte un bénéfice quelconque pour le patient et ses aidants. Si oui, quel bénéfice ?

Questions de relance :

(On sait que la relation médicale est indissociable de l'idée de confiance : percevez-vous à ce propos des améliorations ou du moins une attitude différente de part et d'autre ? (Par exemple plus de sollicitations du patient envers vous ou l'équipe ; plus d'échanges ; une meilleure densité informative de ces échanges ?).

14- Diriez-vous qu'il y a une spécificité du travail mené avec ce type de patient qui soit propre à votre équipe (et qui ne se retrouve pas ailleurs) ?

Questions de relance :

(Cette spécificité a-t-elle des conséquences sur la production de soins par le patient et son entourage ?)

15-Quelles sont, s'il y en a, les difficultés à cette mise en pratique de votre point de vue ?

16-Quels seraient pour vous les autres éléments à mettre en oeuvre pour améliorer la prise en charge de ce patient ?

Annexe 2 : Trame d'entretien du Focus Group

Trame d'entretien première rencontre Focus Group avec les professionnels

Objectif de la première rencontre : phrase introductive.

Notre recherche vise, comme vous l'avez sûrement déjà compris, à identifier les dimensions par lesquelles les patients et leurs aidants construisent leur point de vue sur la qualité des soins qu'ils reçoivent de votre équipe de soignants et plus généralement sur l'effet de cette offre de soins dans la gestion de leur propre situation de soin au long cours. Il ne s'agit donc pas simplement de procéder à une évaluation de soins reçus mais d'intégrer dans cette mesure de la qualité les conséquences pour le travail de soin que les patients et les proches doivent produire eux-mêmes.

L'objectif de cet entretien collectif va être de décrire et analyser les dynamiques professionnelles qui se développent dans votre équipe : quels modèles communs de soin s'élaborent en réponse aux situations de soins complexes rencontrées et de quelle manière ils s'incarnent dans des pratiques de soin.

Trame d'entretien

- 1- Pouvez vous nous raconter l'histoire de votre équipe de soins ?

Questions de relance :

(Qu'est ce qui vous a amené à travailler ensemble? Le projet est né d'insatisfactions ou au contraire de désirs professionnels divers? Parler des bénéfices pour les professionnels aussi)

- 2- Avez-vous rencontré des difficultés dans la concrétisation de votre projet (par exemple, en lien avec des contextes sociaux, politiques locaux) ?
- 3- Entre les premières intentions et le fonctionnement d'aujourd'hui, qu'est-ce qui a changé ?

Questions de relance :

(Y a-t-il eu extension du périmètre des interventions ?)

- 4- Pouvez vous nous préciser la composition de votre équipe de soignants ? son financement ?
- 5- Comment concevez vous « le travailler ensemble » au sein de la structure

Questions de relance :

(Au delà des méthodes et outils qui peuvent être mis en place, pouvez vous nous parler des relations de travail, de la connaissance des autres professions?)

- 6- Quels outils de travail collaboratif avez vous ou êtes vous en train de mettre en place ?

Questions de relance :

(système d'information, modes de communications, sécurisation, protocole, parcours de soins, programme d'éducation thérapeutique, formations communes...)

(Y a t-il des schémas types de collaboration pour les patients ?)

- 7- Quels sont les patients les plus concernés dans leur prise en charge par ce nouveau mode de fonctionnement ?

Questions de relance :

(vous me parlez des patients compliqués : quelle définition pourriez vous me donner du patient compliqué ? essayer de faire ressortir l'accumulation de problèmes des trois versants biologiques, psychologiques et sociaux)

- 8- Pour quels moments/étapes du soin, ce mode de fonctionnement a changé les choses ?

Question de relance :

(En quoi votre exercice, votre métier ont été transformés ?)

(Quels sont les actes qui ont bénéficié d'une retombée ou ont été le plus modifiés par l'existence du pôle/de la maison de santé ?)

- 9- Quels sont les bénéfices observés, attendus de ce regroupement pour la prise en charge des usagers, de votre point de vue ?

Question de relance :

(Le travail collaboratif vous aide t-il à prendre en charge des patients ?)

(Êtes-vous dégagé de certaines tâches : par exemple le travail administratif ? => en lien avec le travail d'un ou une secrétaire ?)

- 10- Qu'est ce qui a pu changer dans la manière dont votre patient se prend en charge ?

Questions de relance :

(Quelles sont les conséquences perçues par vous pour le travail du patient sur la gestion de sa santé ?)

(Le patient est-il davantage en capacité de faire retour sur sa pathologie, d'évacuer certaines émotions envahissantes ?)

(Le patient est-il plus disponible pour s'occuper de lui ?)

11-Qu'est ce que qui a pu changer dans la place de l'aidant dans la trajectoire de santé des patients concernés

Questions de relance :

(Quelles sont les conséquences perçues par vous pour le travail de l'aidant ?)

(Qu'est-ce qui a changé dans le travail du ou des aidants ?)

(L'aidant est-il plus impliqué auprès du patient ? Plus disponible pour échanger ?)

12-Quels sont les limites de cet exercice ? (les difficultés, les obstacles, les pistes d'amélioration)

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Monsieur VOISIN Clément
Inscrit-e en DES de Médecine générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement.

Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

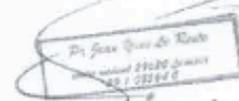
Brest, le

Le directeur de l'UFR de médecine et des
sciences de la santé de Brest

Le président du jury de thèse

P/O C. BERTHOU
PR MONTIER Tristan



VOISIN (Clément) – Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement.

Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur

Th. : Méd. : Brest 2018

Résumé :

Introduction :

Les conditions d'exercice des professionnels de santé sont en pleine mutation du fait du vieillissement de la population et de la multiplication des patients multi morbides. Les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires sont en développement sur le territoire français. Cette étude avait pour objectif d'identifier les dynamiques et les formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné.

Méthode :

Une étude qualitative a été réalisée au sein du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur. Des entretiens professionnels ainsi qu'un focus group ont été menés par un binôme médecin / sociologue. Ces entretiens ont été retranscrits et anonymisés. Un codage a été réalisé dans le but de dégager des thèmes et sous thèmes, illustrés par des exemples issus des entretiens.

Résultats :

Un focus group ainsi que 12 entretiens individuels semi-dirigés auprès de 13 professionnels, 12 exerçant au sein du pôle de santé et un dans une commune environnante ont été réalisés.

L'analyse des entretiens a permis d'identifier la mise en œuvre de nouveaux types d'actions et de services du fait du travail coopératif, facilitée par les nouveaux modes de rémunération inscrits dans l'accord conventionnel interprofessionnel. Des leviers et des freins au travail pluri professionnel ont également été identifiés.

Conclusion :

Le pôle de santé pluri professionnel de Lanmeur est un lieu où s'organise un exercice coordonné pluri professionnel par le biais d'échanges informels ou de rédaction de protocoles. Cela légitime la poursuite de l'analyse des entretiens effectués au sein de l'étude QualSoPrim dont l'objectif est d'en extraire les indicateurs de qualité des soins primaires afin d'établir une échelle d'évaluation de cette qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluri professionnels intégrant le point de vue des patients en situation de soin complexe et leurs aidants.

MOTS CLES :

Maisons et Pôles de santé pluri professionnels
Exercice coordonné
Dynamiques professionnelles
Recherche Qualitative

JURY :

Président : M. LE RESTE

Membres : M. CHIRON

M. DERRIENNIC

M. LE FLOCH

Mme. SCOUARNEC

DATE DE SOUTENANCE :

28 juin 2018