



HAL
open science

Préservation des soins de proximité en milieu rural par la création de pôles de santé libéraux et ambulatoires : avis des patients sur le PSLA de Saint-Pierre-en-Auge

Julien Letorey

► To cite this version:

Julien Letorey. Préservation des soins de proximité en milieu rural par la création de pôles de santé libéraux et ambulatoires : avis des patients sur le PSLA de Saint-Pierre-en-Auge. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02492951

HAL Id: dumas-02492951

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492951>

Submitted on 27 Feb 2020

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

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

UNIVERSITE DE CAEN

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Par Julien LETOREY

Né le 17/09/1990

à Caen

Présentée et soutenue publiquement le 16/10/2019

**PRESERVATION DES SOINS DE PROXIMITE EN MILIEU RURAL PAR LA CREATION DES PÔLES DE
SANTÉ LIBÉRAL ET AMBULATOIRE :**

Avis des patients sur le PSLA de Saint Pierre en Auge

Thèse dirigée par Monsieur le Docteur Bruno Rivière

Président : Monsieur le Professeur Le Coutour Xavier

Membres : Monsieur le Docteur Pithon Anni

Monsieur le Docteur Rivière Bruno, directeur de thèse

Monsieur le Docteur Sainmont Nicolas

Année Universitaire 2018/2019

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M. AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M. ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M. AOUBA Achille	Médecine interne
M. BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M. BÉNATEAU Hervé stomatologie	Chirurgie maxillo-faciale et
M. BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M. BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M. BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M. BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M. BROUARD Jacques	Pédiatrie
M. BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M. COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M. DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M. DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie

M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
M. DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier péri-opératoire	Anesthésiologie-réa. et médecine
M. GÉRARD Jean-Louis péri-opératoire	Anesthésiologie-réa. et médecine
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia prévention	Epidémiologie, économie de la santé et
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUS Jean-Luc péri-opératoire	Anesthésiologie-réa. et médecine
M. HULET Christophe traumatologique	Chirurgie orthopédique et
M. HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M. ICARD Philippe vasculaire	Chirurgie thoracique et cardio-
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LAUNOY Guy et prévention	Epidémiologie, économie de la santé
M. LE COUTOUR Xavier et prévention	Epidémiologie, économie de la santé
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M. LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie

M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques communication	Biostatistiques, info. médicale et tech. de
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
M. ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIADER Fausto	Neurologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François	Addictologie
--------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig	Anglais
-------------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian communication	Biostatistiques, info. médicale et tech. de
M. DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M. HITIER Martin faciale	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie

Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M. REPESSÉ Yohann	Hématologie
M. SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M. VEYSSIERE Alexis stomatologie	Chirurgie maxillo-faciale et

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme DE JAEGHER-NOEL Sophie	Médecine générale
M. LE BAS François	Médecine générale
M. PITHON Anni	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme SCHONBRODT Laure	Médecine générale

REMERCIEMENTS :

À Monsieur le Professeur Le Coutour Xavier

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse et pour vos conseils.

À Monsieur le Docteur Rivière Bruno

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être mon directeur de thèse, pour m'avoir accueilli en tant qu'interne, pour votre aide et pour vos conseils.

À Monsieur le Docteur Pithon Anni

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury de thèse, pour votre accueil et vos conseils durant mon stage d'externa.

À Monsieur le Docteur Sainmont Nicolas

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, en tant que membre de l'URML j'espère que cette thèse vous plaira.

À mes parents, pour m'avoir permis d'étudier toutes ces années et pour votre aide de toujours.

À Christina, qui me supporte depuis 5 ans maintenant (on n'est pas à 4 jours près), pour son amour et les futures années à encore me supporter.

À mes enfants, Lorenzo et Lucas, sans qui la vie serait bien monotone sans eux.

À ma sœur, pour son aide et qui doit me supporter depuis toujours.

À Georgette, Pierrette, Sylvie et Loïc pour leurs aides.

À Mélanie, for her good English.

À Clara, Cynthia, Sarah, Nathan, Steven et Tony pour ces années partagées ensemble.

À Lucie et Thomas, pour ces longues années d'études passées ensemble et au petit Arthur qui commence bien dans la vie.

À Christine pour son aide et sa gentillesse.

À mes maîtres de stages, pour leurs précieux conseils et pour m'avoir permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui.

À Elsa, Amélie et Florine, pour ces bons moments passés ensemble.

Aux professionnels du pôle de Saint-Pierre-En-Auge pour leur aide et leur participation.

ABREVIATIONS :

ALD : Affection Longue Durée

ALAPA : Association pour le Logement et l'Aide aux Personnes Âgées

ARS : Agence Régionale de santé

Art.L. : Article de Loi

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CESP : Contrat d'engagement du service public

CMP : Centre médico-psychologique

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-c : Couverture maladie professionnelle

COPIL : Comité de pilotage

COSTRA : Comité stratégique

CTS : Conseil territorial santé

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

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

IST : Infection sexuellement transmissible

HPST (Loi) : Hôpital Patient Santé Territoires

PRS : Projet régional de santé

PSLA : Pôle de santé libéral et ambulatoire

PTMG : Praticien Territoriaux de médecine générale

URML : Union régional des médecins libéraux

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

ZIP : Zone d'implantation prioritaire

Index des cartes, graphiques et photographie :

Cartes :

Carte 1 : Variation des effectifs de médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie de 2007 à 2015.....	7
Carte 2 : Cartographie régionale des PSLA en Normandie en mai 2018.....	8
Carte 3 : La composition de la Communauté de Commune de Saint-Pierre en Auge....	9
Carte 4 : Les zones d'intervention prioritaire ou complémentaire en Normandie définie par l'ARS	10

Graphiques :

Graphique 1 : Pyramide des âges des médecins généraliste Bas-Normands en 2015.....	7
Graphique 2 : Age des participants	15
Graphique 3 : Sexe des participants	16
Graphique 4 : Origine géographique des patients	16
Graphique 5 : Niveau d'étude des participants.....	17
Graphique 6 : Régime de sécurité sociale.....	17
Graphique 7 : Patients suivis dans le pôle santé	18
Graphique 8 : Transport pour se rendre au pôle	18
Graphique 9 : Utilité du PSLA selon les patients.....	19
Graphique 10 : Avis sur l'attractivité du PSLA auprès des médecins généralistes.	19
Graphique 11 : Impression des patients sur l'amélioration de leur prise en charge	20
Graphique 12 Avis sur l'amélioration de la collaboration des professionnels de santé ...	20
Graphique 13 : Confiance des patients dans l'utilisation du dossier médical informatisé	21
Graphique 14 : Patients pensant que les internes effectuant un stage au sein du PSLA sont plus susceptibles de s'installer au pôle en tant que médecin	21
Graphique 15 : Patients acceptant d'être reçu en consultation par un interne.....	22
Graphique 16 : Solutions choisies par les patients en cas d'urgence ressentie.....	22
Graphique 17 : Avis sur le nombre de médecin	23
Graphique 18 : Avis sur le nombre de professionnels médicaux et para-médicaux.....	23
Graphique 19 : Spécialités non représentés ou sous représentés selon les patients.....	24
Graphique 20 : Difficultés pour avoir un rendez-vous avec un médecin généraliste.....	24
Graphique 21 : Patients ayant renoncé à un rendez-vous faute de délai	25
Graphique 22 : Patients ayant dû consulter aux urgences à défaut d'avoir pu avoir un rendez-vous	25
Graphique 23 : Difficultés pour prendre un rendez-vous avec un des professionnels du pôle	26
Graphique 24 : Causes des difficultés liées à la prise de rendez-vous	26
Graphique 25 : Difficultés pour se rendre au pôle de santé	27
Graphique 26 : Difficultés pour se déplacer au sein du pôle	27
Graphique 27 : Intérêt des patients pour les campagnes d'information.....	28
Graphique 28 : Souhaits des sujets pour les campagnes d'information	29

Photographies :

Photographie 1 : Façade principale du PSLA de l'Abbaye de Saint-Pierre en Auge.....	12
---	----

Sommaire :

I.	INTRODUCTION.....	1
A)	Raisons de l'étude.....	1
B)	Définitions.....	2
1-	Maison de santé.....	2
2-	Pôle de santé.....	2
3-	Le Projet de Santé.....	3
4-	L'agence régionale de santé.....	5
5-	L'Union régionale des médecins libéraux de Normandie.....	5
C)	Contexte socio démographique.....	7
1-	À l'échelle Nationale.....	7
2-	À l'échelle Régionale.....	7
D)	La communauté de commune de Saint-Pierre-en-Auge.....	9
E)	Le Pôle Santé Libéral et Ambulatoire de l'Abbaye.....	12
II.	POPULATION ET METHODE.....	13
A)	Population étudiée.....	13
B)	Réalisation et diffusion du questionnaire.....	13
C)	Validation du questionnaire.....	14
D)	Confidentialité des données.....	14
III.	RESULTATS.....	15
A)	Effectifs.....	15
B)	Caractéristiques de la population.....	15
C)	Avis des patients sur l'offre locale de soin.....	19
D)	Problématiques liées à l'offre de soin.....	23
E)	Les campagnes d'information.....	28
IV.	DISCUSSIONS.....	30
A)	Discussion sur les principaux résultats.....	30
B)	Limites de l'étude.....	31
1-	Limites liées à la population de l'étude.....	31
2-	Limites liées à la méthode.....	32
C)	Points forts de l'étude.....	32
V.	CONCLUSION.....	33
VI.	BIBLIOGRAPHIE :.....	34

Annexe N°1 : Plans du PSLA.....	38
Annexe N°2 Projet de santé:.....	41
Annexe N°3 : Questionnaire distribué aux patients	58

I. INTRODUCTION

A) Raisons de l'étude

Les défaillances du système médical en France font régulièrement l'actualité de la presse générale depuis de nombreuses années entre le déficit de la sécurité sociale, les services d'urgences saturés... Un des sujets récurrents dans la presse est le manque de médecins généralistes.

Cette situation n'est pas nouvelle, l'INSEE prévoyait déjà une diminution du nombre de médecin à partir de 2008 [1]. Les acteurs politiques nationaux et régionaux, avec la coopération des différentes institutions, associations et représentants du secteur de la santé, ont entamé des réformes pour restructurer l'offre de soin. Pour le cas des médecins généralistes, ces réformes ont dû s'adapter à l'évolution dans les pratiques, avec une tendance au regroupement des médecins et une diminution en moyenne du temps de travail [2]. Ces enjeux sont d'autant plus importants dans les milieux ruraux, déjà moins bien dotés en médecin, qui enregistrent aussi une forte baisse de leur densité médicale [3].

Si l'État et les acteurs du secteur de la santé se sont engagés dans la préservation des soins de proximité depuis maintenant 10 ans, peu d'études médicales ont tenté d'évaluer le ressenti des professionnels médicaux ou des patients. Il existe des thèses sur les attentes ou freins à l'ouvertures de pôles de santé, mais il existe peu d'études portant sur des évaluations après l'ouverture de ces pôles. On peut tout de même citer la thèse du Dr Boyer Vanessa recueillant l'avis des professionnels de santé dans un Pôle ouvert en Gironde [4], ou encore celle du Dr Vandermerch sur les pôles de Corse [5]. Le Dr Mocquot a évalué la conformité de l'organisation des soins dans des pôles de santé Bas-Normands aux objectifs de la charte du 27 juin 2008 [6].

Alors que les pôles devaient à la fois satisfaire les professionnels de santé, en leur offrant un cadre d'exercice conforme avec leurs attentes, et les patients en maintenant l'offre local de soins de qualité, aucune étude n'a recueilli le ressenti des patients après ouverture d'un pôle de santé. La seule étude qui pourrait être en parti similaire est celle réalisée à la maison de santé de Steenvoorde [7], mais cette étude évoque uniquement les soins non programmés prodigués aux patients.

Si le ressenti des professionnels de santé, et notamment des médecins généralistes, est plutôt satisfaisant, nous ne pouvons actuellement pas conclure sur le ressenti des patients. La création des pôles de santé est peut-être l'élément le plus visible et parlant dans la politique actuelle de restructuration de l'offre de soin de proximité, par son aspect tangible. Ces structures mobilisent des fonds financiers conséquents, pouvant justifier que la population y perçoit un bénéfice.

Le pôle de santé de Saint-Pierre en Auge a ouvert ses portes en avril 2017. Les médecins qui se sont installés lors de l'ouverture exerçaient auparavant dans des cabinets regroupés dans un même bâtiment. L'ouverture du pôle les ont rapprochés des autres spécialités médicales et paramédicales. Cette réunion des professions à entrainer un changement dans les habitudes de ces derniers, ainsi que celles des patients.

Me destinant à exercer dans ce pôle, je souhaitais étudier l'avis et le ressenti des patients envers le PSLA, s'ils le jugeaient utile, s'ils avaient l'impression d'être mieux pris en charge. C'est une question paraissant pertinente, leur santé étant la finalité de la loi HPST, dans laquelle s'inscrit le développement des PSLA [8]. Je voulais à la base réaliser une étude multicentrique sur plusieurs pôles de santé appartenant à plusieurs départements différents. Pour des raisons de temps j'ai dû me résoudre à étudier uniquement la population de mon futur lieu d'installation. Cette étude est donc observationnelle, prospective, monocentrique, à type d'enquête d'opinion.

B) Définitions

1- Maison de santé

La définition d'une maison de santé a été introduite le 19 juillet 2007 dans le code de santé publique par l'article L. 6323-3 [9]. Cette définition a évolué à plusieurs reprises pour être actuellement la suivante :

« Art. L ; 6323-3. – La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

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

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ».

2- Pôle de santé

La définition de pôle de santé apparaît dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) [8] :

« Art.L ; 6323-4. - Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de

la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Le pôle, contrairement à la maison de santé, n'est pas défini comme une entité géographique mais comme un réseau de professionnels articulé autour d'un projet de santé. La loi HPST inclus dans la définition d'un pôle de santé l'existence d'un projet de santé avec une coordination entre les différents intervenants. Les objectifs des pôles sont définis par le projet de santé.

3- Le Projet de Santé

« Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. » [8]

Le projet de santé est nécessaire pour toute procédure d'éligibilité à la création d'une maison ou d'un pôle de santé. Ce projet définit les objectifs et les moyens matériels et humains pour un territoire donné.

Pour les pôles de Normandie, ce projet doit répondre aux objectifs définis par la charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoire de Normandie [9], s'ils veulent bénéficier d'une prise en charge par différents partenaires de leur financement.

Les objectifs directifs inscrits dans la charte sont les suivants :

- Réduire les inégalités territoriales de santé en misant sur une approche transversale et non plus sectorielle des besoins de santé ;
- Assurer un meilleur accès effectif aux soins de premier recours et organiser l'accès aux soins de second recours ;
- Optimiser le parcours de santé par une meilleure collaboration entre secteurs (médical, médico-social, social), entre professionnels et entre établissements.

La création des PSLA repose sur le diagnostic territorial et sur le contexte local. Ainsi l'objectif théorique est d'avoir 15 professionnels pour 15 000 habitants avec un accès géographique à 15 minutes.

Les PSLA doivent répondre à des objectifs pertinents, définis à l'échelle du territoire, axés sur quatre enjeux principaux :

- Assurer la continuité des soins ;

- Développer la coordination des soins de proximité ;
- Identifier les problèmes de santé prioritaires et proposer des actions de prise en charge ;
- Participer à la pérennité de l'accès aux soins de premier recours par le biais de la formation (maître de stage).

Ces enjeux définissent les lignes directives pour les objectifs opérationnels des pôles de santé qui sont ainsi définis dans la charte :

- Assurer les soins de premier recours, leur continuité et leur coordination (organisation des suivis, des consultations spécialisées, des consultations pluridisciplinaires, meilleure prise en charge des patients, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi) ;
- Coordonner les prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, notamment par la mise en œuvre d'une organisation territoriale coordonnée au travers de partenariats ;
- Optimiser le système de soins en mutualisant les moyens et en favorisant la coopération et l'exercice coordonné ;
- Participer à la formation des futurs professionnels de santé en ayant des maîtres de stage sur site ;
- Faciliter la formation continue des professionnels ;
- Favoriser la mise en place de systèmes d'informations partagés et s'intégrer dans le déploiement des projets de télémédecine ;
- Optimiser le temps de professionnel pour le soin en allégeant la charge administrative des professionnels de santé ;
- Favoriser la mise en place de réponses aux crises sanitaires ;
- Améliorer la prise en charge des patients par le biais de la prévention et de l'éducation thérapeutique ;
- Concourir aux actions d'épidémiologie de terrain (ex : veille sanitaire, etc.).

Le financement des projets est soumis à une étude de faisabilité puis la validation et la prise en charge des travaux est soumis au comité de pilotage (COPIL) qui est lui-même piloté par l'ARS. Le respect des orientations de la charte est assuré par le comité stratégique (COSTRA) qui est co-présidé par le préfet de région et du directeur général de l'ARS de la région [10].

4- L'agence régionale de santé

Les ARS sont des institutions régionales regroupant divers spécialistes, comme des médecins, ingénieurs, juristes, cartographes, etc. Elles pilotent les politiques de santé au niveau régional tels qu'elles sont définies par le ministère des affaires sociales et de la santé [11].

La compétence des ARS porte sur l'ensemble des champs de la santé : le pilotage de la politique de prévention, de veille sanitaire et de santé environnementale, l'organisation des soins (médecine de ville et hospitaliers), la prise en charge dans les établissements médico-sociaux.

Elle est l'interlocuteur des professionnels de santé, des établissements sanitaires et médico-sociaux, des collectivités locales et des associations.

L'ARS dispose de trois champs d'intervention :

- La veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

L'ARS régule l'offre de santé en région. Elle coordonne les activités et le budget de fonctionnement de chaque structure médicale. Cette régulation comporte une dimension territoriale pour mieux répartir les médecins et l'offre de soin. [12]

Afin de réaliser ses missions, la direction de l'ARS s'appuie sur une équipe de direction, des responsables de missions et de départements ainsi que de délégués territoriaux dont les conseils territoriaux de santé.

Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) ont remplacé les conférences de territoire au 1er janvier 2017.

Chaque CTS contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRS, en particulier pour organiser les parcours de santé. Le CTS participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé qui identifie les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population ainsi que les caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire.

5- L'Union régionale des médecins libéraux de Normandie

L'URML est une structure de droit privée d'intérêt public à but non lucratif [13]. Celle-ci a été créée suite à la loi du 14 décembre 1993 relative aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral [14]. C'est une Unions Régionales des Professions de Santé tel que définie par la loi HPST [7].

Elle est organisée avec un bureau de 12 médecins élus, une assemblée de quarante élus et neuf salariés [13]. Il existe une déclinaison pour chaque profession médicale ayant plus de 20 000 praticiens sur le territoire national (médecine, pharmacie, chirurgie dentaire, infirmière et kinésithérapie...etc).

L'URML travaille en collaboration avec l'ARS, l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé ainsi que les collectivités territoriales pour la préparation et la mise en œuvre du projet régional de santé. La loi HPST fait de l'URPS-Médecins Libéraux le partenaire direct de l'Agence Régionale de Santé pour toute la politique organisationnelle des soins en région, et permet dans ce cadre à l'URPS de proposer des financements avec l'ARS.

L'URML réalise un ensemble de mission dont :

- La préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé
- L'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins
- L'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice
- Des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique
- La mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 4135-4
- Le déploiement et l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagées
- La mise en œuvre du développement professionnel continu

L'URML de Normandie a participé à la création des PSLA depuis 2008, à celle de la charte régionale des PSLA, au lancement de l'opération « Cœur de Santé » avec la ville de Caen, afin d'y développer des PSLA, etc. Sur le plan national, elle a participé à la création d'APICRYPT, une messagerie sécurisée pour l'envoi de données de santé entre professionnels, au déploiement des internes de spécialité dans les établissements privés, le déploiement de VIA TRAJECTOIRE, etc.

C) Contexte socio démographique

1- À l'échelle Nationale

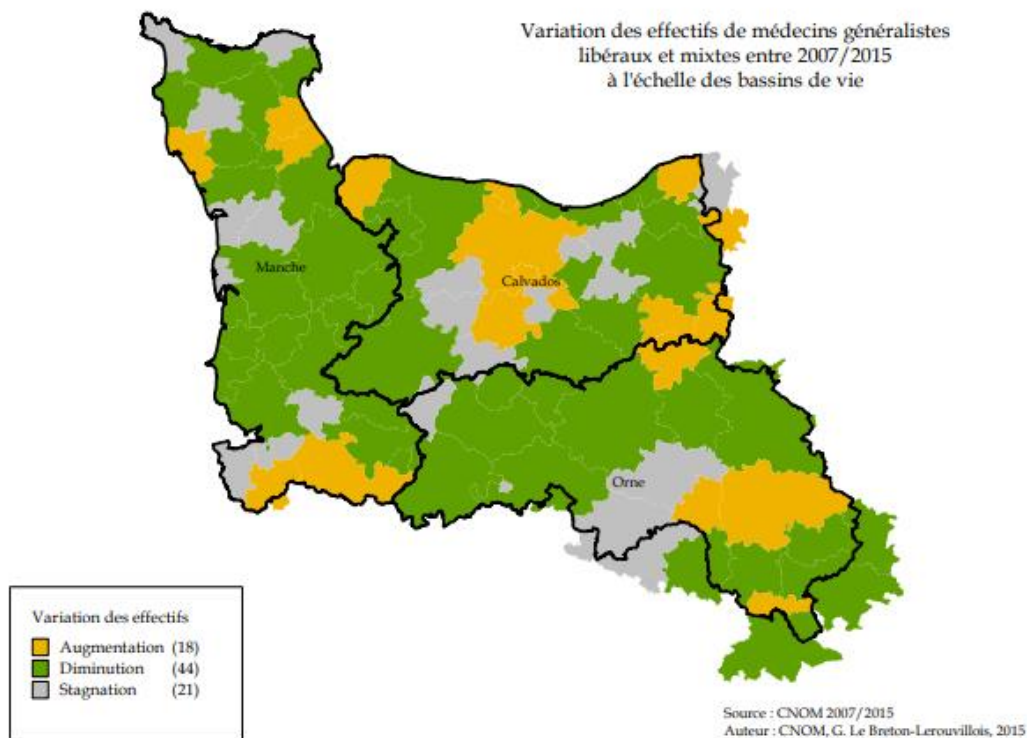
En France, du fait d'une population vieillissante, de la prise en charge de pathologiques chroniques de plus en plus nombreuses, ainsi que l'apparition d'objectifs d'éducation thérapeutique et de prévention grandissant, la demande de soins médicaux est grandissante. Cette augmentation de demande de soin n'a pas été suivie d'une majoration de l'offre de soin. Au contraire, par exemple, le nombre de médecins généraliste en activité régulière est passé de 94261 en 2010 à 87801 en 2018 [15]. Cette inéquation ne touche pas de manière uniforme tous les territoires. Les zones rurales, moins attractives, sont plus durement touchés.

Face à cette problématique, en 2012, la loi HPST a été votée. Ensuite le pacte territoire santé a été mis en place dans cette continuité afin de lutter contre la désertification médicale en milieux rural et les inégalités d'accès aux soins [16]. Le gouvernement a pris des engagements organisés sur trois axes : favoriser l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et investir dans les territoires isolés. Parmi ces engagements figurent le développement du travail en équipe et le soutien des centres de santé, directives dans lesquels s'inscrit la création des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoire (PSLA). Ils ont été créés dans le but de préserver les soins de proximités tout en répondant aux besoins des soignants privilégiant de plus en plus un exercice groupé pour d'une part, mettre fin à un exercice isolé et d'autre part, proposer un exercice de qualité avec une permanence de soin en accord avec une place grandissante de la vie privée.

Parmi les autres mesures de ce projet concernant les médecins généraliste, on peut citer l'obligation pour les étudiants en médecine de réaliser un stage de médecine générale ambulatoire, les contrats d'engagement au service public (CESP), les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) et le développement de la télémedecine. Ces mesures sont complémentaires à la création des PSLA pour maintenir les soins de proximité en milieu rural.

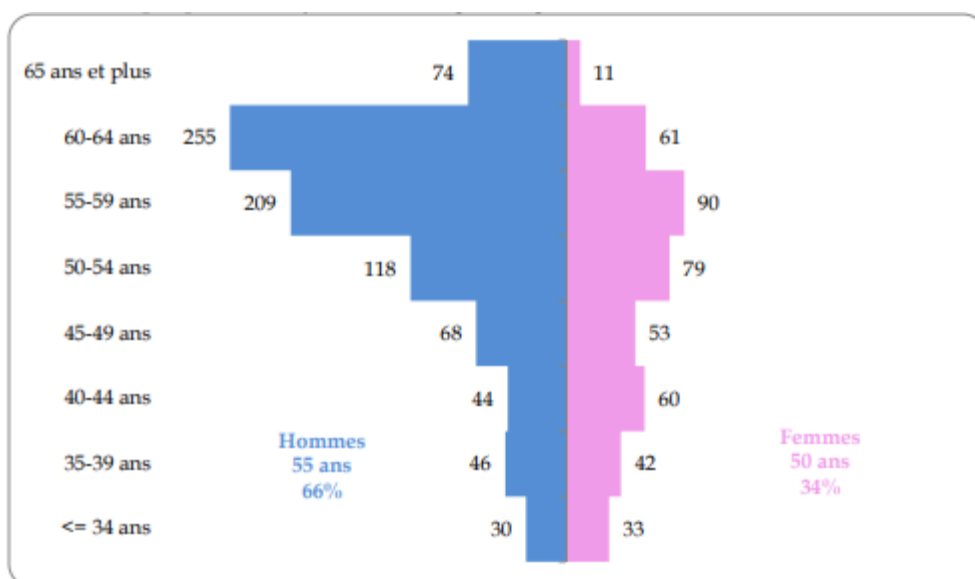
2- À l'échelle Régionale

Sur le plan régional de la Basse-Normandie, les problèmes de démographie médicale sont un enjeu important [17]. En effet, en 2015, la densité de médecins en activité régulière était de 261.2 médecins pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale était de 281.4. La Basse-Normandie est donc une région à faible densité médicale. Concernant les médecins généralistes, toujours en 2015, on comptait 1273 professionnels en activité régulière, soit une baisse de 7.7% des effectifs par rapport à 2007. L'Orne et la Manche ont été plus durement touchés avec respectivement une baisse de 15.7% (419 à 353) et de 18.9% (238 à 193). Le Calvados a lui perdu 5.9% de ses effectifs de médecins généraliste. Au sein de ces départements, les bassins ruraux sont plus impactés, alors que certaines grandes villes et leurs périphéries enregistrent même des augmentations d'effectifs :



Carte n°1 : Variation des effectifs de médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie de 2007 à 2015 [17].

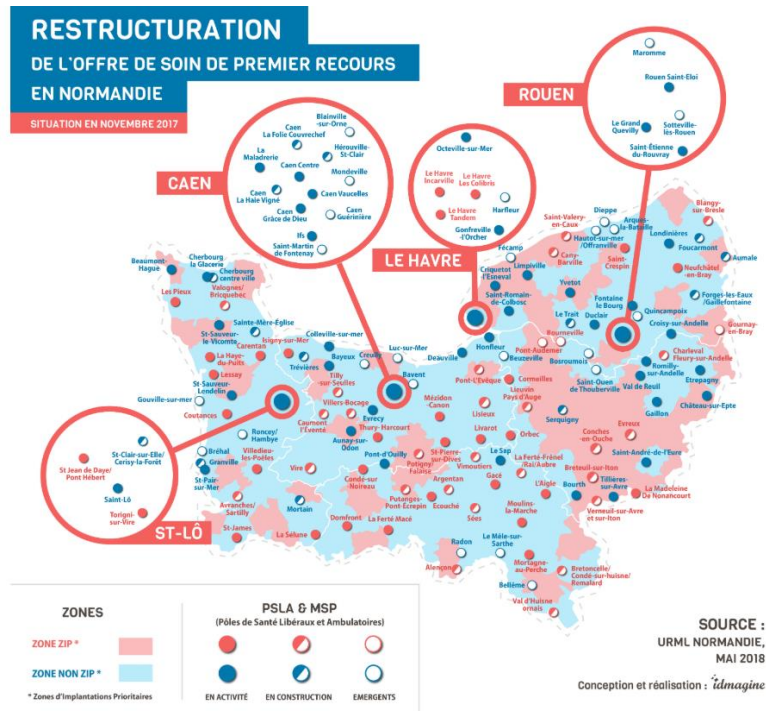
Un autre élément péjoratif pour les prévisions démographiques des médecins généralistes, 32% d'entre eux sont âgés d'au moins 60 ans (*conférer schéma suivant*).



Graphique n°1 : Pyramide des âges des médecins généraliste Bas-Normands en 2015.[17]

Avec les départs en retraite, les effectifs devraient donc encore baisser dans les années suivantes si ces départs ne sont pas compensés.

L'ARS et l'URML de la Basse Normandie, conscientes de ce problème, se sont notamment investi dans la création des PSLA [18]. La région comptait en 2012, 7 PSLA en activité et 13 émergents. En mai 2018, on compte 58 pôles en activité et 31 émergent [19] sur le même territoire. Ce développement permet aux territoires ruraux de regagner en attractivité pour les médecins, leur permettant de bénéficier d'une structure en accord avec leur model de travail.



Carte N°2 : Cartographie régionale des PSLA en Normandie en mai 2018 [19].

Le financement des pôles est complexe, les pôles devant se créer dans une zone d'implantation prioritaire peuvent bénéficier de subventions de l'Europe, de l'État, du Conseil Régional de Basse-Normandie et des Conseils Départementaux [20].

Le coût de l'ensembles de ces projets est de plusieurs millions d'euros, et la région consacrera 15 millions d'euros supplémentaires dans leur développement d'ici 2022 [21].

C'est dans cette dynamique nationale et régionale qu'ouvre le PLSA de l'Abbaye de Saint Pierre en Auge en avril 2017.

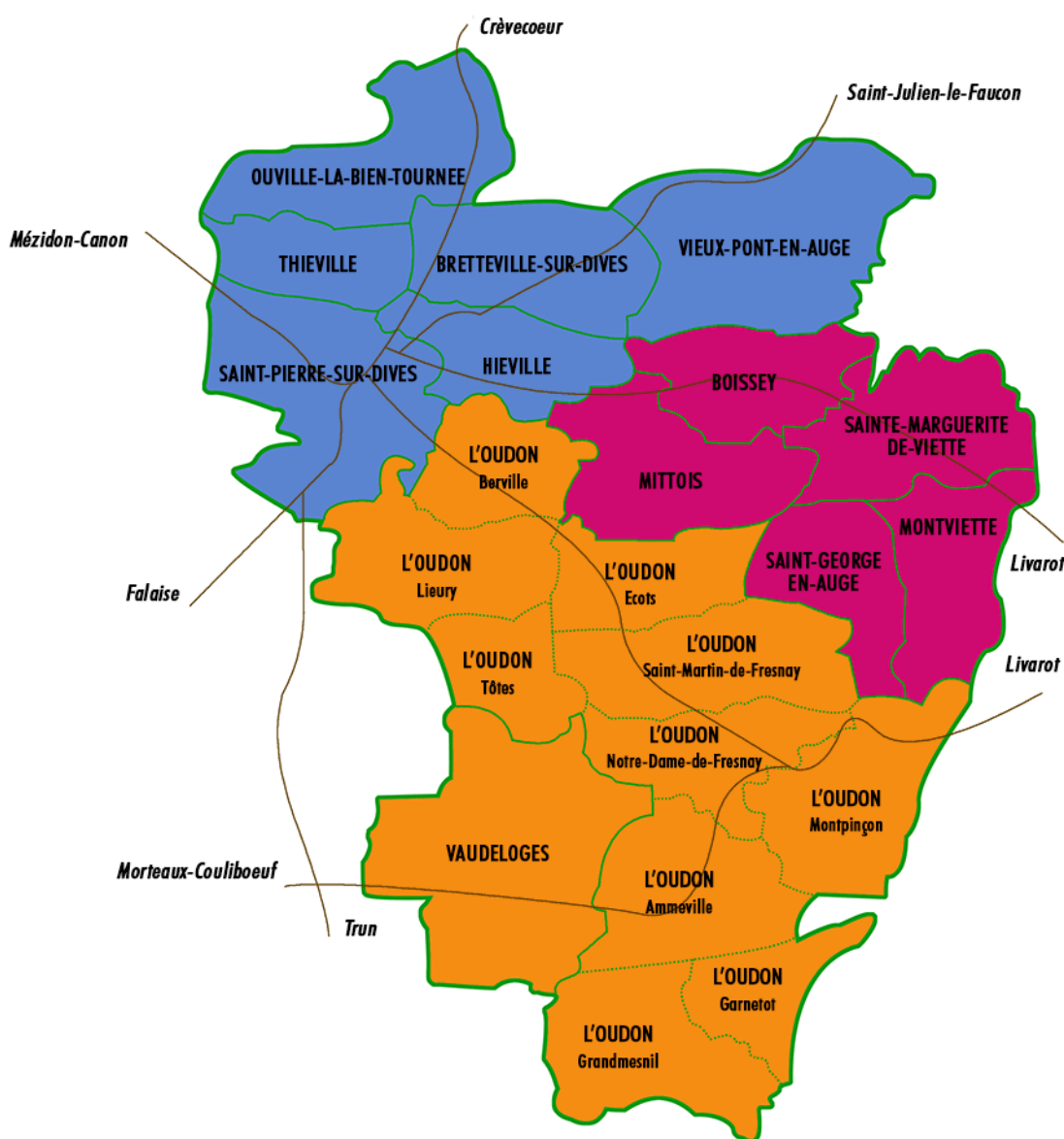
D) La communauté de commune de Saint-Pierre-en-Auge.

Elle est située à 20 km de Falaise, 25 km de Lisieux et 33 km de Caen, comprenant chacun un centre hospitalier. La communauté résulte de la fusion de 13 communes. Elle occupe un territoire de 145 km².

La communauté de commune de Saint-Pierre en Auge comptait au 1^{er} Janvier 2015 7835 habitants avec une densité de 54 hab/Km² [22], soit une densité deux fois

moindre par rapport à la moyenne nationale. La part d'actif y est légèrement plus faible qu'au niveau national avec 72% contre 73,7%. Les actifs en emploi sont légèrement moins représentés dans la population (61.5 contre 63.2). La part de personnes retraitées ou en pré-retraite est plus représentée, à 10.4% contre 7.3% dans la population nationale.

L'ancienne commune de Saint-Pierre-sur-Dives concentrait l'essentiel de la population, c'est un milieu semi-urbain. Le reste des communes sont des villages, essentiellement à vocation agricole, de quelques centaines d'habitants.



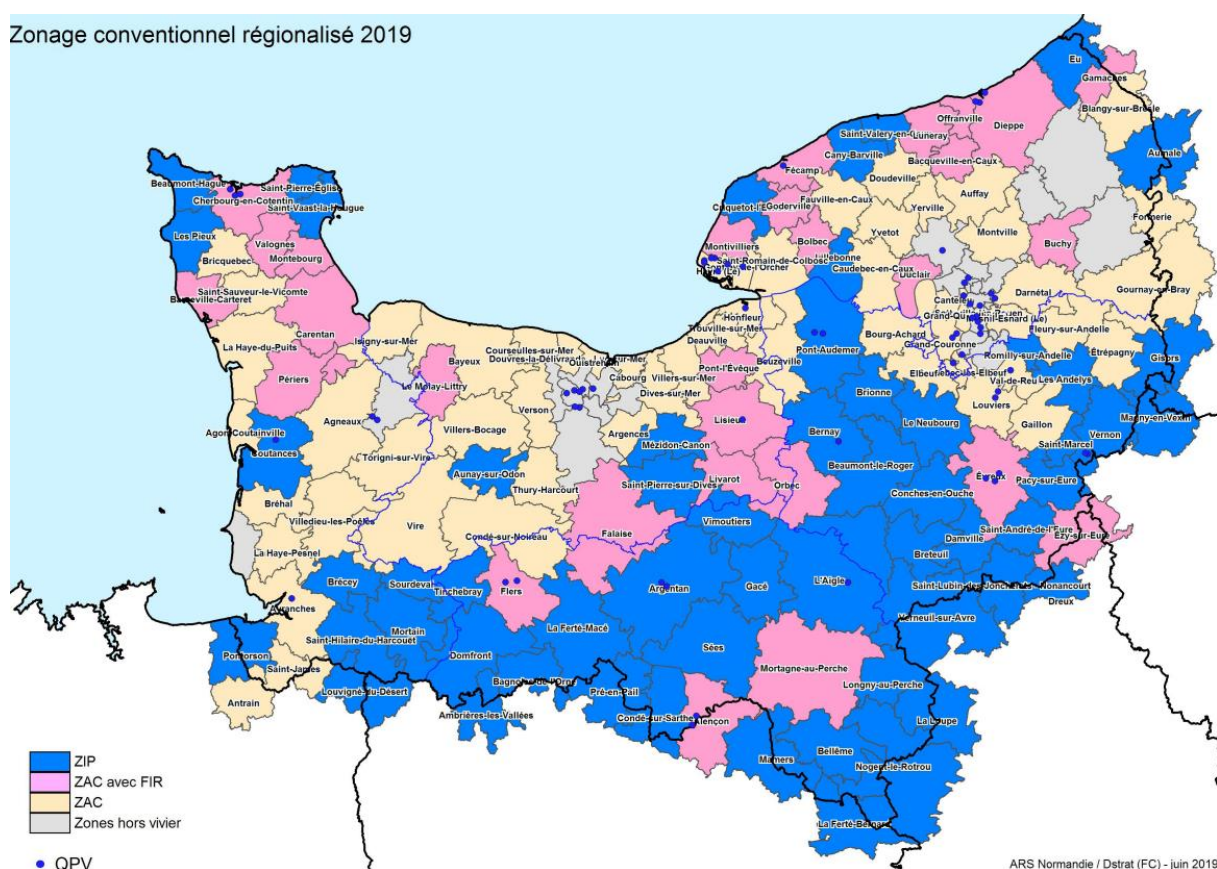
Carte N°3 : La composition de la Communauté de Commune de Saint-Pierre en Auges [23]

On compte deux EHPAD (EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), celui de « La Mesnie » qui compte 128 lits avec une unité Alzheimer. C'est un établissement privé géré par l'Association pour le Logement et l'Aide aux Personnes Âgées (ALAPA). Le second est l'« EHPAD Saint-Joseph » de 52 lits. C'est un établissement public, dépendant du centre hospitalier de Falaise. La

commune dispose aussi d'un CMP pour enfant et adulte, se situant à proximité du pôle de santé. Deux pharmacies sont présentes dans le centre-ville.

En 2009, sept médecins généralistes exerçaient à Saint-Pierre-sur-Dives. C'est la seule commune qui bénéficiait alors de la présence de médecins parmi la communauté de communes de Saint-Pierre-en-Auge. À l'ouverture du PSLA en 2017, la commune ne comptait alors que trois médecins pour une population similaire en nombre suite à des départs en retraite.

La communauté de commune est actuellement classée par l'ARS comme zone d'action Prioritaire [24]. Ces zones, ou bassins de vie, sont choisies à un niveau national ou régional, et sont définies comme des territoires dans lesquels l'accès ou l'offre de soin en médecin est insuffisant. Les médecins s'installant dans ces zones bénéficient d'avantages lors de leur installation ou de leur exercice.



Carte N°4 : Les zones d'intervention prioritaire ou complémentaire en Normandie définie par l'ARS [24]

E) Le Pôle Santé Libéral et Ambulatoire de l'Abbaye

Le PSLA de l'Abbaye a ouvert ses portes le 3 avril 2017 afin de pallier au manque de médecin localement. Il se situe dans le centre de la commune de Saint-Pierre-sur-Dives. Il fait face à l'Abbaye d'où son nom. Il a été bâti à partir de la restructuration des locaux d'un ancien collège datant du 19^{ième} siècle, construit en pierre traditionnelle [25]. Il occupe une surface de 1100 m², et possède 3 étages avec un rez-de-chaussée regroupant les cabinets des professionnels paramédicaux, un étage regroupant cinq cabinets médicaux et infirmiers, et un rez-de-jardin pour les cabinets dentaires. Il y a deux parkings, à l'avant et à l'arrière du bâtiment. Il est équipé d'un ascenseur aux normes en vigueur, afin de permettre l'accès à l'étage pour les personnes à mobilité réduite.

Les plans du bâtiment sont disponibles en Annexe 1.

Le PSLA regroupe actuellement quatre orthophonistes, deux chirurgiens-dentistes, une diététicienne, une ostéopathe, neuf infirmiers, deux sages-femmes, un podologue, un sophrologue, un psychologue clinicien, quatre médecins omnipraticiens. Les médecins généralistes possèdent un secrétariat physique. Les autres praticiens ont un secrétariat téléphonique, ou répondent eux-mêmes aux appels téléphoniques. La permanence des soins est effective de 8h à 20h en semaine et ainsi que le samedi matin. Le projet de soins des professionnels du pôle est en annexe 2.

Les professionnels de santé n'ont pas créé de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). C'est un régime de société civile permettant de percevoir des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant. Ce régime a été créé pour les maisons de santé afin de promouvoir des projets de soins locaux communs validés par les ARS.



Photographie N°1 : Façade principale du PSLA de l'Abbaye de Saint-Pierre en Auge

II. POPULATION ET METHODE

A) Population étudiée

La population étudiée est l'ensemble des patients de 18 ans ou plus, consultant sur la période de diffusion du questionnaire au moins un des professionnels de santé du PSLA de Saint-Pierre-en-Auge. Seuls les mineurs étaient donc exclus de l'étude. Leurs parents, les accompagnant la plupart du temps, pouvaient remplir ce questionnaire. Les patients consultant de manière exceptionnelle, dans le contexte de période de tourisme par exemple, pouvaient remplir ce questionnaire, car ils étaient exposés à certains facteurs qui pouvaient leur permettre de remplir ce questionnaire. Toutefois ne connaissant pas forcément le contexte local, il leur était possible de répondre à certaines questions par le choix « Sans opinion ». Cette population pouvait être identifiée par son lieu de résidence.

B) Réalisation et diffusion du questionnaire

Les études du Dr Monerie sur la création du Pôle santé de Mézidon-Canon [26], ainsi que celle concernant la création d'une MSP à Steevorde réalisée par le Dr Mulliez-Caquant [27], ont été une aide à la rédaction de mon questionnaire. Celui-ci est présenté en annexe 3.

Ce dernier comporte 29 questions. La question principale permettant de répondre au sujet de cette thèse est la n°6 : « Pensez-vous que le pôle de santé de l'abbaye est utile pour préserver l'offre de soin dans la commune ? ». Il est organisé en plusieurs parties. La première partie permet de définir les caractéristiques des patients ayant répondu (âge, sexe, lieu de résidence, niveau socio-culturel...). La seconde partie recueille l'avis des patients sur l'offre de soin proposée au pôle de santé, la troisième sur les difficultés d'accès aux soins. La dernière partie comporte des propositions de campagnes d'informations qui ne sont actuellement pas proposées sur le territoire.

Il fut diffusé du 3 mai 2019 au 5 juillet 2019. Ce délai de deux mois a été choisi afin de permettre une quantité suffisante de questionnaire, tout en limitant le risque de doublon. Les questionnaires étaient apposés dans les salles d'attentes des différents professionnels du pôle, et étaient recueillis par ces derniers pour éviter les pertes. Une lettre d'affiche était jointe pour expliquer notre démarche. Une consultation avec les professionnels a eu lieu avant diffusion pour leur présenter le questionnaire, et leur permettre de répondre à d'éventuelles interrogations des patients. Ces derniers pouvaient être sollicités à répondre, par la proposition d'un exemplaire à remplir. Les patients étaient aussi incités à interroger un praticien en cas de questionnement ou de difficulté de compréhension.

Enfin, les patients étaient incités à ne répondre qu'une seule fois au questionnaire. La vérification du suivi de cette consigne n'était cependant pas réalisable.

Le format d'un questionnaire a ses limites. Un questionnaire court peut être plus attractif car paraît peu chronophage par rapport à un questionnaire plus long, et permet ainsi d'avoir un meilleur taux de réponse. Cependant, un nombre plus conséquent de questions permet une analyse plus approfondie, et explore plus d'axe de réflexions, au risque de paraître rebutant pour le patient et ainsi faire chuter le taux de participation. Pour pouvoir augmenter le nombre de questions, il a été choisi de favoriser au maximum les réponses à choix unique ou multiple, permettant de minimiser l'écriture. Lorsque cela n'était pas possible ou risquait de laisser des propositions en nombre partiels parmi celles possibles, il était possible de rédiger une réponse originale.

La durée de diffusion a été choisie en compromis entre un temps suffisant pour recueillir un maximum d'exemplaires, sans que celui-ci ne soit trop étendue pour minimiser le risque qu'ils ne soient remplis à plusieurs reprises par la même personne.

C) Validation du questionnaire

Le Guichet d'Orientation pour la recherche en santé de l'Unité de Recherche et Formation de Santé de l'université de Caen a évalué le questionnaire le 26/04/2019. Aucune démarche supplémentaire n'était nécessaire avant la diffusion du questionnaire.

D) Confidentialité des données

Les informations recueillies n'étaient pas nominatives et strictement confidentielles.

Les données ont été saisies informatiquement à l'aide du logiciel « EXCEL ».

Les données pouvaient être modifiées, supprimées ou rectifiées à n'importe quel moment selon un droit d'accès conformément à la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, modifiée en 2004. Ce droit pouvait être exercé par le patient en contactant le secrétariat de médecine générale ou en saisissant le Correspondant Informatique et Libertés de l'Université de Caen.

Les informations recueillies ne faisaient l'objet d'aucune diffusion, et ne pouvaient être ni vendues, ni transmises à quiconque et n'ont été conservées que le temps de la thèse.

III. RESULTATS

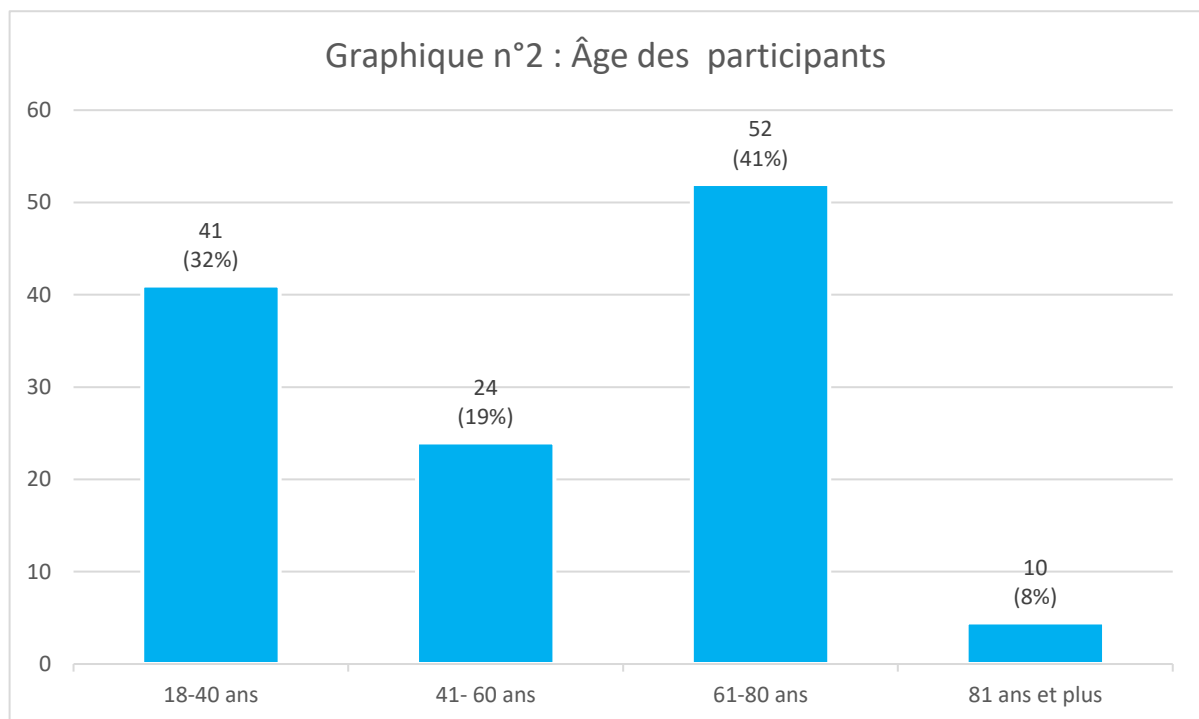
A) Effectifs

La population ayant eu accès au questionnaire a été évalué à 3000 patients. Cette estimation est basée sur le nombre de créneaux de consultations disponibles chez les professionnels de santé, et sur la base de quatre consultations par heure sur les périodes de consultation sans rendez-vous. Il n'a pas été possible d'avoir accès à tous les agendas, ce qui aurait permis une estimation plus fiable. Cette population a été surestimée du fait que les rendez-vous non pris, non honorés ont été comptés, et des patients ont été comptés à plusieurs reprises du fait de consultations multiples.

Le questionnaire a été remplis par 129 personnes. Parmi ceux-ci 113 ont été correctement remplis, un a été considéré comme remplis de manière totalement incorrecte (réponses non cohérentes) et quinze ont été remplis partiellement.

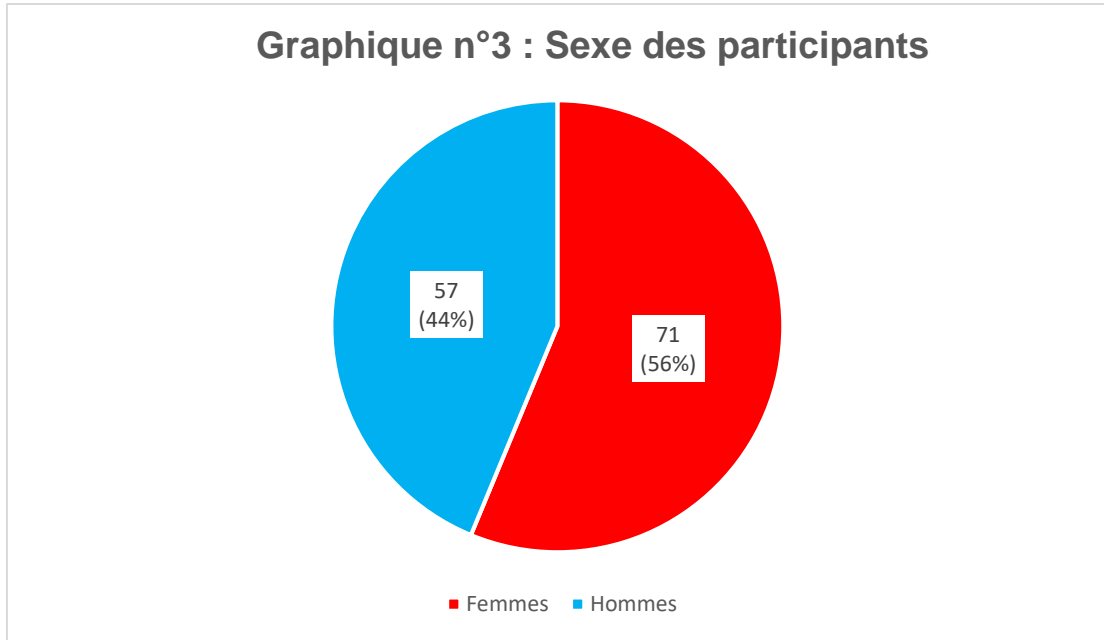
Le taux de participation est donc de 3.83%. Ce taux est sous-estimé par rapport à la participation réelle du fait de la surestimation de la population totale.

B) Caractéristiques de la population



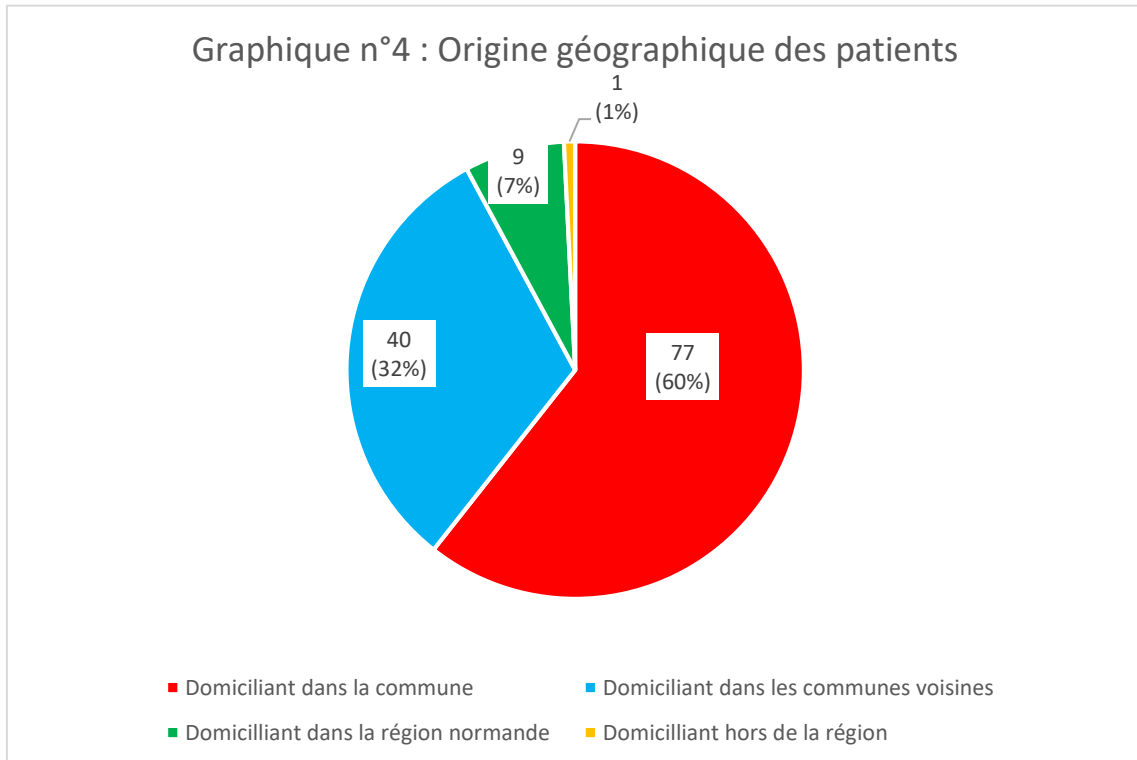
L'âge moyen des participant est de 54,5 ans. Un participant n'a pas répondu. L'échantillon de l'étude diffère dans sa caractéristique d'âge par rapport à la population générale [28]. Outre les mineurs qui ne sont pas inclus dans l'étude, la part des patients de 40 à 60 ans est sous-représentée. Cela pourrait s'expliquer par la proportion d'actif de cette classe d'âge, qui est plus importante que dans les autres catégories d'âge, et donc moins enclin à consulter.

Graphique n°3 : Sexe des participants

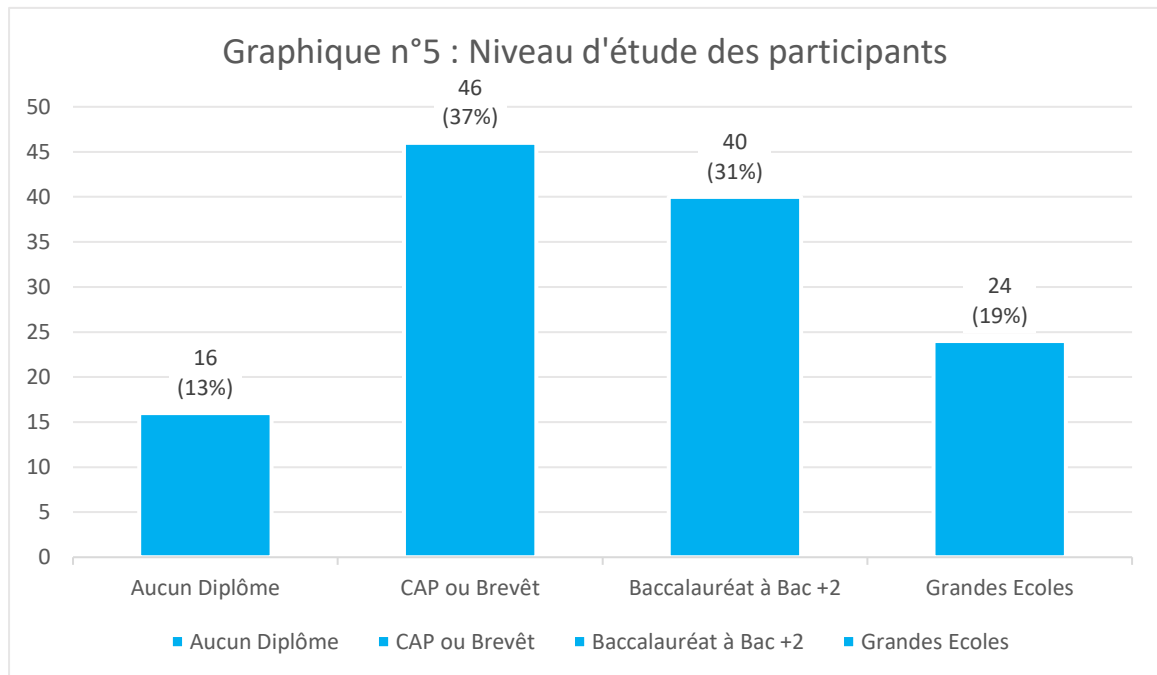


Sur les 128 patients ayant répondu, il y a 71 femmes pour 57 hommes. La différence est non significative après un test de loi binomiale ($p=0.25$). Cette surreprésentation des femmes peut s'expliquer par une forte participation des patientes consultant les Sages-Femmes.

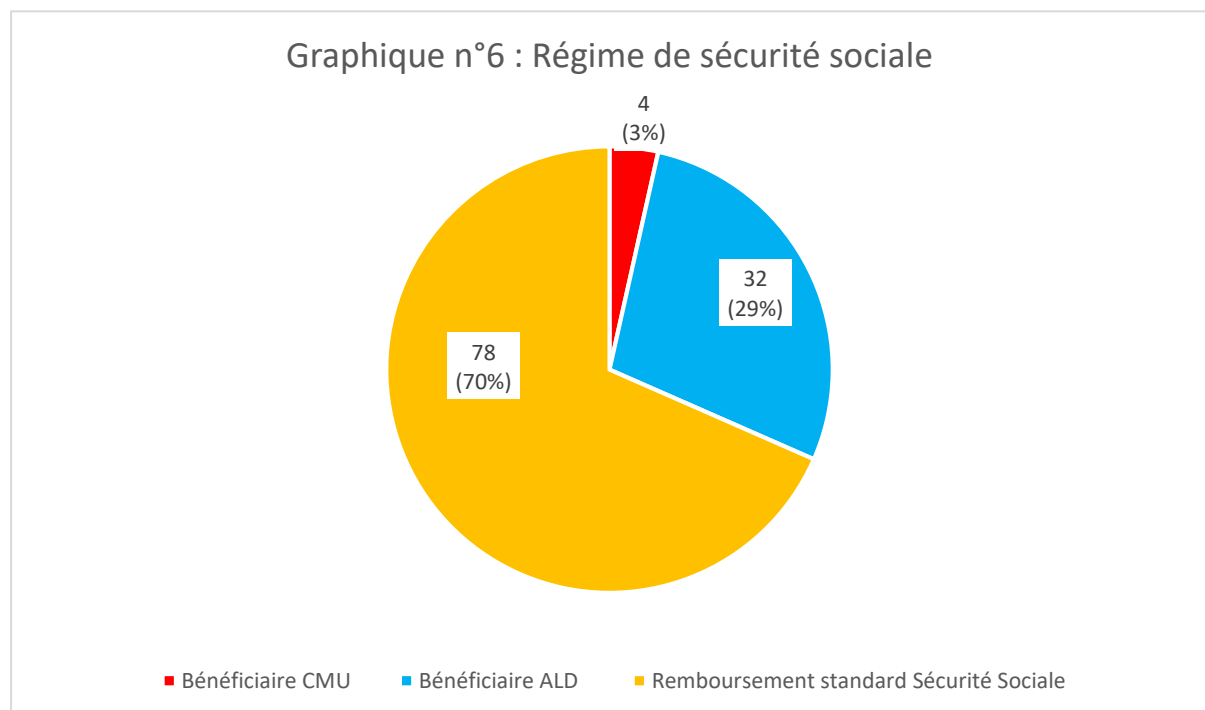
Graphique n°4 : Origine géographique des patients



Les patients ayant répondu sont résident de la commune de Saint-Pierre-en-Auges ou des communes limitrophes à plus de 90%. Cela confirme l'origine rurale ou semi-urbaine des patients.

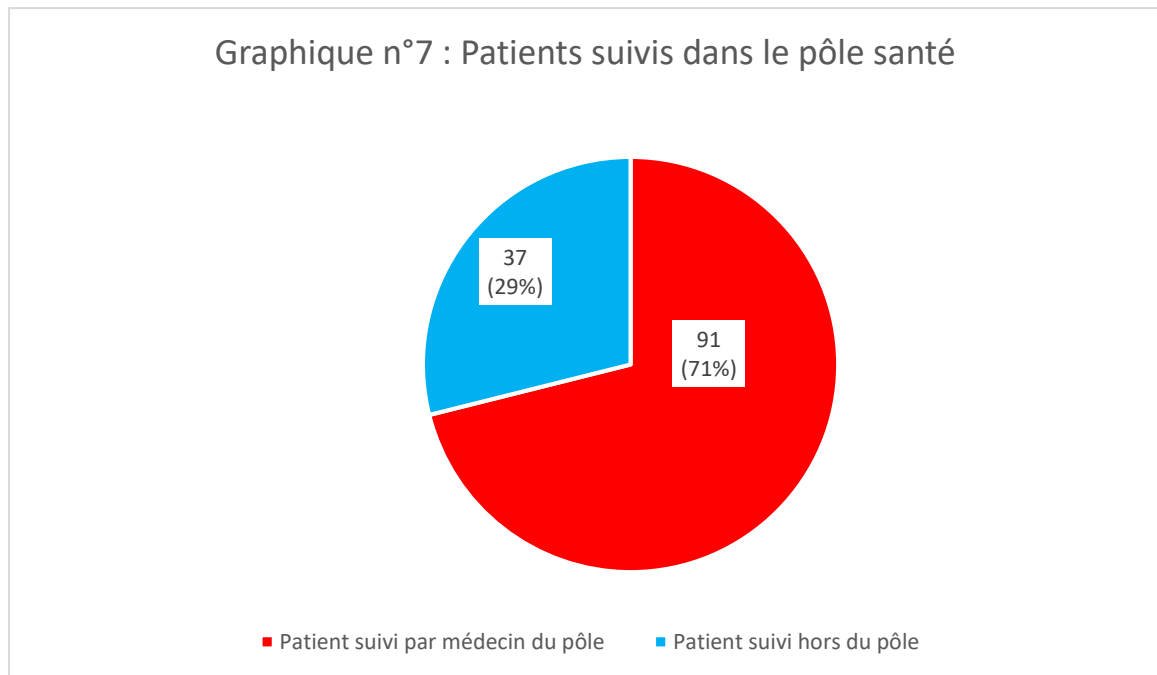


La population de l'étude diffère aussi de par son niveau d'étude. La catégorie de patients sans aucun diplôme est très clairement sous-représentée. Les patients ayant le niveau baccalauréat est quant à elle sur-représentée. La proportion de patients ayant un diplôme des grandes écoles est sensiblement similaire à celle de la population générale.



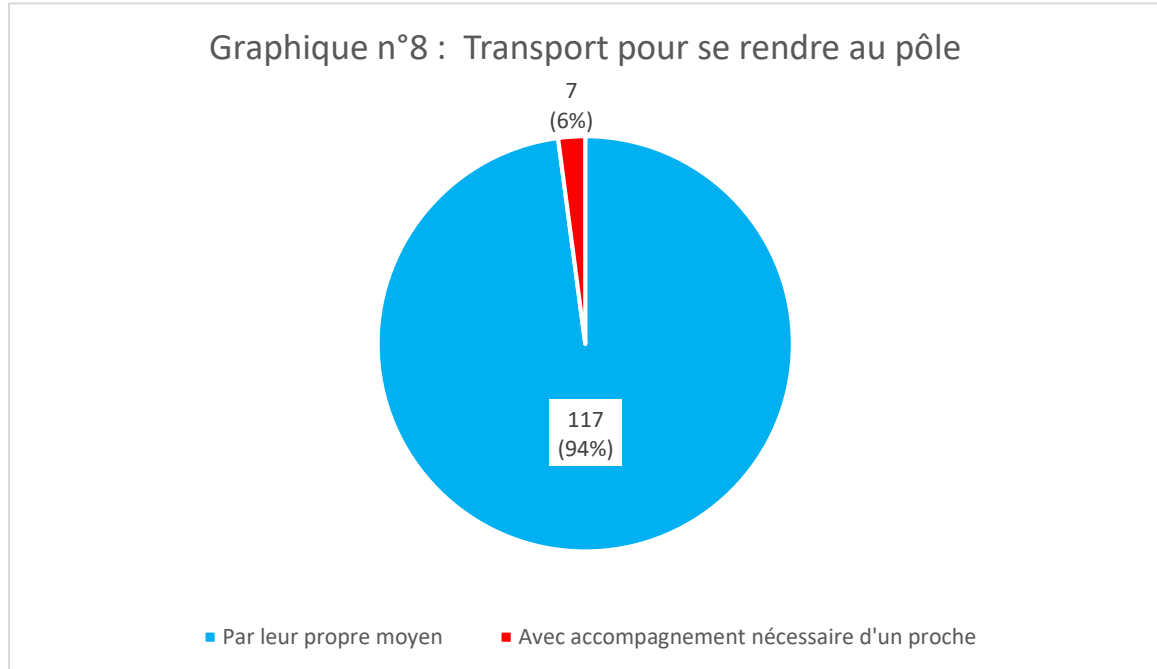
La proportion de patient bénéficiant de la CMU est similaire à celle de celle du Calvados (à défaut de données locales), qui est évaluée à 1.9% [29]. Les patients bénéficiant d'une ALD sont aussi sur-représentés du fait de la nécessité de consultations régulières et du suivi qu'impliquent leur pathologie.

Graphique n°7 : Patients suivis dans le pôle santé



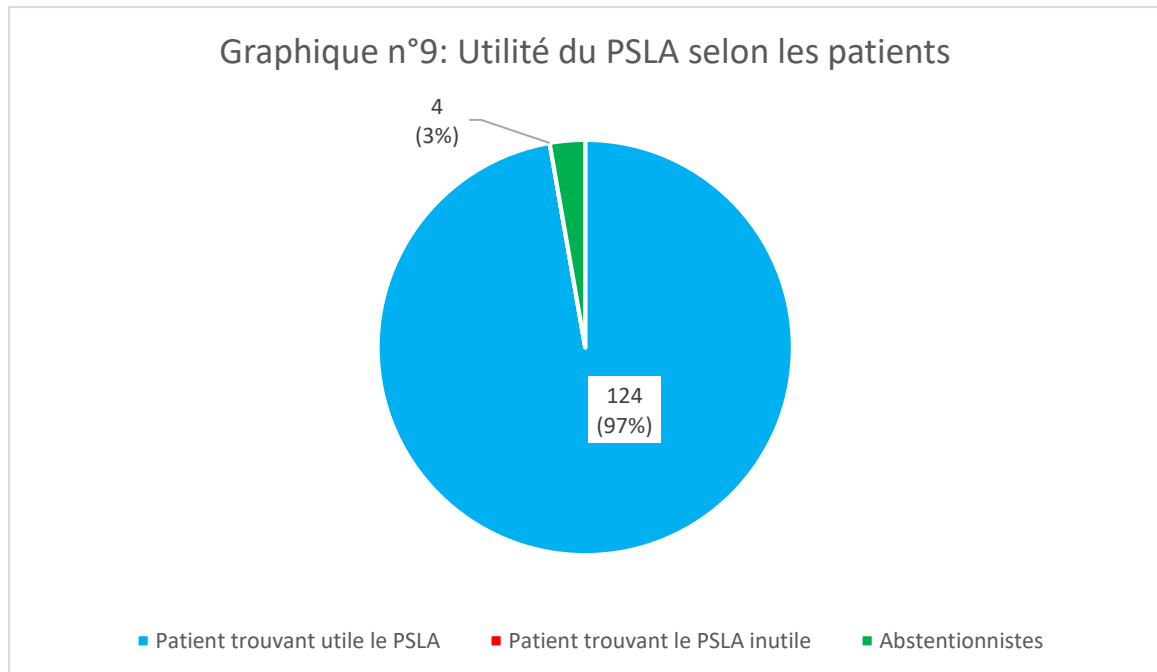
71% des patients ayant répondu bénéficient d'un médecin généraliste appartenant au pôle de santé. Ils sont donc presque un tiers soit à ne pas avoir de médecin traitant, soit à avoir un médecin extérieur du pôle.

Graphique n°8 : Transport pour se rendre au pôle

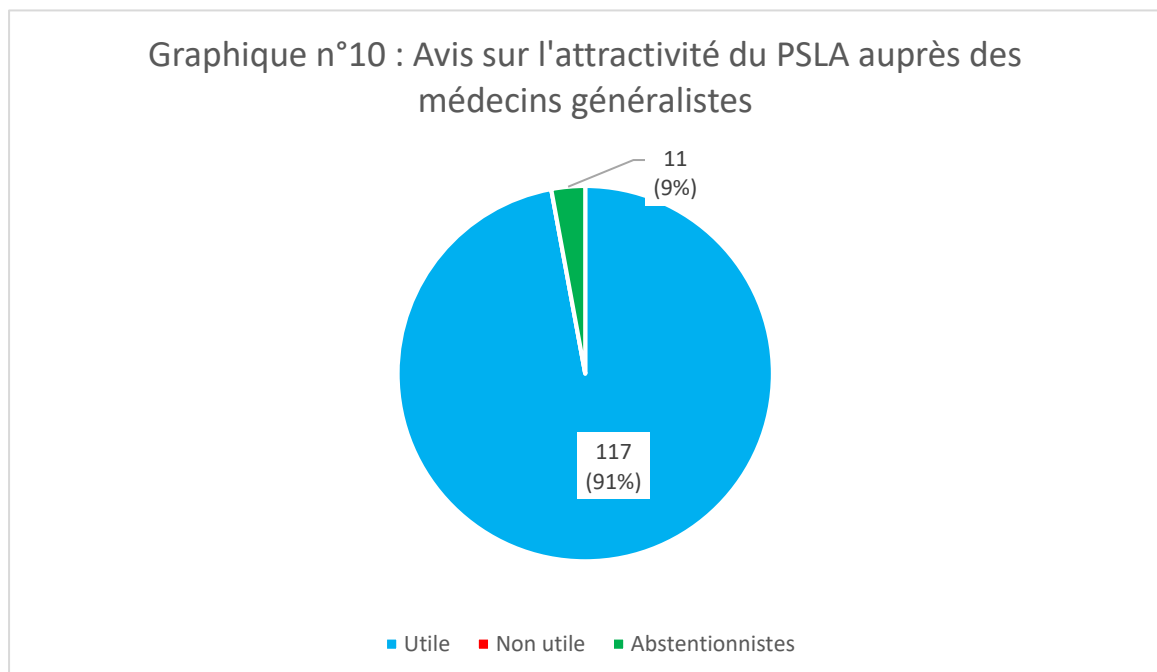


Une grande majorité de la population de l'étude se rend par ses propres moyens au pôle de santé, sans nécessité d'accompagnement. Cela témoigne d'un accès facile pour les patients pour accéder dans le pôle au sein de la ville.

C) Avis des patients sur l'offre locale de soin

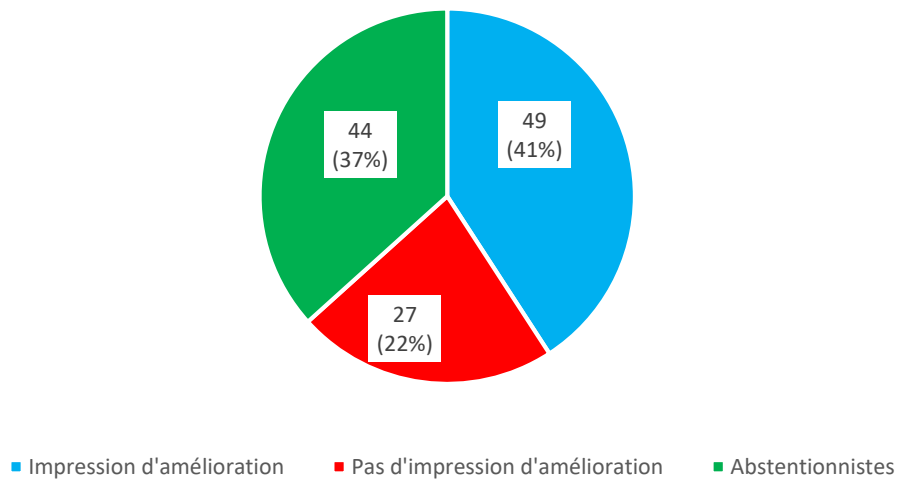


Cette question est la question principale de l'étude. Les patients voient-ils une utilité du PSLA pour préserver l'offre de soin locale ? Si on se fie à la population de l'étude, 97% le perçoivent ainsi. Aucun ne l'a jugé inutile.



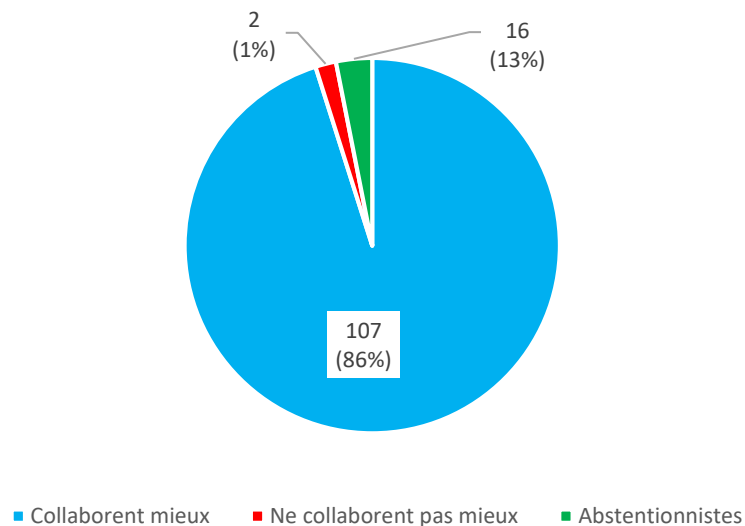
Une grande majorité de patient pense que le pôle est attractif pour les médecins généralistes. C'est certainement l'un des éléments majeur participant à la perception positive qu'ont les patients de ce le pôle.

Graphique n°11 : Impression des patients sur l'amélioration de leur prise en charge



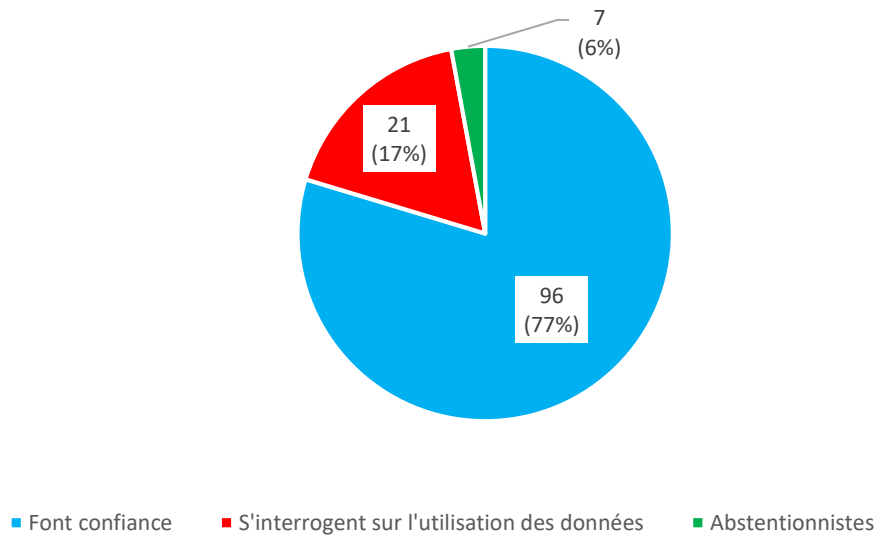
Les réponses à la question sont mitigées. Certains patients ressentent une amélioration de leur prise en charge alors que la majorité n'en ressentent pas ou sont indécis. On peut donc en déduire que malgré la création du pôle, il persiste certaines problématiques.

Graphique n°12 : Avis sur l'amélioration de la collaboration des professionnels de santé.



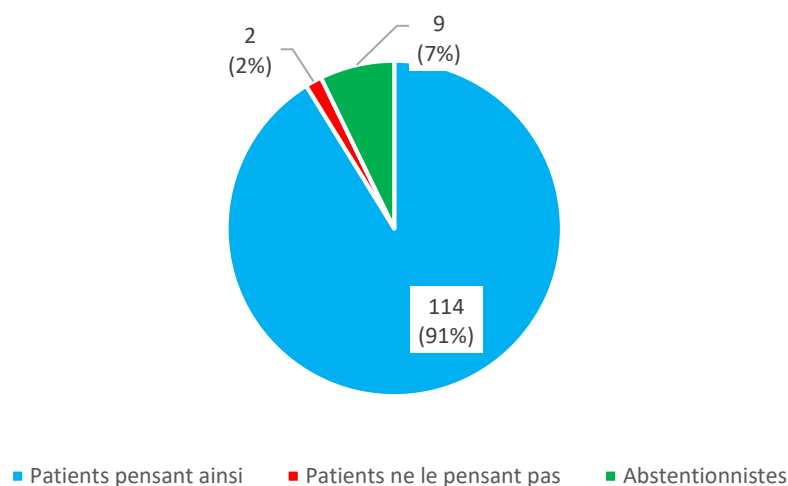
La population de l'étude est en grande majorité convaincue que les différents professionnels de santé collaborent mieux depuis l'ouverture du pôle.

Graphique n°13 : Confiance des patients dans l'utilisation du dossier médical informatisé



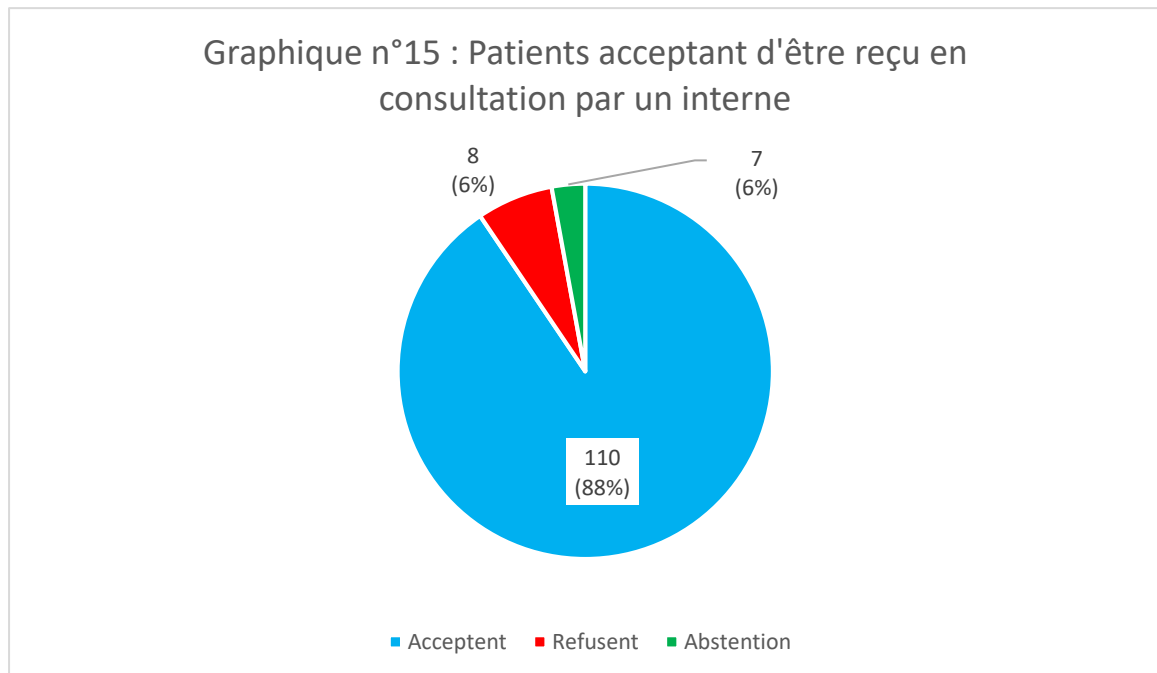
Le regroupement dans un établissement commun permet l'utilisation de logiciel médical commun à tous les médecins ou professionnels selon l'établissement. Au PSLA de l'Abbaye, les médecins utilisent une même solution logicielle qui n'est pas partagée avec les autres professions du pôle. La mise en commun des données médicales pose des questionnements sur l'accès aux données médicales. D'après la population étudiée, plus de trois quarts des personnes font confiance aux professionnels sur l'utilisation de leurs données.

Graphique n°14 : Patients pensant que les internes effectuant un stage au sein du PSLA sont plus susceptibles de s'installer au pôle en tant que médecin

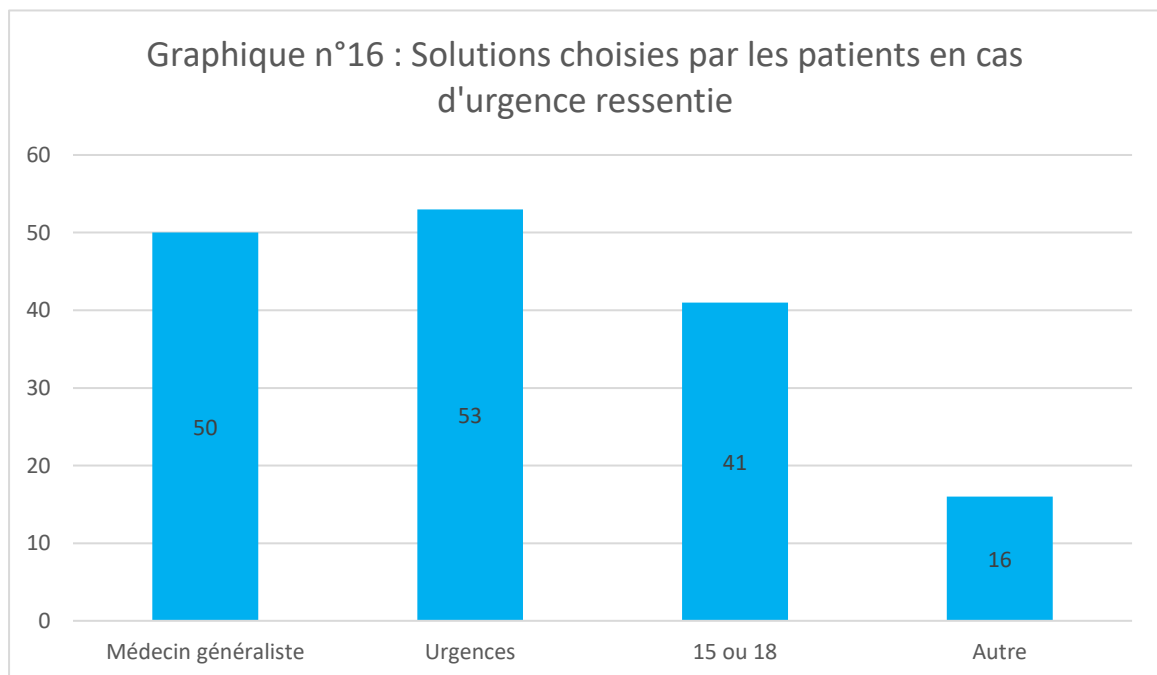


Les PSLA sont des terrains de stage pratiques, ils permettent de regrouper les maîtres de stage en un même lieu. L'interne de médecine a parfois son propre bureau et est au contact de plusieurs professionnels, ce qui lui permet d'enrichir son apprentissage. Les participants de l'étude pensent, avec une large majorité, que les

internes sont plus susceptibles de s'installer à Saint-Pierre-en-Auge après y avoir réalisé un stage.



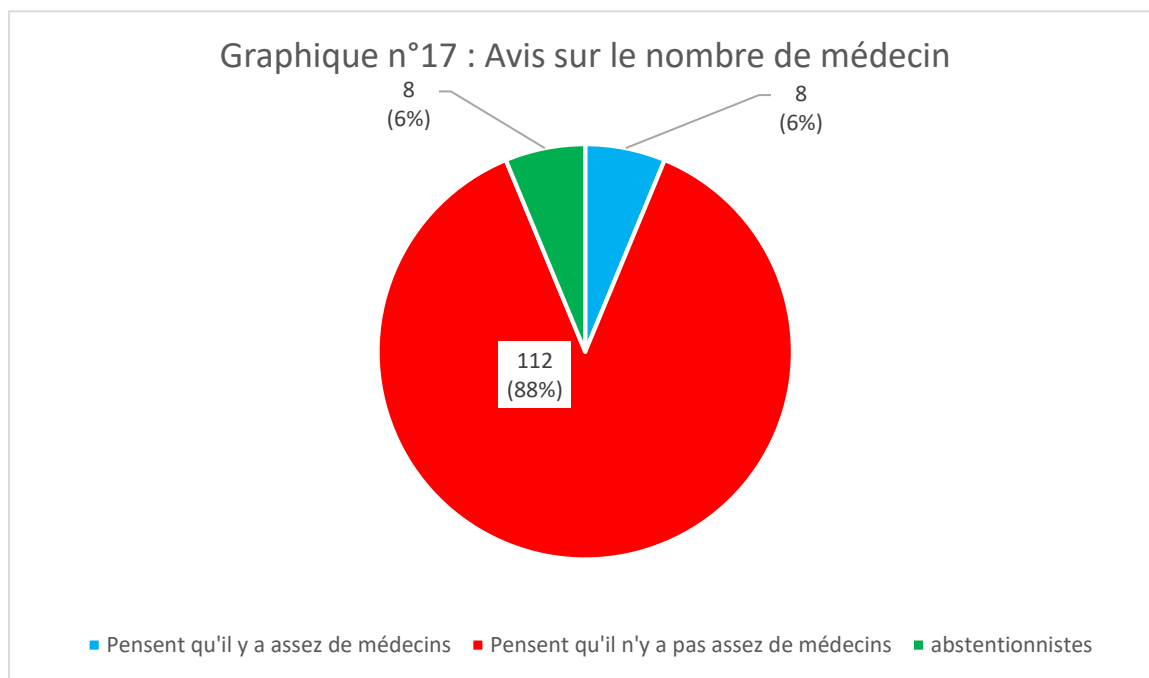
Les patients ne sont pas réticents à être reçu en consultation par un interne. Cela confirme leur vision de l'opportunité que cela procure pour l'attractivité du pôle. Ces résultats confortent aussi les volontés nationales et régionales dans le développement des stages de médecines générales ambulatoire.



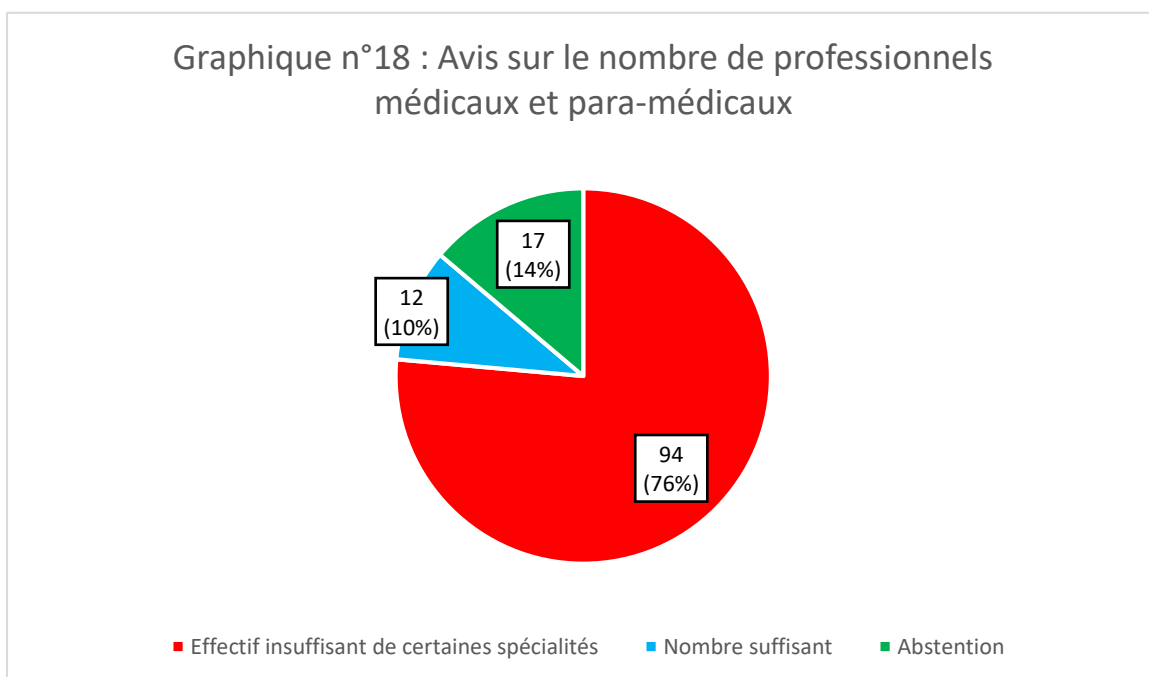
D'après ces résultats le médecin généraliste reste un recours privilégié par les patients en cas d'urgence ressentie. Ils sont presque autant à le choisir par rapport aux services d'urgences et plus par rapport aux numéros d'urgences. Les patients

ayant choisie la réponse libre ont pour 11 d'entre eux voulu apporter une nuance dans leur choix selon la gravité ressentie, 4 choisissent en fonctions de la disponibilité de leur médecin traitant et enfin, un patient a choisi le pharmacien comme recours.

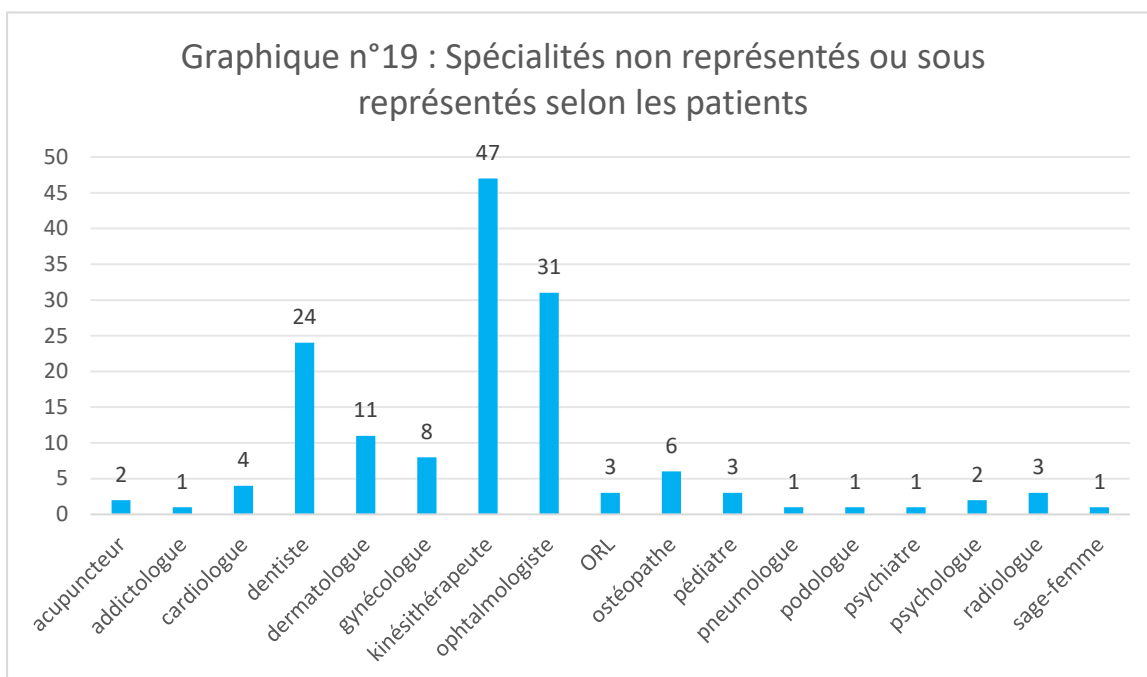
D) Problématiques liées à l'offre de soin



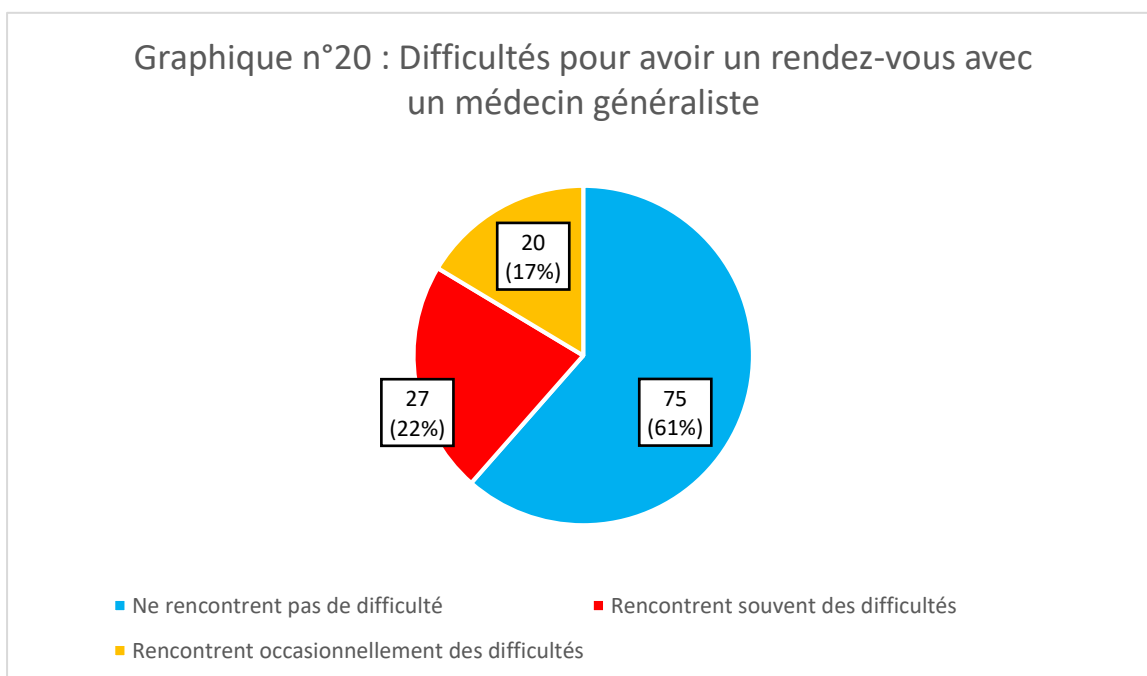
Concernant le nombre de médecins généralistes, 88% le juge insuffisant, témoignant d'un manque persistant dans l'offre de soin local.



Tout comme pour les effectifs de médecins généralistes, certaines spécialités médicales et paramédicales semblent être en nombre insuffisant pour les patients.

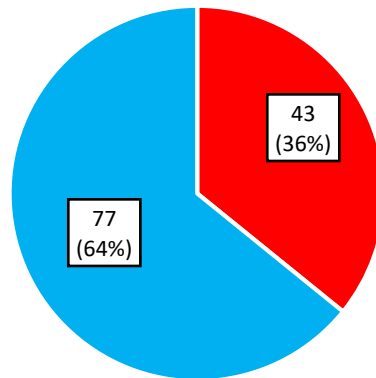


Parmi les spécialités les plus réclamées par la population de l'étude, on note les kinésithérapeutes, ophtalmologistes, dentistes qui sont jugés en nombre insuffisants. Dans une moindre mesure, les cardiologues, dermatologues, gynécologues et ostéopathes sont aussi sollicités par les patients.



Les médecins du pôle sont les seuls professionnels à bénéficier d'un secrétariat physique. 22% des patients rencontrent des difficultés pour avoir un rendez-vous avec un des médecins traitants.

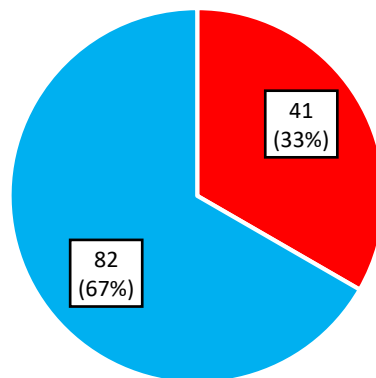
Graphique n°21 : Patients ayant renoncé à un rendez-vous
faute de délai



■ Ayant renoncé à au moins 1 rendez-vous ■ Pas eu de problème

Plus d'un tiers des patients ont déjà renoncé à se soigner, faute de consultation disponible dans un délai raisonnable.

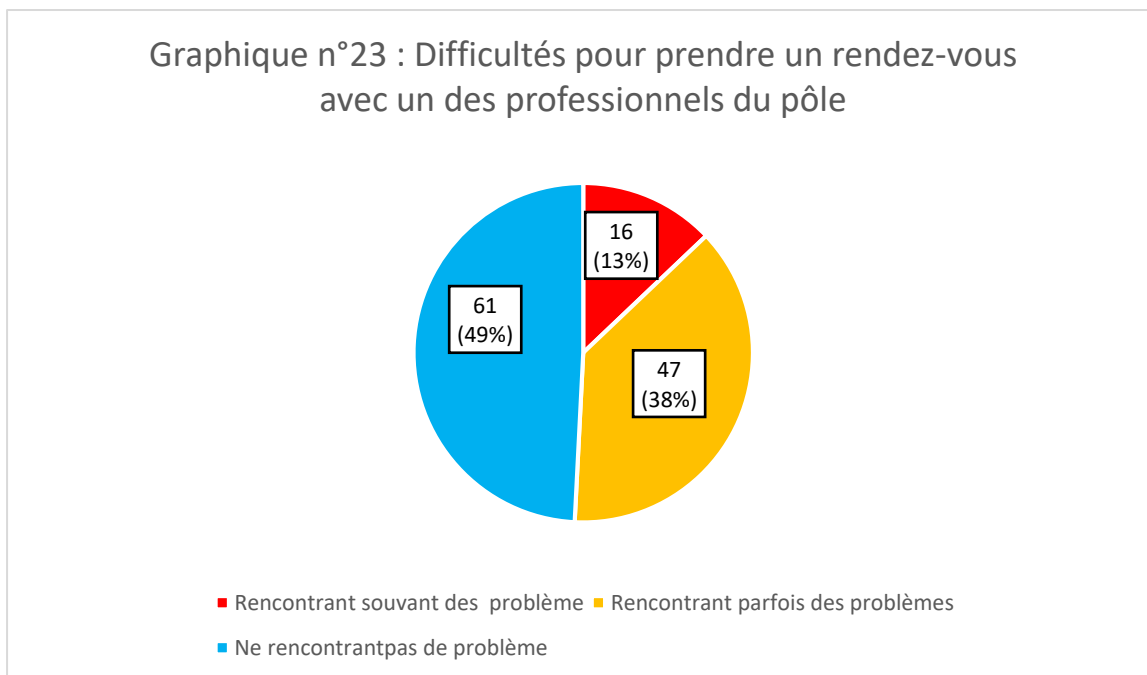
Graphique n°22 : Patients ayant dû consulter aux urgences
à défaut d'avoir pu avoir un rendez-vous



■ Patient ayant consulté aux urgences par défaut ■ Patients n'ayant pas eu à consulter aux urgences

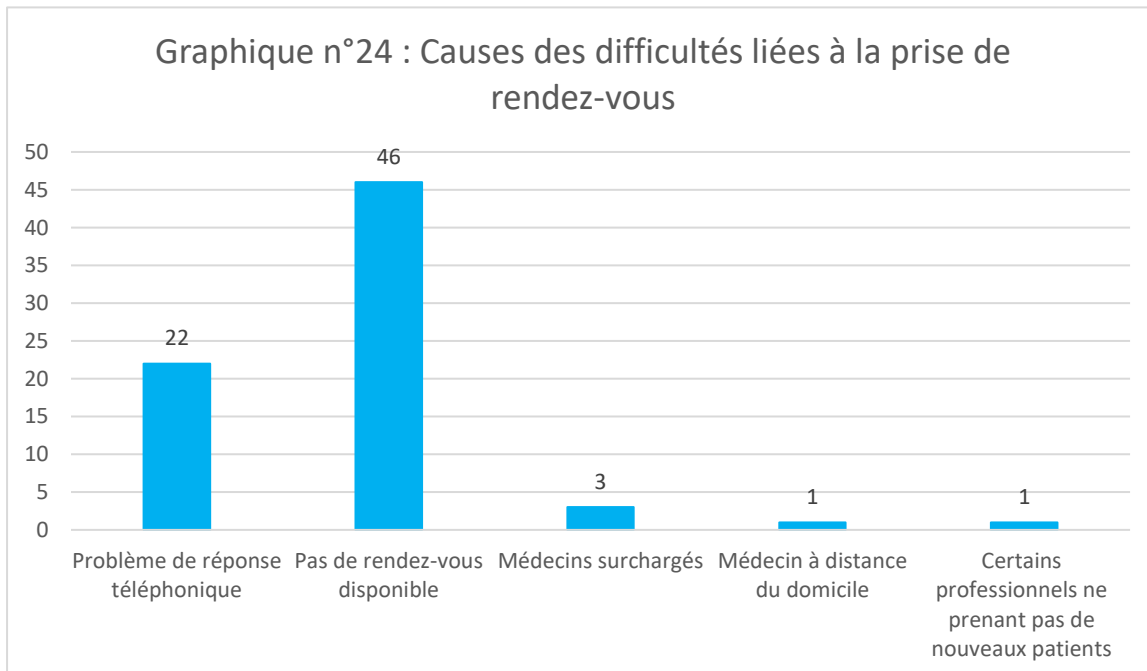
Presque autant de patients ont consulté un service d'urgences, parce qu'ils n'avaient pu avoir de rendez-vous avec un des médecins du pôle. Ces données reflètent l'absence d'une offre satisfaisante pour les patients du pôle santé.

Graphique n°23 : Difficultés pour prendre un rendez-vous avec un des professionnels du pôle



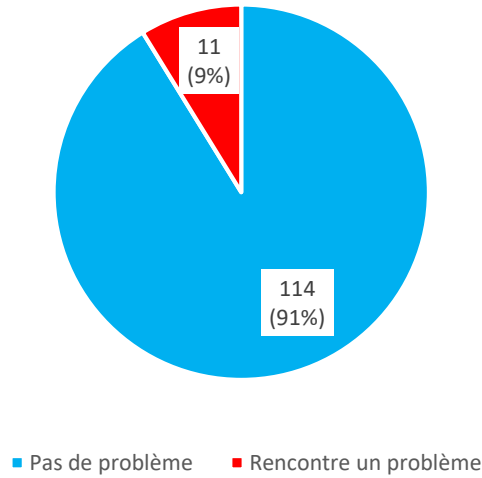
La moitié des patients de l'étude rencontrent au moins occasionnellement des difficultés pour prendre un rendez-vous avec un professionnel du pôle (51%). Ils sont plus nombreux que pour les médecins seuls. La présence d'un secrétariat physique ou certaines spécialités surchargées, tels que les dentistes, pourrait expliquer cette différence.

Graphique n°24 : Causes des difficultés liées à la prise de rendez-vous



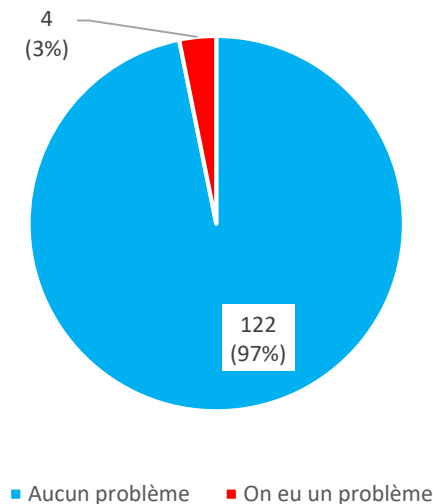
Parmi les causes évoquées par les patients, on trouve en premier lieu des difficultés pour avoir un rendez-vous à un moment souhaité, et des problématiques liés au contact téléphonique. Les autres causes évoquées spontanément par les patients sont aussi liées à un contexte de saturation de l'offre de soin.

Graphique n°25 : Difficultés pour se rendre au pôle de santé



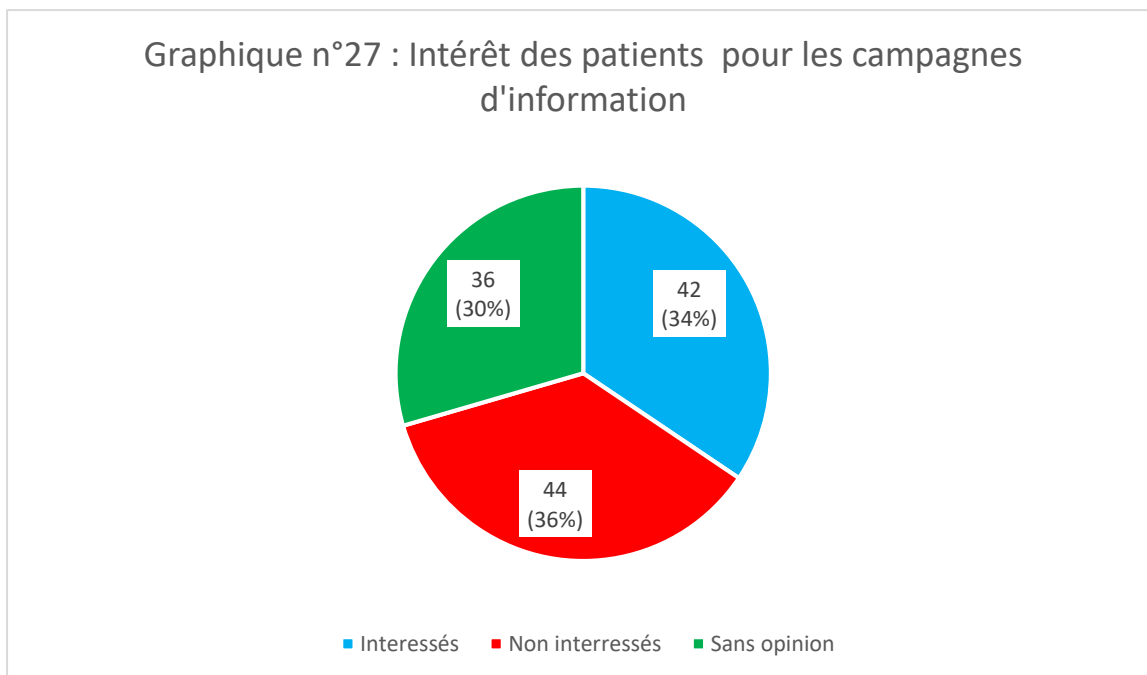
La très grande majorité de patients n'ont pas de problème pour se rendre au pôle. Les problématiques rencontrées sont liées au parking pour neuf personnes et pour deux d'entre eux sont liés à l'éloignement du pôle de leur domicile.

Graphique n°26 : Difficultés pour se déplacer au sein du pôle



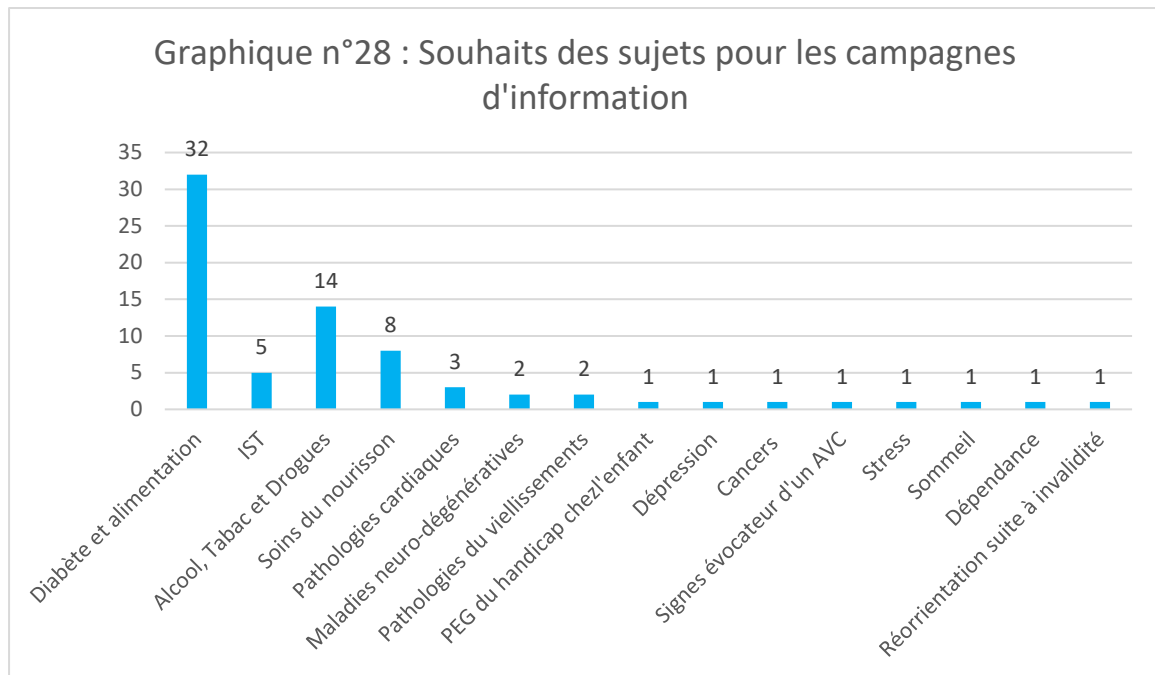
Peu de personnes rencontrent de problème au sein du pôle de santé pour se déplacer. Les problèmes rencontrés pour certaines personnes sont la distance entre l'entrée et la salle d'attente (pour 3 d'entre elles), un ascenseur inadapté et un défaut de signalétique pour une personne.

E) Les campagnes d'information



Les pôles et maisons de santé sont des lieux idéaux pour organiser des campagnes d'informations. Les multiples patientèles permettent de viser une participation d'un grand nombre de patients. Plus spécialistes en lien avec la thématique sont potentiellement déjà représentés par les praticiens présents au pôle. Enfin, Il existe généralement au moins une salle de réunion où peuvent avoir lieu des présentations réalisées par les professionnels, et des échanges avec les patients sur une demi-journée par exemple. Ces expériences peuvent être intéressantes et enrichissantes pour les patients et les professionnels.

Environ un tiers des patients ayant participé sont intéressés par les campagnes d'informations. On peut noter qu'une proportion de personnes presque aussi nombreuses est sans opinions. Cette forte proportion peut s'expliquer par l'absence de définition explicite sur ce qu'est une campagne d'information dans le questionnaire.



Parmi les sujets proposés aux patients, les problématiques d'alimentations, incluant le diabète et les dyslipidémies, les plus largement sollicitées. Cela est probablement due à la prévalence des pathologies d'origines cardio-vasculaires, du diabète, etc. Les questionnements sur l'alimentation sont aussi très prévalents dans la population de personnes sans antécédents particuliers, mais se préoccupants de leur équilibre alimentaire, des risques de cancers ou des pathologies vasculaires. Les sujets proposés spontanément par les patients sont multiples, les questionnements sur les pathologies cardiaques et les diverses pathologies dégénératives ressortent un peu plus souvent que les autres.

IV. DISCUSSIONS

A) Discussion sur les principaux résultats

D'après les résultats, les patients consultant le PSLA de Saint-Pierre-en-Auge voient ce pôle comme un élément favorable à la préservation des soins locaux. Ceci concorde avec les attentes des patients recueillies par le Dr Monerie dans le cadre de sa thèse sur le projet du pôle de santé de Mézidon-Vallée-d'Auge [24], et des autres thèses portant sur d'autres projets de PSLA comme celle du Dr Mulliez-Caquant [27] ou celle du Dr Degroote sur le pôle du canton de Trélon [30]. Ces recherches interrogeaient les attentes des patients de différents cantons. Les résultats ici présents semblent confirmer cette tendance, le pôle de Saint-Pierre-en-Auge étant toujours perçu de manière positive deux ans après son ouverture.

Le pôle de santé est perçu comme un outil facilitant le travail de collaboration des professionnels. Il est pour la population attractif pour les nouveaux médecins. Leur perception concorde bien avec certaines données publiées par l'IRDES [31] qui relève une moindre diminution de la densité médicale dans des zones disposant d'un pôle par rapport à celles n'en n'ayant pas.

Les choix sur la localisation du pôle, ainsi que ceux sur l'infrastructures, semblent avoir été bien étudiés. Ils sont en effet très peu à rencontrer des difficultés pour atteindre ou de se déplacer dans le pôle, les infrastructures et notamment l'ascenseur étant aux normes en date. Seuls les problèmes de stationnement de véhicules est régulièrement évoqué dans les réponses des patients.

L'intervention d'internes de médecine est plutôt bien perçue par les patients. Cela est encourageant pour persévérer dans les réformes de la formation des jeunes médecins, ayant pour but de développer les terrains de stages ambulatoires. Les PSLA sont particulièrement adaptés à l'accueil de ces médecins en formation, en proposant aux internes plusieurs maîtres de stages réunis dans une même unité, et avec une infrastructure et des équipements variés disponibles.

Si la majorité des patients ne semblent pas intéressés par les campagnes d'informations sur un sujet médical, une part non négligeable est tout de même curieuse d'un nouveau format d'échanges. Un format de groupe de patients réunis avec plusieurs professionnels, dans un objectif d'éducation thérapeutique et dans un temps moins limité, permettrait des échanges qui ne pourrait pas avoir lieu dans une consultation de 15 ou 20 minutes. Cela pourrait permettre aussi aux professionnels de découvrir un ressenti ou des limites dont ils n'étaient pas conscients chez leur patient. Ce genre de programme d'éducation thérapeutique s'inscrit parfaitement au cadre que propose le pôle de santé, ceux pour de multiples raisons (structurelle, regroupement de professionnels et des patientèles, ect...). Ce genre de réunion existe déjà dans certains pôles de santé [32] et sont plébiscités par les professionnels et patients.

Ces résultats sont encourageants pour les acteurs régionaux et nationaux de la restructuration de l'offre de soin.

Toutefois l'attractivité du pôle a ses limites, certaines spécialités médicales ou paramédicales qui pourraient être utiles sont absentes ou sous représentées, à commencer par les médecins généralistes, dont la grande majorité des patients jugent qu'ils ne sont pas assez nombreux dans la commune. Si les patients sont plutôt satisfaits de l'existence du PSLA, ils ne ressentent pas pour la plupart d'amélioration dans la qualité de leur prise en charge, ce même si le pôle est pour eux, un outil permettant de mieux collaborer pour les praticiens. 20% des patients rencontrent des difficultés pour avoir un rendez-vous avec un médecin, presque un tiers des patients ont déjà renoncé à se faire soigner, faute de rendez-vous avec un médecin du PSLA, et presque autant ont consulté un service d'urgence, faute de rendez-vous.

Cela pose d'autres problématiques et d'autres points de réflexion pour pallier aux problématiques de démographie médicales, qui ne sont pas abordés dans cette thèse. Certaines sont d'actualité, comme la suppression du numérus clausus, le développement de la télémédecine, les contrats d'engagements de service public (CESP), les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG), etc. Certaines de ces mesures sont complémentaires au développement des PSLA. La télémédecine, par exemple, permet de pallier la problématique du regroupement géographique des médecins, les éloignant de certains patients isolés ou encore, en améliorant les retours d'expériences de ces consultations entre les médecins et les infirmières.

D'autres réformes devraient se mettre en place dans le cadre de la réforme du ministère de la santé et des affaires sociales « Ma Santé 2022 » [33], avec des infirmiers disposant de compétences renforcées pour prendre en charge des patients atteints de pathologies chroniques, ou encore, la création des assistants médicaux. Ces mesures auront pour but de dégager du temps de travail pour les médecins.

B) Limites de l'étude

1- Limites liées à la population de l'étude

Cette étude possède certaines limites. La plus évidente étant le biais d'échantillonnage. Les patients ayant répondu diffèrent par leurs caractéristiques d'âge, de niveau d'étude et de niveau socio-culturel de la population générale. Les patients atteints d'une pathologie chronique sont aussi surreprésentés. Ces caractéristiques divergentes limitent l'interprétation des résultats de l'étude à la seule population de patients ayant répondu. Cette population diffère sûrement aussi sur plusieurs caractéristiques de la population exposée, qui n'a pas souhaité répondre au questionnaire. De plus, les patients ayant des difficultés de lecture, de part un déficit visuel ou du fait d'un illettrisme, ainsi que ceux ayant des difficultés d'écritures par une pathologie affectant leurs mains, étaient moins susceptibles de remplir le document. Leur avis est donc moins représenté même s'ils représentent de potentiels usagers réguliers.

Il serait intéressant de recueillir des avis sur plusieurs autres structures, sur un territoire étendu, pour avoir une représentation plus proche de la population générale. Ceci pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs.

Enfin, une partie des patients sachant que je m'installerai au sein de ce pôle, ont peut-être rendu des résultats non sincères.

2- Limites liées à la méthode

Le recueil de l'avis des patients par un questionnaire est plus « grossier » que par un entretien dirigé ou semi-dirigé, qui permettrait d'avoir des avis plus nuancés comme l'a réalisé le Dr Degroote avec des entretiens semi-dirigés [30]. L'entretien permet aussi de s'assurer de la bonne compréhension des questions. Toutefois s'il permet un recueil de « meilleure qualité », ce procédé très chronophage n'aurait sans doute pas permis de recueillir autant de participant.

Le défaut de formulation de certaines questions a pu biaiser certains résultats. Les patients peuvent avoir plusieurs interprétations possibles sur ce qu'est une campagne d'information par exemple. L'intérêt des deux dernières questions du questionnaire sur les campagnes d'information était de connaître la prédisposition des patients à prendre part à une activité organisée sur une thématique de santé de leur choix. Les professionnels étaient invités à répondre qu'il n'y avait pas de mode de fonctionnement prédéfini. Si les patients étaient demandeurs d'exemple, ils étaient incités à proposer un format de demi-journée avec des présentations, ainsi que des interactions avec des praticiens du pôle, ou extérieurs au pôle, travaillant dans le domaine concerné. Il était difficile d'inscrire cette question de manière totalement explicite dans un questionnaire dont ce n'est pas le sujet principal. Toutefois il était intéressant de recueillir une tendance à ce sujet car les maisons de santé, disposant pour la plupart de salles de réunion et brassant un grand nombre de patient et de praticien dans une même unité géographique, peuvent faciliter ce genre projet.

C) Points forts de l'étude

Le principal atout de cette étude est son originalité. C'est effectivement la première étude sur laquelle l'avis des patients à propos du pôle de santé est recueilli après qu'ils aient pu bénéficier de soins au sein du pôle. Cette étude permet donc de savoir si cette donnée de l'offre de soin est conforme à leurs attentes.

La proportion de patient ayant totalement remplis le questionnaire, 87,5%, est aussi un des points forts de cette étude. Le nombre de questions aurait pu être rebutant pour plus de patients, ou encore, ces derniers auraient pu ne pas avoir le temps de le terminer avant de se rendre à leur consultation.

Par ailleurs, les résultats de cette étude sont sans équivoque. La quasi-totalité des patients ayant participé ont un avis favorable sur la question principale de l'utilité du pôle dans l'offre de soins. Ces résultats positifs sont encourageant pour la politique locale de santé de l'URML et de l'ARS dans la création des PSLA.

V. CONCLUSION

L'objectif des PSLA est d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, tout en permettant la formation de nouveaux professionnels et de recourir aux actions de prévention et d'éducation thérapeutique. Si plusieurs études se sont déjà intéressées à l'avis des médecins après avoir débuté leur exercice dans ces structures, aucune n'a réellement étudié ceux des patients. D'après les résultats obtenus au moyen d'un questionnaire, les patients ayant répondu ont un avis positif sur le pôle de santé de l'Abbaye. Ils voient en cette structure un élément attractif permettant d'attirer d'éventuels nouveaux médecins, et facilitant le travail de coopération entre professionnels. Les patients acceptent également d'être reçu par un interne, pensant que cela peut les inciter ensuite à venir s'installer dans la commune. Toutefois, les patients ont des avis divergents lorsqu'on leur demande s'ils pensent être mieux pris en charge. Pour eux l'offre de soin local, que ce soit en médecin généraliste, en spécialité médicale ou paramédicale est insuffisante. Ce manque d'effectif est signe de la nécessité de prendre d'autres mesures afin de préserver l'offre de soins de proximité. Si ces résultats doivent être confirmés par d'autres études au niveau d'autres pôles de santé, ils sont encourageants pour les acteurs nationaux et régionaux.

Bien que le pôle de santé soit un élément positif, il ne suffit pas à lui seul à préserver l'offre de soin locale. Des mesures incitatives à l'installation sont déjà en place et le développement de certaines d'entre elles sont en cours.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Les évolutions démographiques des professions de santé. [En ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372019?sommaire=1372045&q=d%C3%A9mographie+m%C3%A9dicale>. [Consulté le 02/05/2019]
2. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine
La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. [En ligne]
<http://www.academie-medecine.fr/11-06-la-situation-de-la-medecine-generale-en-france-reflexions-et-propositions-de-lacademie-nationale-de-medecine/> [consulté le 16/08/2019]
3. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Quelles perspectives pour la démographie médicale ? [en ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372503?sommaire=1372505&q=d%C3%A9mographie+m%C3%A9dicale+en+milieux+rura> [Consulté le 02/05/2019]
4. Dr Boyer Vanessa
Évaluation de la perception des professionnels de santé intégrant un pôle de santé pluriprofessionnel: l'exemple du pôle de santé de l'ex canton de Saint-Savin. [En ligne] [consulté le 25/05/2019]
Thèse d'exercice : Médecine : Bordeaux II ; 2017BORDM149
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615061>
5. Vandermeersch Xavier
Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes et infirmiers installés en maison ou pôle de santé pluridisciplinaire en Corse [En ligne]
Thèse d'exercice : Médecine : Aix-Marseille ; 2018AIXM6188
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02010308> [Consulté le 25/05/2019]
6. Mocquot Jean-Baptiste
L'organisation des soins dans les Pôles de santé (PSLA) bas-Normands répond-elle aux objectifs opérationnels de la Charte du 27 juin 2008 ?
Thèse d'exercice : Médecine : Caen ; 2017CAEN3064
7. Calais-Parisseaux Aurélie
Evaluation de la qualité des soins non programmés à la maison de santé de Steenvoorde: opinion des patients / Aurélie Calais-Parisseaux ; sous la direction de Laurent Verniest [En Ligne]
Thèse d'exercice : Médecine : Lille II ; 2014LIL2M038
<http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/df7e240f-21f9-441e-a1ea-5f286cdc7cab>
[Consulté le 25/05/2019]
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Document en ligne]

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
[Consulté le 06/05/2019]

9. Code de Santé Publique – Article L6323-3. Code de Santé Publique
10. Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie
Charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoire de Normandie 2017 [Document en ligne]
https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/09/20170705_CHARTE_PSLA_NORMANDIE.pdf [Consulté le 06/05/2019]
11. Agence Régionale de Santé
Organisation et gouvernance [Document en ligne]
<https://www.normandie.ars.sante.fr/organisation-et-gouvernance> [Consulté le 19/06/2019]
12. Agence régionale de santé
Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé [En ligne]
<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante> [Consulté le 06/09/2019]
13. Union Régionale des médecins libéraux de Normandie
URML Normandie, qui sommes-nous ? [Document en ligne]
<https://www.urml-normandie.org/votre-urml/urml-basse-normandie-qui-sommes-nous/> [Consulté le 22/07/2019]
14. Loi du 14 décembre 1993 relative aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral
[Document en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000518204> [Consulté le 22/07/2019]
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins
Atlas National 2018 [Document en ligne]
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf [Consulté le 03/06/2019]
16. Ministère des solidarités et de la santé
2017 : Pacte territoire santé – Ministère des solidarités et de la santé [DOCUMENT EN LIGNE].
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_-_fevrier_2014.pdf[Consulté le 06/05/2019.]
17. Conseil National de l'Ordre des Médecins

Atlas Basse-Normandie 2015 [Document en ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/r1vni6/atlas_basse_normandie_2015.pdf [Consulté le 06/05/2019]

18. Agence Régional de Santé de Normandie

Schéma régional d'organisation sanitaire 2013 [Document en ligne]

https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SROS_2013.pdf [Consulté le 14/05/2019]

19. Union Régional des Médecins Libéraux de Normandie

Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire [Document en ligne]

<https://www.urml-normandie.org/en-action/psla-pole-sante-liberal-ambulatoire/> [Consulté le 21/05/2019]

20. Union régionale des médecins libéraux de Normandie

Subventions publiques mobilisables [Document en ligne]

<https://www.urml-normandie.org/4995-subventions-publiques-mobilisables/> [consulté le 25/07/2019]

21. Région Normandie

LA RÉGION NORMANDIE INVESTIT 15 MILLIONS D'EUROS POUR UNE SANTÉ DE PROXIMITÉ [Document en ligne]

<https://www.normandie.fr/la-region-normandie-investit-15-millions-deuros-pour-une-sante-de-proximite> [Consulté le 25/05/2019]

22. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Statistiques Locales : zone d'étude Saint-Pierre en Auge [Document en ligne]

https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=compar&report=r01&selgeo1=com_courant.14654&selgeo2=fe.1 [Consulté le 21/05/2019]

23. Site Officiel de la Commune de Saint-Pierre en Auge

Carte de la communauté de commune [Document en ligne]

<http://www.saint-pierre-en-auge.fr/> [Consulté le 21/05/2019]

24. Agence Régionale de Santé de Normandie

L'Agence régionale de santé de Normandie arrête le nouveau zonage médecin. 02/02/2018 [Document en ligne]

<https://www.normandie.ars.sante.fr/lagence-regionale-de-sante-de-normandie-arrete-le-nouveau-zonage-medecin> [Consulté le 27/05/2019]

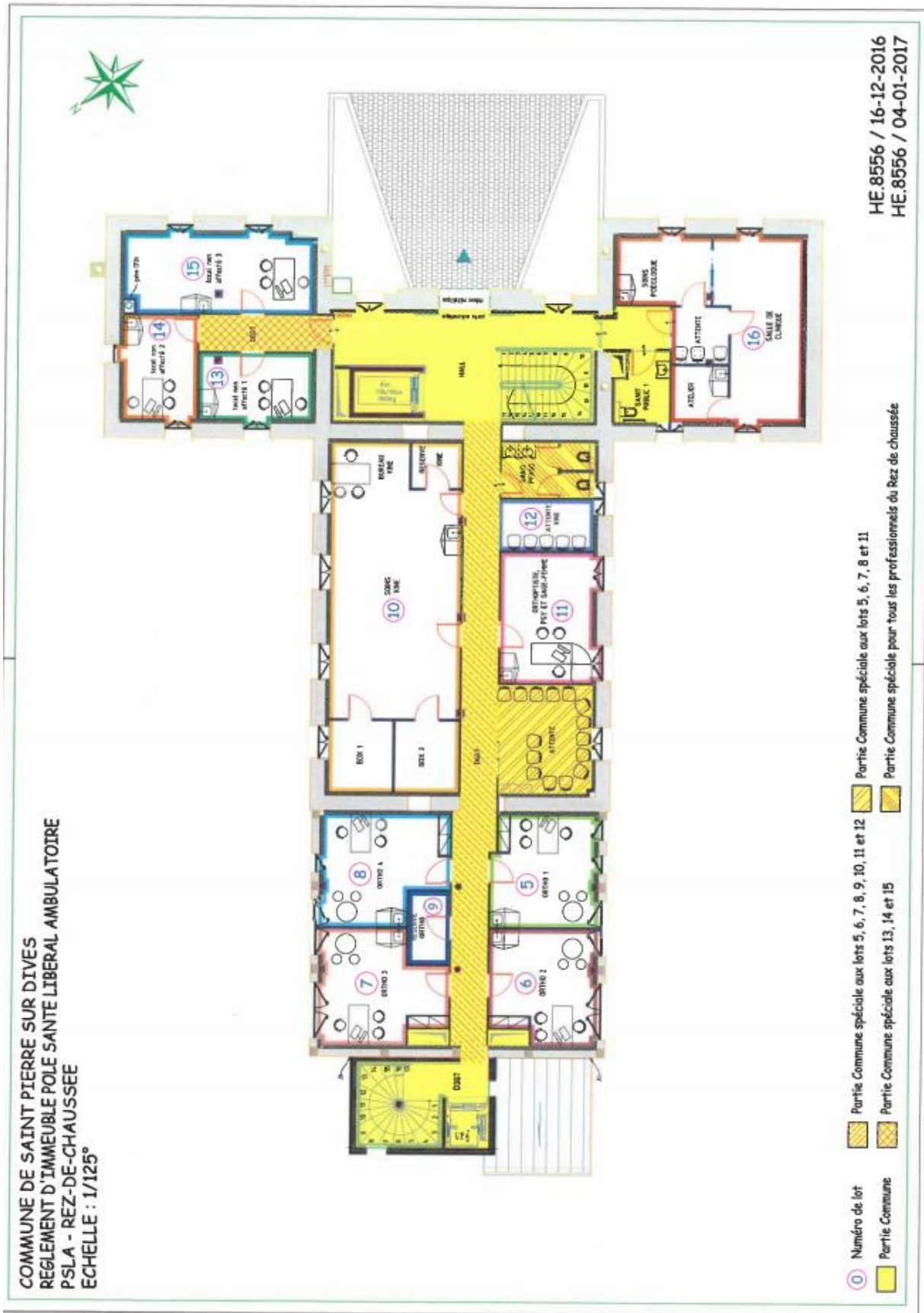
25. Architecture Territoire Identité

Pôle de santé de Saint-Pierre sur Dives [Document en Ligne]

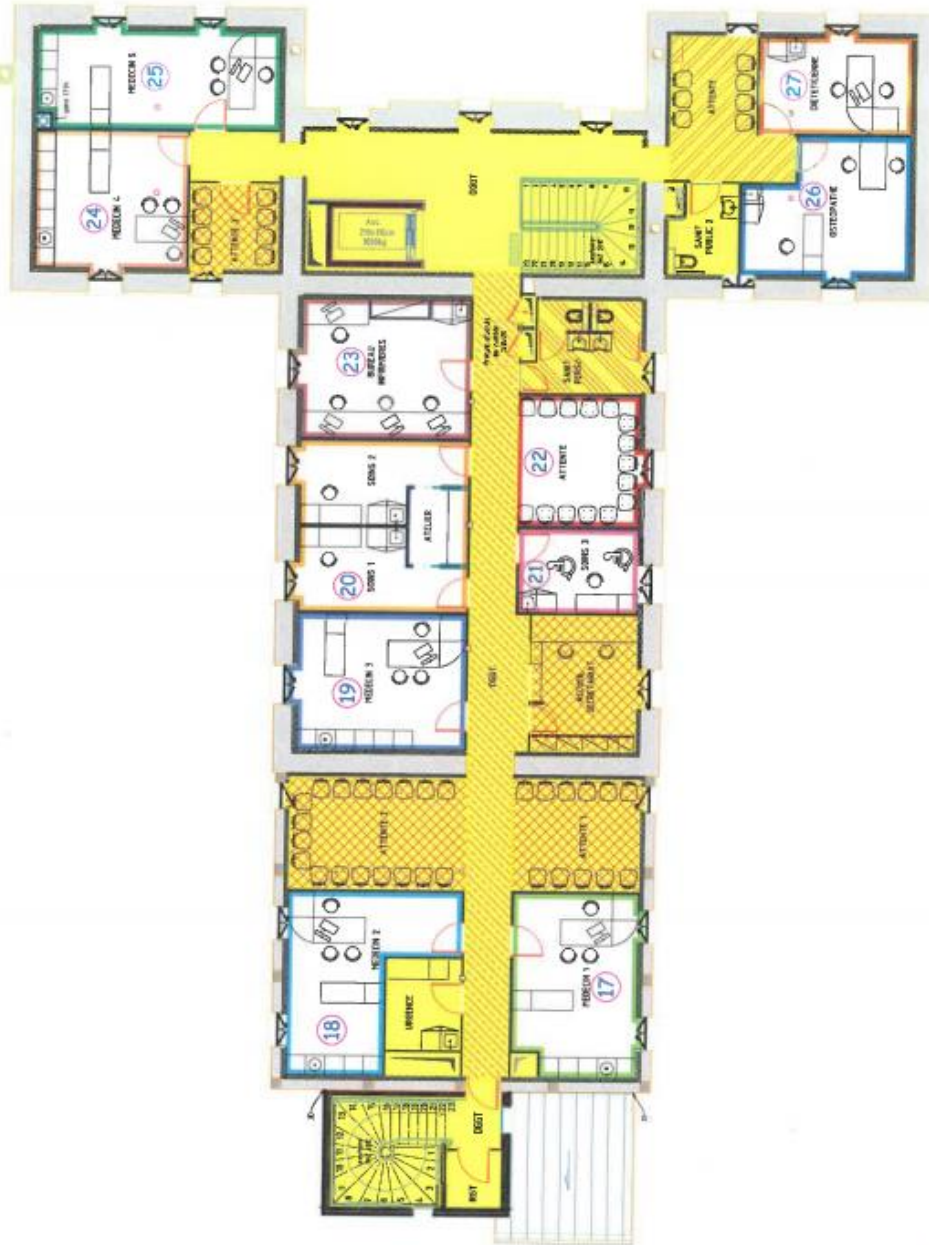
<https://www.ati-architecture.com/realisations/public/saint-pierre-sur-dives-36.html>[Consulté le 06/05/2019]

26. Monerie Magalie
Attentes des patients et adhésion au futur projet de Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire de Mézidon-Canon : enquête chez deux des médecins généralistes
Thèse d'exercice : Médecine : Caen ; 2016CAEN3153
27. Mulliez-Caquant Claire
Evaluation des attentes de la population du canton de Steenvoorde à l'occasion de la création d'une maison de santé
Thèse d'exercice : Médecin : Lille II ; 2011LIL2M126
28. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Dossier Complet de la commune de Saint-Pierre-en-Auge [Document en ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-14654&q=saint+pierre+sur+dives#chiffre-cle-6>
[Consulté le 26/07/2019]
29. Couverture Maladie Universelle
Bénéficiaire de la CMU de Base par département – CNAMTS [Document en ligne]
https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_10-2017.pdf [Consulté le 29/06/2019]
30. Degroote Jonhathan
Avis des professionnels de santé et des patients concernant la création du pôle de santé du canton de Trélon.
Thèse d'exercice : Médecine : Lille II ; 2013LIL2M385
31. Bavay Robert 2014
Les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluri-professionnel. L'exemple du projet de pôle de santé du Canton de Saint-Savin en Gironde
Thèse d'exercice : Médecine : Nantes ; 2014NANT035M
<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=cc207686-b2a3-4d83-9097-bc7f3c25e586>
[Consulté le 25/05/2019]
32. Josso Blanchard Adeline
Exploration des représentations de patients d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur la collaboration interprofessionnelle : enquête qualitative auprès de participants à un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire
Thèse d'exercice : Médecine : Rennes I ; 2019REN1M017
33. Ministère des solidarités et de la santé
Ma santé 2022 [En ligne]
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/> [Consulté le 09/09/2019]

ANNEXES N°1 : Plans du PSLA



COMMUNE DE SAINT PIERRE SUR DIVES
 REGLEMENT D'IMMEUBLE POLE SANTE LIBERAL AMBULATOIRE
 PSLA - 1er ETAGE
 ECHELLE : 1/125°



-  Numéro de lot
-  Partie Commune spéciale aux lots 26 et 27
-  Partie Commune spéciale aux lots 17, 18, 19, 24 et 25
-  Partie Commune
-  Partie Commune spéciale pour tous les professionnels de l'étage

HE.8556 / 16-12-2016
 HE.8556 / 04-01-2017

LE PROJET DE SANTE : OBJECTIFS ET PERIMETRE PROFESSIONNEL ACTUEL

1. RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROJET DE SANTE

En 2011, dans le cadre d'un financement de l'ARS, les professionnels de Santé de Saint-Pierre-sur-Dives avaient défini les objectifs de leur projet de santé qui sont les suivants :

- › **Maintenir une offre de santé de qualité, notamment en travaillant en pluridisciplinarité et en équipe** : meilleure connaissance des pratiques des autres corps professionnels, meilleurs échanges et réactivité entre les professionnels sur des cas complexes, visibilité des professionnels pour la population, structure accueillante et rassurante pour les nouveaux professionnels...
- › **Maintenir une continuité des soins et améliorer l'offre de soins actuelle** en favorisant les installations de médecins généralistes, de dentistes et de kinésithérapeutes grâce à une organisation nouvelle du mode d'exercice. Le pôle de santé pourrait également être un facteur attractif d'installation pour les autres professionnels de santé, notamment à l'occasion de départs à la retraite.
- › **Donner une nouvelle dynamique en matière d'offre de santé et être un élément attractif pour l'installation de nouveaux professionnels** : développer des activités nouvelles pour les professionnels de santé déjà en place et qui pourraient par la suite attirer de nouveaux professionnels.

Le projet de santé est décliné ci-après en un projet professionnel et un projet de soins.

2. LES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LE PROJET DE SANTE

Le projet a fédéré de nouveaux professionnels depuis 2011, apportant ainsi de nouvelles compétences au sein du regroupement.

Ainsi une diététicienne et 3 orthophonistes ont rejoint le projet.

Au total, les 23 professionnels s'étant déclarés, à ce jour, intéressés par le projet de santé (liste en annexe) sont :

- 3 médecins généralistes
- les 2 cabinets infirmiers soit 8 infirmières
- 1 dentiste
- 1 kinésithérapeute
- 1 orthoptiste
- les 2 pharmaciens
- 2 pédicures podologues
- 3 orthophonistes
- 1 diététicienne
- le médecin du travail du secteur

LE PROJET PROFESSIONNEL

1. L'ACCÈS AUX SOINS ET SA CONTINUITÉ

■ L'accès aux soins

Les médecins exercent tous en secteur 1.

Les patients bénéficiant de la CMU sont pris en charge par tous les professionnels

L'accessibilité pour les personnes handicapées sera garantie dans des nouveaux locaux, les cabinets existants n'étant pas tous aux normes handicap à ce jour.

■ Les plages d'ouverture du PSLA

✓ La continuité des soins sera assurée de 8h à 20h en semaine ainsi que le samedi matin.

L'organisation des consultations des médecins est mixte avec des plages de rendez vous et des plages de consultations libres, ils souhaitent continuer ainsi.

L'accès aux médecins généralistes pose actuellement des difficultés le samedi matin, y compris pour les infirmières. A défaut, la médiation du 15 est utilisée.

De façon transitoire, le temps que des locaux communs soient disponibles et afin de répondre aux difficultés du samedi matin, les médecins proposent de diffuser leur numéro de lignes directes et de portables aux infirmières.

L'organisation en pôle de santé permettra une organisation mutualisée des présences, une permanence sera assurée entre les médecins pour proposer un accès plus large à la population. Les infirmières auront un accès privilégié aux médecins pour résoudre des cas de patients compliqués, via la mise en place d'un secrétariat commun.

A plus long terme et sous condition d'un effectif plus important de médecins (5), une organisation tournante sur 2 médecins est prévue pour le samedi matin, ces deux médecins assurant les consultations à leur cabinet.

✓ Les infirmières assurent déjà une continuité des soins tout au long de l'année et 7j/7.

Elles seront présentes physiquement lors de permanences quotidiennes, chaque cabinet gardant sa propre organisation.

■ Les consultations non programmées

Une organisation mutualisée des médecins généralistes pour assurer des temps de consultations dédiés aux consultations non programmées (notamment les petites urgences) sera mise en œuvre. Un médecin prend en charge, à tour de rôle, les consultations non programmées si le médecin traitant n'est pas disponible. Le médecin en charge pourrait avoir un emploi du temps de consultations allégé pour accueillir ces consultations non programmées.

Cette organisation mutualisée nécessite la mise en œuvre d'un dossier informatique partagé.

2.LA PÉRENNISATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

2.1. Maintenir et développer l'effectif pour certaines professions

L'arrivée de nouveaux professionnels (médecins, dentistes et kinésithérapeutes) est nécessaire, dès aujourd'hui, sur la commune de Saint-Pierre-sur-Dives.

▸ L'offre en médecine générale

5 médecins sont actuellement installés sur la commune une installation est prévue courant 2013 (Dr Roseleur – actuellement collaboratrice), elle compensera le départ du Dr Tribhou. Un autre départ en retraite se profile également dans quelques années (Dr Cauchard), toutefois le Dr Quénot doit entamer une collaboration en 2013 et est intéressée pour lui succéder.

L'objectif est au-delà de ces futures installations déjà programmées d'en susciter de nouvelles au regard des besoins de la population, ainsi 2 médecins complémentaires sont jugés nécessaires sur le territoire.

▸ L'offre en dentiste

Le départ en retraite du Docteur Calanville est programmé courant 2013, elle recherche activement un successeur dans la perspective qu'il puisse intégrer le futur PSLA. Un deuxième dentiste sera également à rechercher à l'ouverture des locaux.

▸ L'offre en kinésithérapie

Ce projet est l'occasion pour Mr ADAM¹ (qui suit et participe à son élaboration depuis 2011) de s'installer sur la commune et ainsi conforter l'offre existante, un kinésithérapeute complémentaire sera peut-être nécessaire (les locaux devront offrir cette possibilité).

¹ Mr ADAM est actuellement salarié de l'EHPAD de Saint-Pierre-sur Dives

‣ **L'offre en orthophonie**

Les orthophonistes ont des délais d'attente de 6 mois à 1 an. Elles envisagent en conséquence d'associer une quatrième orthophoniste.

2.2. Un élargissement de l'offre de soins

‣ **Des consultations en orthoptie et en ophtalmologie**

L'orthoptiste n'exerce pas encore sa spécialité sur la commune. Son projet d'activité, évalué à un 0,5 ETP, comprend deux axes :

- proposer des séances de rééducation à la population. Le projet de pôle de santé est une opportunité de proposer à la commune une nouvelle spécialité paramédicale.
- proposer des consultations doubles orthoptiste/ ophtalmologue : le patient, dans un premier temps, consulte l'orthoptiste qui vérifie l'acuité visuelle. L'ophtalmologue intervient dans un second temps pour compléter la consultation et réaliser l'ordonnance. L'ophtalmologue pourrait assurer des vacances une fois par mois. Il s'agit d'un projet de nouvelle répartition des compétences qui doit permettre de répondre aux besoins de la population et d'offrir une proximité aux patients. Ce projet repose sur la capacité à trouver un ophtalmologue intéressé, des contacts sont à prendre en ce sens une fois le projet bien défini.

‣ **Des consultations de sages-femmes**

Une sage-femme libérale de Falaise intervient actuellement sur la commune. Il pourrait être intéressant de lui proposer un bureau au sein de la maison de santé pour qu'elle y réalise des vacances.

‣ **Des consultations en orthodontie**

Des consultations en orthodontie seraient nécessaires pour la population. Un professionnel assurant ces consultations va être cherché. Pour autant, la faisabilité de ce projet risque d'être compliquée au vu de l'effectif d'orthodontistes.

‣ **Des vacances de médecins spécialistes**

Des consultations de spécialistes accessibles sur Saint-Pierre-sur-Dives seraient un atout pour la population, particulièrement en gériatrie, neuropsychiatrie et ORL.

‣ **Des consultations de psychologues**

L'accès à un psychologue est également souhaitable sur la commune, soit via des vacances libérales soit via le CMP.

3. L'ACCUEIL DE STAGIAIRES ET DE COLLABORATEURS

Aujourd'hui, un seul médecin est maître de stage : il accueille un interne un jour (sur les trois jours de stage) par semaine sur une durée de 6 mois ; cette responsabilité est partagée avec deux autres médecins généralistes du secteur.

À l'avenir, un autre médecin de Saint-Pierre est prêt à accueillir des stagiaires. L'objectif à long terme est d'accueillir des internes stagiaires entre les différents médecins de Saint-Pierre-sur-Dives.

Les pharmaciens, les podologues et les infirmières accueillent déjà des stagiaires et souhaitent poursuivre cette démarche.

4. UNE MEILLEURE CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Les professionnels souhaitent échanger plus aisément les informations concernant leurs patients pour améliorer la continuité et le suivi des prises en charge.

Il est proposé un logiciel médical commun. Il est prévu un dossier patient partagé entre les médecins.

L'accès aux informations pour les autres professionnels sera partiel (fiche de synthèse partagée).

Cette fiche de synthèse comprendra des transmissions sur les pathologies relatives à la prise en charge paramédicale, les antécédents et les traitements en cours. Le kinésithérapeute souhaite disposer des comptes-rendus opératoires et des dossiers de radiologie concernant la prise en charge qu'il effectue.

L'accord du patient sera nécessaire pour partager les informations entre les différents professionnels.

5. DES FORMATIONS PLURIDISCIPLINAIRES

Outre la formation professionnelle continue en place par corps de métier, les professionnels souhaitent développer des formations pluridisciplinaires entre les professionnels du pôle sur des thématiques communes.

Quelques-unes ont été évoquées : le maintien à domicile de la personne âgée, la prise en charge de la personne diabétique, le maintien dans l'emploi via la santé, la conduite de projet...

Des expertises extérieures seront sollicitées notamment via les hôpitaux de Falaise, Caen et Lisieux : ergothérapeute (lombalgie, personnes âgées et handicapés), médecin de la douleur, diabétologue...

6. DES LOCAUX COMMUNS

6.1. L'ensemble des professionnels réunis physiquement

Tous les professionnels impliqués souhaitent rejoindre des locaux communs.

Le Docteur CAUCHARD, en fin d'exercice, restera dans ses locaux actuels, mais le Dr QUESNOT qui lui succédera rejoindra les locaux communs.

Compte tenu des professionnels actuellement impliqués dans le projet et les besoins de renforcement actés, la maison de santé devra comporter :

- 5 cabinets de médecins généralistes
- 1 cabinet dentaire pourvu de 2 fauteuils
- 2 cabinets infirmiers
- Un local de kinésithérapie pouvant permettre l'exercice de 2 kinésithérapeutes
- 1 cabinet de pédicurie-podologie
- 1 cabinet d'orthoptie
- 1 cabinet de diététicienne
- 1 cabinet d'orthophonistes
- 1 cabinet polyvalent permettant l'accueil du service santé au travail et autres consultations avancées ou permanences sociales.
- Des locaux mutualisés (salle de réunion, salle d'urgence...)

Les soins exprimés par les professionnels sont recensés dans le tableau figurant dans le chapitre 6-3

6.2. Des critères importants relatifs à l'implantation et à l'organisation des locaux

- Le lieu d'implantation devra tenir compte de l'emplacement actuel des pharmacies : ne pas défavoriser l'une ou l'autre.
- Des capacités d'extension devront être possibles dans un second temps si les besoins évoluent.
- Un studio pour l'accueil de remplaçants ou stagiaires est à prévoir, soit au sein des locaux communs ou ailleurs sur la commune (mise à disposition de la mairie par exemple)
- Des circuits d'entrées et de sorties des patients devront être différenciés. Des entrées indépendantes pour les professionnels de santé souhaitant accueillir directement leurs patients aux heures d'ouverture du secrétariat et/ou en dehors seront à prévoir.

6.3. Une première estimation des locaux nécessaires

Il s'agit d'une première ébauche réalisée à partir des besoins exprimés des professionnels. Elle nécessite bien sûr d'être affinée tant en termes de surfaces que de mutualisations complémentaires. Les estimations de loyers qui seront faites aux professionnels sont susceptibles d'engendrer des modifications de leurs demandes.

Les espaces de circulations, sanitaires et autres locaux techniques ne sont pas inclus dans ce calcul, ils peuvent être estimés à 15 – 20% de la surface totale.

ESTIMATION DES SURFACES NÉCESSAIRES

Espace par profession				
Professionnels	bureau/salle d'examen / disposition	salle d'attente	autres espaces non partagés	TOTAL
Médecins généralistes	5 espaces de 30 m ² (1 bureau de 20 m ² et 1 salle d'examen de 10 m ² pour chacun)	5 salles d'attentes de 15 m ²		225 m ²
Infirmières	2 cabinets infirmiers de 40 m ² chacun comportant un espace bureau (20 m ²) et salle de soins(20 m ²)	2 salles d'attente distinctes pour chacun des 2 cabinets pouvant être partagées avec d'autres paramédicaux Surface : environ 20 m ² chacune		120 m ²
Orthophonistes	3 bureaux de 20 m ² chacun	1 salle d'attente de 20 m ²		75 m ²
Orthoptiste	1 cabinet de 20 m ²			25 m ²
Podologues	1 cabinet de 38 m ² comportant 3 pièces : 1 salle de soins (12 m ²), 1 salle d'examen clinique (20 m ²) et 1 atelier (4 m ²)	espace attente partagé évalué à 10 m ²		41 m ²
Kinésithérapeutes	1 cabinet comportant : 1 espace bureau de 10 m ² 1 salle d'examen de 60 m ² subdivisée en 1 salle principale et 2 boxes individuels fermés			
Dentistes	2 cabinets dentaires de 25 m ² composés de : 1 bureau de 10 m ² 1 salle de soins avec fauteuil dentaire de 15 m ²	1 salle d'attente de 10 m ² commune aux 2 chirurgiens-dentistes	1 salle de stérilisation dentaire : 10 m ² 1 espace accueil dentaire : 5 m ² 1 espace pour une radio panoramique : 5 m ²	80 m ²
Diététicienne	1 bureau de 20 m ²	espace attente partagé évalué à 6 m ²		23 m ²
espace polyvalent: santé au travail et autres consultations avancées	1 espace de 35 m ² organisé en 2 pièces			
Espaces communs				
Espace accueil / secrétariat				20 m ²
Salle de réunion				40 m ²
1 salle de pause				10 m ²
1 salle d'urgences, salle de petite chirurgie				20 m ²
1 salle de stérilisation partagée (hors dentistes)				5 m ²
1 local archives				20 m ²
TOTAL ESPACES				817 m ²

7. UNE MUTUALISATION DU SECRETARIAT

7.1. Les besoins en lien avec l'activité clinique des praticiens

Actuellement, la maison médicale dispose d'un secrétariat. Les médecins souhaitent conserver ce service en le mutualisant et en créant un secrétariat unique sur la maison de santé.

Les besoins en secrétariat sont concentrés sur les médecins généralistes pour le travail en lien avec leur activité clinique (accueil, réponse aux appels téléphoniques, prise en rendez-vous, tri, ouverture et classement du courrier...). Les besoins sont estimés à environ 1,6 ETP pour les 5 médecins de la future maison de santé, à savoir 1 ETP pour 3 médecins.

Les dentistes en général ont l'habitude de fonctionner exclusivement avec une assistante dentaire, ce qui sera vraisemblablement le cas des futurs praticiens de Saint Pierre sur Dives.

Le coût engendré par le secrétariat est un frein important pour les paramédicaux, l'absence d'expérience de ce type de fonctionnement est aussi importante dans le choix de ne pas (ou peu) faire appel à un secrétariat. Des expérimentations, une fois l'installation dans les locaux effective, pourront être tentées avec une évolution possible à moyen terme.

D'ores et déjà, certains paramédicaux souhaitent bénéficier de temps restreints de secrétariat, estimé pour l'ensemble des paramédicaux à 0,3 ETP.

- le kinésithérapeute (accueil, ouverture de dossiers et facturation : estimé à 2 h par jour)
- l'orthoptiste (prise de rendez-vous)
- la diététicienne (frappe de comptes rendus)
- les pédicures podologues (prise en charge des appels le jeudi lorsqu'elles ne seront pas présentes au cabinet).

Soit pour l'ensemble du PLSA, un secrétariat dimensionné à 1,9 ETP dont le coût est à assurer par les professionnels de santé au prorata de leur utilisation.

7.2. Les besoins liés au fonctionnement du PLSA et du projet de santé

L'accueil téléphonique et physique général du PLSA est à prévoir, en effet au-delà des besoins spécifiques liés à l'activité des praticiens, il s'agira d'orienter les sollicitations vers les professionnels concernés. La circulation des informations entre les professionnels sera également la charge du secrétariat. Il peut être estimé à 1 heure par jour soit 0,15 ETP.

Enfin les besoins en secrétariat pour la mise en œuvre et le suivi du projet de santé sont estimés à 1 jour par mois (0,05 ETP).

8. UNE MUTUALISATION DE MATERIEL

Le pôle de santé comprendra une salle d'urgence. Afin d'assurer les prises en charge, du matériel commun (ECG, kit de suture, défibrillateur, système d'aspiration pour trachéotomie, saturomètre et autre matériel indispensable à un chariot d'urgence...) sera mis à disposition des professionnels.

Au sein d'un pôle de santé, il est envisageable pour les dentistes de partager une radio panoramique. Toutefois, au regard du peu de visibilité actuelle sur les futurs praticiens qui exerceront, il s'agit de prévoir un local (5 m²) qui pourra héberger ce matériel dans un deuxième temps (des murs plombés sont nécessaires).

Les autres professionnels se partageront du matériel de stérilisation, également à prévoir : les conditions de mise en œuvre logistique et technique (planning d'organisation, personne en responsabilité...) seront à définir ultérieurement.

9. LA GOUVERNANCE

Les professionnels de santé sont aujourd'hui fédérés au sein de l'association « Avenir santé à Saint Pierre sur Dives ».

Une évolution statutaire est à prévoir à moyen terme, dès que des subventions de fonctionnement seront allouées au projet pour permettre aux professionnels d'être rémunérés pour les actions mises en place dans le cadre du projet de santé. Le statut juridique évoluera vraisemblablement sous la forme de SISA (société interprofessionnelle des soins ambulatoire).

Un règlement intérieur sera également à concevoir afin de définir les règles d'intégration de nouveaux professionnels et les règles de fonctionnement d'exercice en commun.

Le suivi du projet de santé et son management nécessite des temps de travail dédiés.

2 types de compétences peuvent être distingués :

- Du temps de secrétariat (administratif et comptable) évalué 1 jour par mois (déjà comptabilisé dans le chapitre 7.2)
- Du temps dédié de professionnels de santé évalué à 1 jour par mois

LE PROJET DE SOINS

Sont présentées ci-après les thématiques et pathologies sur lesquelles ils ont décidé de concentrer leurs efforts puis les modalités pratiques de mise en œuvre (dans le chapitre suivant)

1. DES THEMATIQUES DE SANTE PUBLIQUE PRIORISEES

La perception des professionnels quant aux besoins de leurs patients, la fréquence de certaines pathologies, l'intérêt d'une approche globale pour certaines prises en charge permettant une synergie d'action des différents praticiens et les différentes compétences rassemblées par le projet, les thématiques suivantes ont été priorisées :

1.1. Des prise en charge plus coordonnées pour :

- **Le maintien à domicile des personnes dépendantes (personnes âgées et/ou handicapées)**

- **Des réunions de coordination autour de cas complexes**

Afin d'améliorer la qualité des prises en charge et d'assurer une meilleure coordination entre les professionnels de santé, des échanges pourront être organisés pour les cas compliqués ou les situations instables. Ces temps pourront réunir le médecin généraliste, l'infirmière, le kinésithérapeute et/ou le pharmacien.

Il est également souhaité que les secteurs social et médicosocial soient associés à ces temps d'échanges. Le CLIC et SSIAD interrogés sur ce sujet y sont favorables.

- **L'amélioration des sorties d'hospitalisation**

Les professionnels libéraux se trouvent parfois dans des situations de prises en charge difficiles au moment de retours d'hospitalisation.

Les conditions de ces sorties sont améliorables et notamment les modalités de relais pour la prise en charge par les intervenants libéraux qui sont très dépendantes des établissements et des services d'hospitalisation.

Les médecins et les infirmières font état du manque d'informations sur les pathologies et soins à prodiguer aux patients et des délais de réception des comptes rendus.

Afin d'assurer une meilleure continuité des prises en charge entre les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux, ces derniers proposent de faire valoir le pôle de santé comme l'interlocuteur unique : le secrétariat du pôle de santé assurera le relais d'information auprès des professionnels libéraux de la prise en charge et donc la circulation de l'information entre les professionnels de santé.

De plus, les ambulanciers, par leurs activités, peuvent être les intermédiaires entre les établissements de santé et les professionnels de ville et donc faciliter les liens vers les professionnels : ils se proposent, via le secrétariat du pôle de santé, de mettre à disposition dès la sortie d'hospitalisation les éléments relatifs à la poursuite de la prise en charge.

L'informatisation commune facilitera la circulation de l'information entre les professionnels de santé.

■ L'observance des traitements lourds

Certains traitements lors de leur initiation nécessitent des explications longues et répétées gages d'une bonne observance, les traitements de l'asthme et du diabète sont particulièrement concernés mais aussi les poly médications ou les traitements susceptibles d'engendrer des effets secondaires importants.

Les modalités pratiques de mise en œuvre sont détaillées dans le chapitre 2.2

■ Les patients sous anticoagulants

Aujourd'hui ce type de prise en charge et notamment les rééquilibrages peuvent poser des difficultés, et plus spécifiquement pendant le week-end. Les médecins proposent de réaliser un **protocole personnalisé** par patient qui sera communiqué aux IDE. Sur l'ordonnance, le médecin donne la marche à suivre aux infirmières en fonction des objectifs d'INR du patient. Cette procédure doit donner plus d'informations aux IDE et permettre une meilleure coordination des professionnels. Les IDE seront destinataires des résultats d'INR en sus du médecin, le médecin restant responsable de l'ensemble de la procédure. Pour poursuivre la coordination entre les médecins généralistes et les IDE, un dossier de délégation de tâches pourrait à élaborer et à déposer auprès de l'ARS.

■ Les patients diabétiques

Plusieurs professionnels du premiers recours interviennent dans ces prises en charge : médecins, infirmières, pharmaciens, podologues.

Afin d'optimiser les interactions de ces professionnels et de préciser le rôle de chacun, il est prévu d'organiser dans un premier temps **des formations pluridisciplinaires** sur ce thème, la participation de l'hôpital de Falaise sera sollicitée.

A cette occasion, sera également exploré avec l'hôpital la possibilité de mettre en œuvre des **sessions d'éducatives thérapeutiques** pour les diabétiques de Saint-Pierre, le réseau « Couleurs Santé » intervenait jusqu'à présent à Saint-Pierre-sur-Dives mais vient de cesser son activité. Il s'agit de faire perdurer ce service via l'expertise de l'hôpital. Des professionnels de Saint-Pierre sont prêts à se former pour ce faire (IDE, pharmaciens, diététicienne, podologues).

Pour les cas compliqués nécessitant des adaptations de prises en charge, **des temps de concertations** seront mis en place.

La **prise en charge des soins de podologie** peut également être améliorée pour ce faire les diabétiques doivent être gradés par le médecin ce qui permet une prise en charge des soins (grade 2 et 3), les podologues sont intéressées pour revoir les modalités de gradations avec les médecins afin d'homogénéiser les connaissances et les pratiques.

■ Les ulcères et plaies chroniques

La prise en charge des ulcères et plaies chroniques peut également être améliorée via la réalisation de **consultations ou visites conjointes** entre l'infirmière et le médecin qui permettra de faire le point sur l'évolution et prévoir les traitements à mettre en place.

1.2. Des préventions plus organisées pour :

■ Les risques de chutes chez les personnes âgées

Le kinésithérapeute souhaite travailler à la **prévention des chutes et des rechutes chez le sujet âgé.**

Les patients à risque devront être déterminés via les différents intervenants de la prise en charge, professionnels de santé mais aussi intervenants du domicile (SSIAD). Ensuite un bilan spécifique sera à effectuer par le kinésithérapeute puis pour les patients le nécessitant une rééducation individuelle sera mise en place.

Une formation pluridisciplinaire spécifique sur les risques de chutes associant les intervenants du domicile sera préalablement organisée.

Le kinésithérapeute propose également de réaliser des bilans à domicile de la personne âgée. Il s'agit de prévenir les risques de chutes en aménageant et en adaptant le domicile.

■ Les lombalgies et les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Le médecin du travail et le kinésithérapeute souhaitent travailler la prévention des lombalgies et des TMS via la tenue d'ateliers pluridisciplinaires, au cours desquels seraient donnés des conseils, réalisés des exercices physiques.

Les risques de désinsertion professionnelle du patient lombalgique feront l'objet d'une attention particulière. Le Dr SAPPEY est impliqué dans le réseau Lombalgie 14 qui a élaboré un protocole proposant une intervention pluridisciplinaire pour les patients en arrêt de travail prolongé (6 à 8 semaines) en impliquant les médecins traitants.

1.3. Des dépistages plus systématiques pour :

■ L'amblyopie chez les jeunes enfants

L'orthoptiste, à travers son activité d'opticienne, constate fréquemment des retards de prise en charge d'amblyopie chez les jeunes enfants, pouvant parfois compromettre une bonne acquisition de la lecture en CP. Un dépistage plus précoce et plus systématique est à initier entre 3 et 5 ans. Il pourrait être réalisé par les médecins généralistes. L'examen est à protocoliser (interrogatoire et acuité visuelle sommaire), il devra être simple et rapide. En cas d'anomalie, l'enfant sera orienté vers une consultation d'ophtalmologiste.

■ Les troubles du langage chez les jeunes enfants

De même, les troubles du langage sont parfois dépistés tardivement, une orientation plus rapide de ces enfants permettrait de mettre en œuvre une rééducation plus efficace.

Dans ce cas aussi, un dépistage systématique par les médecins généralistes est à initier (un questionnaire à remplir par les parents pourrait s'envisager). En fonction du résultat, si un trouble du langage est suspecté, un bilan complet (test ERTL4) serait réalisé ensuite par les orthophonistes.

■ Les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal

Les médecins souhaitent augmenter la participation de leurs patients au dépistage des cancers du sein et colorectal. Le pôle de santé pourra se mettre en relation avec la structure de gestion du Calvados, MATHILDE, afin d'établir une liste ciblée de patients qui n'auraient pas réalisé leurs dépistages. Les médecins généralistes au cours de leur consultation pourraient donner une information ciblée à ces patients quant aux dépistages

2. LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES PRATIQUES ET MODALITES

Ces nouvelles activités ne sont pas, à ce jour, prévues à la nomenclature et donc nécessitent l'obtention d'un budget spécifique (ARS...).

Un forfait horaire a été déterminé avec les professionnels de santé de façon à pouvoir établir le budget nécessaire à leur mise en œuvre, à savoir :

- Pour les médecins, dentistes et pharmaciens : 92 euros de l'heure (l'équivalent de 4 Consultations)
- Pour les paramédicaux : 46 euros de l'heure.

2.1. Instaurer des temps de coordinations entre professionnels pour des prises en charge compliquées

Deux modalités de soins coordonnés sont envisagées :

■ Des consultations ou visites conjointes

Elles pourraient être réalisées à domicile ou au cabinet entre les professionnels de santé intervenants auprès d'un même patient.

A domicile, les professionnels de santé s'organisent pour intervenir en même temps et pouvoir échanger sur le patient.

Au cabinet, les professionnels de santé se concertent pour avis mutuel en présence du patient.

Les consultations ou visites conjointes peuvent concerner tous les patients pour lesquels plusieurs professionnels interviennent et dans le cas de prises en charge complexes nécessitant un échange.

Ces consultations ont une durée d'une demi-heure, 20 consultations par an (soit 5 par médecin) sont proposées.

Éléments budgétaires :

- Temps de médecins généralistes : 15 min à financer en supplément de la visite habituelle par consultation conjointe
- Temps de paramédical : 30 min à financer par consultations conjointe

Soit par consultation : 23 euros (médecin) + 23 euros (IDE) = 46 euros

Et au total pour 20 consultations : 920 euros

■ Des staffs sur dossier

Ces staffs sont prévus pour examiner en équipe pluridisciplinaire des dossiers de situations complexes.

Ces réunions de concertation sont ouvertes à tous les professionnels de santé du PSLA, les autres intervenants de la prise en charge seront invités autant que de besoin (SSIAD, CLIC, services sociaux...).

L'examen du dossier peut être demandé par l'un des professionnels qui suit le patient.

Toutes les pathologies préalablement citées comme nécessitant une prise en charge plus coordonnée sont potentiellement concernées, la liste n'étant pas exhaustive.

Un staff d'une heure par mois est proposé soit 10 staffs par an (hors mois d'été).

Eléments budgétaires :

- Temps de médecins généralistes : 2 x 92 euros = 184 euros
- Temps de paramédical : 4 x 46 euros = 184 euros

Soit par staff : 256 euros

Et au total pour 10 staffs : 2560 euros

2.2. Développer des temps de conseils individualisés de pharmaciens

Les pharmaciens souhaitent, dans le cadre du pôle de santé, diversifier leur exercice. Ils proposent de réaliser des conseils individualisés de pharmacien pour des traitements lourds lors de leur initiation ou en cas de mauvaise observance constatée : explication du traitement, risque d'iatrogénie... Ces temps de conseils dispensés par les pharmaciens auraient une durée de 30 min.

Ces conseils individualisés ont une durée d'une demi-heure, 20 par an (soit 10 par pharmacien) sont proposés.

Eléments budgétaires :

Par patient : 46 euros (1/2 heure)

Et au total pour 20 conseils : 920 euros

2.3. La rédaction de protocoles

En priorité, il a été décidé de rédiger les protocoles suivants :

- Dépistage de l'amblyopie chez les jeunes enfants (Mme MOUTIER)
- Dépistage des troubles du langage chez les jeunes enfants (Mmes BELLUCO, DE MARANS, LARRIVEE)

Eléments budgétaires :

- Temps de recherche documentaire : 2 heures
- Temps de rédaction : 3 heures
- Soit un budget de 230 euros par protocole

2.4. Des temps d'échanges de pratiques

Les professionnels souhaitent organiser des temps d'échanges sur les compétences de chacun afin de mieux travailler ensemble et de façon plus complémentaire.

Une meilleure connaissance des pratiques et des champs de compétences est souhaitée, les professions qui nécessiterait d'être mieux connues par tous sont :

- Les podologues
- Les orthophonistes
- L'orthoptiste
- La diététicienne

Ensuite, ces temps d'échanges seront orientés sur des thématiques ciblées. Ont été évoquées :

- Le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées
- Les risques de chute des personnes âgées (y compris pour l'ensemble des intervenants du domicile)

2 réunions par an pourraient être organisées d'une durée d'une heure

Eléments budgétaires :

- Par réunion :
pour les professions médicales $10 \times 92 \text{ euros} = 920 \text{ euros}$
pour les paramédicaux $16 \times 46 \text{ euros} = 736 \text{ euros}$
temps de préparation de la réunion (en binôme) : 2 heures (92+46euros) soit 276 euros
- Soit au total pour 2 réunions annuelles : 3864 euros

3. DES RÉUNIONS D'INFORMATIONS AUX PATIENTS

Des réunions, ateliers seront proposés aux patients sur certaines thématiques :

- Lombalgies
- TMS...

Ces réunions pourront être proposées aux patients concernés par le médecin traitant ou un autre praticien impliqué dans sa prise en charge.

2 réunions par an sont à prévoir

Eléments budgétaires :

- Temps de conception des ateliers et de leur contenu : 2 heures pour 2 professionnels (un médecin et un paramédical) : soit $(92+46) \times 2 = 276 \text{ euros}$
- Par réunion :
Animation des ateliers (1 heure) à 2 intervenants : soit $(92+46) \times 2 = 276 \text{ euros}$
- Soit au total pour 2 réunions annuelles : 828 euros

4. DES BILANS INDIVIDUELS DE PREVENTION DES CHUTES

Le kinésithérapeute propose d'organiser la prise en charge des patients âgés à risque de chute.

L'objectif est d'éviter une deuxième chute après une première ayant généré une hospitalisation.

Les professionnels de santé et les intervenants du domicile seront en charge de cibler les patients concernés.

Pour ce faire, un bilan individuel est à réaliser pour chaque patient le nécessitant, ce bilan comportant un certain nombre de tests qui permettront d'orienter la rééducation à mettre en œuvre par la suite.

Si la rééducation peut être prise en charge de façon classique (acte à la nomenclature), ce n'est pas le cas de ce bilan préalable qui nécessite un budget spécifique.

Eléments budgétaires :

- Temps de conception du contenu de ce bilan et rédaction d'un protocole par le kinésithérapeute : 5 heures soit 5 x 46 euros = 230 euros
- 10 bilans annuels d'une durée d'1/2 heure soit ½ h x 46 euros x 10 = 230 euros
- Soit un budget total de 460 euros

5. LES PARTENARIATS

Les professionnels de santé souhaitent s'articuler avec des structures et des partenaires qui existent sur la commune pour améliorer la qualité des prises en charge :

- Le service santé travail souhaite travailler avec les autres professionnels de santé du pôle dans un partenariat étroit. Aujourd'hui, il a des locaux au sein de la maison de santé d'Orbec et peut partager son expérience en termes de modalités d'exercice. Il souhaite également intégrer physiquement le pôle de santé de Saint Pierre sur Dives à raison d'une journée par semaine.
- le SSIAD et le CLIC sont des partenaires à privilégier pour le maintien à domicile des personnes âgées. Ils ont été sollicités lors de la conception de ce projet et sont prêts à travailler avec le PLSA.
- De plus, il serait intéressant de proposer à l'assistant social du Conseil Général du secteur de disposer d'un bureau au sein du pôle de santé afin d'améliorer la coordination entre les médecins généralistes et le Conseil Général.
- la consultation médico-psychologique « Addictions » qui se tient actuellement toutes les semaines à la mairie aura également à l'avenir vocation à rejoindre le Pôle de Santé.
- Les réseaux de santé, notamment le réseau Obésité et le réseau Sclérose en Plaques, seront contactés pour échanger sur le projet de pôle et les possibles partenariats à mettre en œuvre.
- D'autres partenaires (PMI, CMP...) sont également à contacter et à tenir informés du projet.

Annexe N°3 : Questionnaire distribué aux patients :

Questionnaire anonyme de thèse sur le Pôle de santé de l'abbaye de saint Pierre en Auge

1. Quel est votre âge ?

2. Quel est votre sexe ?

Homme Femme

3. Quel est votre commune de domicile ?

4. Quel est votre niveau de formation ?

- Sans Diplôme
- Brevet des collèges ou CAP
- Baccalauréat à Bac +2
- Diplôme des grandes écoles (2nd ou 3^{ème} cycle)

5. Bénéficiez-vous de :

- La CMU, CMU-C ou de l'aide médicale état
- D'une ALD (affection longue durée ou 100%)
- Régime de base

6. Pensez-vous que le pôle de santé de l'abbaye est utile pour préserver l'offre de soin dans la commune ?

Oui Non Sans opinion

7. Pensez-vous qu'il y a actuellement assez de médecins au sein de la commune ?

Oui Non Sans opinion

8. Pensez-vous que le Pôle de santé est un atout pour attirer de nouveaux médecins ?

Oui Non Sans opinion

9. Êtes-vous actuellement suivi par un des médecins du pôle de santé ?

Oui Non

10. Pensez-vous être mieux prise en charge depuis l'ouverture du pôle de santé ?

Oui Non Sans opinion

11. Pensez-vous qu'il manque actuellement certains professionnels médicaux ou paramédicaux, en dehors des médecins généralistes, exerçant au sein du pôle ? (Infirmière, sage-femme, kinésithérapeute...)

Oui Non Sans opinion

12. Si oui, quel(s) professionnel(s) manque-t-il selon vous ?

.....
.....

13. Pensez-vous que le pôle de santé permet aux professionnels de l'établissement de mieux travailler ensemble ?

Oui Non Sans opinion

14. Accepteriez-vous d'être reçu lors des consultations par un interne de médecine ?

Oui Non Sans opinion

15. Pensez-vous qu'avoir des internes de médecine consultant au pôle est un bon moyen pour les inciter à s'installer dans la commune ?

Oui Non Sans opinion

16. Le partage de votre dossier médical entre les professionnels de santé du pôle vous pose-t-il des problèmes de secret médical ?

Oui Non Sans Opinion

17. Avez-vous des difficultés pour avoir un rendez-vous avec un des médecins du pôle de santé ?

Oui souvent oui occasionnellement Non

18. Si vous ressentez une urgence, quelle(s) solution(s) privilégiez-vous ?

Vous consultez un des médecins du pôle

Vous consultez dans un service d'urgences

Vous contactez les pompiers ou le SAMU (15)

Autre, veuillez préciser s.v.p. :

.....
.....

19. Avez-vous déjà renoncé à vous faire soigner par un médecin du pôle parce que vous n'aviez pas de rendez-vous dans un délai raisonnable ?

Oui

Non

20. Avez-vous déjà consulté un service d'urgences parce que vous n'avez pas réussi à avoir de rendez-vous avec votre médecin dans la journée ?

Oui

Non

21. Rencontrez-vous des difficultés pour prendre un rendez-vous avec un professionnel du pôle ?

Oui, souvent

oui, occasionnellement

Non

22. Si oui, pour quelle(s) raison(s) rencontrez-vous des difficultés ?

Le temps d'attente de la ligne téléphonique est long

Vous n'arrivez pas à avoir un rendez-vous au moment souhaité

Autre, veuillez préciser s.v.p. :

.....
.....

23. Comment faites-vous pour vous rendre au pôle de santé ?

Par vous-même, par vos propres moyens

Par un proche qui vous accompagne

Par un taxi ou une ambulance

24. Rencontrez-vous des difficultés pour vous rendre au pôle de santé ?

Oui

Non

25. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (Si vous avez répondu non à la question précédente veuillez passer à la question suivante)

Vous n'avez pas de véhicule motorisé et le pôle est éloigné de votre domicile.

Vous n'arrivez pas à trouver une place de parking.

Autre, veuillez préciser s.v.p. :

.....
.....

26. Avez-vous des difficultés pour vous déplacer au sein du pôle de santé ?

Oui

Non

27. Si oui pourquoi ?

Le secrétariat ou la salle d'attente est trop éloigné de l'entrée

L'ascenseur n'est pas adapté

Autre, veuillez préciser s.v.p. :

.....
.....

28. Souhaiteriez-vous participer à des campagnes d'information de santé organisés au sein du pôle ?

Oui

Non

Sans opinion

29. Si oui sur quel(s) sujet(s) ?

Des campagnes sur l'alimentation, diabète et cholestérol

Des campagnes sur les maladies sexuellement transmissibles

Des campagnes sur l'alcool, le tabac et la drogue

Sur les Soins du nouveau-né de 0 à 6 mois

Sur un autre sujet, veuillez préciser s.v.p. :

.....
.....

En vous remerciant de votre participation.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LETOREY JULIEN

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Préservation des soins de proximité en milieu rural par la création de pôles de santé libéraux et ambulatoires : Avis des patients sur le PSLA de Saint Pierre en Auge.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : La baisse de la densité médicale en médecins généralistes est depuis des années un enjeu de santé public. Les territoires ruraux sont encore plus impactés par le manque de médecins. De nombreuses réformes ont été entreprises afin de restructurer et préserver l'offre de soin de proximité, dont le développement des pôles de santé. Deux ans après l'ouverture du pôle de santé de l'Abbaye à Saint Pierre en Auge, cette thèse a recueilli les avis des patients y consultant. C'est une étude observationnelle, prospective, monocentrique, à type d'enquête d'opinion. D'après les résultats, les patients perçoivent le pôle comme un élément positif dans l'offre de soin. Ils le jugent attractif pour les médecins et permettant d'améliorer le travail de collaboration. Ce résultat, bien que non généralisable à la population rurale, est encourageant pour les acteurs nationaux et régionaux. Malgré cela, il persiste pour les patients du pôle certaines carences dans leur offre de soin. D'autres mesures, dont certaines sont déjà effectives, comme les mesures incitatives à l'installation, et d'autres en développement, telles que la télémédecine, sont donc nécessaires.

MOTS-CLÉS :

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1) Pôle santé | 5) Normandie |
| 2) Satisfaction | 6) Enquête |
| 3) Patient | 7) Soins |
| 4) Rural | 8) Proximité |

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Preservation of local care in rural areas through the creation of liberal and ambulatory health centres : Patients' opinions on the LAHC of Saint Pierre en Auge.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS : The decrease in the medical density of general practitioners has been a public health issue for years. Rural areas are even more affected by the lack of a general practitioner. Many reforms have been undertaken to restructure and preserve the local healthcare offer, including the development of health centres. Two years after the opening of the Abbey's health centre in Saint Pierre en Auge, this thesis gathered the opinions of the patients consulting it. It is an observational, prospective, monocentric study, with a type of opinion survey. According to the results, patients perceive the centre as a positive element in the offer of care. They consider the centre attractive to doctors and help to improve collaborative work. This result, although not generalizable to the rural population, is encouraging for national and regional actors. Despite this, there are still some shortcomings in the care offered to patients. Other measures, some of which are already effective, such as installation incentives, and others under development, such as telemedicine, are therefore necessary.

KEY WORDS :

- | | |
|------------------|--------------|
| 1) Health centre | 5) Normandy |
| 2) Satisfaction | 6) Survey |
| 3) Patients | 7) Cure |
| 4) Ruralist | 8) Proximity |