



HAL
open science

Mieux appréhender la performance des maisons de santé pluri-professionnelles : une vision des acteurs selon leur implication dans la structure : “ Là, on [parle] valeurs, de l’intérêt de chacun, du confort du professionnel aussi bien sûr [...] [pour] accompagner la personne et pour moi c’est ça la performance ”

Lionel Aumont

► **To cite this version:**

Lionel Aumont. Mieux appréhender la performance des maisons de santé pluri-professionnelles : une vision des acteurs selon leur implication dans la structure : “ Là, on [parle] valeurs, de l’intérêt de chacun, du confort du professionnel aussi bien sûr [...] [pour] accompagner la personne et pour moi c’est ça la performance ”. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03477449

HAL Id: dumas-03477449

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03477449>

Submitted on 13 Dec 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

**MIEUX APPRÉHENDER LA PERFORMANCE DES MAISONS DE SANTÉ
PLURI-PROFESSIONNELLES : UNE VISION DES ACTEURS SELON LEUR
IMPLICATION DANS LA STRUCTURE**

« Là, on [parle] valeurs, de l'intérêt de chacun, du confort du professionnel aussi bien sûr [...] [pour] accompagner la personne et pour moi c'est ça la performance »

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

Lionel AUMONT

[Données à caractère personnel]

THÈSE
SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 07/12/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Benoît ALLENET

Membres :

Mme. la Docteure Jessica GERARD (Directrice de thèse)

M. le Docteur Jean Didier BARDET (Directeur de thèse)

M. le Docteur Jean-Christophe CARRAZ

M. le Professeur Christian DEFELIX

ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2020 / 2021

Doyen de la Faculté - **Pr. Michel SEVE**

Vice-Doyen et Directrice des Etudes - **Mme Christine DEMEILLIERS**

Vice-Doyen Recherche – **Pr. Walid RACHIDI**

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	TELEPHONE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	04 76 63 74 73	oui
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 76 76 54 96	oui
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 04 10 10 / 04 76 04 10 02	
CDD	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 56 52 00 92	
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055	04 76 63 58 20 / 06 75 55 35 01	
PU-PH	BEDOUCHE	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 76 76 54 97	oui
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042	04 76 63 71 08	
MAST	BELLET	BEATRICE	-		
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 12	
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 11 / 06 17 35 77 65	
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	IAB – CRI INSERM U823		
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	04 38 78 56 01 / 04 76 63 74 73 / 06 37 51 20 74	
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	04 76 63 74 75	
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	04 57 42 87 41	oui
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309	06 32 39 37 65	oui
Professeur Émérite	CALOP	JEAN			
MCF	CAVAILLES	PIERRE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 63 74 72 / 06 88 16 54 43	
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	04 76 76 54 97 (CHU) / 04 76 54 94 66 (IAB)	
AHU	CHEVALIER	SIMON	TIMC IMAG		
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 01	
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 99	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	04 76 63 74 39	oui
Professeur Émérite	DANEL	VINCENT	-	06 74 88 07 26	
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 17	
MCF Émérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	06 80 23 45 34	
MCF	DEMEILLERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 63 71 38	oui
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	04 76 76 72 01	oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	06 15 11 79 97	

MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 85 19	oui
PU-PH	FAURE	PATRICE	HP2 – INSERM U1042		oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	04 76 76 71 66	oui
PRCE	FITE	ANDREE	-	06 33 79 01 95	
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 76 54 90	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	04 76 63 53 19	
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	04 76 76 56 04	oui
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 01	oui
MCF Émérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 74 58 / 06 33 12 90 73	
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042	04 76 63 75 63 / 06 33 48 97 10	oui
Professeure Émérite	GRILLOT	RENEE	-	06 62 11 37 04	
MCF Émérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 05	
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 97	
CDD	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 76 78 86	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	06 30 36 62 56 / 04 76 63 57 36	oui
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 04 10 10	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	04 76 63 75 18	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 75 17	oui
AHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039		
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 63 74 39	oui
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 56 52 00 95	oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-		
MCF	MELO DI LIMA	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553		
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042		
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	04 76 51 44 90	oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	04 76 76 54 87	
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	04 76 63 54 41	oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 21	oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 97	
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	07 86 11 77 53 /04 76 63 53 13	oui
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 95	oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 04	oui
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 76 76 79 54	
PU	RACHIDI	WALID	LCIB – UMR E3 CEA	04 38 78 50 11	oui
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	06 85 92 00 79	oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	06 71 11 49 20	oui

PAST	RIEU	ISABELLE	-	-	
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	04 76 63 71 31	
PU-PH	SEVE	MICHEL	LBFA – INSERM U1055	04 76 63 71 72	oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52.94	
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 85 64	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 86 60	
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 94	
MCF	WARTHER	DAVID	DPM	04 76 63 53 00	
Professeur Emérite	WOUESSIDJEWÉ	DENIS	-	-	oui

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institute for Advanced Biosciences

IBS : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel

MCF : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR : Unité Mixte de Recherche

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

Aux contributeurs de cette thèse

Au professeur Benoît Allenet pour me faire l'honneur de présider mon jury et m'avoir appris au cours de mes études que la posture était aussi importante que les compétences cliniques.

À mes directeurs de thèse, Jessica Gérard et Jean-Didier Bardet pour m'avoir accompagné dans le développement d'un sujet qui me tenait à cœur. J'ai eu de la chance de bénéficier de votre complémentarité. Nos réunions hebdomadaires vont me manquer.

À Christian Defélix pour votre cours de management en 3^{ème} année de pharmacie qui m'a marqué aussi bien par son contenu, que pour votre pédagogie. C'est un honneur pour moi que vous fassiez parti de mon jury aujourd'hui.

À Jean-Christophe Carraz pour m'avoir fait découvrir le mode d'exercice dans lequel je souhaite pratiquer. Merci pour tous ces échanges et pour m'avoir offert l'opportunité de rencontrer pleins de personnes liées aux MSP.

À toutes les personnes qui ont acceptés de se faire interroger dans le cadre de ma thèse. Pour tous ces échanges fructueux autour des MSP qui ont souvent durés plus longtemps que le temps imparti.

À Valérie Mouton, coordinatrice du pôle de Santé en Vercors, pour sa disponibilité et pour avoir répondu à toutes mes questions avant et pendant la rédaction de cette thèse.

À mon comité de relecture Laetitia et Manon, pour leur curiosité et la fluidité certaine qu'elles ont apporté à la lecture de mon travail.

À toutes les équipes des pharmacies qui m'ont permis de joindre la théorie à la pratique durant mes études : Pharmacie Rouvière, Pharmacie Notre-Dame, Pharmacie Gambetta, Pharmacie du Val de Lans.

À mes amis

Il va être difficile de remercier ici toutes les personnes qui ont marqués ma vie étudiante tant elle fut riche de belles rencontres. Je ne pourrai être exhaustif ici sinon c'est une carrément une thèse sur « le moment partagée » que je pourrai écrire.

À Chaz, si j'ai bien vécu et réussi ma PACES du 1^{er} coup, c'est grâce à toi. J'espère pouvoir te soutenir un jour, comme tu l'as fait pour moi cette année-là.

À toutes les personnes qui sont passé par cette magnifique association qu'est l'AEPG. Merci à mon bureau, ma CorpAumont, je n'ai jamais autant appris sur moi-même que cette année à vos côtés. Ce fut le début de ce que j'appellerai « une année universitaire, un mandat associatif » et toutes ces expériences font de moi ce que je suis aujourd'hui. Merci à tous les bureaux précédents et ceux qui ont suivi, je sais que vous formez un réseau sur lequel je pourrai toujours m'appuyer à l'avenir.

À toutes les personnes qui ont partagés mes autres mandats associatifs (ARPH2016, Congrès 2017, JGPO 2018, les élus 2017-2019, Gala des 6A). Ces expériences resteront à jamais gravé dans ma mémoire.

À toutes les faluches pharmaciennes grenobloises. Merci pour tous ces souvenirs de Phète et pour les valeurs que l'on représente et qu'on essaye de transmettre à chaque génération suivante. Merci à ma marraine Olivia de m'avoir introduit dans cet univers et plus particulièrement à mes fillots (Maxime, Anaëlle, Mélodie et Coline) pour tous ces beaux moments partagés.

À ma team Red Bull 2015-2016 pour cette année incroyable et pour m'avoir appris la mentalité « Work hard, Play hard »

À tous les copains en médecine notamment Max et Max, Flo et Flo, Thomas et Antoine. Si j'ai envie de travailler en interpro aujourd'hui, c'est pour pouvoir le faire avec des gens comme vous.

À Lola, merci pour ces 6 années à tes côtés et pour toutes ces aventures que l'on a vécues ensemble. Nos vies ont pris des chemins différents désormais mais je ne garde que le meilleur. À Quentin et Aymeric, mes amis d'enfance, vous êtes les personnes sur qui je peux toujours compter. Malgré le temps qui passe trop vite on se retrouve toujours comme si on s'était quitté la veille.

À ma team de Pharmannequin et Pharmanager. On est content d'avoir fini nos études mais ça manque de ne plus se croiser tous les jours en cours...

À Julien, Héloïse et Émilie pour avoir été particulièrement présent durant cette année 2020 qui représentait beaucoup de défis à relever pour moi.

À Capy et James. Ma vie étudiante aurait été bien triste sans vous à mes côtés pour la sublimer. J'ai réalisé avec vous tous les rêves que l'étudiant que j'étais pouvais avoir. Merci d'être vous.

Place à la suite.

À ma famille

J'ai mis du temps à réaliser la chance que j'avais de pouvoir dire que j'étais proche de mes 10 cousins/cousines (sans compter ceux au deuxième degré !!) et de tous mes oncles et tantes. Mon sens du partage je vous le dois à tous et il forme l'homme et le pharmacien que je serai demain. J'ai une pensée particulière pour mes grands-parents qui ont forgés le socle solide sur lequel notre famille repose aujourd'hui.

À Rob, Blandine et Laëtitia. On ne se quitte pas depuis tout petit et maintenant les souvenirs de vie étudiante viennent se rajouter à ceux d'enfance. Je suis bien content que Pauline ait rejoint notre petit groupe aujourd'hui.

À Olivier mon parrain et Nathalie ma marraine, pour contribuer depuis toujours dans mon épanouissement, de manière aussi certaine que le font mes parents.

À mes parents pour m'avoir toujours soutenu depuis tout petit dans toutes mes décisions, dans mon redoublement comme mes aventures associatives même si ce n'était pas évident à suivre. Je vous aime de tout mon cœur.

À Nelly ma sœur. Nos 8 ans d'écart n'ont pas toujours été facile à vivre mais la jeune femme que tu es devenue aujourd'hui continue de m'épater de jour en jour.

À Laëtitia ma sœur, c'est la troisième fois que tu apparais dans ces remerciements je ne sais pas si j'ai besoin de développer bien plus... Merci de me faire rire, réfléchir et de me pousser toujours à me surpasser.

Table des matières

Liste des tableaux	10
Liste des figures	10
Abréviations	11
1. Introduction	12
1.1. L'évolution des besoins en santé.....	13
1.2. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles.....	15
1.3. La performance en santé	16
1.4. La performance des MSP selon l'IRDES.....	18
2. Méthode	20
2.1. Sélection des participants	20
2.2. Les participants de l'étude.....	21
2.3. Collecte de données.....	23
2.4. Analyse des données	23
3. Résultats	24
3.1. Enjeux des MSP	24
3.1.1. <i>Répondre à la demande de soin du patient</i>	24
3.1.2. <i>Le rôle des instances étatiques et régionales</i>	26
3.2. Parcours patient.....	28
3.2.1. <i>Coordination des soins</i>	28
3.2.2. <i>Amélioration de la prise en charge du patient</i>	29
3.2.3. <i>Évaluer la qualité des soins</i>	30
3.3. Organisation des MSP	32
3.3.1. <i>Rôle du leader</i>	33
3.3.2. <i>Importance de l'organe décisionnel</i>	34
3.3.3. <i>Communication</i>	35
3.4. Attractivité d'une MSP.....	36
3.4.1. <i>La place de la formation et de la recherche</i>	36
3.4.2. <i>Culture de la MSP</i>	37
3.5. Évolution des pratiques professionnelles	38
3.5.1. <i>Une mise à disposition d'outils et de subventions accrue</i>	38
3.5.2. <i>Acquisition de nouvelles compétences</i>	39

3.5.3. <i>La collaboration interprofessionnelle</i>	39
3.6. Investissement des professionnels de santé.....	40
3.6.1. <i>Facteurs motivationnels</i>	41
3.6.2. <i>Épanouissement des professionnels de santé</i>	42
4. Discussion	45
Limites et biais	45
Quelle approche pour évaluer la performance des MSP ?	46
Quels freins à la performance des MSP ?	48
Le niveau de coordination : un bon indicateur de performance ?	49
Les pôles de compétitivité : une source d’inspiration pour l’étude des modes de gouvernance des MSP ?	51
Conclusion	55
Bibliographie	57
Annexes	61
Annexe 1 – Guide d’entretien	61
Annexe 2 – Transcrits des entretiens	65
Entretien 1 - Dentiste - SeV	65
Entretien 2 – Médecin - SeV	74
Entretien 3 – Pharmacien - SeV	90
Entretien 4 – Coordinateur - SeV	104
Entretien 5 – Médecin - SeV	117
Entretien 6 – Kinésithérapeute – SeV	130
Entretien 7 – Infirmier - SeV.....	137
Entretien 8 – Kinésithérapeute - SeV	148
Entretien 9 – Coordinateur – SMH	159
Entretien 10 – Patient - SeV	173
Entretien 11 – Médecin - SM	181
Entretien 12 – Pharmacien - SMH	181
Entretien 13 – Pharmacien - SMH	206

Liste des tableaux

Tableau 1 Caractéristiques des participants de l'étude	21
Tableau 2 Caractéristiques des entretiens	22

Liste des figures

Figure 1 Logigramme des résultats	25
---	----

Abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régional de Santé

AVECSanté : Avenir des Équipes Coordonnées

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

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

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

NMR : Nouveau Mode de Rémunération

NPM : New Public Management

RCP : Réunion de Concertation Pluri-professionnelle

SeV : Santé en Vercors

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SM : Saint-Marcellin

SMH : Saint-Martin d'Hères

1. Introduction

Le système de soin français connaît une véritable transformation organisationnelle avec les dernières trois réformes majeures de l'organisation des soins primaires : la structuration et le développement de l'interprofessionnalité, l'intégration de technologies de l'information et de la communication et l'évolution des périmètres métier (1–3).

Il n'y a pas de consensus autour de la définition de l'interprofessionnalité. L'Organisation Mondiale de la Santé la définit comme une pratique professionnelle impliquant « *plusieurs professionnels de santé issus de différentes origines professionnelles [qui] exercent ensemble avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins possible* » (4). Cette définition a été complétée par plusieurs auteurs et notamment Zwarenstein et al. (2017) qui précisent qu'il s'agit d'un « *processus dans lequel différents professionnels travaillent ensemble dans le but d'avoir un impact positif sur les soins. La collaboration interprofessionnelle implique un accord négocié entre les professionnels ; cet accord valorise l'expertise et les contributions que divers professionnels de santé apportent aux soins des patients* » (5).

De nombreux acteurs sont impliqués en son sein et contribuent à l'atteinte des objectifs interprofessionnels. Ce sont aussi bien (i) des professionnels de santé : – médecins généralistes infirmiers diplômé d'État, kinésithérapeutes, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, sages-femmes –, (ii) des professionnels médicaux-sociaux : psychologues, assistants sociaux, éducateurs –, des administratifs : coordonnateurs de structures -, (iii) que des acteurs locaux : représentants d'usagers et élus.

Au cours des 20 dernières années, l'interprofessionnalité s'est structurée autour de réseaux de santé, des Équipes de Soins Primaires, des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et enfin des Communauté Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). La promotion de l'interprofessionnalité et de la prévention ont amené les MSP à devenir des structures majeures

dans la prise en charge ambulatoire. Elles sont sans doute la forme la plus représentée et la plus aboutie d'interprofessionnalité en soins primaires. Les enjeux sont importants puisque cet essor est rendu possible par un effort financier public. C'est pourquoi cette étude vise à confronter les visions de ses parties prenantes afin de déterminer la performance des MSP au regard des objectifs qui lui sont attribués. Pour mieux comprendre le sujet, nous développerons le contexte dans lequel s'inscrit le développement de notre système de santé et plus précisément celui des MSP avant de définir ce qu'on entend par la terminologie de « performance ».

1.1.L'évolution des besoins en santé

L'évolution des besoins en soins de la population européenne au XXIème siècle s'explique tout d'abord démographiquement. La population européenne a été multipliée par 4 entre 1800 et 2005 (6) et l'évolution des modes de vie et les progrès technologiques ont conduit à une mutation des causes de décès. En 1970, Abdel Omran est le premier à tenter de proposer des explications sur l'évolution de la mortalité à travers sa théorie des trois « âges » épidémiologiques (7) qui met en évidence une diminution des causes de décès infectieuses au profit des « *maladies de dégénérescence* » (diabète, troubles du métabolisme, maladies cardiaques...) ou des « *maladies de société* », que l'on pourrait associer aujourd'hui aux accidents de la route ou à l'alcoolisme. Cela s'accompagne d'une augmentation de l'espérance de vie qui est passée de 64 ans en 1950 à 77,8 ans en 2015 (8). La population européenne est donc plus âgée et le système de soins doit également repenser son organisation pour prendre en charge des patients chroniques et polypathologiques.

Les enjeux sont majeurs. En France, 11,3% de la richesse nationale est consacrée à la santé, soit 1,4 point de plus que la moyenne de l'Union Européenne. La consommation de soins et de biens médicaux est évaluée à 208,0 milliards d'euros et progresse chaque année (9). Cet investissement sert de levier à l'État pour transformer son système de santé. La réforme du

système de santé français (3) s'articule autour de 5 chantiers prioritaires que sont la qualité des soins et la pertinence des actes, les modes de financement et de régulation, les ressources humaines et la formation, le numérique et l'organisation territoriale (3).

Ce dernier point révèle un ultime besoin majeur de la population : l'accès aux soins. En effet, les disparités territoriales sont relativement marquées en France. Il s'agit d'une problématique multiple qui intègre non seulement la question de la démographie médicale (10), le niveaux socio-économiques des patients (11) ainsi que leur niveau de littératie (12).

En 2018, on estime que 8% de la population française se retrouve dans une situation de faible accessibilité aux soins (13). Les 3 réformes de santé de 2009, 2016 et 2019 (1-3) s'attachent particulièrement à garantir une accessibilité aux soins en rééquilibrant la démographie médicale qui souffre d'un gradient Nord-Sud défavorable. À titre d'exemple, au 1^{er} janvier 2018, la densité médicale pour l'Aube est de 234 médecins pour 100'000 habitants alors que l'Hérault en compte 440 (14). La situation est d'autant plus préoccupante que l'écart continue de se creuser : on observe une diminution du nombre de médecins dans l'Aube de -1,22% contre une augmentation de 2,81% pour l'Hérault à la même date (15).

L'accès aux soins implique également un décloisonnement du financement, de l'organisation des soins et des exercices professionnels afin de favoriser la coopération et les exercices mixtes ville/hôpital. Cet accès aux soins peut se traduire par des actions ciblées facilitant la recherche d'un médecin traitant, l'accès direct à certains professionnels (par exemple : au kinésithérapeute en cas d'entorse de cheville (16)) ou les délégations de tâches (par exemple : la prise en charge de la cystite aigue simple en pharmacie d'officine (17)) Le parcours de soins du patient doit aussi être coordonné et sa prise en charge globale. C'est dans cette perspective que l'État prône le développement de l'exercice interprofessionnel entre tous les professionnels de santé, par exemple dans le cadre des MSP, « *pour améliorer durablement notre système de santé et maintenir son niveau de performance* » (18).

1.2. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles

La création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010 est une conséquence directe de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) (1). Le pilotage régional des problématiques de santé publique a pour objectif un rapprochement avec les besoins en santé de la population (tel que l'accès aux soins) en favorisant notamment l'exercice interprofessionnel sur la base de contractualisations (19). Les ARS pilotent les modes d'exercice interprofessionnel que sont les MSP (2007) et plus récemment les CPTS (2016) (1,2).

Les MSP se définissent légalement comme des structures assurant « *des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] qui 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* » (2). L'élaboration d'un projet de santé implique un mode d'exercice collectif et interprofessionnel, mono- ou multi-sites, incitant le regroupement des professionnels de santé autour de missions de santé publique. Les MSP signent alors avec l'Assurance Maladie et l'ARS un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) afin de pouvoir bénéficier d'une rémunération d'équipe si différents types d'indicateurs sont atteints (20). Ces indicateurs correspondent à des obligations de moyens (par exemple : amplitude d'horaire, plages de soins non programmés tous les jours, présence d'un coordinateur, système d'information commun, établissement de protocoles de coopération, réunions de concertation pluriprofessionnelle). Cette organisation des soins, regroupant des professionnels de santé libéraux, a amené la création d'une nouvelle forme juridique de société : la Société Interprofessionnelle des Soins Ambulatoires (SISA). Elle est à ce jour la seule structure juridique qui permet aux professionnels de santé libéraux de percevoir des rémunérations liées à l'exercice interprofessionnel comme l'ACI (21). Les MSP sont des structures qui répondent au pilotage décentralisé de la politique de santé, fondé sur des résultats répondant aux objectifs

définis avec les professionnels de santé locaux, dans le cadre de procédures contractuelles et non plus hiérarchisées.

On peut relever la croissance importante des MSP grâce à l'Observatoire des Maisons et Pôle de santé qui dénombrait 235 MSP à sa création en 2012 et plus de 950 structures en 2018 (22). Leur nombre est actuellement sur le point de doubler en moins de 3 ans avec, au 1^{er} janvier 2020, 1455 MSP et 400 en projet (23). L'expérience acquise pour les acteurs locaux dans leur développement, font qu'elles servent aujourd'hui de socle dans la constitution des CPTS.

L'augmentation de leur nombre les pousse à se rassembler en un réseau national : l'association Avenir des Équipes Coordonnées (AVECSanté), anciennement Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). AVECSanté représente les MSP et les soutient dans leur développement en créant du lien entre tous les acteurs liés aux MSP en France ainsi que des formations (24). En s'appuyant sur ses travaux, l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) contribue régulièrement à ces échanges (25).

Cette association permet aux MSP d'avoir un pouvoir de négociation auprès de l'État et autres partenaires nationaux. On réclame également son expertise au sein de comités ou groupes de travail sur l'interprofessionnalité. Les MSP peuvent ainsi défendre leurs visions de la performance auprès de leurs interlocuteurs. Cependant comment définir le terme de performance, appliqué à un système de soins ?

1.3. La performance en santé

Malgré la démocratisation de ce terme, la performance reste un concept multidimensionnel. Il est difficile d'apprécier une performance globale car elle peut être perçue de différentes manières par les parties prenantes dont elle dépend (26). Dominique Bessire (27) relève alors que la performance peut avoir trois sens principaux :

- la performance est un succès : elle dépend des représentations de la réussite selon ses acteurs (28) ;
- la performance est le résultat de l'action : elle dépend de la comparaison entre les résultats et les objectifs obtenus (29) ;
- la performance est l'action : elle dépend de la capacité à potentialiser les compétences des acteurs pour atteindre des résultats (30).

En entreprise, la performance implique les notions d'efficacité, d'efficience, de cohérence et de pertinence des actions (31). Si la performance d'entreprise est « *tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à améliorer la création nette de valeur* » (32), la performance du secteur public peut être vue comme l'optimisation du service rendu au citoyen (33). Cette définition s'est affinée depuis le vote de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) (34). Avec cette loi, l'État démontre sa volonté de réduire les coûts et d'améliorer la qualité et le rendement de ses services. En effet, outre les notions de transparence des services publics et de responsabilisation de ses acteurs, l'évaluation de la performance passe d'une logique de moyens à une logique de résultats (35). Trois axes définissent alors la performance : l'efficacité pour le citoyen, la qualité pour l'utilisateur, l'efficience pour le contribuable.

Si le sens de la performance est le résultat de l'action, on doit alors déterminer des indicateurs capables de mesurer l'écart entre le résultat obtenu et l'objectif poursuivi. Même si le développement des nouvelles technologies a enrichi les systèmes de données qui alimentent les indicateurs de performance, la difficulté est que ces indicateurs doivent être de qualité et doivent rendre compte du phénomène étudié. Jean-René Brunetière révèle que sur un échantillon de 32 indicateurs tirés des programmes de la LOLF, la moitié d'entre eux peuvent être considérés comme dangereux pour l'action publique; un tiers était inutile, n'apportant aucune information significative sur les résultats de l'action de l'État ; et seulement 6 d'entre eux (soit 1 sur 5) peuvent être considérés comme exempts de reproches majeurs (36).

Le système de soins français n'échappe pas à cette recherche de performance. Même si elles ne sont pas présentées telles qu'elles, les réformes telles que la loi HPST (1) ou celle de la tarification à l'activité (T2A) (37) traduisent les pressions étatiques pour diminuer le déficit public. L'intérêt de la performance ne se trouve pas uniquement dans la diminution du déficit public, mais aussi dans l'amélioration du système de santé et la qualité des décisions prises par les acteurs. La mesure de la performance permet également aux professionnels de santé d'avoir un retour et un élément de comparaison sur leur pratique (38).

Ces enjeux sont déjà relativement bien saisis par les acteurs hospitaliers puisque leur performance est à l'origine, chaque année, d'un classement des meilleurs hôpitaux Français. Cependant, la réorganisation récente des soins primaires grâce à la loi HPST fait que l'évaluation de la performance est encore peu développée dans ce secteur. Les MSP font partie de ces nouvelles structures où elle est encore à un stade expérimental.

1.4. La performance des MSP selon l'IRDES

L'IRDES a évalué la performance des MSP au moment de l'implantation du dispositif entre 2009 et 2012 (39,40). Ces travaux, qui portent notamment sur l'efficacité médico-économique, ont montré un rééquilibrage de l'offre et de l'accès aux soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés par une augmentation de la densité de médecins généralistes comparativement aux espaces MSP (41). Ils montrent également une amélioration de la qualité des soins sur des critères intermédiaires : diminution du volume de prescriptions, meilleur suivi des patients chroniques, augmentation des actes de dépistage et maîtrise du volume des soins avec une diminution des dépenses du patient chez les médecins spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes et pharmaciens (42,43). Il en résulte ainsi une diminution de 9% des dépenses de santé annuelles. Le projet d'évaluation mené par l'IRDES n'a néanmoins pas mis en

évidence une diminution du taux d'hospitalisation des patients suivis en MSP. Ce résultat est à relativiser puisque ce critère nécessite des échantillons de large ampleur et un suivi de longue durée. Sur le plan managérial, l'IRDES a mis en évidence le fait que les MSP constituent une organisation du travail interprofessionnel favorable au développement de pratiques avancées chez les infirmiers. Enfin, outre l'effet sur la démographie médicale, l'accès aux soins est favorisé par les MSP grâce à une augmentation de la productivité médicale.

À travers ces indicateurs géographiques, médico-économiques et sociologiques, L'IRDES apporte une première approche dans la définition de la performance des MSP. Ses études remontent à l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) et à l'implantation des MSP en France. Aujourd'hui, les NMR sont fixés dans le cadre de l'ACI et les MSP ont gagné en maturité. C'est pourquoi il nous semble pertinent d'effectuer une nouvelle évaluation de la performance des MSP.

C'est dans cette optique que s'inscrit notre étude : pouvoir offrir une analyse actualisée de la performance des MSP afin de pouvoir préciser les éléments qui la déterminent.

2. Méthode

L'objectif de l'étude est de déterminer de quelle manière la performance d'une MSP peut être évaluée. En effet, ce travail a pour but de recueillir la perception de chaque interlocuteur lié aux MSP en général, aussi bien professionnel de santé que coordinateur ou patient.

2.1. Sélection des participants

Les participants ont été entièrement démarchés par l'enquêteur (LA). La première prise de contact a eu lieu essentiellement par email et quelques fois lors d'une rencontre physique ou par téléphone. Chaque participant a donné son consentement oral quant à l'enregistrement de l'entretien.

La sélection des participants s'est faite autour de 3 MSP présentant des caractéristiques sociodémographiques différentes :

- la MSP de Santé en Vercors (Isère) (SeV) présente en milieu semi-rural ;
- la MSP de Saint-Martin d'Hères (Isère) (SMH) présente en milieu urbain ;
- la MSP de Saint-Marcellin (Isère) (SM) présente en milieu rural.

Après une première prise de contact avec des professionnels de santé basée sur l'expérience professionnelle de l'enquêteur, les participants de l'étude ont été essentiellement sélectionnés avec les coordinateurs respectifs de chaque MSP afin d'avoir un échantillon de profils différents au sein de leurs MPS respectives. Les critères de sélection comprenaient des usagers et des professionnels avec des niveaux d'implication différents dans la gestion de la MSP.

À part pour la MSP de SeV où certains professionnels connaissaient l'enquêteur pour avoir travaillé avec lui lors de stage professionnel de 6^{ème} année, la plupart des entretiens se révélaient être une première rencontre entre les deux parties.

Tableau 1 Caractéristiques des participants de l'étude

	Genre	Âge	Profession	Pôle	Ancienneté au sein du pôle	Activités au sein du pôle	Lien
1	F	37	Dentiste	SeV	Début	Conseil de gérance	Connaissance
2	F	31	Médecin	SeV	Récent	Chef de projet	Connaissance
3	M	49	Pharmacien	SeV	Formation	Conseil de gérance, chef de projet	Maître de stage
4	F	53	Coordinateur du pôle de santé	SeV	Formation	/	Relation professionnelle
5	M	56	Médecin	SeV	Formation	Chef de projet	Relation professionnelle
6	F	35	Kinésithérapeute	SeV	Candidat	/	
7	M	60	Infirmier	SeV	Début	Membre du pôle	Relation professionnelle
8	F	62	Kinésithérapeute	SeV	Récent	Membre du pôle	
9	M	31	Coordinateur du pôle de santé	SMH	Récent	/	
10	M	73	Patient	SeV	/	/	
11	M	62	Médecin	SM	Formation	Conseil de gérance	
12	F	51	Pharmacien	SMH	Début	Conseil de gérance	
13	F	50	Pharmacien	SMH	Début	Ex-membre du Conseil de gérance	Ancien salarié pour remplacement

2.2. Les participants de l'étude

Au total, 20 personnes ont été identifiées et contactées pour participer à l'étude ; 13 ont effectivement participé (Tableau 1) représentant ainsi six types de profils différents : membres du conseil de gérance, chefs de projet, coordinateur du pôle, candidat, membre du pôle et patient. On y trouve aussi bien des professionnels présents depuis la création de la MSP que des intégrations récentes.

Les six non-participants correspondent à des personnes qui n'ont jamais répondu aux sollicitations de l'investigateur. Parmi eux se trouve notamment un élu municipal qui a participé à la création d'un pôle de santé.

Les trois MSP sont représentées même si on constate une plus forte participation pour SeV (neuf participants) que pour SMH (trois participants) et SM (un participant).

Tableau 2 Caractéristiques des entretiens

Participants	Date	Déroulé de l'entretien	Lieu	Durée
1	21/10/19	Face à face	Cabinet	1h 22 min
2	31/10/19	Face à face	Salle de repos	1h 14 min
3	28/11/19	Face à face	Restaurant	1h 26 min
4	03/12/19	Face à face	Bureau	56 min
5	11/12/19	Face à face	Salle de repos	1h 6 min
6	19/12/19	Face à face	Cabinet	34 min
7	20/12/19	Face à face	Cabinet	59 min
8	02/01/20	Face à face	Cabinet	49 min
9	02/01/20	Face à face	Bureau	1h 17 min
10	11/02/20	Face à face	Café	53 min
11	18/03/20	Distance	Téléphone	1h 20 min
12	28/05/20	Distance	Téléphone	1h 1 min
13	11/06/20	Distance	Téléphone	45 min

2.3. Collecte de données

Les entretiens se sont déroulés du 21 octobre 2019 au 11 juin 2020 avec des durées allant de 34 min à 86 min (Tableau 2). La rencontre physique avec les participants de l'étude a été préférée mais les derniers entretiens ont dû avoir lieu par téléphone en raison de la pandémie Covid-19. Les échanges se sont appuyés sur un guide d'entretien (Annexe) qui a été testé lors du 1^{er} entretien afin de savoir s'il répondait aux objectifs souhaités. Il s'articule autour de trois axes :

- l'implication personnelle du professionnel au sein de la maison de santé ;
- l'organisation de la maison de santé ;
- la performance de la maison de santé.

Ils ont tous été enregistrés puis retranscrits de manière anonyme sur Word®.

2.4. Analyse des données

Les entretiens ont été étudiés suivant une analyse thématique inductive (44). Dans cette démarche, les thèmes sont définis par les chercheurs au fur et à mesure de la codification. Un double codage a été effectué pour les trois premiers entretiens par l'enquêteur et deux chercheurs expérimentés en recherche qualitative (JG et JDB). Ces derniers ont travaillé en parallèle et à l'aveugle puis une discussion avait lieu en cas de désaccord dans l'optique de trouver un consensus. Le 13^{ième} entretien n'ayant apportés que peu de données supplémentaires et l'arrivée du premier confinement comportant une charge de travail accrue pour les professionnels de santé, nous ont poussés à mettre fin à la collecte de données.

3. Résultats

Alors que l'objectif de l'étude est de déterminer de quelle manière la performance d'une maison de santé peut être évaluée, il apparaît en premier lieu que les professionnels de santé ne sont à l'aise avec, il peut même « *[avoir] peur, si on veut dire les choses clairement. Performance, ça veut dire qu'on attend quelque chose de nous et quelque chose d'orienté vers le mieux et moi j'ai été obligé par mes études à une obligation de moyens et pas de résultats* » (2 : 594-597).

Pourtant, même si elle n'est pas évoquée directement, on retrouve dans leurs verbatim des éléments qui peuvent aider à appréhender la performance d'une MSP. Ainsi, selon les participants, la performance d'une MSP se compose des enjeux associés à la création de la MSP, du parcours patient, de son modèle organisationnel, de l'évolution des pratiques professionnelles et enfin de l'implication des professionnels la constituant (Figure 1).

3.1. Enjeux des MSP

Les MSP permettent l'émergence de nouvelles pratiques destinées aux patients. Il peut s'agir de protocoles de prise en charge ou de programmes de soins qui répondent à la fois aux besoins du patient et à l'envie des professionnels de santé. Les instances, aussi bien étatiques que régionales, influent également sur le type de projet qui sera mis en place dans la mesure où elles imposent des procédures et des contraintes budgétaires.

3.1.1. Répondre à la demande de soin du patient

Les professionnels de santé cherchent à répondre aux problématiques rencontrées dans leur quotidien. Les MSP offrent l'opportunité de leur proposer un accompagnement plus personnalisé en fonction de leur besoin.

« Parce qu'à la base c'est des patients qu'on voit, qui ont des besoins. » (6 : 68-70)

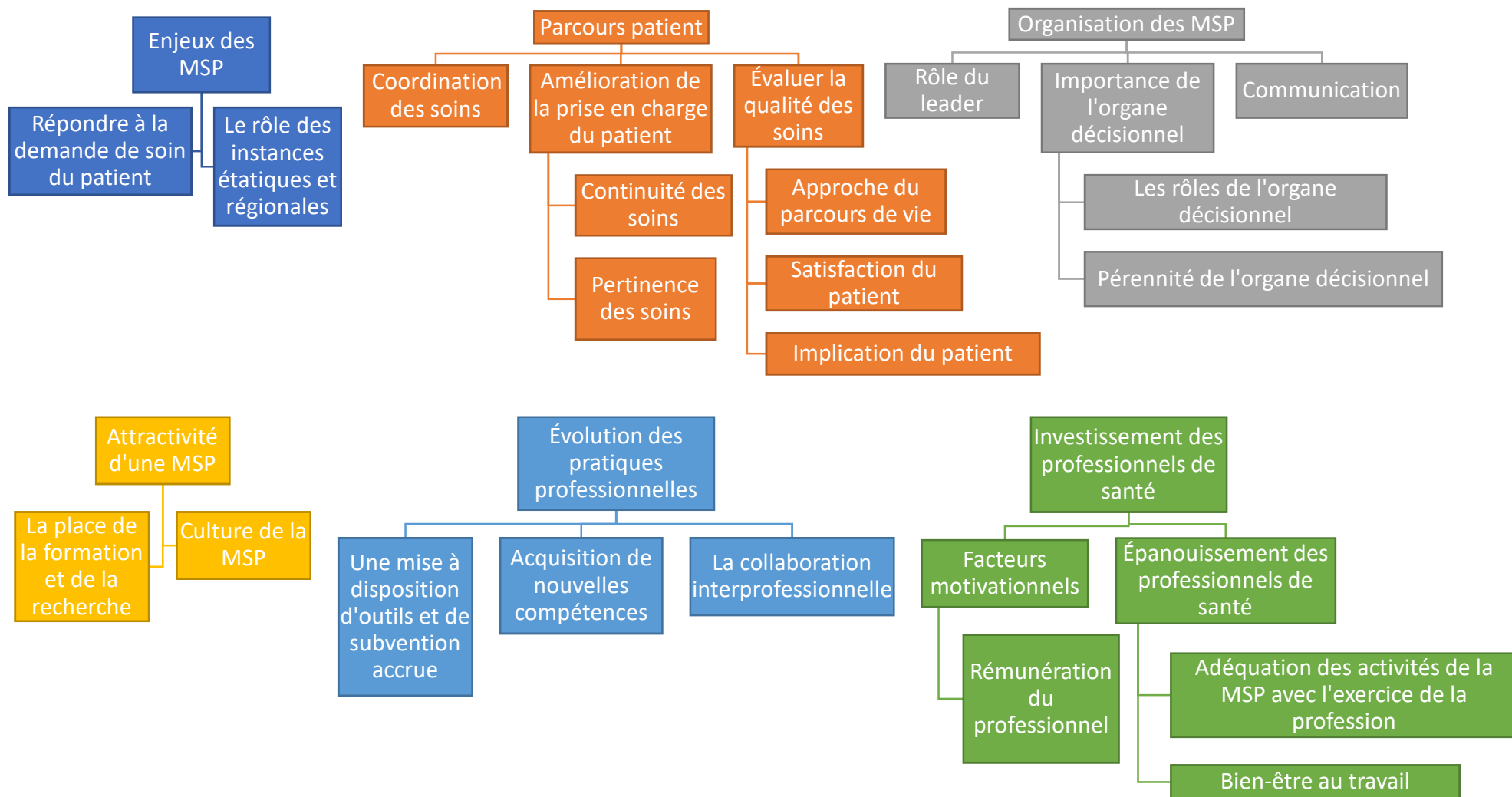


Figure 1 Logigramme des résultats

Ce besoin est souvent spécifique à la population du territoire de la MSP. Les programmes sont d'autant plus faciles à mettre en place s'ils répondent aux besoins de la population de son secteur.

« On a fait un diagnostic du territoire à partir du projet de santé, il fallait le diagnostic du territoire, du besoin de la population et on arrive à s'appuyer là-dessus à chaque fois qu'on identifie une pathologie, une problématique sur laquelle il faut qu'on se mobilise » (4 : 486-488)

3.1.2. Le rôle des instances étatiques et régionales

Les formes de la collaboration interprofessionnelle ont beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Avant l'arrivée des MSP, les professionnels de santé manifestaient déjà leur volonté de travailler ensemble, dans le cadre par exemple d'organisations telles que l'Association des Professions Libérales en Santé sur le plateau du Vercors ou encore PréMed pour SMH.

« Et avant le pôle et avant la maison de Lans, il y avait déjà eu un projet dans le centre du village de se regrouper avec les médecins et les kinés, déjà avant » (3 : 107-108)

Avec la création de MSP, l'État a concrétisé cette volonté. Les lois régissant l'interprofessionnalité ont beaucoup évolué depuis l'adoption de la loi HPST modifiant à de nombreuses reprises son cadre. Ces modifications sont à l'image de l'évolution du cadre juridique des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) depuis 2012 qui ont poussé les MSP *« à évoluer aussi avec l'évolution de la SISA » (4 : 370)*

Les trois MSP mentionnées dans cette étude sont encore organisées sous forme associative en plus d'être des SISA et l'arrivée aujourd'hui d'une nouvelle forme possible de collaboration avec les CPTS questionne d'autant plus les MSP sur leur manière de s'organiser.

Les instances régionales jouent également un rôle dans le fonctionnement des MSP dans la mesure où la mise en place des programmes est contrainte par des ressources financières. Les

MSP doivent prioriser les programmes en fonction des budgets à disposition. La question des financements devient donc prépondérante *« parce que là, on commence à avoir un budget qui n'est pas extensible et qu'il y a de plus en plus de gens. Il faut partager de plus en plus le gâteau et là il va falloir qu'on commence à faire des choix en termes de budget : qu'est-ce qu'on finance, comment on finance... » (3 : 12-14).*

En ne reconnaissant que la forme de SISA comme structure capable de redistribuer des ressources financières aux professionnels de santé, les ARS imposent des conditions comme l'obligation d'investir dans le capital quand on l'intègre.

« Parce qu'on nous fait rentrer dans une société dans laquelle on prend des parts, dans laquelle on prend des risques, il y a des gens qui ne veulent pas rentrer dans ce carcan. » (7 : 49-51)

En sus des enveloppes budgétaires qu'elles mettent à disposition, les ARS influent sur le type de programme qu'elles souhaitent faire émerger. Cela permet de donner des pistes aux membres de la MSP pour répondre aux besoins de la population.

« Parce que ce financement d'infirmier de parcours, il y avait des fiches de postes fournis par l'ARS donc c'était dans les clous » (7 : 206-207)

Les limites de la SISA créent des décalages entre les besoins du terrain et ce qu'il est possible de mettre en place. En effet, les MSP sont soumises à une obligation de report auprès des ARS. Or, cette vision purement comptable entre parfois en collision avec la vision « santé » des membres de la MSP.

« Pour autant c'est quand même la partie la plus pénible en fait, parce qu'on a l'impression de ne pas parler de la même chose. Nous on parle du patient, eux ils parlent d'un papier sur lequel il faut mettre des chiffres. Donc ça, ce n'est pas agréable » (4 : 641-644)

Les projets instaurés par les ARS ne suffisent pas à répondre à l'ensemble des problématiques territoriales, ce qui engendre la mise en place d'autres programmes, même si leur financement est moins évident à trouver. Ainsi, les pouvoirs publics locaux peuvent jouer un rôle dans le développement des initiatives entreprises.

« Les campagnes électorales, les changements d'élus politiques, les élections à la communauté de commune qui nous ont bouffés en gros 2 années quoi, parce les politiques avant de partir ils ne prennent pas de décisions » (12 : 28-31)

3.2. Parcours patient

Les MSP proposent de répondre aux besoins du patient par une prise en charge globale, incluant tous les professionnels de santé. Il est alors nécessaire de les coordonner pour assurer la continuité et la pertinence des soins. Pour évaluer ces points, l'avis du patient reste crucial.

3.2.1. Coordination des soins

La coordination des soins est essentielle pour mutualiser les compétences des professionnels de santé et apparaît comme *« un point clé pour entourer le patient, pour être plus performant » (14 : 311-312)*. Les MSP permettent une prise en charge globale du patient, qui ne s'adresse plus au professionnel de santé directement mais à la structure pour s'orienter aux mieux dans le parcours de soin.

« Le patient, il n'appartient pas à un soignant. Nous ce qu'on propose c'est une équipe pour les usagers d'un territoire » (5 : 362-363)

Cette nécessité d'orientation pour le patient se matérialise par la présence d'au moins un coordinateur dans les trois MSP étudiées. Ses compétences apparaissent comme un élément essentiel puisque que *« ce qui est important c'est d'avoir quelqu'un qui coordonne tout ça*

parce que je pense qu'on est pleins, on a pleins d'idées et ça peut partir dans tous les sens. »
(6 : 119-121)

3.2.2. Amélioration de la prise en charge du patient

La meilleure gestion du parcours patient participe à l'amélioration de sa prise en charge. Le faire avec une vision holistique permet de proposer de nouvelles solutions de soins.

« Si on garde bien en objectif l'amélioration de la prise en charge de la personne, si on ne perd pas de vue le patient, on est performant tous les jours. » (4 : 581-582)

Continuité des soins

Les MSP facilitent l'accès aux soins pour les patients. Les programmes collaboratifs permettent d'avoir des réponses de spécialistes plus rapidement et le regroupement de professionnels, font qu'il y en a toujours un de disponible, d'autant plus que ces structures sont attrayantes pour les remplaçants.

« Ça veut dire que l'offre de soin n'est pas perdue, c'est-à-dire qu'on continue à avoir une offre de soin complète sur 5 agendas, 5 jours par semaine même si ce n'est pas le médecin titulaire. » (12 : 316-318)

Le patient peut continuer d'être pris en charge jusqu'à son domicile. Les personnes dépendantes présentent des situations complexes de soins qui sont mieux appréhendées par la collaboration interprofessionnelle.

« Nous sommes le secteur qui gère le plus à domicile, par rapport au nombre d'habitants, les GIR 1 et GIR 2. Ça, c'est significatif. » (7 : 520-522)

Les MSP peuvent également se présenter comme de véritables relais auprès des hôpitaux pour assurer une continuité de soins.

« [...] que le CHU puisse se décharger sur nous, c'est un peu plus cool quoi. Pas se dire on va faire sortir des patients, on va les ramener chez eux, qu'est-ce qu'il va se passer ? » (6 : 96-98)

Pertinence des soins

La prise en charge d'un patient est loin de se circonscrire à une prise en charge médicale : elle peut inclure un accompagnement social, administratif, ou logistique. D'autres organismes que les MSP sont habilités à proposer ces services aux patients. Un des défis des MSP est notamment d'éviter de mettre en place une solution qui est déjà proposée par un autre organisme sur le même territoire.

« Quelquefois le Conseil Général, le Département maintenant, a mis en place des systèmes qui sont en parallèle de tout ce qui a été mis en place via le biais de l'ARS avec le pôle de santé et les futures CPTS et ce sont des doublons par rapport à ce qu'on fait. » (8 : 115-118)

La pertinence des soins paraît d'autant plus importante que les ressources publiques sont limitées. L'implication du patient dans l'évaluation des soins devient nécessaire pour aborder cette problématique.

« La qualité des soins c'est une chose qui est indispensable mais s'il n'y a pas de pertinence la qualité ne sert à rien. Et la pertinence on en parle avec les patients. » (5 : 249-252)

3.2.3. Évaluer la qualité des soins

Approche du parcours de vie

L'évaluation de la qualité du soin n'est pas évidente, car la réussite d'une prise en charge est multifactorielle. D'une part, il est difficile de définir des critères fiables. Le recul sur les programmes n'est en outre pas suffisant, ou l'évaluation se révèle être un exercice trop chronophage.

*« Est-ce que c'est nous qui ne sommes pas performants, est-ce que c'est le patient ?
C'est un flou artistique. L'évaluation du soin, elle n'est pas simple. Elle est
multifactorielle. » (2 : 587-589)*

Une piste évoquée est celle du parcours de vie. Partant du constat que chaque patient a des objectifs de soins différents et qu'il est difficile d'avoir de critères communs à tous, il est possible de mettre en avant le parcours de soin du patient de manière plus globale et montrer en quoi la MSP a contribué à répondre à son besoin, même s'il reste difficile de déterminer qui est responsable de quoi.

*« Il y a des chances que l'on revoie notre méthode et que l'on ait une approche plus
sociologique des parcours de vie » (9 : 545-546)*

Satisfaction du patient

La satisfaction du patient apparaît comme le principal indicateur de la qualité des soins prodigués. Les professionnels de santé cherchent à la situer en échangeant directement avec le patient, via le retour de formulaires de satisfaction ou encore par l'accomplissement d'objectifs.

*« Il y avait une patiente de réhabilitation, elle avait atteint ses objectifs à 80%, elle en
a pleuré tellement elle était contente » (3 : 508)*

Malgré sa subjectivité, la satisfaction du patient est perçue par les professionnels de santé comme une récompense. L'intégration de l'avis du patient dans sa prise en charge contribue à placer le soignant et le soigné au même niveau.

*« La deuxième récompense, c'est la satisfaction du patient. [...] On a régulièrement
des encouragements et des compliments sur ce qu'on a réussi à organiser » (5 : 240-
242)*

Implication du patient

Le patient peut s'impliquer directement dans la structure et ainsi dépasser le stade de simple usager des MSP.

« Le fait que ça touche de plus en plus de personnes, ça montre que ça marche. On a même des gens qui prennent part à la vie de la maison de santé. » (1 : 339-340)

Leur implication se matérialise par leur participation au sein du comité de patients ou en tant qu'intervenants au sein de programmes tel que l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Les professionnels de santé apprécient l'implication du patient qui apporte un point de vue différent. Les MSP prônent l'horizontalité entre les professionnels de santé et l'utilisateur pour correspondre au plus près à ses besoins.

« Il m'a dit, si, on a besoin de tout le monde et justement ce n'est pas un regard médical que l'on cherche, on cherche à avoir le regard de gens qui ne sont pas du cercle médical » (10 : 329-330)

3.3. Organisation des MSP

Les MSP ont un mode de fonctionnement qui est difficile à appréhender aussi bien pour les professionnels de santé que pour les patients. La compréhension de l'organisation et des objectifs de la structure détermine pourtant l'implication de ses différents acteurs.

*« Même nous dans le pôle de santé, on ne sait pas trop ce que c'est, alors les patients... *rires* » (6 : 218)*

L'organisation des MSP est souvent comparée à « une usine à gaz » (8 : 107 ; 3 : 527 ; 12 : 131 ; 5 : 151), témoignant de la lourdeur de la machine administrative qu'elle représente pour les professionnels de santé. Elle essaye de tendre vers plus de fluidité, afin de faciliter leur adhésion.

« Je crois qu'il faut que le système il soit souple, il ne faut pas que ce soit trop contraignant sinon ils ont peur » (12 : 558-559)

Si le leader est particulièrement important pour faire fonctionner cette organisation, il n'est pas légitime pour prendre seul des décisions au sein de la structure et la constitution d'un organe

décisionnel s'impose. L'organisation doit ensuite communiquer de manière efficiente les décisions prises, en interne et en externe.

3.3.1. Rôle du leader

Que ce soit au sein d'un projet ou de l'organisation même de la structure, la présence d'un leader est essentielle dans la dynamique des MSP. Son rôle est de proposer des idées et de stimuler ses partenaires à être force de proposition.

« Il y a aussi le fait qu'on est tous des professionnels de santé avec nos cabinets, pharmacie ou autres et que s'il n'y a pas un élément, moteur, référent on a du mal à redémarrer, ça s'essouffle quoi » (14 : 77-78)

Les responsabilités du leader sont multiples : management d'équipe, réflexion sur la philosophie d'un projet, décision d'orientations de la MSP. Son expérience en fait un référent aussi bien pour les professionnels de santé que pour les institutions telles que l'Assurance maladie, les ARS, les hôpitaux...

« Le leader, c'est un carnet d'adresse. C'est des rencontres avec des collectivités territoriales, avec les élus, avec les tutelles, avec l'ARS, avec la CPAM, avec l'hôpital. » (5 : 144-146)

Cependant, le leader n'a pas obligatoirement un poste établi au sein des SISA, fragilisant sa légitimité à prendre des décisions.

« La question c'est de savoir qui c'est qui a décidé de faire des CPTS ? Et oui, c'est nous les leaders, parce que c'est la continuité du truc et qu'on y croit. Alors après, on a fait valider par d'autres, mais y en a à qui ça pose vraiment problème que ce soit nous qui prenons la décision » (3 : 197-199)

3.3.2. Importance de l'organe décisionnel

Le leader est jugé non légitime pour prendre des décisions, la constitution d'un organe décisionnel fiable et durable est au cœur des réflexions dans les trois MSP étudiées.

« On a travaillé sur la maturité et la structuration du conseil de gérance pour que ce soit un organe fiable, solide, sur lequel on identifie bien ce qu'il va apporter » (4 : 123-125)

L'organe décisionnel porte le nom de conseil de gérance pour SMH et SeV et n'a pas de nom particulier pour SM. Dans les trois structures, les décisions sont prises grâce des réunions régulières.

Les rôles de l'organe décisionnel

L'organe décisionnel rassemble toutes les professions au sein de la MSP afin que ses décisions soient représentatives.

« Chaque profession est représentée, comme ça les décisions qu'on prend sont relativement bien acceptées par tout le monde » (3 : 314-316)

Cette représentativité est importante notamment compte tenu du fait que les ressources sont limitées. La MSP doit définir des priorités en fonction des ressources humaines et financières ainsi que du réseau qu'elle a à sa disposition.

« Malheureusement on ne peut pas tout faire donc parmi l'énergie à partager il faut qu'on voit si ça fait partie des priorités » (9 : 672)

L'organe décisionnel permet d'avoir une vue d'ensemble des besoins organisationnels de la MSP afin de répartir les différentes tâches entre les professionnels.

« On a identifié des binômes en conseil de gérance pour prendre en charge chacune des problématiques qui sont obligatoires pour une SISA » (4 : 126-128)

Pérennité de l'organe décisionnel

Afin de garantir l'intégrité des décisions prises dans le temps, l'organe décisionnel doit rester pérenne malgré la rotation des individus qui le constituent. En effet, une personne doit pouvoir être remplacée si elle est moins investie ou si elle est épuisée.

« Il y a plein d'énergies pour que ça avance et ça avance, mais au bout d'un moment je pense que les choses vont se poser et tout le monde va trouver des limites on ne peut pas être comme ça tout le temps, ce n'est pas possible » (8 : 269-271)

3.3.3. Communication

La communication est un point névralgique de toute organisation. La répartition dans différentes structures des professionnels de santé ne facilite pas les échanges.

« On est multi-sites. Donc communiquer avec tout le monde de manière équitable c'est compliqué » (4 : 404-405)

De nombreux outils sont évoqués et existent pour essayer d'améliorer la communication : site internet, réunions d'information, newsletter, mailing. Le système d'information, pourtant condition obligatoire pour une SISA, est loin d'être le moyen de communication privilégié puisque souvent adapté seulement pour la profession médicale

« C'est d'avoir le même logiciel métier même si aujourd'hui il ne convient pas. Il va convenir de plus en plus aux paramédicaux mais ce n'est pas le cas encore » (2 : 436-437)

La mise en place de ces outils témoigne de l'importance pour le professionnel de santé de capter l'information afin de proposer à son patient des solutions adaptées.

*« J'ai toujours un mot d'ordre : c'est la communication. [...] D'être au courant, essayer, d'être au courant de tous les projets de santé qui se font parce qu'il y en a vraiment beaucoup *rire*, envoyer les patients dans les bonnes filières » (2 : 130-133)*

Cependant, les informations peuvent rapidement devenir trop nombreuses et la question de leur pertinence se pose. La gestion des informations par les professionnels de santé devient alors une tâche à part entière.

« Il y a peut-être des choses qui peuvent passer à l'as parce qu'on est débordé d'informations. J'ai envie de dire trop d'infos tue l'info » (8 : 298-300)

3.4. Attractivité d'une MSP

Les MSP proposent une dynamique de travail qui est appréciée par les professionnels de santé. Le travail quotidien en interprofessionnalité séduit les professionnels et les incite à rejoindre ce type de structure.

« Petit à petit, on recrute, parce que les gens voient en mode d'exercice plus enrichissant que ce qu'on fait tous les jours et souvent ils essayent de s'y associer. » (12 : 541-543)

Ce dynamisme n'est pas le seul à expliquer l'attractivité des professionnels de santé pour les MSP. Ce sont des centres de formation et de recherche et elles représentent des valeurs auxquelles les professionnels de santé peuvent s'identifier.

3.4.1. La place de la formation et de la recherche

Les MSP se révèlent souvent être de véritables centres de formation, créant une émulation intellectuelle aussi bien pour les formés que pour les formateurs. Elles deviennent alors des centres d'expérimentations et de recherche les rendant attractives également auprès des universités.

« Je trouve ça important c'est qu'on accueille des étudiants [...] C'est toujours te remettre en question car on va te dire « Mais pourquoi tu fais ça ? » « Attends mais pourquoi tu me poses la question, t'as pas appris ça dans tes cours ? ». Ça aussi c'est

une dynamique qui est importante. On participe à des travaux de recherches, ça te fait réfléchir. Il faut continuer à le faire. » (2 : 705-712)

Les travaux de recherches et d'expérimentation effectués au sein des MSP permettent également de regrouper des informations de santé territoriale, aujourd'hui manquantes.

« On a une mine d'or dans les mains avec ces informations. La sécu, leur information est fausse. Si on était un peu plus stricts on aurait une mine d'or dans les mains pour aller négocier avec la sécurité sociale, l'ARS, le ministre de la santé » (3 : 478-479)

La formation et la recherche permettent alors d'attirer et de pérenniser les jeunes professionnels de santé sur le territoire qui se présente comme un objectif majeur des MSP.

« Créer une structure qui soit susceptible de se pérenniser donc qui soit suffisamment attractive pour attirer de jeunes professionnels. Pour que l'offre de soins locale puisse se pérenniser » (12 : 43-45)

3.4.2. Culture de la MSP

Les MSP prônent des valeurs qui déterminent leur façon de s'organiser. Ces valeurs peuvent être différentes d'une MSP à une autre mais elles fédèrent à chaque fois les professionnels autour d'une même culture organisationnelle dans laquelle ils se reconnaissent.

« La somme de tous ces petits points de la culture font que si du jour au lendemain ça se diluait, clairement je pense que le projet exploserait et ne tiendrait pas aussi bien » (9 : 482-483)

La recherche de professionnels de santé qui partagent des valeurs conformes à la culture de la MSP se ressent dans les procédures de recrutement de nouveaux membres. Les différentes conditions que doivent remplir les candidats permettent de garantir une cohérence avec le fonctionnement existant.

« Après il y a quand même une discussion en fonction de si la personne est bien en phase avec la charte du pôle et les engagements. Que ce ne soit pas que du profit mais aussi un accord d'engagement sur les objectifs. » (14 : 230-232)

Même si l'attrait des professionnels pour les MSP est certain, on peut se demander quelles en sont les implications concrètes dans les pratiques et quelles sont leurs motivations. C'est ce qui nous intéressera dans les deux dernières parties.

« C'est vrai que s'il y a de l'attrait pour le pôle ça veut dire qu'il y a des choses qui fonctionnent. On a accueilli 6 nouveaux entrants cette année, il y en a encore qui veulent arriver. Cette appétence peut être un critère mais il faut la pondérer avec les motivations » (3 : 532-534)

3.5.Évolution des pratiques professionnelles

Lorsque les professionnels de santé intègrent une MSP, ils sont amenés à changer leurs pratiques professionnelles habituelles. Ce changement n'est pas évident et implique de modifier les routines organisationnelles en intégrant les nouvelles pratiques mises à disposition.

« Quand je vais marcher avec les patients, je fais mon travail. Différemment, mais je fais mon travail. (3 : 259-260) »

Ces nouvelles pratiques sont permises par la présence de moyens et nécessite d'acquérir de nouvelles compétences. Elles se caractérisent par une forte collaboration interprofessionnelle.

3.5.1. Une mise à disposition d'outils et de subventions accrue

Le rassemblement des professionnels de santé facilite l'application de processus tels que l'ETP ou les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) grâce à l'identification des différents acteurs dans la prise en charge du patient. Par ailleurs, la mise à disposition de ressources financières permet également de répondre à leurs besoins pratiques.

*« C'est bon il faut y aller parce que bon on a des subventions pour le logiciel WEDA »
(8 : 191-192)*

Les professionnels de santé ont ainsi plus d'outils à leurs dispositions et peuvent exercer avec plus de confort.

« [...] utiliser tous les outils qu'on a, c'est du luxe » (2 : 139-140)

3.5.2. Acquisition de nouvelles compétences

Le travail en MSP pousse les professionnels de santé à acquérir de nouvelles compétences en gestion des organisations et management de projet. Ces compétences sont souvent associées au monde de l'entreprise.

« C'est une découverte pour moi. C'est la logique entrepreneuriale qui rentre dans une activité de soins où on a absolument aucune formation sur ces difficultés » (5 : 290-293)

Le décalage entre ces nouvelles compétences et les compétences de soins d'un professionnel de santé est d'autant plus marqué quand la structure se met à évoluer. Le besoin en compétences managériales se fait alors d'autant plus ressentir.

*« Mon rôle de petite secrétaire c'était vraiment au sein d'une petite association artisanale je dirai *rires*. On faisait ça avec les moyens du bord et là ça prend une ampleur qui est vraiment très professionnelle » (13 : 48-51)*

3.5.3. La collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle se manifeste par une meilleure compréhension du métier de l'autre. En regroupant toutes ces professions autour d'un objectif commun, certaines barrières ou préjugés peuvent être franchis.

On est des professionnels de santé libéraux qui doivent travailler ensemble alors qu'on ne nous l'a jamais appris dans nos études. On sait tous faire notre truc mais on ne sait pas communiquer, on ne connaît pas les compétences des autres. (2 : 190-192)

Cette collaboration oblige les professionnels à prendre en compte les compétences de leurs confrères afin de proposer une solution non plus individuelle, mais collective. La présence de plusieurs professionnels de même profession oblige à revoir leur rapport concurrentiel.

« Nous en tant que 7 pharmaciens sur le secteur [...] on est confrères et consœurs mais à un moment donné il faut éviter tout risque de concurrence indirecte, ça peut être un obstacle. Quelque chose qui peut amener une concurrence. Si je fais quelque chose ce n'est pas dans le but de récupérer des patients d'une autre pharmacie. » (13 : 318-321)

Les professionnels de santé se soutiennent ainsi pour affronter les difficultés auxquelles ils sont exposés. Ils partagent leurs compétences tant pour gérer leur structure que pour améliorer la prise en charge du patient. Cette entraide permet une meilleure adaptabilité aux situations.

« C'est clair que quand on voit des situations comme celle qu'on traverse aujourd'hui (coronavirus), je ne m'imaginerais pas gérer ça tout seul. A la fois pour des questions matérielles, parce que là on a bien vu qu'on a une grosse boutique, on a un bâtiment qui fait presque 1000 m carré, on a des bureaux partout, des salles d'accueil différentes. On a une collaboration de gens qui sont habitués à travailler ensemble et qui se portent volontaires pour filer un coup de main » (12 : 288-293)

3.6. Investissement des professionnels de santé

Les motivations pour intégrer et s'investir au sein d'une MSP peuvent être multiples et répondent d'abord à un objectif d'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle. Trouver cet équilibre est essentiel à l'épanouissement du professionnel de santé, un objectif clairement défini des MSP.

« On aimerait que tout le monde trouve une place et s'épanouisse dedans. C'est le nouvel objectif majeur » (1 : 186-187)

3.6.1. Facteurs motivationnels

L'équilibre entre la vie personnelle et l'activité professionnelle est une notion importante dans l'investissement des professionnels de santé au sein des MSP. Ils s'investissent différemment suivant leur situation personnelle. Leur caractère détermine ensuite leur manière de participer.

« Mon associée a ses enfants qui sont déjà grands alors que moi j'ai une deuxième vie qui commence après le boulot. On ne peut donc pas s'impliquer pareil et après y a aussi une question de nature, d'envie, ceux qui aiment crouler sous les activités et ceux qui font leur boulot et pas autre chose, le caractère. » (1 : 165-170)

Il est plutôt positif pour un professionnel de santé d'être associé aux MSP. Cela peut être perçu comme un avantage concurrentiel sur d'autres confrères.

« Parce que ça ne fait pas bien d'être en dehors et si on est dedans, c'est mieux, on voit où je suis et il y a une concurrence » (4 : 218-219)

De par le statut qu'offre leur profession, certains professionnels vont se sentir plus légitimes que d'autres à s'impliquer.

« Un médecin se sentira plus facilement légitime à travailler sur la santé publique qu'un orthophoniste par exemple qui aura beaucoup plus de mal à se sentir légitime pour porter un projet » (9 : 181-183)

D'autres vont s'investir *« par culpabilité de ne rien faire d'autre » (1 : 123)*. Certains professionnels se sentent coupables d'avoir un engagement modéré dans leur pratique professionnelle tandis que d'autres se sentent privilégiés d'exercer dans ce type de structure en se comparant aux hôpitaux par exemple.

« Je me dis que là on me dit qu'il y a de l'argent et comment se fait-il qu'il n'y en ait pas plus pour l'hôpital. Ça me dérange parce que je trouve qu'on travaille dans un certain confort » (8 : 218-220)

Les professionnels de santé recherchent également de la reconnaissance, que ce soit auprès de leurs collègues, des patients ou bien des institutions.

« Comme on n'est pas écoutés, on fait notre travail dans notre coin et c'est tout. » (7 : 166-167)

Enfin, la motivation des professionnels de santé est de maintenir une qualité et une offre de soins équivalente tout au long de l'année aux patients. L'exercice en MSP permet d'y parvenir tout en limitant les sacrifices personnels.

« C'est tous ces relais qui peuvent s'organiser en fonction de ces motivations, premières ou finales peu importe, qui font que ça va maintenir le niveau d'activité. » (4 : 235-238)

Rémunération du professionnel

Le professionnel de santé peut être rémunéré suivant son investissement. Cette possible rémunération au sein de SISA permet de reconnaître son travail dans la structure et de justifier le temps consacré.

« On a fait beaucoup en bénévolat, mais ce n'est pas gratifiant. On veut bien y croire, y mettre beaucoup d'énergie, mais c'est bien qu'on soit reconnu et qu'on nous dise ok votre travail a du sens, c'est gratifiant on vous rémunère pour ça » (13 : 299-301)

Cependant, ils reconnaissent que cette rémunération n'est pas à la hauteur du même temps passé.

« Il y en a qui y vont peut-être juste pour toucher ces fameux NMR, mais alors là ils se fourvoient, il n'y a pas grand-chose, il ne faut pas rêver » (7 : 377-378)

3.6.2. Épanouissement des professionnels de santé

Adéquation des activités de la MSP avec l'exercice de la profession

Les professionnels de santé se retrouvent à exercer deux types d'activités qu'ils distinguent : leur profession habituelle et leurs activités au sein du pôle. La répartition de ces deux activités

sur le temps de travail n'est pas évidente à trouver. Les manières de s'organiser diffèrent. Certains parviennent à intégrer les activités du pôle dans leur agenda de manière aisée et les considèrent comme des missions à part entière dans leur pratique.

« Je n'ai pas changé mon organisation. J'ai rajouté de 12 à 13 le mardi quand quelquefois je ne vais pas en domicile quand il y a une RCP. » (8 : 550-551)

D'autres reconnaissent devoir imaginer une nouvelle organisation de travail.

« Faire un peu moins de kiné et m'investir un peu plus de mon temps dans le pôle de santé si les projets me parlent. Ça je suis prête à le faire » (6 : 79)

L'objectif est d'éviter une surcharge de travail et le surmenage du professionnel, sans pour autant affecter les missions de santé initiales.

« C'est trouver un juste équilibre pour ne pas délaisser sa patientèle parce que c'est bien d'organiser, de faire des choses mais si au bout du compte c'est pour délaisser les personnes dont on s'occupe réellement pour mon cas à la pharmacie, si ça devait en venir là je pense que je serai mal à l'aise » (14 : 371-374)

Bien-être au travail

Habituellement, les professionnels de santé d'un territoire échangent ensemble à minima. Les MSP formalisent leurs échanges et permettent aux professionnels de se reconnaître et d'affiner leurs liens.

*« Ah oui chose exceptionnelle, on a un visage sur un nom *rires*. C'est extraordinaire de savoir à qui on s'adresse. » (2 : 502-503)*

Les professionnels de santé décrivent alors une amélioration de leur condition de travail. Il existe un climat social au sein des MSP qui pousse à la convivialité et à une sensation de bien-être au travail.

« C'est à dire que on se croise dans les couloirs, on boit le café au 1er étage, au 2ème étage, on fait du vélo ensemble... C'est un peu l'indice de bonheur partagé » (5 : 237-239

4. Discussion

Notre recherche essaye de déterminer la perception de la performance des MSP par les acteurs évoluant en leur sein, en fonction de leur niveau d'implication dans la structure. Il s'agit à notre connaissance du premier travail français qui s'intéresse spécifiquement à la façon dont les acteurs locaux des MSP s'approprient le terme et les activités liées à la performance. Il est vite apparu que le mot « *performance* » en lui-même est mal perçu par les participants. Cette question de la performance des MSP est pourtant d'autant plus prégnante que les ARS et l'Assurance Maladie financent ces structures : un retour sur investissement est à attendre.

Limites et biais

C'est la première fois que l'enquêteur réalisait une étude qualitative et son manque d'expérience peut être considéré comme un biais. Cependant, sa supervision par deux chercheurs expérimentés en recherche qualitative et la réalisation d'un entretien test ont permis de contrôler ses capacités à répondre aux attentes de cet exercice.

Le recrutement des participants a été effectué essentiellement à partir des recherches et de l'expérience de l'enquêteur, entraînant un biais de sélection. Néanmoins, on peut relever l'implication des coordinateurs des MSP dans le recrutement des participants pour tenter de diminuer ce biais. Même si les profils recherchés étaient variés, n'ont répondu à l'entretien que ceux qui le souhaitaient, provoquant ainsi un biais de participation. Un seul patient et aucun élu municipal n'ont répondu aux sollicitations. L'implication de l'enquêteur en tant que stagiaire, puis pharmacien remplaçant au sein de la MSP de SeV renforce le biais de désirabilité sociale créé par le biais de sélection et participation.

Enfin, malgré l'effort d'interroger des professionnels sur 3 MSP aux profils différents, la représentativité de SeV est largement supérieure à celle de SMH et SM. Le temps initialement

consacré au recrutement et entretien de ces dernières MSP correspondant au premier confinement lié au Covid-19, le parti a été pris de laisser les professionnels se consacrer à leur organisation professionnelle face à cette situation inédite.

Quelle approche pour évaluer la performance des MSP ?

Avec les MSP, l'État confie des objectifs de santé publique à des structures privées de regroupement d'exercice libéraux. En effet, les secteurs public et privé connaissent un rapprochement de leur finalité (33). Dans le secteur privé, l'objectif de rentabilité économique est inhérent à un projet d'entreprise qui doit s'autofinancer pour s'inscrire dans la durée. Il est au cœur des attentes des actionnaires lorsque le capital des entreprises est ouvert. Dans le secteur public, le soutien financier de l'État et des collectivités fait passer au second plan l'objectif de rentabilité économique : la finalité principale est la satisfaction de l'intérêt général. On note néanmoins que l'État met de plus en plus en avant l'objectif de la réduction des déficits publics, qui peut être assimilé à une recherche de rentabilité. On remarque dans nos résultats que les MSP proposent une flexibilité organisationnelle qui manque généralement au secteur public (45). Elles y parviennent également en développant les compétences et les outils des professionnels de santé pour pousser à l'innovation.

Les attentes autour des MSP sont nombreuses et même si le patient reste le principal protagoniste, il est loin d'être le seul à en avoir. Chaque observation au sein de nos résultats peut être perçue comme une réponse à des objectifs fixés par les différentes parties prenantes des MSP. On recherche à la fois la satisfaction du patient en lui offrant la possibilité de s'exprimer ou de s'impliquer lui-même dans la structure, et celle du professionnel de santé en lui permettant de s'épanouir. Les MSP, grâce à leur organe décisionnel, proposent de maîtriser les coûts en priorisant les projets en fonction des ressources à disposition, répondant ainsi aux attentes de l'État ou d'autres investisseurs publics. Sur le marché des soins primaires, elles

proposent une alternative à l'hôpital en assurant également une continuité des soins. Cet avantage concurrentiel se manifeste aussi vis-à-vis des professionnels de santé n'exerçant pas au sein d'une MSP car l'intégration de ces structures leur donne une meilleure image.

La formalisation de ces objectifs apparaît d'ailleurs clairement au regard des projets de santé de chaque MSP qui s'articulent autour d'un diagnostic territorial des besoins démographiques et de l'offre de soins, d'une description du projet professionnel, de l'accès aux soins, des modalités du travail interprofessionnel et enfin de l'utilisation du système d'informations. Cela permet d'atteindre les différentes dimensions visées par l'évaluation de la performance en santé qui sont (46): l'amélioration de la santé de la population ; les résultats sanitaires obtenus après traitement ; la qualité clinique et le caractère approprié des soins ; la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population ; l'équité et la productivité. La performance des MSP peut donc se définir par la satisfaction de l'ensemble des parties prenantes. Cette définition a d'autant plus de sens qu'elle est le point commun de différentes approches dans la littérature (47).

Ainsi au vu des résultats, la performance des MSP est appréhendée sous l'approche du New Public Management (NPM) (47). Il convient néanmoins de prendre quelques précautions : nos résultats orientent-ils vers l'adoption d'un cadre d'analyse fondé sur le NPM ou sont-ils le reflet d'un changement de management de la part de l'État quant à la santé (48) ? Malgré un exercice libéral historique et conservé, l'organisation des soins est passée d'un système fondé sur l'autorité hiérarchique et dominante de l'État à un modèle de management contractualisé avec les ARS qui favorise l'initiation financière via le financement d'initiatives de terrain.

Quels freins à la performance des MSP ?

Les résultats nous permettent de constater le rôle important que jouent les instances nationales et régionales dans le développement des MSP. L'évaluation du NPM dans d'autres secteurs d'activités appelle à la vigilance. L'approche NPM se distingue au niveau de l'évaluation de la performance par la dissociation de la conception, fonction stratégique, (décision politique) de la mise en œuvre (gestion) confiée à des structures flexibles, le tout au bénéfice d'un service de meilleure qualité aux usagers (49). Malgré le rapprochement des ARS avec les problématiques de terrain, on peut tout de même se demander si son autorité ne serait pas un frein à la performance des MSP. Comme pour l'instauration des services pharmaceutiques en pharmacie d'officine, les professionnels de santé des MSP ne se reconnaissent pas dans le système d'incitation financière allant même jusqu'à créer un sentiment de culpabilité chez certains comme observé dans les résultats (50). De même, la multiplication de ces structures autonomes complexifie le pilotage des politiques puisqu'on observe une hétérogénéité des indicateurs (48). Par le contrat qui les lie aux MSP, l'Assurance Maladie et les ARS se retrouvent dans une position où elles imposent leur définition de la performance aux autres parties prenantes de la MSP au lieu d'une recherche d'un consensus commun, n'incitant pas ces dernières à performer. Dans l'ACI, on retrouve actuellement trois types d'indicateurs relatifs à la qualité, l'accès et la coordination du soin et au système d'informations. Ce sont essentiellement des indicateurs d'activité tels que le nombre de professionnels, de missions de santé publiques ou encore de patients.

Il est important de constater que la satisfaction des parties prenantes en est quasi absente. Par exemple, la satisfaction patient est un indicateur optionnel et compte pour seulement 4% des points liés aux indicateurs relatifs de l'accès au soin. On peut s'étonner que la satisfaction des professionnels de santé ne soit pas mentionnée alors que l'État espère, en rendant le cadre d'exercice en MSP attractif, espère résoudre, en partie, le problème de la désertification

médicale (51). La pertinence de ces critères majoritairement quantitatifs, comme par exemple l'amélioration de la prise en charge des patients, est également questionnable au regard des objectifs de santé des MSP. En adoptant une politique fondée sur l'analyse des soins territoriaux, l'ARS favorise l'individualisation des parcours patient. Les objectifs sont mesurables par des critères intermédiaires en morbidité mais le processus devient beaucoup plus difficile à appréhender car les données de consommations de soins sont ambiguës. On vise à la fois à les réduire en quantité mais elles traduisent aussi la qualité d'une prise en charge qui devient individualisée. L'utilisation du parcours de vie, évoqué dans les résultats, illustre bien ce phénomène.

Le niveau de coordination : un bon indicateur de performance ?

Les participants pointent la faible utilisation du système d'information commun à la MSP, qui fait pourtant partie du socle prérequis dans l'ACI. Ces logiciels ont un objectif double : répondre aux besoins des professionnels de santé tant pour l'exercice individuel que pour la coordination interprofessionnelle et aider au pilotage de l'activité et à la gestion de structure. Leur sous-utilisation par les professionnels peut donc constituer une limite à l'évaluation de la performance des MSP au regard des indicateurs d'activité demandés par les ARS et l'Assurance Maladie. La qualité des informations recueillies conduit à devoir interpréter des indicateurs parfois éloignés des objectifs qu'ils sont censés exprimer. Les participants constatent en effet que ces logiciels correspondent surtout aux besoins des médecins et qu'ils ne répondent pas au besoin de communication interprofessionnelle. Les professionnels de santé préféreraient donc une communication plus directe se formalisant notamment des temps d'échanges planifiés comme les RCP, organisées dans 95% des MSP (52).

La pratique interprofessionnelle est au cœur de l'exercice en MSP et des objectifs nationaux d'implantation. La sous-utilisation du système de communication peut légitimement amener à

questionner le niveau de pratiques interprofessionnelles dans les MSP. Les éléments associés à la performance et décrits par les participants peuvent être analysés aux regard des modèles de collaboration interprofessionnelle(53). Nos résultats montrent que les participants partagent une identité et des objectifs communs forts et clairement identifiés. Le projet de santé et l'ACI se fondent d'ailleurs sur ces deux éléments. Les niveaux d'interdépendance et d'intégration entre les pratiques de travail apparaissent quant à eux moins élevés dans les entretiens des participants. En cela, les MSP répondent à l'objectif de coordination telle que définie par le NPM comme indicateur pour la performance sur plan organisationnel systémique (47). Ainsi, sans être contraires aux objectifs centrés sur les besoins des patients et du territoire, les MSP apparaissent comme étant des structures flexibles permettant l'émergence et le financement d'initiatives individuelles sans nécessairement engager une intégration des différentes pratiques de travail.

La MSP de SeV présente un niveau de maturité élevé au regard des critères définis par la Haute Autorité de Santé (HAS) (54). Or, trois des quatre niveaux de pratiques interprofessionnelles sont présentes parmi les participants issus de cette MSP (53) : le travail en réseau, la coordination et la collaboration. Le travail d'équipe, caractérisé par une forte intégration des pratiques professionnelles, n'est pas représenté. La question n'est pas tant l'augmentation de la performance des MSP en améliorant le niveau de pratiques interprofessionnelles que l'adaptation aux besoins du territoire et des patients. Il serait intéressant d'analyser d'autres formes d'exercice interprofessionnel (réseaux de santé, CPTS, centres de santé) pour savoir si elles permettent cette même flexibilité de pratiques interprofessionnelles. Ainsi, le critère de performance ne serait pas tant le niveau de coordination tel que défini par le NPM (47) ou le niveau de pratiques interprofessionnelles tel que défini par les modèles de collaboration (53), mais bien le degré de flexibilité offerte par la structure sur ce point.

Les pôles de compétitivité : une source d'inspiration pour l'étude des modes de gouvernance des MSP ?

Au vu des critères HAS, SeV et SMH sont des structures ayant une maturité organisationnelle forte : maturité combinée des systèmes d'information, des modes de rémunération, du travail en équipes interprofessionnelles, de la coordination et de la coopération. Nos résultats montrent que l'avantage organisationnel de SeV et SMH se trouve dans la définition d'un organe décisionnel fort de par sa représentativité.

La singularité du mode d'organisation des MSP n'est pas sans rappeler celle des pôles de compétitivité. En effet, les pôles de compétitivité ont pour vocation de faire collaborer des acteurs issus de différentes organisations et employeurs (55) afin de favoriser l'innovation. Dans le cadre des pôles de compétitivité, l'innovation est généralement abordée sous le prisme des innovations technologiques. Pour les MSP, l'innovation est davantage sociale, mettant l'accent sur la manière dont différents acteurs envisagent la naissance de pratiques professionnelles avancées (39). Enfin, ces deux modes d'organisation s'appuient sur la coopération des acteurs économiques, scientifiques et académiques d'un même territoire. Nos résultats montrent d'ailleurs que même sans le label Universitaire, une MSP est en capacité de fédérer des projets de recherche.

Les pôles de compétitivité ont notamment pour but d'accroître les synergies et les coopérations, d'aider à l'émergence de projets collaboratifs et de favoriser les interactions entre les membres. Quant aux MSP, elles disposent de deux objectifs majeurs que sont la coordination et la coopération internes (56). Enfin, comme pour les MSP, la mise en place des pôles de compétitivité par l'État constitue un exemple de délégation et de contractualisation s'appuyant sur des dispositifs de gestion, représentatif du NPM (57). Les enjeux des pôles de compétitivité et des MSP semblent alors similaires.

Les pôles de compétitivité regroupent des entreprises n'ayant pas la même capacité d'innovation. Ils regroupent même des structures qui n'ont pas les mêmes objectifs compte tenu de leurs capacités d'innovation propres (58). Les MSP présentent des différences comparables au regard des motivations des professionnels à adhérer à la structure. Alors que l'attractivité est un indicateur de performance des MSP, nos résultats montrent qu'elle semble liée à la position dominante de la structure sur le territoire. Ainsi, certains professionnels de santé auraient tendance à se comporter en "*passager clandestin*". Bien que cette observation soit cohérente avec la présence de différents niveaux de pratiques interprofessionnelles au sein d'une même MSP, cette hétérogénéité présente dès lors un frein. Il faut donc une entité capable d'impulser la collaboration. Le rôle de la gouvernance prend alors toute son importance.

Ainsi, les résultats des travaux menés sur les pôles de compétitivité mériteraient de faire l'objet de recherches complémentaires afin de montrer s'ils peuvent être ou non adaptés au contexte des MSP. Bocquet et al. (58) ont observé l'influence des modes de gouvernance sur la performance des pôles de compétitivité. Une gouvernance fondée sur une structure pivot, un acteur dominant sur le territoire ou le secteur d'activité, présente l'avantage de favoriser la création d'une identité propre, d'incarner le projet commun et de le mettre en cohérence. Pour les MSP, au vu de nos résultats, ce mode de gouvernance s'incarne autour du portage par les leaders. La plupart des projets sont impulsés par ces personnes et l'un des dangers de ce mode de gouvernance est l'essoufflement du leader. Les participants de notre étude ont d'ailleurs bien souligné l'importance du roulement dans le portage de la structure afin d'assurer sa pérennité. La comparaison avec les pôles de compétitivité pointe également la faiblesse de ce mode de gouvernance sur le maintien de la cohésion au sein de la structure. Son attractivité apporte nécessairement de la différenciation au sein des acteurs que le simple leadership ne suffirait pas à contrecarrer.

Les pôles de compétitivité disposent de cellules d'animation dont le rôle est notamment de soutenir et d'encourager les projets collaboratifs entre les membres du pôle. Dans les MSP, le rôle d'animation est joué par les leaders, voir le coordinateur (59). En cela, les MSP se rapprochent de la gouvernance associative : un acteur institutionnel régule la dynamique de la structure (60). Ce mode de gouvernance permettrait de prendre en compte l'hétérogénéité présente au sein des MSP (58). Il présente aussi l'avantage d'intégrer les acteurs publics locaux au pilotage de la structure. Il s'agit là encore d'une perspective de travail pour l'étude des MSP et de leur gouvernance. Enfin, les recherches de Defélix et al. (61) mettent l'accent sur la fragilité de la dynamique de collaboration, pouvant tendre à s'étioler au fil des années. Les auteurs préconisent alors d'accorder une attention spécifique au pilotage managérial, enjeu apparaissant également dans les résultats de notre étude sur les MSP.

Ce parallèle entre les pôles de compétitivité et les MSP nous permet de confirmer l'importance d'un organe de gouvernance fort et adaptable dans la performance des MSP.

De par leur structuration et les relations qu'elles entretiennent avec les instances de l'État, les ARS sont une forme d'organisation des soins résultant du changement de paradigme introduit par la Loi Organique relative aux Lois de Finances de 2001 (34) et s'appuyant sur le NPM. Les MSP répondent au besoin d'un management de la santé centré sur le patient (usager et citoyen). Nos résultats soutiennent l'idée que les MSP sont des structures autonomes conjuguant expertise, souplesse d'organisation interne et flexibilité de gestion, au bénéfice de l'usager. Néanmoins, nos résultats montrent aussi que les contrats liant les MSP aux agences sont incomplets. Ils omettent une partie des indicateurs de performance tels que la satisfaction professionnelle, la flexibilité de l'organisation et la force de l'organe de gouvernance, qui ont été identifiés par les participants comme étant trois éléments déterminants dans la performance

des MSP. Ces manques peuvent s'expliquer par la multiplication des structures. C'est une critique déjà émise à l'encontre du NPM dans d'autres secteurs d'activités (48). Les pôles de compétitivité sont des organisations similaires au MSP dans un autre secteur d'activité. Leur parallèle permet de dégager des pistes de réflexion quant à leur gouvernance.

Il est intéressant de constater que l'État reprend l'ascendant avec l'implantation des CPTS puisqu'il lui-même définit un nombre substantiel d'objectifs à remplir pour ces nouvelles structures interprofessionnelles avec obligation de résultats et non plus de moyens (2). Le défi se trouve maintenant dans la définition et la mise en place de nouveaux instruments de mesure des indicateurs. Pour cela une comparaison de la perception de la performance selon le mode d'exercice interprofessionnel permettrait de répondre non seulement à ce besoin, mais aussi de valider ces thèmes identifiés auprès des MSP. Elle permettrait également d'évaluer la pertinence de la flexibilité des pratiques interprofessionnelles par rapport au niveau de coordination. Attention cependant à ne pas tomber dans le piège de la performance globale des modes d'exercice interprofessionnel comme dans la comparaison de la performance globale des systèmes de santé (62). Il nous paraît surtout intéressant de les comparer sur leurs différentes dimensions ou des programmes en commun afin de pouvoir en tirer des conclusions pratiques.

THÈSE SOUTENUE PAR : Lionel AUMONT

TITRE : Mieux appréhender la performance des Maisons de Santé Pluri-professionnelles :
une vision des acteurs selon leur implication dans la structure : « *Là, on [parle] valeurs, de l'intérêt de chacun, du confort du professionnel aussi bien sûr [...] [pour] accompagner la personne; et pour moi c'est ça la performance* »

CONCLUSION :

Dans le domaine de la santé, la mesure de la performance est un enjeu déjà relativement bien saisi par les acteurs hospitaliers mais la problématique reste entière pour le secteur de soins primaires qui se réorganise autour de l'interprofessionnalité. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles font partie de cette nouvelle organisation et leur développement a connu une croissance importante : leur nombre est passé de 235 à 950 entre 2012 et 2018. L'État a joué un rôle central dans ce développement en y consacrant une partie du budget dédié à la santé, via l'Assurance Maladie et les Agences Régionales de Santé.

Face à cet essor rendu possible par un effort financier public, la question de l'évaluation de leur performance apparaît comme un sujet d'importance. Alors que les Maisons de Santé Pluri-professionnelles sont évaluées par les instances publiques au travers d'indicateurs d'activité, cette vision correspond-elle à celle des acteurs impliqués en leur sein?

Nous avons conduit 13 entretiens semi-directifs auprès d'acteurs - professionnels de santé, coordinateurs, patient - impliqués dans trois Maisons de Santé Pluri-professionnelles iséroises entre octobre 2019 et juin 2020.

L'analyse thématique des entretiens montre que la performance des Maisons de Santé Pluri-professionnelles s'articule autour des enjeux inhérents à leur création, du parcours patient, de son organisation, de son attractivité, des évolutions des pratiques professionnelles et de l'implication des professionnels de santé. La concordance de l'approche du New Public Management avec nos résultats nous permet de concrétiser la définition de ses objectifs par un modèle théorique.

Notre recherche met en évidence l'influence importante jouée par les Agences Régionales de Santé et l'Assurance Maladie qui se révélerait être un frein à la performance, du fait même de la nature de l'accord conventionnel interprofessionnel qui les lie aux Maisons de Santé Pluri-professionnelles. En effet, seule la satisfaction du patient est mise en exergue et ne présente que 4% des points liés aux indicateurs relatifs de l'accès au soin. De plus, la faible utilisation du système d'information empêche la remontée de données fiables pour documenter de potentiels indicateurs de performance.

Une comparaison de la perception de la performance selon le mode d'exercice pluri-professionnel permettrait de valider les thèmes identifiés auprès des Maisons de Santé Pluri-professionnelles. Elle permettrait également d'évaluer la pertinence de la flexibilité des pratiques interprofessionnelles par rapport au niveau de coordination.

Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles doivent surmonter leurs limites organisationnelles et créer un organe de gouvernance fort afin de créer une dynamique collective et collaborative. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles et les pôles de compétitivité partagent de nombreuses caractéristiques structurelles. Devant relever le même défi, leur mise en parallèle permet de révéler que la performance des Maisons de Santé Pluri-professionnelles ne dépend pas uniquement de l'émergence d'un acteur leader mais bien d'une compétence collective.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 16/11/2020 :

LE DOYEN

Michel SEVE




LE DIRECTEUR DE THÈSE :

Jean-Didier BARDET



LA CO-DIRECTRICE DE THÈSE :

Jessica GERARD



Bibliographie

1. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires JORF n°0167 du 22 juillet 2009 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
2. République Française. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé JORF n°0022 du 27 janvier 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/2020-11-21/>
3. République Française. Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé JORF n°0172 du 26 juillet 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260/>
4. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice - Geneva. 2010;64.
5. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 22 juin 2017;1-40.
6. Institut National D'études Démographiques. La population en graphiques [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/population_graphiques/
7. Omran A-R. The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change. [Internet]. Publics Health Classics; 2001 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58102>
8. World Health Organisation. European Health Report 2018: more than numbers, evidence for all. [Internet]. Geneva; 2019 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/qut/detail.action?docID=5916237>
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Rapport sur les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé [Internet]. 2020 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2020_29092020.pdf
10. Safon M-O. Les politiques de lutte contre la désertification médicale - Les enseignements français et étrangers. Cent Doc IRDES. 2020;3-10.
11. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne. 2001;1-23.
12. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. Santé Publique. 2017;29(6):811-20.
13. Ministère des solidarités et de la santé. Renforcer l'accès territorial aux soins - Dossier de presse 13/10/2017 [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-10/2017-10-13_DP%20Plan%20Renforcer%20l%27accès%20territorial%20aux%20soins.pdf
14. Institut national de la statistique et des études économiques. Densité pour 100 000 habitants - Ensemble des médecins - Professionnels de santé au 1er Janvier 2018 [Internet].

[cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>

15. Bouet P, Ordre National des Medecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2018 [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
16. République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » JORF n°0058 du 8 mars 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989>
17. République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » JORF n°0058 du 8 mars 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697967>
18. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022, un engagement collectif - Dossier de presse 18/09/2018 [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
19. ARS Rhône Alpes. Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé - Livret de présentation des ARS [Internet]. 2014 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
20. CNAMTS. Guide méthodologique de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel [Internet]. 2017 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400390/document/annexe_6_guide_metho do_ra_contrat_struture_pluripro-.pdf
21. Ministère des solidarités et de la santé, Direction général de l'offre de soins. Les SISA à capital fixe ou variable [Internet]. 2018 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_sisa_v4.pdf
22. Direction général de l'offre de soins. Rapport sur les chiffres de l'offre de soins en France [Internet]. 2018 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-chiffres-cles-2018-de-loffre-de-soins>
23. AVECSanté. Lexique [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr>
24. AVECSanté. Présentation [Internet]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr>
25. Vezinat N. Vers un médecine collaborative - Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France. puf; 2019. 196-203 p.
26. Caballero M, Dickinson R. Beyond rationality. Business Horizons. 1984;55-8.
27. Bessire D. Définir la performance. Comptab - Contrô - Audit. 1999;5(2):10-20.
28. Bourguignon A. La performance, essais de définition. Rev Fr Comptab N° 269. 1995;250-62.
29. Bouquin H, Fiol M. Le contrôle de gestion : Repères perdus, espaces à retrouver. Press Univ Fr. 1986;
30. Baird L. Managing Performance (Wiley series in management). 1985;
31. Marion A, Asquin A, Everaere C, Vinot D, Wissler M. Diagnostic de la performance

- d'entreprise. Dunod. 2012. 1-10 p. (Introduction, Concepts et Méthodes).
32. Lorino P. Méthodes et pratiques de la performance. 2003. (Le guide du pilotage, Editions d'Organisation).
 33. Galdemar, Gilles, Simon V Léopold, Marie-Odile. Performance, efficacité, efficience : Les critères d'évaluation des politiques sociales sont-ils pertinents ? 2012. (Cahier de recherche). Report No.: 299.
 34. République Française. Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances JORF n°177 du 2 août 2001 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000394028/2020-11-21/>
 35. Perret B. De l'échec de la rationalisation des choix budgétaires (RCB) à la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Rev Fr Adm Publique. 2006;117(1):31-41.
 36. Brunetiere J-R. Les indicateurs de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : une occasion de débat démocratique ? 2006;Revue française d'administration publique:18-36.
 37. République Française. Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 JORF n°293 du 19 décembre 2003 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000249276/2020-11-21/>
 38. Smith PC. Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives. Conférence OMS Systèmes Santé Santé Prospérité. 2008;4-28.
 39. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé: recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Paris: IRDES; 2014. 76-101 p. (Les rapports de l'IRDES).
 40. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Paris: IRDES; 2014. 157-173 p. (Les rapports de l'IRDES).
 41. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Quest Déconomie Santé N°190. 2013;8.
 42. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Quest Déconomie Santé N°211. 2015;6.
 43. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Quest Déconomie Santé N°210. 2015;
 44. Santiago-Delefosse M, Del Rio Carral M. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé. DUNOD; 2017. 274-276 p.
 45. Amar A, Berthier L. Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites. :14.
 46. Leatherman S. Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects [Internet]. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, éditeurs. Cambridge: Cambridge University Press; 2010 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9780511711800>
 47. Sebai J. L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? Santé Publique. 2015;27:10-22.

48. Van Haeperen B. Que sont les principes du New Public Management devenus ? : Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflète Perspective Vie Économique*. 2012;83-99.
49. Christensen T, Lægreid P, éditeurs. *Transcending new public management: the transformation of public sector reforms*. Ashgate; 2007. 288-303 p.
50. Rousseau M-C, Bardet J-D, Bellet B, Allenet B. Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. ». *Pharm Hosp Clin*. 2020;55:377-90.
51. Discours de la ministre de la santé, Marisol Touraine, 4ème journées FFMPS, La Rochelle, 20 mars 2015.
52. Clet E. *Impact du regroupement pluriprofessionnel en maison de santé sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine*. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2020.
53. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2017;1-4.
54. HAS. *Matrice de Maturité en soins primaires. Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires*. 2014;
55. Calamel L, Defélix C, Picq T, Retour D. Inter-organisational projects in French innovation clusters: The construction of collaboration. *International J Proj Manag*. 2012;48-59.
56. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Rev Fr Adm Publique*. 2017;164:887-902.
57. Chabault D, Martineau R. L'encadrement des pôles de compétitivité par l'état : entre stratégie émergente et injonctions étatiques. *Polit Manag Public*. 2013;30(3):413-32.
58. Bocquet R, Mothe C. Gouvernance et performance des pôles de PME. *Rev Fr Gest*. 2009;35(190):101-22.
59. CM International, Boston Consulting Group. *L'évaluation des pôles de compétitivité 2005-2008*. 2008. 112 p. (La documentation française).
60. Brousseau É. *La Gouvernance des Processus de Coopération*. *Coop Ind*. 2000;27.
61. Defélix C, Mazzilli I, Retour D, Picq T. Piloter les projets d'innovation au sein des pôles de compétitivité : des leviers managériaux et humains. *Finance Contrô Strat Vol 12*. 2009;85-113.
62. Paris V. Les performances comparées des systèmes de santé. *Press Sci Po - Trib Santé*. 2012;43 à 49.

Annexes

Annexe 1 – Guide d’entretien

Guide d’entretien

Introduction :

Bonjour, merci de m’accorder de votre temps pour répondre à cet entretien. Je cherche à comprendre votre exercice au quotidien et voir comment vous vous organisez pour répondre aux mieux aux problématiques actuelles de votre métier. Notre entretien sera enregistré pour une meilleure objectivité lors de ma retranscription mais n’hésitez à me notifier la moindre chose que vous ne souhaitez pas apparaître lors de ma restitution. Avant de commencer, vous avez des questions ?

Pour commencer j’aimerais comprendre là où vous exercez. Pourriez-vous me décrire votre cabinet et votre environnement de travail ?

Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel et votre arrivée dans le pôle de santé ?

Qu’est-ce qui vous a donné envie de l’intégrer ?

Reformulation

Introduction Implication personnelle

Implication personnelle :

Quel est votre rôle au sein du pôle de santé ?

Comment êtes-vous arrivé à ce rôle ?

Comment votre rôle a évolué au sein du pôle de santé ?

Quels étaient vos objectifs en endossant ce rôle ?

Quelles sont les différentes manières de s'impliquer selon vous dans un pôle de santé ?

Concrètement, comment votre implication se matérialise ?

Est-ce que ces objectifs ont dû être réévalués ?

Estimez-vous ses objectifs atteints ?

Qu'attendez-vous du pôle de santé en échange de votre investissement ?

Dans quelles mesures vous reconnaissez-vous dans le projet du pôle de santé ?

Qu'est ce qui fait qu'on a fait un pôle de santé ? et pourquoi ?

Comment expliquer vous la création du pôle de santé sur ce territoire ? Qui en était à l'origine

? Avec quels objectifs ?

Reformulation

Introduction Organisation maison de santé

Organisation de la maison de santé :

De manière générale, comment s'organise la vie du pôle ?

Qu'est ce qui est important selon vous dans le fonctionnement d'un pôle de santé ? De quelle manière se passe la collaboration avec les autres professionnels ?

Qu'est ce qui fait que ça fonctionne ?

Quels sont les obstacles ?

De quelle manière vous communiquez entre vous et vers les patients ?

Comment êtes-vous informé des différents programmes en cours ?

Comment est défini le projet de santé ?

Que faut-il faire pour créer un programme et qui peut en être à l'origine ?

Comment sont pris les décisions au sein du pôle de santé ?

Y'a t-il eu de nouveaux membres et/ou des membres sortants depuis la création du pôle de santé ? (*Demander les raisons des départs et si des réunions/discussion/procédures particulières ont été mis en place*).

Comment sont intégrés les nouveaux membres et quelles sont les conditions d'intégrations ?

Reformulation

Introduction Performance

Performance du pôle de santé :

Quels sont les attentes patients d'un pôle de santé ?

Quels sont les critères d'évaluation des différents programmes ?

Comment définissez-vous la performance d'une maison de santé ?

Où se situe la performance de votre pôle de santé ?

Si je vous demandais de me citer 3 réalisations phare de votre pôle de santé, quelles seraient-elle ? Qu'est ce qui fait que ce sont pour vous ce sont des réussites ?

Qu'est-ce qui fait que ça a marché ?

Si je vous demandais un point à améliorer sur un projet qui est resté en suspens --> lequel, pourquoi et selon qu'est-ce qui a capoté ?

Reformulation

Introduction Conclusion

Conclusion :

Comment conciliez-vous votre exercice professionnel et votre engagement au sein du pôle ?

En quoi le fait de faire partie d'un pôle de santé vous aide (ou pas) dans votre exercice ?

Merci pour le temps accordé lors de cet entretien. Souhaitez-vous apporter une conclusion à notre entretien ? Avez-vous des questions ? Je vous souhaite une bonne journée.

Annexe 2 – Transcrits des entretiens

Entretien 1 - Dentiste - SeV

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44

Comment tu décris ton environnement de travail et ce que tu fais ici à Lans ?

Le cadre de travail, fabuleux. J'ai l'impression de partir en vacances tous les matins donc ça c'est cool. Le fait aussi d'avoir fait le choix de travailler à distance de mon habitat personnel pour le coup c'était une bonne idée car ça, ça joue vachement. Je suis un peu électron libre parce que les autres ils habitent tous sur le plateau mais pas moi mais ce n'est pas pour autant qu'on n'est pas relié les uns des autres. Moi j'aime venir ici parce que ce n'est pas chez moi. Par rapport à la pratique le cabinet est immense. C'est le plus grand cabinet que j'ai pu faire. La maison de santé elle a été pensée initialement par mon associé au niveau de l'organisation des plans. Il est même limite un peu trop grande à mon goût. L'ambiance est encore plus perçue par les gens qui viennent nous voir en fait. Le fait que la maison de santé ait été réfléchi par tous les gens qui travaillent et avec un souci de donner de l'image aussi ça fait que globalement les gens ils sont bien et c'est important dans le soin que les gens soient rassurés.

Comment tu décrirais ta patientèle justement ?

Très éclectique parce que ça va de la personne un peu isolée, le paysan qui élève ses vaches, celui qui va bosser au CEA, des enfants, des personnes âgées, des adultes, des gens qui travaillent des gens qui ne travaillent pas. Ils sont tous très sympa. On n'a peu de personne malpolie, enfin par rapport à moi qui ai beaucoup travaillé à Grenoble en centre-ville. C'est vraiment pas du tout la même population.

Comment tu es arrivé du centre-ville de Grenoble à Lans en Vercors ?

Fac à Lyon. Petit rempla vite fait à Lyon. Après j'ai commencé à travailler sur Echirolles. Toujours dans des cabinets avec plusieurs praticiens. J'ai fait ensuite 3-4 ans en centre-ville de Grenoble à l'hôpital en hypercentre. Ensuite je suis retourné sur Echirolles pdt 2-3 ans et ensuite j'ai atterri ici.

Pourquoi avoir parlé du fait qu'ils étaient gentils à Lans comparé au centre-ville de Grenoble ?

C'est un truc qui te plombe un peu ton quotidien. Tu le sais que c'est comme ça mais ce n'est pas pour autant que c'est agréable. Il y a eu des situations où j'ai dû recadrer beaucoup de patients et ce n'est pas marrant. Je me souviens il y en a un qui va afficher des documents sur ma porte pour me manifester qu'il était passé (des documents de la CAF qui n'ont rien à voir avec toi), c'est un peu zinzin. A Grenoble, c'était plus un relationnel basé sur le fait que j'étais une femme, il y en a qui parlait plus fort que moi et ils estimaient qu'ils avaient plus de connaissance que moi et que comme j'étais une femme il ne fallait pas que je l'ouvre trop.

45 *Qu'est-ce que qui t'as donné envie d'intégrer le pôle et du coup de venir ici ?*

46

47 J'ai rencontré l'autre dentiste du pôle *ndlr* pour un poste dans son cabinet de Grenoble. Elle
48 cherchait une collaboratrice. Moi je cherchais à changer. Et en fait elle m'a dit qu'elle quittait
49 son cabinet prochainement (1 an après) pour aller à Lans. Et là ça a fait tilt. Parce que moi je
50 ne voulais pas travailler en centre-ville. J'avais pas du tout envie d'être en hypercentre c'était
51 pas du tout une activité qui me plaisait. Et c'est comme ça que j'ai intégré le truc, je l'ai
52 rencontré on a discuté, j'ai rencontré un des fondateurs du pôle *ndlr* Après j'ai vu le projet,
53 les plans, les gens.

54

55 Le côté pluriprofessionnel m'a vachement plu parce que je trouve qu'on est une profession
56 qui par la force des choses est un peu isolé de par son activité et du coup le fait de savoir qu'il
57 y avait des gens à côté qui pourrait me renseigner sur des médications, des interactions ou
58 éventuellement soient présent si un jour une situation d'urgence se présentait au cabinet. Car
59 on est exposé : on soigne les gens avec des risques d'allergies, pleins de choses, des infections,
60 des actes chirurgicaux. On a une activité qui est vaste et le fait de savoir qu'il y avait des
61 médecins par-là, des pharmaciens par-là, ça donnait un côté rassurant.

62

63 *Tes deux critères pour bouger sur le plateau était donc le changement de patientèle et*
64 *l'interprofessionnalité. C'est bien résumé ou y avait-il d'autres critères ?*

65

66 C'est aussi tombé sur le moment où je voulais m'installer donc c'était le bon timing. Je
67 cherchais un cabinet que je souhaitais faire à ma vision de l'activité, que je pourrai créer. Car
68 souvent c'est des reprises d'activités donc tu ne pars pas du point zéro et des fois c'est plus
69 difficile de partir avec déjà quelque chose de construit. Quand tu ne pars de rien, tu pars
70 forcément sur quelque chose qui te convient en fait. Alors que quand tu pars d'une activité
71 qui était imprégné d'un praticien avant toi, c'est très difficile de négocier ça avec la patientèle
72 (parce que les patients s'attendent à une façon de faire et toi t'en as une autre).

73

74 Mais aussi en termes de plateau technique d'organisation d'espace (rien qu'entre ma
75 collaboratrice et moi on a un cabinet qui est totalement différent sur le visuel, l'ergonomie et
76 ça c'est hyper personnel en fait et quand tu pars de quelque chose qui est déjà imprégné par
77 quelqu'un d'autres, c'est déjà plus compliqué. Donc ouai le côté un peu carte blanche était un
78 peu super sympa.

79

80 *Tu parlais de ta vision, comment la décrirais-tu ?*

81

82 Houla. Hum.... Et bah je dirai à l'image de mon cabinet : que ce soit zen, épuré, que les gens
83 sentent l'investissement dans le matériel technique, qui sont sur quelque chose de propre,
84 quelque chose de rassurant dans lequel ils peuvent venir les yeux fermés. Ils ont déjà assez de
85 raison d'être stressé quand ils viennent chez moi sans rajouter des doutes en plus. Le cabinet
86 doit respirer la propreté, l'actuel. La prise en charge doit être cohérente avec ce qu'on sait
87 faire aujourd'hui.

88

89

90

91 *C'est quoi ton rôle au sein du pôle ?*

92

93 Je suis dans le pôle de gérance de la maison de santé. Je suis responsable des ressources
94 humaines donc je m'occupe de gérer tous ce qui concerne les salariés. Initialement je ne faisais
95 pas grand-chose. La SISA, le pôle de santé, c'était un concept plutôt abstrait pour moi, je ne
96 comprenais pas trop ce qu'il s'y passait. Je ne comprends d'ailleurs pas trop ce qu'il s'y passe
97 mais j'ai réussi à trouver une façon de participer à ma façon avec ce que je sais faire.

98 Je ne suis pas trop sur le plateau donc quand je monte je fais "l'effort" de monter, ce n'est pas
99 à côté de chez moi (30min de route aller) donc je cherchais un moyen de participer un peu à
100 distance. Et c'est vrai que ce qui est gestion des salariés c'est beaucoup des virements à
101 distance, éditer les feuilles de salaire ça se fait par mail, je contacte les comptables par mail
102 ou par téléphone donc je n'ai pas besoin physiquement d'être là.

103 Quand ils ont demandé qui voulait s'occuper de l'arrivée d'un salarié lors de l'arrivée du
104 coordinateur je me suis dit que je pouvais prendre ça en charge car moi typiquement j'ai déjà
105 une salariée contrairement à d'autres profession donc je sais comment ça fonctionne donc
106 une de plus ou de moins ça ne me demande pas un effort supplémentaire. Et il fallait que ce
107 soit un gérant.

108

109 La gérance au départ est constituée d'une personne de chaque discipline pour avoir une
110 représentativité intéressante. Et comme ma collègue faisait déjà beaucoup de chose, ils ont
111 proposé que ce soit moi qui sois co-gérante. Au départ on était marqué mais on ne faisait pas
112 grand-chose. Quand j'ai eu le poste de RH, Au moins je savais ce qu'il faut faire car tout le
113 reste j'ai l'impression de ne pas savoir faire. *rires*

114

115 *Comment tu es arrivé à ce rôle ? Parce que t'avais les compétences c'est ce que tu m'as dit et*
116 *peut être autre chose ?*

117

118 Je dirai très honnêtement par culpabilité de ne rien faire d'autres. Tout le monde faisait
119 beaucoup, tout le monde savait de quoi il parlait, tout le monde était imprégné dans le pôle
120 de santé, moi pas du tout. J'avais un rythme décalé avec tout le monde car j'avais deux enfants
121 en bas âge donc c'est vrai que je me culpabilisais un petit peu de me dire qu'ils font tous pleins
122 de trucs et pas moi. Je ne participais pas plus que ça du fait de mes gamins et de ma profession
123 qui n'est pas si imbriqué que ça avec les autres professionnels de santé. Et je trouvais ça
124 dommage de de faire partir d'un pôle et de rien faire

125

126 *Comment expliques-tu l'évolution de ton implication dans le pôle ?*

127

128 Au début une seule salarié donc la payer ça va c'est facile. Mais après il a fallu qu'elle trouve
129 sa place qu'elle sache quoi faire et il a fallu envisager le recrutement d'un autre salarié donc
130 encadrer le recrutement, y participer, sélectionner des CV. C'est l'arrivée de l'assistant de
131 coordination il y a 1 an qui a amplifié l'importance de mon rôle.

132 Il y a eu aussi des moments délicats notamment avec le facteur humain. C'est à dire qu'il y a
133 des interactions entre les salariés et les associés qui ne passent pas toujours bien. Il faut peut-
134 être accompagner le salarié pour que ça se passe mieux etc. C'est l'arrivée d'un nouveau salarié
135 et l'augmentation des interactions qui a fait évoluer mon rôle. C'est un travail de tout le
136 temps.

137

138 *Cette évolution est toujours raccord avec tes limites d'investissement du début ? Pouvoir*
139 *travailler à distance par exemple ?*

140
141 Non, ça me demande beaucoup plus de temps. Mais je me suis rendu compte que j'arrivais à
142 le trouver parce que ce sont des choses qui se gèrent en journée. Moi ce qui pose problème
143 c'est que quand je ne suis plus sur la maison de santé je ne suis plus là. Si un problème survient
144 quand je ne suis pas là, je reporte à Lundi matin quand je reviens. Quand je suis là je me rends
145 dispo et ça me permet de gérer toutes les situations. Après je ne suis pas toute seule sur les
146 RH il y a aussi un médecin. Après comme c'est moi qui aie commencé toute seule, je suis un
147 peu la "référente" mais si je ne suis pas là il peut aussi gérer des problèmes.

148
149 *Quels sont les différentes manières de s'impliquer dans le pôle ?*

150
151 C'est très dépendant de la nature de son activité. Tu ne peux pas t'impliquer autant en tant
152 que dentiste que médecin généraliste. Le but du pôle de santé c'est de réussir à générer une
153 prise en charge des patients par des biais différents d'une consultation classique. Il y a pleins
154 de choses à faire pour le patient dont il n'existe pas d'acte de cotation pour l'instant. Et le but
155 c'est d'améliorer la PEC du patient. La notre (dentiste) est très spécifique donc plus limitée.

156
157 *L'implication dépend seulement de son activité ?*

158
159 Il y a aussi la personne. On a tous des rythmes de vie différents également. Mon associé a ses
160 enfants qui sont déjà grands alors que moi j'ai une deuxième vie qui commence après le
161 boulot. On peut donc pas s'impliquer pareil et après y'a aussi une question de nature, d'envie,
162 ceux qui aiment crouler sous les activités et ceux qui font leur boulot et pas autre chose, le
163 caractère.

164 Pour résumer je dirai qu'il y a l'activité, le moment dans ta vie et ta nature.

165
166 *Concrètement comment ton implication se matérialise ?*

167
168 Moi mes interventions se situent dans des moments un peu "crise", "d'obstacles relationnels"
169 et hors de l'activité du pôle qui génère la rémunération. Cette situation m'a permis d'aplanir
170 les choses et pouvoir me permettre de dire des choses pas forcément très agréables quand il
171 le fallait. Je n'ai pas d'enjeu et je ne cherche pas à avoir de rémunération pour faire ce que je
172 fais. C'est le fait que je sois un peu à part qui m'a permis d'apporter une modération au débat
173 *rires*.

174
175 *Est-ce que ton implication répond à des objectifs et ont ils étaient réévalués ?*

176
177 On était un peu freelance au départ. Après on a constaté depuis quelque mois qu'il y avait
178 beaucoup de chose que je ne pouvais pas gérer toute seule (je m'exposais trop). Comme on
179 est un groupe vaste et varié, il fallait qu'on veuille à ce qu'un concept de bien-être au travail
180 soit instauré. On aimerait que tout le monde trouve une place et s'épanouisse dedans. C'est
181 le nouvel objectif majeur ça avant qu'il soit réalisé totalement... Il arrive que maintenant après
182 5 ans d'existence de pôle. Avant ce n'était que survivre à une année de plus *rire*.

183
184 *Qu'est-ce que t'attends du pôle en échange de ton investissement ?*

185
186 Une reconnaissance éternelle *rires*. Non, je n'attends pas grand-chose. Tant que ça ne me
187 gonfle pas, je ne me pose pas trop de questions. Après c'est valorisant de faire ça en plus. Il y
188 a aussi la reconnaissance des gens impliqués dans le pôle. Et tu sens que ça fait plaisir quand
189 des gens comme moi se rajoutent en plus pour essayer de faire fonctionner le pôle de santé.

190

191 *Dans quelles mesures tu te reconnais dans le projet du pôle ?*

192

193 Houla. *réfléchi* J'ai fait la démarche de m'inscrire dans la maison de santé malgré mon
194 métier et mon entreprise individualiste. Et c'est vrai que moi j'ai toujours voulu conserver un
195 rapport aux autres avec considération. J'ai moins besoin de la dimension humaine car j'exerce
196 un métier très technique mais avec le pôle de santé je remets cette dimension au premier
197 plan via les projets de santé et la collaboration avec les autres professionnels.

198

199 *Pour toi qu'est ce qui fait que la maison de santé s'est créée ?*

200

201 Moi c'était déjà bien avancé quand je suis arrivé. J'étais là lors de la création des statuts mais
202 je n'ai pas vu le projet mûrir. Après je pense que les gens avaient envie de travailler ensemble.
203 Le territoire est un peu isolé qui doit répondre à des besoins en soin un peu complexe comme
204 un petit hôpital de campagne. Les habitants sont très sédentaires et n'ont pas envie de bouger
205 (descendre à Grenoble c'est une corvée). Il fallait donc une structure polyvalente pour
206 optimiser la PEC du patient. Par exemple je n'ai jamais vu un cabinet de centre-ville avoir une
207 radio.

208

209 *Qui a été à l'origine du projet ? Qu'est ce qui fait que c'est eux ?*

210

211 Cite les deux leaders du pôle nldr). Ils sont bien copains. Quand tu restes dans ton cadre de
212 travail c'est dur d'avoir des idées et des projets. Quand tu commences à te voir quand t'as des
213 affects personnels tu as peut être des perspectives qui sont différentes. C'est un binôme qui
214 s'entend super bien professionnellement que personnellement et donc ça a permis de
215 concrétiser ce projet. Puis bon ce sont un peu des hyperactif tous les deux.

216

217 *Pour toi, le pôle de santé a des objectifs bien particulier ?*

218

219 Non car quand ils parlaient de truc je ne comprenais pas. Comme tous ceux qui rejoignent le
220 pôle de santé maintenant. Il faut vraiment le digérer. Soit tu ne t'intéresses pas aux choses et
221 tu vas jamais le digérer (ce qui est un peu bête en soit) mais sinon ça demande beaucoup de
222 temps pour comprendre les concepts (qu'est-ce qu'un projet de santé, comment ça se fait fait
223 comment ça se finance ? comment y participer ?). Ce n'est pas intuitif et il faut comprendre
224 les mots techniques.

225

226

227

228 *Tu fais partie du pôle de gérance, comment prenez-vous les décisions ?*

229

230 On est une dizaine, chaque profession est représentée plus ou moins suivant le type de
231 profession (la podologue est toute seule c'est dur pour elle d'être présente tout le temps). On

232 est tous responsable juridiquement et légalement de ce qui se passe dans la structure (on a
233 même eu une formation à ce sujet, je n'ai pas compris la moitié des trucs d'ailleurs). On se
234 réunit tous les mois, une réunion d'une heure on n'a jamais le temps de tout traiter mais on
235 essaye d'avancer. On fait les votes des entrées et des sorties qui doivent être unanimes. On
236 décide les grosses orientations (et encore). C'est nous qui pouvons voter pour que certaines
237 décisions soient légitimes. On peut tous prendre des décisions pour le groupe mais ce n'est
238 pas hyper fréquent (chèques notamment). On est obligé d'être présent ou se faire remplacer.
239 Et après on échange pas mal dans les couloirs comme tout le monde.

240

241 *Existe-t-il d'autres organes décisionnels que le pôle de gérance ?*

242

243 Il n'y a que le conseil de gérance. On se pose la question d'autres organes comme
244 l'administratif (budget compta) car c'est très rébarbatif par exemple mais c'est finalement
245 trop compliqué. Comment répondre à tous les besoins de la SISA avec juste un conseil de
246 gérance ? On ne sait pas trop répondre à cette question. On ne veut pas perdre les gens et on
247 veut que tout le monde puisse en profiter. Les programmes sont très indépendants et la seule
248 commission qui a été créée en plus c'est une commission CPTS car c'est un gros sujet ou il y a
249 eu le besoin de le traiter à part.

250

251 Le principe même de la SISA c'est qu'il y ait des leaders, qui sont à l'origine de tout mais qui
252 ne sont pas forcément co-gérant. Ils sont moteurs. Un des leaders ndlr n'est pas co-gérant
253 mais c'est lui le référent des institutions car c'est lui qui est à l'origine de la SISA donc il a
254 besoin de pouvoir prendre des décisions et notamment qu'elles soient légitimes pour le pôle.
255 Le fait de créer des commissions, permet aux gens d'avancer avec légitimité sans devoir
256 forcément en référer tout le temps aux conseils de gérance. Après ça donne des
257 responsabilités que des gens ne veulent peut-être pas avoir. Les leaders doivent peut-être
258 changer je ne sais pas. On essaye de savoir comment rendre les décisions simples et plus
259 légitimes car quand t'es un groupe tu dois toujours rendre des comptes.

260

261 *Qu'est ce qui est important dans le fonctionnement de la maison de santé ?*

262

263 La base c'est que le patient soit pris en charge. Ça, c'est facile. Le facteur humain est par contre
264 ce qu'on maîtrise le moins. A Lans, c'est 50 personnes, toutes avec leur personnalité. Ceux qui
265 veulent avancer doivent pouvoir le faire sans que le rythme de certains fassent peur à d'autres.
266 C'est ça le grand but. Réussir à faire fonctionner les 50 personnes ensembles.

267

268 *Concrètement qu'est-ce que vous faites alors pour favoriser cette collaboration ?*

269

270 Le but ultime à atteindre c'est d'améliorer la prise en charge et si le groupe est bon la PEC est
271 meilleure. On essaye de donner un caractère plus sympathique (à manger notamment) aux
272 réunions, on a mis en place des chartes de bonnes conduites (garantir le respect, la bonne
273 ambiance, la libre parole). Le fait que les choses soient écrites c'est un bon point
274 d'amorces. On crée aussi des rdvs autre que des réunions pour se retrouver

275

276 *C'est ce qui fonctionne à Lans ?*

277

278 Moi je croise très peu de professionnel sur mon moment de la pause déjeuner, on est une
279 dizaine à se croiser. La proximité géographique ne crée pas forcément le lien. La MSP favorise
280 les rencontres mais si on ne crée pas l'occasion ça n'a pas lieu. On commence que maintenant
281 à mettre ça en place. Les besoins nous apparaissent au fur et à mesure. On souhaite
282 l'épanouissement du professionnel en plus de la bonne conduite des programmes de santé.
283 On aimerait qu'il y ait un rythme de croisière, ça veut dire que tout le côté technique
284 fonctionne

285
286 *De quelle manière vous communiquez entre vous ?*

287
288 Dieu merci on a une salle de réunion, c'est super pratique. Il y a aussi mail et sms mais y'a pas
289 de communication qui revienne de manière périodique. Certains se voient en dehors car ils
290 s'aiment bien et sinon c'est dans les couloirs quand on doit aller voir quelqu'un pour tel ou tel
291 raison.

292
293 *Comment faire pour intégrer la maison de santé de Lans ?*

294
295 Les candidats doivent avoir des parrains dont un de leur profession. La corporation doit être
296 d'accord. Ça permet de garantir l'intégralité de la personne au sein du groupe. Il y a eu plus
297 de 30 personnes qui ont intégrés le pôle. Il y a beaucoup qui s'intègrent pour pas de pas y être.
298 Sur le plateau si t'en fais pas partie, t'es un peu exclue. Juste pour être informé de ce qu'il se
299 fait c'est bien d'en faire partie. Pas de candidature refusée. Pas de départ. Ils doivent aussi
300 faire une lettre de motivation. Ça permet au moins aux professionnels de réfléchir à ses
301 motivations mais bon on ne va pas refuser des gens à part grosse grosse incohérence. Après
302 l'intégration c'est surtout administratif (donner l'état civil etc). C'est ensuite en assemblée
303 générale une fois par an que les gens sont officiellement intégrés.

304
305 *Qu'est ce qui fait qu'un projet de santé se crée ?*

306
307 C'est un besoin du plateau. On perçoit ce besoin et on réfléchit à comment le gérer
308 notamment s'il n'existe pas déjà des structures qui le gèrent. Ce sont souvent les médecins et
309 les infirmiers notamment qui détectent ce genre de problème et qui nous le font remonter.
310 On détecte ce genre de problème directement sur le terrain.

311
312 *Qui porte un projet de santé ?*

313
314 Par intérêt, si le sujet l'intéresse il le prend. Soit ça vient de lui soit sinon il s'associe avec des
315 personnes avec un intérêt commun. Il faut savoir mesurer le volume horaire que ça va prendre
316 donc savoir s'organiser également.

317
318
319
320 *Quels sont les attentes du patient vis à vis d'une MSP selon toi ?*

321
322 Être pris en charge près de chez lui dans un premier temps. Aussi si le professionnel a à sa
323 disposition plusieurs outils à son arc (différents programmes notamment), ça permet de
324 garantir la meilleur PEC possible pour le patient et je pense que c'est ça qu'il recherche

325 également. Je pense qu'il souhaite sortir du schéma classique consultation -> médicament.
326 Les projets de santé permettent aux patients d'arriver à ses fins grâce à des solutions qui
327 sortent des trajets traditionnels dans lesquels ils ont peut-être échoués auparavant.

328

329 *Comment tu définis la performance de la maison de santé ?*

330

331 Le retour et la participation des patients. Le fait que ça touche de plus en plus de personnes,
332 ça montre que ça marche. On a même des gens qui prennent part à la vie de la maison de
333 santé en souhaitant créer un groupe pour communiquer sur les différentes missions de la
334 maison de santé. C'est bien la preuve qu'un truc qui s'y passe. Et je pense que le potentiel
335 n'est pas encore exploité à son maximum, ça mériterait de toucher encore plus de
336 performance.

337

338 *Quels sont les critères d'évaluations des programmes ?*

339

340 On n'a pas de critère d'évaluation. On cherche à savoir comment améliorer les choses mais
341 c'est difficile de trouver des réponses car on n'a pas d'élément de mesure. Ça va être surtout
342 les chefs de projets du coup qui auto évalue leur programme mais c'est sûr que du coup ça
343 manque d'objectivité.

344

345

346

347

348 *3 projets phares du pôle ?*

349

350 *ça je n'en sais rien moi* rires. Le jardin solidaire car je trouvais super rigolo pour faire bouger
351 les gens. Il y a aussi les vélos électriques pour faire des balades je trouvais ça top. Et
352 l'addictologie aussi.

353

354 *Qu'est-ce qui font que c'est une réussite ?*

355

356 Car les gens adhérents et que c'est une ouverture aussi car ça fait intervenir des gens non-
357 médecin. Les patients s'y retrouvent et ont un bénéfice. C'est une approche thérapeutique
358 qui a du sens pour beaucoup de gens sur le plateau.

359

360 *Il existe des projets qui n'ont pas fonctionnés et pourquoi ?*

361

362 Oui ça existe, je dirai que c'est surtout de l'humain, c'est difficile et c'est dur de trouver des
363 gens à bosser sur le projet avec soi. Il faut trouver une équipe et ce n'est pas toujours possible,
364 c'est technique donc faut être bon. Il faut être sacrément acharné pour que ça fonctionne et
365 il faut être capable de s'asseoir sur une partie de son exercice libéral.

366

367 *Comment tu concilies ton implication dans le pôle et vie pro ?*

368

369 Moi c'est anecdotique ce que je fais dans la maison de santé je ne le perçois pas comme une
370 activité en plus. Je le lie dans ma journée je ne me dis pas que je fais un truc en plus parce que

371 je ne participe pas à un projet de santé. Moi ce que j'aime dans mon boulot c'est qu'il est
372 technique. C'est pour ça que ça ne m'intéresse pas plus que ça de monter un projet de santé.

373

374 *Le fait d'être en pôle de santé ça t'aide dans ton exercice ?*

375

376 Ça me crée une sérénité. Je suis rassuré d'être entouré d'autre professionnel. C'est aussi un
377 plaisir de voir des gens autres que sa profession au quotidien et de pouvoir discuter et
378 échanger facilement avec eux.

Entretien 2 – Médecin - SeV

1 *Comment tu décris ton exercice à Lans-en-Vercors en termes de patientèle et comment tu*
2 *définis ton cadre d'exercice, ici ?*

3

4 Privilégié c'est les premiers termes pour la patientèle. Après la prise en charge est hyper varié,
5 on fait tout du nourrisson à la personne âgée. Moi je fais aussi un petit peu de gynéco mais
6 pour le moment je n'ai pas l'occasion d'en faire beaucoup parce qu'il y a des gens en soit qui
7 sont déjà là pour ça en médecin ou les sages-femmes donc je suis plutôt en roue de secours
8 mais après ça va se développer c'est juste le temps que les gens le sachent parce que ça ne
9 fait pas si longtemps que ça que je suis là non plus.

10 Et après diversifié aussi parce qu'on fait un peu de visites à domicile par rapport à d'autres
11 cabinet et l'exercice qu'on a supplémentaire, c'est qu'on peut vraiment faire de la prise en
12 charge d'urgence aussi bien traumatisme que médical en fait. On a un support matériel et les
13 connaissances : on est tous médecin correspondant SAMU. C'est le petit plus dans la pratique
14 on peut se permettre de faire des prises en charge que l'on ferait pas du tout dans d'autres
15 cabinet.

16

17 *Ok donc un exercice très varié au final tu peux faire beaucoup de choses différentes.*

18

19 Ouais et puis une amplitude de travail avec des horaires assez grande parce qu'au final on
20 propose un service quand même en semaine où les gens ont un médecin jusqu'à 20 heures
21 tous les soirs qu'ils n'ont pas forcément ailleurs et puis un service de garde où tous les soirs
22 jusqu'à minuit il y'a un médecin de garde et tous les week-end. Donc ça c'est quelque chose
23 qui n'existe pas forcément ailleurs.

24 Donc ça implique des plannings qui sont parfois un peu chargé mais on est suffisamment
25 nombreux pour ça ne revienne pas si souvent que ça. Ça compte aussi dans l'exercice parce
26 que tout le monde ne le fait pas. C'est vraiment ce qu'il nous demande en plus de toute façon
27 c'est sur la prise en charge des soins non programmés enfin c'est le grand terme de la sécu là
28 pour le coup. Ce qui est proposé c'est le summum on ne peut rien faire de plus si ce n'est
29 d'avoir plus de médecin de garde. Mais pour l'instant on répond suffisamment à la demande
30 avec un seul.

31

32 *Parce que toi en termes de parcours comment es-tu arrivé à exercer à Lans du coup ?*

33

34 Terrain de stage. Formation de l'interne. J'ai fait mon premier stage ici premier contact de
35 médecine générale donc moi je suis passé en quatrième semestre donc je commençais ma
36 deuxième moitié d'un internat et c'est comme ça que j'ai connus ici. Puis après dès la fin de
37 l'internat en fait je suis venu remplacer là et après je me suis installé *rires*

38 C'est comme ça que j'ai connu.

39

40 *Parce que toi si tu devais décrire ton parcours professionnel t'as commencé avec des remplacements*
41 *ici. Qu'est-ce que t'as eu comme expérience un peu professionnel ?*

42

43 Si on parle même de l'internat en terrain de médecine générale j'ai fait sur le plateau du
44 Vercors mon premier stage et mon deuxième stage je suis parti dans l'Oisans à Bourg d'Oisans

45 et le plateau Matheysin. En étant dans la Mure j'ai voulu tester encore un peu plus reculé par
46 rapport à proximité des centres hospitaliers et des spécialistes j'ai été testé ça. La Mure c'était
47 plutôt bien parce qu'on a presque le même confort qu'ici c'est à dire qu'on avait le laboratoire,
48 ça, ça compte, enfin pour moi, et il y a un petit hôpital qui a été énormément remanié. Quand
49 j'y suis passé en gros c'est les chefs des urgences du CHU qui montait faire les gardes. On avait
50 un degré de compétence qui était pas mal. On n'a pas forcément tous les moyens mais on
51 avait un scanner enfin d'imagerie.

52

53 Et Bourg d'Oisans ça ne m'a pas plu *rires*. Non j'ai trouvé ça difficile comme exercice c'est à
54 dire qu'on est à cinquante minutes, une heure de Grenoble et tu n'as rien : pas de labo pas de
55 spécialiste. Le cabinet n'était pas du tout fait comme ici on n'avait pas de quoi faire de
56 l'urgence donc la moindre chose qui requérait un soin plus spécifiques on nageait un peu
57 *rires* et donc à partir de là c'est là aussi je me suis mis ma limite donc je me voyais pas
58 exercer en ville et je voulais voir jusqu'où j'étais capable de m'éloigner de centres de référence
59 *pffffiou* et bah 30-40 minutes j'ai trouvé que c'était ma bonne limite et qu'il m'en fallait pas
60 plus. Après j'ai fini mon internat, j'ai quand même fait des remplacements pendant deux mois dans la
61 Mure c'était un peu à la suite directe de mon stage il y avait un médecin qui a quasi arrêté son
62 activité donc ils cherchaient des remplaçants et puis à partir de fin décembre 2017 j'ai
63 remplacé à Lans j'ai pas un équivalent temps plein ici au cabinet en fait donc je continue de
64 remplacer dans d'autres cabinets je suis beaucoup sur le bassin grenoblois donc là c'est
65 beaucoup plus de l'exercice de ville, des horaires de ville pas d'astreinte. C'est une autre
66 médecine et c'est autre chose mais voilà.

67

68 *Qu'est ce qui t'a fait choisir ton activité principale de remplacement ici plutôt qu'ailleurs ?*

69

70 Parce qu'ici je savais que j'allais pouvoir me faire une place. Que pendant mon internat j'avais
71 beaucoup navigué avec les autres professionnels de santé. Je m'étais intéressé au
72 fonctionnement des maisons de santé et en fait ça a été plutôt plusieurs facteurs. C'est que je
73 connaissais le terrain, l'exercice me plaisait, je connaissais l'équipe et pour aussi avoir fait une
74 thèse sur les maisons de santé pouvoir m'installer en maison de santé c'était tout bon pour
75 pouvoir continuer à avoir ça quoi et je ne me serais pas vu en dehors d'une maison de santé

76

77 *La Mure, c'était une maison de santé ?*

78

79 Alors oui mais officiellement déclarés comme ça l'ARS mais qui n'en avait pas du tout le
80 fonctionnement. Il comprenait, fin... je les avais interviewées moi pour ma thèse. Donc l'idée
81 c'était d'évaluer les regroupements pluriprofessionnels et quand je leur demandais s'ils
82 faisaient des réunions pluriprofessionnelles, s'ils discutaient de cas patients, c'est une chose
83 qu'ils n'avaient pas pour habitude de faire. Ils savaient s'appeler pour un patient pour un
84 problème mais pas se poser autour d'un pot et discuter de plusieurs cas donc ça m'a fait
85 beaucoup réfléchir à savoir si je m'installe à La Mure ou pas. La Mure on partait j'appellerais
86 un stade de développement bébé maison de santé. C'est à dire qu'il y avait tout à faire la
87 structure était officiellement déclarée mais ils ne fonctionnaient pas tant que telle alors qu'ici
88 tu es plutôt à un stade très évolués et j'ai préféré venir ici mais c'était un long un long moment
89 de réflexion.

90

91 Après le cadre de l'équipe à la mûre pour les médecins dans la maison de santé où j'étais
92 c'était différent. Le contact était différent. C'était des praticiens qui avaient un
93 fonctionnement plus isolé, difficile à créer de l'échange et de la communication et je trouvais
94 que ça ne me correspondait pas. C'est comme ça que je suis revenu à Lans. Mais il y a eu des
95 moments de doute et puis même avant d'officiallement m'installer ici ouais j'ai bien eu 6-8
96 mois de réflexion avant de m'engager.

97

98 *Parce que tu savais que ça t'engageait à long terme donc tu voulais...*

99

100 Ouai, et puis au départ en médecine générale, on est un peu comme les kinés, on a différents
101 statuts pour s'installer. A la fin nous n'en a que deux mais on est soit installé associés on va
102 partager les frais d'un cabinet soit là comme je suis c'est collaboratrice c'est dire que je fais
103 mon chiffre d'affaires, je rétrocède un pourcentage mais on ne pourra pas venir me demander
104 plus. Alors que si j'étais associé, il faut participer à tous les frais du cabinet et il y a des mois
105 ça va monter à plus de 30%, il y'a des mois ça peut être un peu moins et s'il y'avait des vrais
106 surcoût moi j'avais que 18mois de travail donc je n'avais pas non plus un fond financier
107 derrière pour rouler. Quand ça fait 5-6ans que tu remplaces, tu décides de t'installer on te
108 demande de sortir 10-20 000 euros, tu les sors. Là en 18mois.... *rires* donc moi c'est aussi
109 ce qui a posé les conditions de mon installation : d'être en collaboration. Et après j'l'ai quand
110 même fait en CDI, ça se rompt c'est comme un contrat de travail et ça engage les deux parties,
111 les deux parties peuvent le rompre

112

113 *T'as intégré le pôle de santé récemment, comment tu décrirais ton rôle au sein du pôle en tant*
114 *que nouvel arrivant et dans ce que tu as commencé à t'impliquer ou pas ?*

115

116 Avant même de m'installer j'étais déjà impliqué aux réunions quand il y avait besoin, soit les
117 réunions patients, soit les réunions d'organisation du pôle. Aujourd'hui ma place, comment je
118 la définirais, ce serait plutôt en ligne secondaire des leaders. Initialement le projet a été monté
119 par *cite deux leaders du pôle ndlr* et c'est eux aujourd'hui clairement qui continuent à
120 pousser la machine. Moi je suis plus dans les pas de*cite un des deux leaders* : Je suis les
121 projets de santé sur lesquels je souhaite m'investir. Je me suis investi dans le parcours de soin
122 de l'insuffisance cardiaque : comment on dépiste comment on traite... On part de la
123 découverte jusqu'au traitement. Ça c'est quelque chose qui est en cours d'écriture, on voit
124 avec les cardiologues.

125 Je ne suis pas encore hyper impliqué mais je suis le mouvement, c'est les CPTS. J'aime bien
126 participer aux discussions, maintenant quand il s'agit de discuter avec les grands pontes et les
127 ministères, je laisse ma place *rire*. Après je dirais que j'utilise beaucoup le regroupement
128 pluriprofessionnelle et l'outil de communication avec le logiciel qu'on a. J'échange, je crée du
129 lien. J'ai toujours un mot d'ordre : c'est la communication. C'est plutôt comme ça que je me
130 sens investi, c'est à faire du lien. D'être au courant, essayer, d'être au courant de tous les
131 projets de santé qui se font parce qu'il y en a vraiment beaucoup *rire*, envoyer les patients
132 dans les bonnes filières. On a quelqu'un qui fait l'adicto, il y a la réhabilitation à l'effort,
133 maintenant on a les infirmières azalées qui font la prise en charge tabac, soutien
134 psychologique... Donc l'idée c'est d'avoir une cartographie de tout ce qui se fait et d'envoyer
135 les gens dans les filières. Je trouve que les patients sont très reconnaissants et nous ça nous
136 pousse à être au top sur la prise en charge du patient. L'adicto je ne connais pas très bien et
137 là c'est hyper intéressant : Le médecin voit le patient il nous fait des retours, on apprend...

138 C'est aussi comme ça que je vois mon implication dans le pôle, c'est d'utiliser tous les outils
139 qu'on a, c'est du luxe.
140

141 *Tu dis que tu es en seconde ligne des leaders. Comment en es-tu arrivé à ce rôle ?*

142
143 Parce que je n'initie pas les choses. Après je pense que c'est quelque chose qui m'intéresse,
144 ça va être l'avenir du soin. Déjà dans nos études on a vu l'évolution par rapport à la médecine
145 générale : on est passé d'une médecine paternaliste à une médecine où on est plus dans
146 l'échange et la discussion avec le patient. Je pense que l'avenir, demain, c'est le patient et le
147 professionnel de santé et plus uniquement le médecin. Je pense qu'il faut améliorer la
148 connaissance de ce que font les autres professionnels de santé, ce qu'ils savent faire, pour
149 derrière pouvoir échanger. Quand on part de ce principe là et qu'on se dit : "Demain je ne
150 peux pas exercer toute seule et il me faut les autres professionnels de santé, on va interagir
151 ensemble". Et ben là le projet d'un pôle de santé et maintenant des CPTS prend tout son sens.
152 Et ça, ça fait vraiment partie de mon mode de fonctionnement. C'est comme ça que j'arrive
153 là-dedans au final. Si aujourd'hui il n'y avait pas eu les CPTS, je pense que je serai encore plus
154 investi dans le pôle. À faire que ça fonctionne encore mieux entre les professionnels de santé.
155 Parce que là aujourd'hui, communique que ceux qui le veulent bien. Celui qui ne le fait pas ce
156 n'est pas qu'il ne veut pas c'est qu'il n'a pas le temps, soit qu'il n'a pas cette idée-là. Mais là le
157 fait qu'il y ait ce projet-là qui arrive c'est dans la continuité du développement. C'est pour ça
158 que ça m'intéresse.

159
160 *Pourquoi tu dis que tu t'investirais plus s'il n'y avait pas le projet CPTS ?*

161
162 Parce que en tant que jeune médecin j'ai envie d'aller encore plus vers l'avenir. À défaut de
163 développer ce qu'il y a plus au présent. Des fois c'est ce que je prêche et c'est un peu une
164 ambivalence. Je pense qu'il vaut mieux qu'on écrit un nouveau système et qu'on implique tout
165 le monde. Parce que là le pôle de santé, là où le fonctionnement est péjoratif, c'est que tous
166 les professionnels n'ont pas compris ce que c'était. Et c'est assez fou de se dire ça. L'année
167 dernière j'ai rencontré des professionnels de santé sur Villars et Autrans, ils n'ont pas encore
168 compris ce que c'était le pôle. Sur le territoire il y a 50 % des professionnels qui font partie du
169 pôle de santé et 50 % qui n'en font pas partie et c'est comment on peut aller communiquer
170 avec ces gens là ? Et je pense que c'est encore plus important d'aller vers la CPTS qui
171 regroupera tout le monde et là on pourra réfléchir à comment on communique plus tous
172 ensemble.

173 Les gens qui ne sont pas rentrés c'est pour diverses raisons : professionnel, manque d'intérêt,
174 manque de temps, manque d'infos, pas envie de se rajouter quelque chose sur le dos, ils ont
175 tous leurs raisons. L'idée c'est de leur dire qu'on ne leur impose pas un fonctionnement de
176 pôle avec des réunions, des AG, des choses comme ça. Mais sur quelque chose de plus globale,
177 comment on peut interagir, mieux suivre le patient, mieux partager les données en dehors du
178 DMP ou des dossiers médicaux. Et ça pour le moment on n'a clairement pas la réponse et
179 personne ne l'a parce que la CPTS est aujourd'hui dans un flou fiscal et juridique. C'est en
180 cours d'écriture au ministère donc là sur le Vercors on a une autorisation d'exceptions : la SISA
181 porte le projet de la CPTS. Mais à long terme on sait que les choses vont changer. Et je pense
182 que pour initier le mouvement ça peut être intéressant.

183

184 *Pour toi il te manque un support de structure stable pour pouvoir réunir les professionnels.*
185 *C'est comme ça que tu décrirais ton objectif au sein du pôle ?*

186

187 Oui, pouvoir améliorer la communication. Ici on est dans un exercice qui n'existe nulle part
188 ailleurs. On est des professionnels de santé libéraux qui doivent travailler ensemble alors
189 qu'on nous la jamais appris dans nos études. On sait tous faire notre truc mais on ne sait pas
190 communiquer, on ne connaît pas les compétences des autres.

191

192 Donc ici déjà ce qu'il se fait avec les étudiants, les internes partent avec les paramédicaux.
193 Donc déjà quand tu comprends ce qu'ils sont capables de faire et ce qu'ils font tu changes
194 aussi ta pratique. Aujourd'hui on est à peu près 55 professionnels dans le pôle donc pour des
195 libéraux qui ont l'habitude d'être tout seul dans leur cabinet c'est énorme d'être 55 mais à
196 l'échelle d'une entreprise c'est une taille moyenne. Mais on demande à des gens de travailler
197 ensemble alors qu'on ne leur a jamais appris à travailler ensemble. Donc c'est comment on
198 peut communiquer, comment on peut ne pas empiéter sur un temps de travail : Un libéral qui
199 participe à 1h de réunion il n'est pas payé et ça joue aussi : si tu passes quatre heures de
200 réunion dans ta semaine c'est quatre heures ou tu n'as pas pu prendre en charge des patients.
201 Pour certains c'est un argument. Moi pour le moment ça commence à le devenir *rire*. Avant
202 je n'avais pas tant de réunion que ça, là dans mon planning quand je vois que j'ai 5 réunions
203 dans la semaine, je commence à réfléchir, est ce que je vais être fraîche pour mes
204 consultations, comment je vais faire mon suivi de patients... Pas tellement l'argument
205 financier, c'est l'argument temporel. Comment je cale les choses ? Après on a tous nos
206 arguments personnels : moi je suis un jeune docteur donc je n'ai pas d'enfants mais je sais
207 qu'un jour ce sera un autre argument. C'est le temps familial. Et moi je n'en suis pas encore
208 là.

209

210 *On a vu ta manière de t'impliquer dans le pôle. Quelles sont les différentes manières de*
211 *s'impliquer ?*

212

213 Déjà d'y rentrer *rire*. Je pense que déjà rentrer dans une structure comme ça c'est à minima
214 y participer. Après il y a se tenir informer : Même si on ne participe pas aux réunions il y a
215 toujours des comptes rendus qui se font. C'est un peu une manière de suivre ce qu'il se fait.
216 Même si on n'y participe pas. L'étape d'après, c'est d'utiliser les outils. Comme je disais tout à
217 l'heure : utiliser les compétences des autres professionnels de santé. Déjà là, c'est mettre un
218 pied dedans encore en plus. L'étape encore d'après c'est de participer au développement des
219 projets. Donc il y a participer à un projet qui est déjà en train de se faire en petite main parce
220 qu'il y a toujours besoin. Après il y a carrément dire "Hou, il y a un projet qui m'intéresse" et
221 devenir carrément porteur de projet ça c'est l'étape ultime *rire*. Tout le monde n'a pas
222 forcément l'envie, le temps et l'idée. Puis le bout du bout que certains ne font pas encore et
223 que moi je ne fais pas du tout c'est de dire il faut gérer ce pôle, gérer les professionnels de
224 santé et ici ça s'appelle le conseil de gérance, ils sont huit ou 10 quelque chose comme ça, et
225 ça c'est vraiment l'étape ultime cet outil de gouvernance, de prise de décision. Qu'est-ce qu'on
226 fait ? Qu'est-ce qu'on ne fait pas ? Ça c'est l'étape ultime.

227

228 Donc je pense qu'il y a un grand panel. Moi je considère qu'il y a un plan humain tout le monde
229 n'est pas prêt à s'investir dans tout, à tout faire donc il faut que ça corresponde à tout le
230 monde. Maintenant je pense que le minimum pour s'impliquer c'est de se tenir au courant et

231 je pense qu'on n'y est pas encore parce que tout simplement ils n'ont pas compris comment
232 ça fonctionnait.

233
234 Moi je m'en suis rendu compte par l'outil que je faisais avec ma thèse pour évaluer les
235 regroupements Pluri pro en santé primaire : Ça se faisait par un questionnaire au départ on
236 se disait qu'on allait le faire remplir par le coordinateur. Puis quand j'ai présenté les résultats
237 pour ceux qui ont eu le courage de venir, il y en a qui ont dit : « non mais nous ce n'est pas
238 comme ça ». Parce que on a l'inconvénient... le point compliqué c'est qu'on est multisite. Et là
239 le fait d'avoir fait répondre à une personne elle avait surtout la vision du site où elle était et
240 pas forcément la vision globale. Donc ça a amené beaucoup d'interrogations : "Comment tu
241 as évalué ça ?" "Pourquoi ?". Du coup, l'année dernière quand je l'ai refait j'ai éclaté le truc je
242 me suis dit on va le faire en multisites. Donc ici j'ai fait Lans En Vercors, Autrans-Méaudres et
243 Villards. Cette fois, j'ai rapporté trois fois plus de résultats avec des choses où tout le monde
244 fait pareil (en positif ou négatif) et des différences parce que les cabinets fonctionnent
245 différemment. C'était vachement plus intéressant et là on était un peu plus d'accord et
246 consensuel sur les résultats qu'on avait obtenus.

247
248 En rencontrant des professionnels de santé sur certaines questions ils étaient là « - ah bon on
249 peut faire ça ? » Bah oui... *Rires* "- Qu'est-ce que tu as compris, quelles interrogations tu as
250 ?" "- À bah pour moi le pôle de santé c'était Lans En Vercors" "Bah non". Et voilà tu as
251 l'impression que la tête chercheuse elle est à Lans et il se sentait beaucoup moins impliqué
252 parce qu'ils étaient dans le village d'à côté. Alors que pas du tout. Ok l'organe décisionnel est
253 à Lans en Vercors mais si à Villards on a décidé de faire un projet il sera suivi. Moi ça m'a
254 interpellée parce que c'était un professionnel de santé qui venait de rentrer il y a un an. Donc
255 je lui ai dit que ça faisait un an qu'elle était rentrée dans le système et t'as pas compris tout
256 ce que ça te donnait comme possibilité ? Je trouve ça de fou, tu vois ? Je ne sais même pas
257 pourquoi elle est rentrée. On pourrait se demander comment elle est rentrée, pourquoi elle
258 est rentrée ? On ne peut pas attendre qu'elle s'implique si elle n'a pas compris comment ça
259 fonctionnait, il y a un problème à un moment donné. Je trouve ça hyper intéressant de se
260 poser la question aussi bien à l'individuel qu'au groupe, voir les dynamiques qu'il y'a entre les
261 gens, c'est hyper intéressant.

262
263 *Ton implication, tu l'as vu se matérialiser ?*

264
265 Pour le moment, non. C'est vraiment à une échelle individuelle je dirais. C'est des retours très
266 personnel que les gens m'ont fait : "Ah bah depuis que tu es là je suis plus au courant", "Quand
267 tu fais quelque chose tu n'hésites pas à venir le dire". C'est plutôt ça. Je n'ai pas changé le
268 fonctionnement du pôle mais j'apporte plus de communication. Typiquement la semaine
269 prochaine on va avoir une réunion déclenchée par un médecin. Il ne l'a pas vraiment dit à tout
270 le monde et ben j'ai rattrapé le cabinet infirmier, et j'ai rattrapé les kinés et ils trouvent ça
271 super intéressant mais ils n'étaient pas au courant. Donc je dirais que j'ai plus fait du lien entre
272 les professionnels par ma présence. Je n'ai pas encore changé le mode de communication.
273 Puis moi je suis hyper disponible c'est comme ça que je suis. C'est-à-dire qu'il y a un
274 professionnel, s'il a besoin, s'il a une question, il peut m'appeler. S'il y a une urgence ou que
275 je suis débordé je vais apporter un petit bémol *rire* mais tu vois ce que je veux dire. A qui
276 que ce soit, s'il a une question ou une interrogation, un problème, j'essaie d'être disponible
277 et je pense que ça joue énormément aussi.

278

279 *Mais pourquoi les gens ne sont pas au courant tu penses ?*

280

281 Soit-on ne communique pas clairement et parfois parce qu'on communique trop. Alors
282 attention j'explose tout ce que je viens de dire jusqu'à maintenant *rire* mais en fait on a une
283 coordinatrice qui va nous servir de quand on a une info de pouvoir la dispatcher à tout le
284 monde. Et ça c'est quelque chose qui est en train d'être corrigé c'est-à-dire qu'il y a un
285 moment on recevait 10 mails par jour parce que la moindre info qu'elle avait, elle la renvoyait
286 sans filtrer à qui l'envoyer, elle l'envoyait à tous les professionnels de santé. Et ben quand tu
287 reçois des mails dans la journée et ben tu les lis plus. Ou alors tu te dis "j'ai encore une
288 réunion" et puis tu fais mal le tri.

289

290 Aujourd'hui ce qui est en train de changer c'est qu'elle fait moins de mails et où elle cible plus
291 à qui elle envoie les mails. Là sur ce qu'on est en train de travailler (j'avais aussi participé à ça
292 j'ai oublié) c'est la création d'un site Internet. On est à un stade où le programmeur crée le
293 site, c'est en cours. A chaque fois qu'il crée quelque chose, on discute et on pinaille pour
294 affiner le site. Il va être fait pour les patients tout venant et on aura un onglet qui permettra
295 à chaque professionnel de santé de se connecter sur un espace dédié pour eux. Il y aura un
296 agenda et là on pourra faire comme notre téléphone : choisir ce que l'on veut voir (réunion
297 de projet, réunion du pôle...). La communication va être beaucoup plus simple, enfin je trouve
298 d'avoir quelque chose qu'on visualise et que tout le monde puisse partager, ce sera un gros
299 moyen de nous aider. On aura aussi un forum en tant que professionnel de santé. On avait
300 envie de pousser un peu le bouchon : on avait aussi envie de mettre des choses un peu plus
301 personnelles, avec des dates d'anniversaire ou des choses aussi qui distraient un peu plus le truc
302 qui ne le rendent pas complètement formel genre "on doit se connecter c'est Boulot boulot
303 boulot". Normalement ça devrait être en place pour début 2020.

304

305 *Vous essayez d'améliorer la communication en dépassant le stade du mail.*

306

307 Oui, on a eu l'aide d'une personne extérieure dont c'est le job justement d'aller dans les
308 entreprises ou structure en difficulté et elle est là pour faire un diagnostic et apporter des
309 outils et elle est venue nous aider quand il y a eu la crise de la communication. À l'échelle
310 individuelle c'est facile de communiquer, à l'échelle d'une équipe ce n'est pas la même
311 communication qu'on doit avoir.

312

313 *Comment tu définirais ton attente par rapport à ton investissement au sein du pôle ?*

314

315 Je pense déjà ce qui me permet de m'investir c'est que ça m'intéresse. J'ai toujours, dans mon
316 parcours personnel, mes études, aimé que les choses roulent, et quand elle ne roule pas ça
317 m'agace. Donc je me débrouille pour trouver des solutions. Même dans mon parcours à la fac
318 (je n'ai jamais été dans les associations étudiantes) mais quand il y avait un problème je le
319 faisais remonter. Je pense que c'est juste ma façon d'être et qu'aujourd'hui ça se ressent.
320 J'aime que les choses elle roule que les gens il soit bien, une sorte de bienveillance au travail.
321 Quelqu'un qui n'est pas bien et ben pourquoi tu n'es pas bien ? Donc ça je pense que c'est
322 mon caractère personnel qui est comme ça. Je suis très attentive au côté humain on ne peut
323 pas demander la même chose à tout le monde. Mais parfois il faut aller trouver la ressource,
324 la petite étincelle qui va bien parce que des fois on sent que les gens ont envie, mais ils ont

325 peur, tu vois ? Je pense que c'est surtout ça je n'ai pas d'attente, mais le principal c'est que
326 tout le monde soit bien dans son boulot. Pour moi il y a aucune case qui définit où j'ai envie
327 d'aller que les gens soient bien, qu'ils travaillent bien.

328

329 *Il y a du coup de l'intérêt pour l'inter professionnalité et aussi un caractère de bienveillance.*

330

331 Oui, de ne pas avoir la boule au ventre quand tu vas au travail et je pense qu'il n'y a pas de
332 case pour ça et c'est difficile d'écrire là-dessus. Après quand j'en parlais avec la dame qui est
333 venu nous aider elle m'a dit que c'était simple que dans certaines entreprises il y avait une
334 charte (plus qu'un règlement intérieur ça veut dire que ce n'est pas forcément validé mais on
335 peut écrire ce vers quoi on veut tendre) et moi ça me paraît fou, c'est un monde de l'entreprise
336 que je ne connais pas et écrire là-dessus je ne sais pas faire et elle, elle a les mots ; elle saurait
337 écrire les choses. Mais on va y arriver à cette logique d'entreprise, on n'a pas le choix. Sauf
338 que on a la composante des libéraux et un libéral ce n'est pas que ça fait ce qu'il veut mais...
339 *ne finit pas sa phrase sous entend que si*

340

341 C'est comme quand on est sur les préjugés d'une société les filles, les garçons, les stéréotypes.
342 Et ben un professionnel de santé il a été habitué à son stéréotype à lui de sa pratique et puis
343 là aujourd'hui on lui dit : « on va pratiquer autrement » il souffle. Il faudra deux générations...
344 Moi je fais partie de la première génération qui va apprendre à travailler ensemble et je pense
345 que ceux qui vont arriver encore après moi dans 10 ans ce sera encore plus naturel.

346

347 Il faut faire bouger tout le système et même plus que le système des professionnels de santé
348 libéraux au final parce que l'État c'est ce qu'ils sont en train de réfléchir déjà de faire bouger
349 d'un point de vue fiscal d'un point de vue juridique : comment des libéraux qui travaillent
350 ensemble peuvent-ils se rémunérer ? C'est une société qui bouge et sans parler de salariat
351 contrairement au centre de santé en France qui eux en fait existe depuis 70 ans et qui sont en
352 train de mourir parce qu'ils dépendent de fonds publics très précis, ce système là en France il
353 existe mais c'est juste qu'aujourd'hui, je ne dirais pas qu'on le laisse mourir mais il est
354 beaucoup moins dynamique. Il est plus ficelé, un centre de santé ça a son directeur, les autres
355 ils sont salariés ça correspond aussi à un type de professionnels de santé. Tout le monde n'est
356 pas fait pour un salariat, tout le monde n'est pas fait pour le libéral. On a encore le choix en
357 France en France aujourd'hui, jusqu'à quand ? Certains parlent déjà de salariat libéral parce
358 que vu qu'on fait des feuilles de soin on est payé par la sécu certains parlent de salariat caché
359 mais bon on prend quand même nos vacances quand on veut *rire*. Le système de soins a
360 ses limites qui sont un peu flou mais je pense qu'on va y arriver à ce pseudo salariat. Ils veulent
361 bientôt nous payer à la prise en charge globale d'un patient, à l'acte ça n'existera plus. C'est
362 un diabétique tu dois le voir six fois par an, tu seras payé six fois par an.

363

364 *On était très centré sur ton implication personnelle et sur l'implication des autres au sein du*
365 *pôle. Maintenant d'un point de vue plus organisationnel, comment décrirais-tu l'organisation*
366 *du pôle de santé ?*

367

368 L'organisation elle a sa coordinatrice avec son assistante de coordination qui nous aide
369 beaucoup sur la paperasse administrative, à faire du lien, à faire la promotion du pôle, Autant
370 à réfléchir comment on peut faire la promotion du pôle auprès des patients mais aussi à faire
371 le lien avec les hautes autorités. Après en soit le pôle s'organise avec un conseil de gérance

372 qui prend des décisions sur des investissements financiers, sur des projets de soins, quand des
373 nouvelles personnes veulent rentrer dans le pôle c'est aussi eux qui décident entre guillemets
374 de qui rentre.

375
376 Après chaque professionnel de santé va travailler ce qu'il a envie de travailler dans son coin
377 et ce qui va nous unir c'est les projets de santé. En général il y a un ou deux leaders qui lancent
378 des choses, qui écrivent des protocoles de soins et après il s'occupe de la diffusion auprès des
379 professionnels de santé. Deux médecins se sont lancés sur la pédiatrie, le dépistage des
380 troubles de l'apprentissage. Ils sont en train de réfléchir avec l'orthophoniste, avec le médecin
381 scolaire, pour écrire un protocole de dépistage de prise en charge donc après ça reste encore
382 individuel. Il y en a un qui va déclencher un projet et après ils vont faire « la pub ». Ce qui
383 voudront y participer et ceux qui voudront aider les patients le feront.

384
385 *Ils se déclenchent comment ses projets selon toi ?*

386
387 Il y a deux façons. Ici les projets ont été déclenché sur une volonté de professionnels de santé
388 : ils se sont rencontrés ils ont fait face à une difficulté et ils se sont dit « oh tiens c'est un sujet
389 qui m'intéresse ». Je pense à la réhabilitation à l'effort on a deux médecins, on a des kinés qui
390 sont super motivés qui se sont dit « mince on a des patients en consultations ce serait bien
391 qu'on puisse leur faire faire des choses un peu plus poussés et un peu plus en groupe plutôt
392 que de voir un et de recommencer le même travail après ». Ce sont donc eux qui ont lancé la
393 démarche au début sans franche reconnaissance de l'extérieur alors qu'aujourd'hui ça va faire
394 la quatrième année qu'ils vont faire ça et maintenant les cardiologues et même les spécialistes
395 quand les gens viennent du Vercors « ah bah c'est bon vous avez votre programme de
396 réhabilitation on n'a pas besoin de vous envoyer sur Grenoble ni à l'hôpital Sud ni en SSR ».
397 C'est parti à 90 % des professionnels de santé.

398
399 L'addictologie c'est un autre médecin qui a été interpellé, qui a été plusieurs fois en difficulté
400 sur des cas et puis elle se dit « c'est des choses qui m'intéresse » donc elle s'est formée et elle
401 a créé son parcours avec les infirmières azalées. Donc ça part très souvent de projet individuel
402 et après ça se concrétise au collectif. La petite différence qu'on a sur les derniers parcours de
403 soins (l'insuffisance cardiaque et la fracture ostéoporotique) c'est que ça vient tout droit du
404 ministère. Et on se dit que nous ici en faisant de la traumatologie pour nous c'était hyper
405 intéressant d'avoir cette idée (le patient ostéoporotique c'est ça qui nous a fait tic par rapport
406 au parcours de soin, on voit des gens cassés tout l'hiver qui se cassent et qui se recassent donc
407 là c'est déjà quelque chose qui va se mettre en place avec la rhumato et avec l'hôpital sud ici).
408 Je pense aussi au projet des consultations avancées de rhumatologie parce que il y a eu des
409 connaissances, ce serait bien que les spécialistes puisse venir, les rhumato ils ont dit « c'est
410 génial »

411
412 *Mais là encore c'était une volonté personnelle au final et sinon c'est l'État ?*

413
414 Oui c'est ça. Au final sur le pôle de santé qui existe depuis 4-5 ans c'est surtout sur les volontés
415 personnelles.

416
417 *Qu'est ce qui est important pour toi dans le fonctionnement du pôle ?*

418

419 La liberté de pouvoir mettre en place ce que l'on veut. Ça je trouve ça chouette c'est-à-dire
420 qu'un professionnel de santé qui a envie de se spécifier sur un truc et ben il peut le faire. C'est
421 là où la coordinatrice un rôle hyper important, c'est qu'elle sait où aller chercher l'argent pour
422 un projet et elle sait l'écrire : elle a participé à tous les projets de santé donc elle a la
423 formulation, dans un projet de santé faut toujours présenter le pôle et c'est toujours elle qui
424 l'a mis à jour... Il est là son rôle primordial. Ce qui est chouette c'est qu'il suffit qu'il y ait un
425 sujet qui germe et c'est parti. Le dernier exemple en date c'est la maltraitance.

426
427 *Il a donc la liberté, les financements et la rédaction du protocole qui sont importants pour toi*
428 *dans la rédaction d'un projet mais pour le fonctionnement global de la maison de santé, qu'est-*
429 *ce que ce serait ?*

430
431 Ça fait partie des conditions sinequanones pour faire partie d'un pôle de santé mais je dirais
432 d'avoir un logiciel partagé. C'est d'avoir le même logiciel métier même si aujourd'hui il ne
433 convient... Il va convenir de plus en plus aux paramédicaux mais ce n'est pas le cas encore.
434 Aujourd'hui c'est imposé mais c'est ce qui fait que le travail est intéressant. Tous les
435 professionnels de santé ont accès au dossier. Ça c'est une particularité du pôle du Vercors
436 parce que ce n'est pas partout pareil dans les maisons de santé. Nous ici le choix c'est que
437 chaque professionnel de santé est accès à tous alors que c'est quelque chose qui peut être
438 restreint. Dans certaines maisons de santé c'est ce qu'il se fait les kinés par exemple peuvent
439 voir par exemple les antécédents et les traitements en cours mais ils ne peuvent pas voir
440 l'historique des consultations. Nous tout le monde a accès à tous. Je pense que c'est vraiment
441 la base.

442
443 Il faut tendre à ce que les paramédicaux l'utilise de plus en plus parce que la voir ce n'est pas
444 l'utiliser et c'est vrai que c'est très mal fait pour certains professionnels de santé. Maintenant
445 quand un patient va voir un kiné, il a son fichier et son logiciel à lui mais de temps en temps
446 dans ce logiciel partagé il va nous faire une synthèse et le patient quand il revient on a de
447 l'information. Une patiente qui est enceinte qui a sa consultation avec la sage-femme (la sage-
448 femme n'a pas le droit de tout prescrire comme les arrêts maladies) et qui vient nous voir
449 après, on n'est pas pris au dépourvu formation dans le dossier partagé. Si tout le monde
450 l'utilise c'est vraiment du bonus. Et nous encore plus quand on fait les gardes. Un patient qui
451 va être suivi à Méaudre si on le reçoit à Lans on aura accès à son dossier. Après les patients
452 ont le droit de refuser, on est plus dans l'obligation de leur demander leur avis pour partager
453 on est simplement dans l'obligation de les informer que l'information va être partagé. On
454 gagne du temps quand tu partages l'information, c'est rapide, c'est simple, on limite la perte
455 d'informations et ça aide beaucoup.

456
457 *Tu me parlais du mail, ensuite du site, quels sont les manières de communiquer entre vous*
458 *entre professionnels et qu'est ce qui fait que la communication est efficace ?*

459
460 Les autres moyens de communication je dirais l'urgence, l'avis qu'on a besoin donc c'est le
461 téléphone de manière informelle. Par le logiciel partagé on a un système de messagerie à
462 l'intérieur, ils appellent ça Post-it. ça apparait sur notre écran comme quoi on a reçu un
463 message. Je l'utilise pour de la semi-urgence. Dans ma condition de collaboratrice je travaille
464 quand un médecin n'est pas là donc globalement je vois ses patients, je lui fais un post-it
465 notamment si c'est un médecin qui n'est pas sur le même site que moi. Comme ça quand

466 elle/il revient de son jour, de sa formation, il a l'information essentiel et rapide. Mon
467 utilisation de mail se fait quand je participe à quelque chose et que je veux provoquer une
468 réunion et encore ce n'est pas moi qui l'envoie je passe par notre coordinatrice comme ça elle
469 centralise les réponses. J'utilise ce temps de secrétariat de sa part pour que moi ça ne me
470 mobilise pas sur mon temps quotidien de consultations.

471
472 Après sur Lans on est plus de 20 professionnels donc là il y a frapper à la porte et dire « coucou,
473 j'ai un petit truc » *rires*. Et l'inverse se fait bien aussi. Tout à l'heure je disais que j'étais
474 disponible, ils ont un problème, ils descendent (les médecins sont au RDC ndlr) et on discute.

475
476 *Quelles sont les obstacles à la communication interprofessionnel ?*
477

478 Les caractères, le côté humain déjà. Il y a des gens qu'on côtoierait à côté du boulot on ne
479 s'entendrait pas mais là on est obligé de travailler avec. *Réfléchit plus longuement* La
480 méconnaissance du travail des autres. Je pense que ça va dans les deux sens, les médecins ne
481 savent pas que je fais de la gynéco donc ils n'y pensent pas et on ne peut pas travailler
482 ensemble s'ils ne savent pas ce que je suis capable de faire. Et à l'inverse tu ne peux pas
483 demander des soins spécifiques à un kiné, un infirmier, un podologue si tu ne sais pas ce qu'il
484 fait. Les obstacles c'est notre méconnaissance du travail des autres. Moi j'ai le coup de
485 téléphone facile : tu fais ? tu ne fais pas ? tu sais faire ? Tu ne sais pas faire ? et toi tu prescis
486 comment ? tu prescis quoi ? ça va dans les deux sens.

487
488 D'une manière un peu plus globale avec une expérience que j'aurai eu par ma thèse, l'obstacle
489 c'est le côté multisite. Le fait de ne pas pouvoir se croiser. Je pense à Villards par exemple ou
490 ils ont le cabinet medical, les infirmiers ont leur cabinet, les kinés ont plusieurs cabinets alors
491 qu'ils font tous partis du même pôle. Pour eux, on ne sort pas de son cabinet de consultation,
492 pour se voir, pour échanger. Je pense que le coté physique du lieu de travail est un obstacle.
493 A Lans on le voit bien avec la pharmacie et le fait qu'elle soit juste à côté. L'hiver encore plus
494 quand on a besoin des attèles et qu'ils sont cassés de partout, on se fait livrer directement
495 mais clairement ça change les contacts. On se croise, on se dit bonjour...

496
497 Ah oui chose exceptionnel on a un visage sur un nom *rires*. C'est extraordinaire de savoir à
498 qui on s'adresse. On a eu l'idée de faire un trombinoscope mais ça ne s'est pas fait *rires*. Ça
499 demanderait un gros travail mais ce qu'on a demandé aux gens c'est d'envoyer une photo. Et
500 moi la première je ne l'ai pas fait. Je rentre chez moi le soir et de trouver une photo dans
501 laquelle je voudrais que mes collègues me voient... *rires*, carrément tu ne le fais pas et ta
502 pièce d'identité ou tu fais la gueule, t'as pas envie. Le gros travail c'est que un jour quelqu'un
503 prenne un fichu appareil photo puis qu'il fasse le tour de tous les professionnels de santé et
504 ça se serait ouf. Comme ça quand dès fois tu arrives en réunion, tu ne te regardes pas en chien
505 de faïence car tu ne sais pas qui c'est alors que potentiellement ça fait deux ans que tu
506 travailles ensemble et tu as l'air con. Ce serait un gros outil à développer.

507
508 Tout ne peut pas reposer sur une même personne. Faut que les choses avancent
509 naturellement, faut prendre de la maturité comme on dit, un autre mot clé *rires*. Cette
510 fichue maturité il faut qu'elle sorte à un moment donné et ça c'est comme un enfant : on ne
511 peut pas demander à un enfant de 3ans de savoir lire et écrire donc on n'en peut pas
512 demander à un pôle de santé de fonctionner en claquant des doigts.

513

514 *On a parlé de tes attentes professionnelles, quelles sont les attentes patients à ton avis ?*

515

516 Le patient commence à comprendre et sait que c'est privilégié car l'accès aux professionnels
517 de santé il est plutôt simple par rapport à ailleurs. Donc déjà on zappe l'attente qui pourrait y
518 avoir par rapport à ça. Après (je ne sais pas si c'est une attente patient) ils sont très surpris
519 quand pour les prendre en charge de manière global on leur dit on peut vous proposer ça. Et
520 là ils sont contents. En fait on a passé un cap, on est au-delà de l'attente du patient c'est qu'on
521 va proposer quelque chose auquel il ne s'y attendait pas. Avec ce qui se met en place
522 dernièrement avec l'éducation thérapeutique, le patient diabétique on essaye de lui faire
523 perdre du poids, on essaye de lui faire comprendre son traitement, t'as l'impression en tant
524 que médecin t'es dans ta bataille tout seul dans ton bureau puis là aujourd'hui (je sais plus la
525 fréquence mais je crois que c'est 1fois/mois)tu lui proposes de se retrouver entre patient avec
526 un professionnel de santé pour aborder des thématiques et bah les gens ils sont super content
527 : Ils comprennent leur traitement, ils comprennent leur maladies et la relation elle change
528 complètement. J'ai du mal ce que le patient attend de nous mais c'est plutôt qu'on lui offre
529 un bon panel de service. Je le vois maintenant avec des gens qui montent de Grenoble (des
530 anciens du plateau qui ont déménagés en bas qui remontent) parce qu'il y a un médecin
531 jusqu'à 20H, on fait des urgences, on est dispo et je crois qu'elle est là l'attente des patients :
532 quand on m'appelle je réponds. C'est con tu vois ? Mais pas dire le médecin il me verra dans
533 10 jours. Pour eux je trouve que c'est bien.

534

535 Pareil on était en train de réfléchir sur quelque chose qu'on ne sait pas faire en France
536 aujourd'hui c'est « Qu'est-ce qu'attend un patient et est-il content de ce qu'on fait ? ». Nous
537 ici on n'a encore rien mis en place, mais on y travaille. J'ai soumis la question de mettre une
538 boîte aux lettres pour que les patients puissent mettre des mots dedans, de manière anonyme
539 et on ne sait pas encore à quelle fréquence, qui relèverait et à qui on rendrait des comptes.
540 Donc en fait il y a tout à écrire. *rires* Mais dans des maisons de santé ils l'ont fait et le recul
541 à quelques mois qu'ils ont eu et où ils étaient grandement surpris c'est que les gens ils
542 remerciaient la prise en charge. On se dit « Holala, quelle boîte de Pandore on va ouvrir ? Ça
543 va être infernal, on va avoir n'importe quoi » et en fait pas du tout. Les gens savent dire merci,
544 c'est ouf non ? *rires*. On a un préjugé de ce que les gens peuvent penser de nous négatif
545 alors qu'ne fait ils savent être reconnaissant et je pense qu'il faut qu'on ouvre cette boîte de
546 Pandore un jour.

547

548 Il y a donc eu la réflexion de la création d'un comité de patient aussi justement par rapport au
549 pôle. On est déjà sorti de la médecine paternaliste et là on dit au patient d'évaluer son
550 médecin on va passer dans un autre monde *rires*. L'attente des patients aujourd'hui on n'est
551 clairement pas capable de la dire.

552

553 *Tu disais au début qu'on proposait au patient grâce au programme plein de solutions auquel
554 ils ne s'attendaient pas, est-ce qu'ils sont évalués ses programmes ?*

555

556 Non ça n'existe pas encore. Les hôpitaux savent le faire, enfin ils ont l'obligation de le faire, ils
557 sont évalués sur leur pratique, ils ont un gars qui débarquent dans le service et qui regardent
558 les chiffres et comment ça fonctionne. Dans le libéral on ne sait pas le faire. Je ne suis pas
559 pessimiste, ce n'est pas ça que je veux dire mais depuis 2007 avec la création des maisons de

560 santé, l'État il donne de l'argent, pour le moment il donne sans attendre de retour. Je pense
561 qu'on jour l'État va arriver et va dire « Ok, ça fait 10 ans qu'on vous finance, maintenant vous
562 en êtes où ? ». Sauf qu'aujourd'hui on ne sait pas évaluer des pôles de santé. L'HAS a eu des
563 groupes d'expert, ils étaient en train de développer un outil, pour le moment c'est en stand-
564 by. On ne sait pas faire mais je pense que ça va arriver. Ici on est assez en avance donc soit de
565 nous-même on dit : « Ok, ok les gars, on a su créer quelque chose donc on crée quelque chose
566 pour s'évaluer » mais qu'on ne vienne pas nous chercher.

567
568 *Si aucun moyen d'évaluations des programmes existe comment tu situes la performance du*
569 *pôle de santé de Lans ?*

570
571 On ne peut que la comparer aux autres. Aujourd'hui notre seul repère objectif, c'est de
572 pouvoir comparer. Une fois par an, il y a le congrès national des fédérations françaises des
573 maisons de santé. Ça reste un congrès avec des tables rondes, des ateliers, des présentations
574 de projets... C'est à peu près là où on se situe par rapport aux autres sur ce qu'on propose.
575 Mais maintenant le recul sur l'évaluation d'un projet...on ne l'a pas. Et je pense qu'on est jeune
576 pour ça. On va l'évaluer un jour. Aujourd'hui c'est plus l'exigence des professionnels de santé
577 qui fait que « houla, ça fonctionne pas là, il faut qu'on améliore ». Mais en tout sincérité on
578 n'a pas l'objectivité pour dire maintenant quand on a vu tel patient... c'est du rendement, c'est
579 de la logique d'entreprise après on parle du soin quoi. Comment on évalue un patient dans un
580 programme de soin ? Est-ce que c'est nous qui ne sommes pas performant, est ce que c'est le
581 patient ? C'est un flou artistique. L'évaluation du soin, elle n'est pas simple. Elle est
582 multifactorielle.

583
584 *Tu penses que c'est compliqué d'associer performance avec le soin et la santé ? C'est un autre*
585 *type d'évaluation ?*

586
587 La performance je pense que c'est compliqué d'en parler. Ce terme me fait peur si on veut
588 dire les choses clairement. Performance ça veut dire qu'on attend quelque chose de nous et
589 quelque chose d'orienter vers le mieux et moi j'ai été obligé par mes études à une obligation
590 de moyens et pas de résultats. Et heureusement pour nous, sinon on finirait tous en prison
591 *rires*. Le mot performance me fait peur car ça veut dire qu'on amène forcément pour le
592 mieux et c'est une grosse valeur de jugement pour moi. Je ne dis pas qu'on n'y arrivera pas
593 mais aujourd'hui on vient me dire « On vient évaluer comment t'es performante dans ton
594 travail » bah je vais courber l'échine et dire « bah je pensais bien faire » *rires*. Après on a
595 déjà un peu de retour nous avec la SECU avec nos chiffres sur nos prescriptions, nos arrêts de
596 travail des choses comme ça. Mais pour le coup je comprends que les vieux médecins ils ait
597 peut de ça car même moi en tant que jeune médecin j'ai peur. Pour faire bouger les
598 mentalités, il va falloir y aller doucement et pas nous brusquer *rires*.

599
600 *C'est pour ça qu'ici on parle bien ici de performance collective du pôle de santé et non pas de*
601 *performance individuelle. Si je devais te demander de me citer 3 réalisations phares du pôle de*
602 *santé, qu'elle seraient-elles ?*

603
604 J'ai le droit de répondre le pôle en lui-même ? *rires* (je lui réponds que bien sûr elle peut
605 ndlr) *réfléchis longuement*. C'est dur comme question...

606

607 *Pourquoi tu cites le pôle si rapidement par exemple ?*

608

609 Parce que je trouve que déjà d'avoir réussi à regrouper des professionnels de santé c'est déjà
610 énorme. Pour pouvoir le voir en remplacement dans d'autres cabinets ou il y a plutôt un
611 exercice isolé, ils sont regroupés par moyens pour partager des locaux mais pas par envie de
612 faire mieux. Par cette expérience-là déjà, d'avoir regroupé des professionnels sous la même
613 entité c'est déjà ouf. Ce n'est pas du concret mais je trouve que qu'un truc phare dans tout ça
614 c'est le dynamisme qu'il y a, la créativité, les idées... on a l'impression que ça bourgeoine de
615 tous les côtés et ça c'est hyper stimulant d'un point de vue intellectuel et professionnel. On
616 est toujours obligé de se mettre à jour de quelque chose. Ce n'est pas une réalisation concrète
617 mais c'est tel luxe de travailler dans cette dynamique de travail.

618

619 *Qu'est ce qui fait que c'est dynamique du coup ?*

620

621 Alors ça... Pour avoir vu d'autres maisons de santé je pense que c'est le côté humain. On a la
622 crème de la crème. On a des gens qui sont motivés, qui veulent changer leur façon de
623 travailler. Quand ils ont une question, ils veulent y répondre et à partir de là la dynamique elle
624 est créé... Et en fait avec le recul, ça fait deux ans que je traîne dans les couloirs quand même,
625 je trouve il y a un qui une idée, il fonce, il ne se pose pas de question je vais faire le projet et
626 à coté il y en a un qui a une petite idée qui n'ose pas la dire, il suffit qu'il y en ai un qui l'entende
627 et la mayonnaise elle monte. Tu vois ? C'est juste le côté humain sauf que là on a des gens qui
628 commencent à s'épuiser. Ils ont porté beaucoup de choses, ça leur prend beaucoup de temps
629 donc là ils essayent de trouver des secondes mains pour reprendre des projets mais quand
630 même ça les chatouille donc ils vont quand même partir sur autre chose parce que quand
631 même on ne peut pas s'arrêter là *rires*. Le dynamisme est juste humain.

632

633 *C'est quoi en fait ? Que tout le monde s'entend bien ? C'est une cohésion ? C'est l'exigence*
634 *professionnel dont tu parlais tout à l'heure ?*

635

636 La curiosité professionnelle de vouloir bien faire. Et non ce n'est pas tout le monde, sur 55
637 professionnels, on va arrondir, il y en a 15 qui font les choses. 15 qui sont leaders dans des
638 choses après il y a des petites mains qui suivent mais elles ne sont pas nombreuses. En fait, ils
639 sont plutôt entrecoupés ça veut dire que sur les 15 il y en a un qui est sur un truc mais il va
640 être secondés par trois autres leaders qui sont sur d'autres projets. Ça fait un gros maillage,
641 une grosse toile d'araignée puis chacun tend vers son truc mais avec l'aide des autres. Ce qu'ils
642 cherchent aujourd'hui, ce qu'ils aimeraient (la pareil c'est de la maturité) c'est d'aller chercher
643 ceux qui sont impliqués dans rien et demandant si ça ne t'intéressera pas juste un petit truc.
644 C'est d'aller chercher mais pas imposer. Ce n'est pas de la manipulation hein ?

645

646 *Qu'est-ce que tu veux dire par maturité ? Tu en as déjà parlé tout à l'heure.*

647

648 C'est d'arriver à avoir une vision globale des choses. De comprendre en ce en quoi on
649 fonctionne *rires*. D'avoir la curiosité professionnelle qu'on a déjà évoqué tout à l'heure.

650

651 *Est-ce qu'il y a déjà eu des projets qui n'ont pas marché ou qui sont resté en suspens ?*

652

653 *Réfléchit longuement* Il y a en a qui sont restés en suspens mais je n'ai pas la connaissance
654 suffisante sur ces projets-là.

655
656 *Qu'est ce qui fait qu'ils n'ont pas fonctionné ?*

657
658 Peut-être le manque de temps par des personnes qui sont déjà trop investis dans autre choses
659 et des fois aussi une méconnaissance de la prise en charge des choses. Sois tu décides de te
660 mettre un coup de pied aux fesses et de te former et d'amener l'information aux autres. Donc
661 des fois il y a l'envie d'aller faire quelque chose mais tu pars de tellement loin. Moi c'est ce qui
662 m'arrive sur l'insuffisance cardiaque. Ça fait 6-mois que je réfléchis à ça, je suis arrivé avec
663 des questions auprès des cardiologues (enfin je dis « des » mais j'en ai eu surtout 2 en référent
664 qui ont acceptés de répondre à mes questions) que même eux d'un point de vue scientifique
665 ne savaient pas répondre. Demain il va falloir que j'écrive quelque chose sans avoir de
666 réponse. Parce que tout simplement la science aujourd'hui on en est là... Moi c'est juste mon
667 exemple personnel pour le reste je ne sais pas.

668
669 *Pour conclure comment tu concilies ton exercice professionnel et ton engagement au sein du*
670 *pôle ?*

671
672 Pour le moment, l'investissement que j'ai dans le pôle pour moi à l'instant t, ne me déborde
673 pas. Je ne me donne pas un temps dédié au pôle et un temps dédié à mon travail. C'est un
674 peu une grande salade, une grande salade composée *rises*. Parce que pour le moment ça
675 ne me déborde pas, ça m'intéresse et j'arrive à répondre facilement ce à quoi on me demande.
676 Typiquement le compte rendu des réunions, des choses un peu spécifiques on me les renvoie
677 pour que je les corrige, je sais que ça ne me prend pas longtemps. Pour le moment c'est une
678 grande salade composée. J'essaye quand même, on a un jour de repos par semaine, ce jour
679 de repos là, je ne travaille pas *rises*. Le jour où je suis au travail, pôle ou travail pour moi
680 c'est la même chose. Je réponds à la demande dès que je peux donc c'est comme ça que je le
681 concilie. Pour le moment je prends comme ça vient. Si on me dit là j'ai une réunion, je le
682 marque dans mon planning pour le moment ça ne me pose pas de souci. Après c'est sur le
683 nombre. Ce dernier mois qui est passé, il y avait des semaines à 4 réunions, là tu dis... et puis
684 souvent c'est le soir ou entre midi et deux, là le vrai mot conciliation va commencer à arriver
685 mais pour le moment c'est des semaines assez exceptionnelles donc je me les autorise et le
686 jour où ça reviendra trop souvent bah...

687
688 Déjà là j'ai dit non à certains projets. On m'a dit « Pourquoi tu ne fais pas ci, pourquoi tu ne
689 fais pas ça ». Parce que déjà je comprends que si j'y vais, je vais être débordé donc déjà je
690 freine déjà. C'est comme ça que je concilie. Je sais sur quoi je veux aller. Quand il faudra mettre
691 un coup de boost sur un projet et qu'on sait qu'on a un jour de repos on peut se mettre dedans
692 car on sait que c'est exceptionnel.

693
694 *Je te remercie pour ta participation, je n'ai plus rien à évoquer sauf si tu as une remarque*
695 *générale ?*

696
697 Ouai il y a un truc auquel j'ai pensé tout à l'heure et que je n'ai pas évoqué alors que je trouve
698 ça important c'est qu'on accueille des étudiants *rises*. Et ça c'est ouf. Je n'en ai pas parlé car
699 je me laisse embarquer dans le truc mais ça c'est une richesse aussi qu'on a. C'est toujours te

700 remettre en question car on va te dire « Mais pourquoi tu fais ça ? » « Attends mais pourquoi
701 tu me poses la question, t'as pas appris ça dans tes cours ? ». Ça aussi c'est une dynamique
702 qui est importante. On participe à des travaux de recherches, ça te fait réfléchir. Il faut
703 continuer à le faire. C'était ma remarque ultime bonus : l'accueil en tant que terrain de stages
704 des étudiants.

Entretien 3 – Pharmacien - SeV

1

1 *[Conversation qui avait commencé de manière informelle et sur la présentation de mes*
2 *objectifs de thèse]*

3

4 Je suis convaincue d'une chose c'est que pour que ça fonctionne, il faut que les gens ils soient
5 motivé et ait envie de venir ça c'est la première chose. La deuxième chose c'est qu'il faut qui
6 viennent pour les bonnes raisons. Ça c'est super dur mais je sais que y en a qui sont là par
7 appât du gain parce qu'actuellement il y a des grosses enveloppes qui sont en jeu.

8 Parce qu'il y a de l'argent tout simplement et on se rend compte que y'a des gens qui sont
9 venus pour ça que pour prendre la place et pas par construction du travail en équipe. A
10 moment donné ça finit par coïncider. Pourquoi ? Parce que les enveloppes ne sont pas
11 extensibles non plus.

12

13 Nous le meilleur exemple c'est que là on commence à avoir un budget qui n'est pas extensible
14 et qu'il y'a de plus en plus de gens. Il faut partager de plus en plus le gâteau et là il va falloir
15 qu'on commence à faire des choix en termes de budget : Qu'est-ce qu'on finance, comment
16 on finance... Parce qu'on ne va pas pouvoir tout financer et là on va rentrer dans le dur avec
17 certaines personnes qui jusqu'à maintenant était là, était rémunéré en fonction du temps
18 qu'ils avaient passé donc c'était très bien, il était très content mais là nous maintenant il va
19 falloir qu'on fasse des choix et je pense que ça va être compliqué pour certains.

20

21 *L'idée ça va être aussi d'interroger des gens qui ne sont pas forcément actifs dans la maison*
22 *de santé qui sont quand même là et essayer de savoir leur motivation et leur envie.*

23

24 [Me coupe un peu la parole]. Ouais mais à mon avis ce qui ne sont pas actifs ce n'est pas
25 forcément les plus difficiles à détecter. J'essaie de citer personne parce que le but ce n'est
26 pas de citer des gens mais le plus compliqué ça va être de repérer ceux qui sont là, qui sont
27 moyennement actifs. Suffisamment actif pour faire croire qu'ils ont un réel intérêt et qu'ils
28 font suffisamment de choses pour gagner de l'argent parce que c'est leur but.

29

30 *Tu penses qu'il y a des profils qui font semblant de faire les choses juste pour gagner de l'argent*
31 *?*

32

33 Oui j'en suis convaincu et je ne dirais pas qui mais j'en connais ce n'est pas qu'ils font semblant
34 de faire les choses. Quand ils font quelque chose ils le font mais pourquoi ils le font, quelle est
35 leur motivation ? Tu vois ce que je veux dire. Il y en a dans l'équipe on sait que ce qui les
36 intéresse c'est de faire des choses pour gagner de l'argent. Dès le départ. Je vais citer « les
37 bons exemples » : je pense que *médecin fondateur du pôle ndlr* et moi si on avait fait ça
38 pour gagner de l'argent on l'aurait jamais fait. Parce que vu le temps qu'on a passés... On avait
39 quand même évalué tout le temps de bénévolat au début c'était quand même 150 000 € on
40 aurait pu toucher, 75 000 € chacun. Si on avait compté chaque heure, chaque truc, chaque
41 réunion. Et on continue à le faire. La CPTS on est encore en train de se faire entuber. On passe
42 un temps fou là-dessus et voilà... Et le problème c'est les gens qui quand ils font un truc, le
43 font, mais pourquoi ils le font ? Est-ce qu'ils pensent que c'est un réel bénéfice et que c'est
44 vraiment bénéfique pour le patient et vraiment bénéfique pour eux ou ce n'est pas qu'ils

45 cumulent des heures et vu qui cumulent les heures ils cumulent de l'argent. Il ne faut pas
46 l'oublier ça.

47
48 *Si on repart un peu de la genèse et donc de la fondation du pôle qu'est-ce qu'il fait que toi dans*
49 *ton exercice tu es arrivé à te dire à te dire que tu allais te regrouper. Qu'est-ce qui a lancé le*
50 *fait que tu te sois lancé là-dedans ?*

51
52 Et ben c'est le fait que je pense que le travail en équipe est fondamental. Pour moi à titre
53 personnel. Travailler dans son coin c'est inintéressant on travaille forcément en équipe avec
54 les médecins, avec les kinés et que pour que ce soit intéressant pour le patient et que ce soit
55 intellectuellement et professionnellement intéressant on est obligé de travailler avec les
56 autres professionnels de santé. Évidemment les plus proches ça va être les médecins et les
57 infirmiers. Les médecins, on est en contact permanent avec eux. Si on fait le travail comme il
58 faut on est en contact permanent avec. Le pharmacien qui est derrière son comptoir et qui
59 reste derrière son comptoir et qui ne sort pas de là, pour moi ça ne doit plus exister. C'était il
60 y a 50 ans quoi. Voir peut-être même plus t'es obligé de sortir d'aller voir les autres. Et surtout
61 dans l'optique où on est tous professionnels de santé, on a tous des compétences différents
62 et complémentaires. Moi je ne suis ni au-dessus ni en dessous d'un infirmier. Ni en dessous
63 d'un kiné ou d'un médecin et ainsi de suite. Pour moi on est tous sur le même truc, on fait des
64 choses différentes, complémentaires, et ça ce n'est pas forcément facile et certaines
65 professions ont du mal à le comprendre et à l'intégrer encore.

66
67 Parce que de manière traditionnelle surtout dans la profession des médecins et des
68 infirmières, il y a une espèce de hiérarchie qui s'était créé et forcément oui d'accord c'est le
69 médecin qui prescrit sauf qu'un infirmier peut être force de proposition. Oui la loi dit que
70 l'infirmier doit agir sur prescription du médecin. D'accord. Mais l'infirmier c'est lui qui est au
71 chevet du patient, tous les jours et l'infirmier là il a constaté que tiens j'appelle le médecin
72 pour lui dire qu'on en discute on se met d'accord et après effectivement le médecin fait
73 l'ordonnance. L'infirmier a le droit de donner des arguments et lui dire qu'il n'est pas d'accord.
74 Pour moi la genèse elle est vraiment là : c'est une envie de travailler ensemble. Pour nous le
75 meilleur exemple c'est sur l'orthopédie. Moi je suis derrière mon comptoir je reçois une
76 ordonnance on me dit « il faut mettre ça ». Bah oui d'accord peut-être qu'il faut mettre ça.
77 On regarde. Pourquoi ? En fait tout est parti par exemple sur la morphologie des gens. Le
78 médecin qui prescrit une attelle sauf qu'il existe une attelle qui est mieux adapté pour le
79 même effet. Mon rôle c'est d'appeler le médecin et de lui dire que je pense que l'attèle qu'il
80 a prescrit elle n'est pas bien et que celle-ci elle sera mieux. Le résultat et l'objectif seront le
81 même mais le patient sera plus confort et c'est comme ça qu'on crée une relation. C'est
82 comme ça qu'on montre aussi aux autres professionnels qu'on a une certaine compétence. Le
83 résultat des courses c'est qu'est-ce que je mets sur l'ordonnance ? Parce que je te fais
84 confiance je sais que tu sais, moi le matériel je ne le connais pas je connais la pathologie, on
85 travaille ensemble et si on arrive à coïncider mon matériel que tu m'as conseillé et la
86 pathologie que j'ai diagnostiquée et ben le patient il sera bien soigné.

87
88 *Qu'est-ce qu'il fait que le pôle de santé s'est mis en place selon toi ?*

89
90 Alors plusieurs choses. D'abord, je pense qu'il y a le fait qu'on soit sur un territoire
91 parfaitement défini. Voilà le plateau il y a des montagnes autour, c'est super facile. À

92 Grenoble, c'est plus compliqué. C'est ce qu'on voit actuellement sur l'épaule et les CPTS, ou
93 on s'arrête ? On va devoir définir un territoire : cette rue-là, elle est dehors ou dedans ? Le
94 professionnel qui est au coin de la rue il est avec nous ou il est avec quelqu'un d'autre ? Pour
95 nous, ça c'est super facile. Il y a les montagnes autour, c'est défini, c'est super facile.

96
97 Après il y a aussi une longue tradition de coopération entre les professionnels de santé. Mais
98 cette tradition elle est liée aux territoires. Voilà parce que tout le monde se connaît, on se
99 comprend, c'est facile. On se connaît parce que l'association des professionnels de santé
100 libéraux, elle existe depuis 30 ou 40 ans. Donc déjà avant qu'il y ait tout ce système les gens
101 avaient l'habitude de se rencontrer. Les UPU qui se faisait alors oui il y a les UPU entre
102 médecins, entre pharmaciens... Nous c'est il y a un thème et tout le monde est invité. Alors
103 évidemment tu ne vas pas voir tout le monde en UPU parce que (je ne sais pas je vais te dire
104 une connerie) on fait une formation sur l'orthophonie. Si ce n'est pas intérêt intellectuel, ou
105 intérêts professionnels, moi l'orthophonie je ne veux pas y aller, je ne suis pas adapté y aller.
106 Mais par contre je peux aussi y aller même si le sujet ne m'intéresse pas forcément parce que
107 ça me permet de dire bonjour à machin, de rencontrer machin, de discuter, De boire un petit
108 coup ensemble. Donc il y a une certaine tradition de rencontres et de convivialité qui fait que
109 on est pu monter ça aussi facilement. Le travail en commun il existait déjà avant. On se
110 connaissait et on faisait en sorte de se connaître. Parce que c'est important de se connaître si
111 on veut travailler ensemble.

112
113 Et avant le pôle et avant la maison de Lans, il y avait déjà eu un projet dans le centre du village
114 de se regrouper avec les médecins et les kinés, déjà avant. L'idée ce n'était pas une
115 organisation aussi avancée que le Pôle. Mais c'était simplement d'être au même endroit parce
116 que c'est vachement plus facile. C'est ce qu'on vit actuellement. Il y a un mec qui s'est fait mal
117 au coude, c'est tellement plus facile qu'on lui amène l'attèle directement plutôt que le mec
118 on lui prête des béquilles, qui sont à la pharmacie, qu'il revienne au cabinet... Après c'est aussi
119 une question de personne. On a eu un bol monstre. On a des gens qui s'aime bien, qui se sont
120 rencontrés en ayant les mêmes idées et ça, c'est quand même le truc... Les leaders, *cite un
121 autre médecin* et moi, je pense qu'on voit les choses de la même façon. On nous a appelé
122 pendant longtemps Chapi Chapo. Parce que en fait dans les réunions, pour les gens qui nous
123 connaissaient c'était assez rigolo. On était chacun un bout de la salle, et en fait c'était une
124 espèce de jeu on se répondait, sans réellement le faire, c'était tac tac ça répondait, et des fois
125 même on se contredisez et c'était vachement intéressant : on montrait qu'on était d'accord
126 sur les grandes lignes mais après il y avait des choses où on n'était pas forcément d'accord. En
127 fait on était d'accord mais voilà. Le grand jeu c'était de dire quand je me fais couper la parole
128 « Oh lala, il m'a encore coupé la parole ». Alors qu'en fait on allait dire la même chose. Donc
129 c'est aussi une question de rencontre de personnes, ça c'est important.

130
131 *C'est important pour toi d'être sur la même phase, de s'entendre ensemble pour se regrouper*
132 *en pôle ?*

133
134 Bah ouais. Moi je pense que si tu n'as pas une vision de l'organisation des soins et si tu n'as
135 pas cette vision, je reviens là-dessus, de complémentarité des professions ça ne peut pas
136 marcher. Un exemple, c'est que dans certains pôles, la rémunération des professionnels liés
137 au protocole n'est pas la même si tu es médecin, si tu es infirmier, si tu es kiné, si tu es
138 pharmaciens. Ça ne peut pas marcher. Intellectuellement parlant ça ne peut pas marcher. Tu

139 veux passer à travailler sur un protocole, c'est soit tu as ta place parce que c'est un protocole
140 qui concerne ta profession en étant rémunéré autant que les autres. Mais si tu es rémunéré
141 en dessous ça ne marche pas. Pourquoi sur une même heure de protocole, un médecin serai
142 plus payé qu'un infirmier ? Déjà, si tu n'es pas d'accord là-dessus, ça ne peut pas marcher.

143
144 Si tu n'es pas d'accord non plus, sur le fait que les autres peuvent avoir un œil sur ce que tu
145 fais, ça ne peut pas marcher. Alors attention ça ne veut pas dire qu'il faut qu'il soit négatif,
146 qu'il soit critique en permanence. Critique oui mais il faut qu'elle soit constructive. C'est-à-
147 dire « Tiens, on a fait ça pour un patient, est-ce que si on avait fait comme ça ce ne serait pas
148 mieux ? » Ce n'est pas dire toi t'as fait une connerie, ce n'est pas bien ce que tu as fait. Mais
149 on a fait ça, on a atteint ses résultats et peut-être que si on avait fait comme ça, qu'est-ce que
150 t'en penses ? Donc il faut déjà accepter ça. Le regard de l'autre. Et ça pour des professionnels
151 libéraux, c'est plutôt compliqué. Moi je suis libéral, je suis libre, je fais ce que je veux. Pourquoi
152 toi tu viens juger mon travail ? Pourquoi ? Parce que je pense qu'on peut peut-être faire mieux.
153 Juger ton travail, je m'en fous, ce n'est pas l'objectif. Si on avait fait différemment, est-ce que
154 ce ne serait pas mieux pour le patient. Est-ce que ce ne serait pas mieux aussi pour notre
155 organisation ?

156
157 *Il y a vachement une idée de vision commune en soi : se remettre en question, tout le monde*
158 *au même pied d'égalité est une envie de coopération interprofessionnelle.*

159
160 Il ne faut pas qu'il y ait de rapports hiérarchiques au niveau professionnel. Bien sûr qu'il y aura
161 des rapports hiérarchiques dans une organisation mais je parle bien dans l'organisation. Pour
162 ce qui est du lieu de travail, les soins, de ce qu'on va faire pour le patient, je pense qu'il ne
163 faut pas qu'il y ait de hiérarchie. Une RCP peut être convoqué par n'importe quel professionnel
164 de santé qui constate quelque chose. Ce n'est pas ce n'est pas que le médecin qui va aller
165 convoquer une RCP. Si l'infirmier constate une problématique, il doit pouvoir dire : « OK je
166 réunis tout le monde, j'ai besoin de solution ». C'est super important.

167
168 *Justement tu parles d'organisation, comment tu définis ton rôle dans celle-ci ?*

169
170 C'est très compliqué. De manière un peu officielle (sachant que ce n'est pas un poste avec des
171 missions définis), on parle de Leader. C'est compliqué parce que t'as pas une définition du
172 leader. T'as pas une définition de son rôle. Après tu vas monter une SISA, dans la SISA, tu vas
173 peut-être pouvoir définir un président mais le leader c'est encore autre chose. Les leaders,
174 c'est les gens qui (c'est ce que je dis dans chaque réunion, moi je n'aime pas le terme leader,
175 ça fait un peu chef et moi je ne suis pas chef), je préfère dire que je suis un agitateur. C'est-à-
176 dire que j'agite un petit peu le bocal, on amène de nouvelles idées, et on essaye de booster
177 un peu les gens pour que ça avance. Les leaders puisque c'est le terme consacré, je pense que
178 c'est les gens qui vont avoir une certaine vision, une certaine compréhension d'où on va. C'est
179 eux qui vont passer du temps à rencontrer d'autres gens, que ce soit des institutions (ARS,
180 CPAM, ministère de la santé...), d'autres gens qui travaillent dans des pôles de santé pour
181 essayer de voir où est-ce qu'on peut aller. Et comment on peut y aller. C'est pas du tout
182 imposer les choses aux gens c'est essayer de les convaincre que c'est la bonne. C'est des
183 histoires de compromis, de discussion. C'est ça le rôle de leader.

184

185 Et en fait c'est une discussion qu'on a eue il n'y a pas longtemps avec *cite l'autre leader du
186 pôle*. Jusqu'à il y a un an, lui et moi on s'en allait, le pôle se cassait la gueule je pense. Je le
187 dis sans aucune prétention. Il n'y avait personne qui avait pris un peu de leadership et
188 d'énergie à mettre dans l'avancement des choses. Maintenant on s'en va le pôle va continuer
189 à vivre. Parce que le conseil de gérance a pris un peu sa place et que dans le conseil de gérance
190 il y a des gens qui se sont mis en avant. Si demain nous on s'en va, ça va continuer à vivre.
191 Parce que ces gens-là prendront le relais, peut-être un peu contraint et forcé, c'est possible.

192
193 On a aussi des gens tout jeune qui arrivent et qui sont hyper impliqués et demain ils seront là.
194 Pour la CPTS, on a pu en solliciter. Parce que de nouveaux avec *cite encore la même
195 personne*, on a monté le pôle, et là on monte la CPTS. Et au bout d'un moment il va falloir
196 qu'on s'arrête nous aussi. Et donc j'ai pu demander à certains et toi ça t'intéresse le leadership
197 de la CPTS ? Alors le but ce n'est pas de les laisser tomber : « tiens reprends le bébé et amuse-
198 toi » mais c'est de leur dire parce que c'est des projets auxquelles ils croient et qui les
199 intéressent, mettez-vous en avant et soyez leader de la CPTS.

200
201 Ce rôle de leader il n'a pas de réelle définition et ça pose des problèmes à certains points.
202 Parce que le rôle de leader il se définit par les gens qui sont à l'origine du projet et qui mettent
203 de l'énergie dans sa construction. Et c'est un vrai problème parce que les institutions, ceux qui
204 veulent identifier c'est des leaders. Sauf que les leaders officiellement il n'a pas de pouvoir de
205 décision. Donc le leader il est amené à prendre des décisions et faire des choix, c'est d'ailleurs
206 ce qui nous est reproché par certains à propos des CPTS, la question c'est de savoir qui c'est
207 qui a décidé de faire des CPTS ? Et oui c'est nous les leaders parce que c'est la continuité du
208 truc et qu'on n'y croit alors après on a fait valider par d'autres mais y en a à qui ça pose
209 vraiment problème que ce soit nous qui prenons la décision

210
211 *Ça rejoint peut-être le fait que tu disais que le pôle pouvait tourner sans vous et que*
212 *maintenant le conseil de gérance a sa place et souhaite prendre plus de décision ?*

213
214 Oui mais ceux qui se posent ces questions-là ce n'est pas des gens du conseil de gérance. Rire*.
215 Je ne sais pas pour quelle raison, j'ai mes explications mais c'est des gens qui essayent de
216 foutre la merde. Très honnêtement. J'ai une explication qui vaut ce qu'elle vaut mais je pense
217 que certains sont frustré de ne pas être leader et que ça leur pose des problèmes.

218
219 *Toi tu es leader depuis le début justement, est-ce que ton rôle il a évolué ?*

220
221 Non je ne pense pas. C'est toujours dans le même esprit. S'il a évolué un petit peu. Mon rôle
222 fondamental il reste le même : Être moteur, organisateur, lancer des trucs. Et auprès des
223 institutions les deux interlocuteurs qui ressortent c'est *cite la même personne* et moi.
224 Maintenant il y a Valérie aussi la coordinatrice. On est les visages du pôle de santé de Lans en
225 Vercors. Après il a évolué un petit peu, et je me rends compte maintenant. Des gens viennent
226 me voir alors que pareil, je fais partie du conseil de gérance, mais ils viennent me voir en tant
227 que leader mais pas en tant que membre du conseil de gérance.

228
229 Exemple : je dois rencontrer un médecin pour son projet d'échographie parce qu'ils n'arrivent
230 pas à se mettre d'accord. Pour le coup l'échographie en tant que pharmacien je n'ai rien n'a y
231 faire. Je ne m'y connais pas même si je suis convaincu qu'en tant que professionnel c'est

232 important. On vient me voir parce qu'on n'arrive pas se mettre d'accord ça concerne les kinés
233 les sages-femmes et les médecins. Et on me demande de prendre en main ce projet parce que
234 on n'arrive pas à se mettre d'accord. C'est une position assez confortable car je n'ai aucun
235 intérêt là-dedans. L'idée ce sera de regrouper tout le monde autour d'une table et de leur dire
236 maintenant qu'est-ce qu'on fait ? Je vais organiser les choses mais je ne prendrais pas de
237 décision. Le seul élément que je pourrais apporter parce que j'ai pris ce rôle dans le pôle, c'est
238 côté financier qu'est-ce qu'on fait ? OK ça coûte 20-30 000 €, Mais du coup il va falloir aller
239 chercher des financements. Ça pourrait être mon rôle.

240
241 Mon rôle il a évolué à ce niveau-là. On a maintenant une reconnaissance bien établie de ma
242 vision du pôle et de ma vision à long terme aussi, des orientations politiques et où est-ce qu'on
243 va ? Je pense qu'on vient me voir pour ça parce que à force d'avoir bossé dessus on maîtrise
244 toutes les ficelles du truc : des financements, comment ça se répartit, comment s'est calculé...
245 au début on a une idée on y va on se lance. Mon rôle c'était d'organiser des réunions, j'ai
246 appris à timer une réunion je planifiais les réunions et j'établissais l'ordre du jour toi : tu
247 t'occupes de telles parties toi tu présentes ça tu as un quart d'heure et je minutais. Et ça a
248 bien marché.

249
250 *Ton rôle il a évolué parce que tu as une expertise, tu es aussi un repère dans le développement*
251 *du pôle et on vient te solliciter en tant que médiateur pour trancher. Tu t'étais fixé des objectifs*
252 *que tu voulais atteindre ?*

253
254 Non. On aurait peut-être dû d'ailleurs. J'ai un vrai problème personnel. D'abord j'ai du mal à
255 dire non. Et puis j'ai besoin que ça bouge. Il y a quelques mois encore, on aurait dit la CPTS,
256 J'aurais dit non je suis fatigué. Et puis voilà je suis comme ça et résultat des courses c'est moi
257 qui m'y suis collé une fois de plus. Mes objectifs personnels c'est rendre mon métier
258 intéressant, plus intéressant qu'il ne l'est déjà avec le travail en équipe et ça c'est une réussite.

259
260 D'un point de vue professionnel, et je le vois quand je vois les nouveaux pharmaciens qui
261 arrive, c'est enlever cette casquette d'épicier qui moi me rend fou, et ça je pense que ça se
262 fait de manière plutôt naturelle je pense que l'organisation en pôle de santé participe à ça j'en
263 suis convaincu. Et puis troisième chose je pense qu'on peut mieux soigner les gens, on peut
264 avoir une approche totalement différente. Hier soir j'étais à la réhabilitation à l'effort je
265 marchais dans le noir avec les gens et on a discuté avec une personne qui était insuffisant
266 cardiaque, on a parlé de sa pathologie sans la bouse blanche et le comptoir qui était entre
267 nous deux et la relation était totalement différente.

268
269 Il y a quelques jours il y avait les choix de garde des pharmaciens. Il y a des nouveaux
270 pharmaciens qui arrivent sur Villard. C'est rigolo ils n'ont pas le même âge : Le plus ancien
271 quand je lui parlais de ça, ça n'avait pas l'air de l'atteindre, le plus jeune je voyais qu'il
272 comprenait. Quand je vais marcher avec les patients je fais mon travail. Différemment, Mais
273 je fais mon travail. Peu importe le professionnel qui accompagne le patient lors de la
274 réhabilitation à l'effort, il fait son travail. Différemment, mais n'empêche on instaure une
275 relation avec le patient et cette relation se poursuit après. Quand les gens reviennent au
276 comptoir, on n'a pas la même relation avec eux. Mes objectifs ils étaient un peu là : rendre les
277 choses intéressantes, s'affranchir du comptoir. Le pharmacien qui attend que ça se passe au
278 comptoir, il va mourir. Pas forcément économiquement mais d'ennui. Moi j'imagine même

279 qu'on enlève ses comptoirs au bout de quelques années. J'avais demandé à l'agenceur de ma
280 pharmacie des comptoirs arrondi parce que je veux vouloir gérer la distance avec le patient.
281 Le fait qu'il y a un arrondi et que ce ne soit pas carré et bah si je veux me rapprocher du patient
282 je peux le faire de manière très calme et très douce et je le fais régulièrement et le fait de se
283 rapprocher un peu change totalement la relation avec les patients. Il faut être parti prenante
284 de l'évolution de son métier. Actuellement la CPTS c'est une page blanche et c'est nous qui
285 l'écrivons. Des gens râlent maintenant mais ce sont les mêmes qui ralleront quand ce sera
286 écrit et qu'on leur dira c'est comme ça. Oui mais y'a cinq ans on vous avait dit de prendre la
287 main et vous avez rallé à ce moment-là et maintenant vous rallez parce qu'on vous l'impose.
288

289 *Quelles sont les différentes manières de s'impliquer dans le pôle selon toi ?*

290
291 Ça c'est un truc que j'ai appris, il faut respecter le rythme des gens, il faut respecter leur
292 volonté. Tu vas avoir les militants qui croit au bazar, qui vont bénévolement passer un temps
293 fou à faire avancer les trucs. Tu vas avoir les suiveurs, les gens qui vont prendre aucune
294 initiative, qui seront d'accord et qui vont juste suivre. Et ça il faut l'accepter, des fois t'as envie
295 de secouer les gens il faut l'accepter parce que ça peut être une histoire de caractère mais
296 aussi de temps et de vie professionnelle et personnelle. Après tu as les opposants, et ça il n'en
297 faut pas. Il faut faire des compromis, des consensus pour que les gens ne deviennent pas
298 opposants parce que là ça devient très compliqué. C'est des gens qui sont capables de mettre
299 des bâtons dans les roues très fort et qui sont capables d'appeler l'ARS et de débarrer des trucs
300 alors manque de bol l'ARS c'était nos copains donc on nous a appelé. Et là on avait un
301 opposant et clairement son but c'était de foutre la merde. Bon il est parti du pôle.
302

303 *Il y a déjà eu des départs du pôle de santé ?*

304
305 Oui. Pour plusieurs raisons. Lui, c'était un mec qui s'était mis à dos tout le monde avant que
306 le pôle existe. Ça fait partie des emmerdeurs, il en y aura toujours, il faut juste qu'ils ne
307 t'empêchent pas de monter le projet que tu souhaites faire aboutir. Après il y a les pervers
308 aussi : Les gens qui ne sont pas là pour les bonnes raisons. On a eu le cas avec les infirmiers. À
309 Lans, il y a le cabinet libéral et le centre de soins. Les infirmiers ils sont venus comme ça les
310 autres ils ne peuvent pas venir. Pour moi ce n'est pas une bonne raison de venir.
311

312 *Pourquoi s'ils viennent, les autres ne peuvent pas venir ?*

313
314 Pour rentrer dans le pôle il faut qu'il y ait un accord de la profession concernée et du coup ils
315 ont bloqué. Pour des raisons totalement débiles, mais ils ont bloqué. On est arrivé à une
316 assemblée générale où ils ont refusé, ils ont fait un mi-veto pour que le centre de santé intègre
317 le pôle et deux jours après ils nous ont dit : « c'est bon on a montré qu'on n'était pas d'accord
318 donc maintenant ils peuvent rentrer ». Pardon, c'est juste pour ça que vous avez bloqué ?
319 Vous ne pouvez pas le dire ? Moi je leur suis rentré dedans je leur ai dit vous imaginez le temps
320 qu'on a passés à faire ça ? Le temps que le comptable qui a passé des heures sur les statuts et
321 vous avez bloqué juste par principe ? Je suis désolé mais moi je ne peux pas accepter ça.
322

323 *On a abordé pas mal de questions sur ton implication personnelle, j'aimerais parler un peu plus*
324 *de l'organisation de la maison de santé. Savoir comment ça s'organise et comment sont pris*
325 *les décisions dans le pôle ?*

326

327 Nous on ne voulait pas de présidence, de chef. On veut que ce soit une décision la plus
328 collégiale possible. Alors évidemment on ne peut pas réunir plus de 50 personnes à chaque
329 fois : on n'avancerait jamais. C'est pour ça qu'on est parti sur cette idée de conseil de gérance.
330 Le conseil de gérance est défini de manière à ce qu'il représente toute profession. Donc il y a
331 forcément chaque profession et chaque site. L'idée ce n'est pas que sur Autrans-Méaudre ou
332 sur Villards ils ne soient pas représentés. Il n'y a que les professions où il n'y a qu'un seul
333 professionnel, s'ils ne peuvent pas être présent ils peuvent missionner un des membres du
334 conseil de gérance pour parler ensemble. Chaque site et chaque profession est représenté,
335 comme ça les décisions qu'on prend sont relativement bien acceptés par tout le monde. On a
336 mis vachement de temps à mettre ça en place parce qu'il y a des professions qui sont
337 beaucoup plus nombreuses, kiné et infirmier par exemple. On a donc deux professionnels
338 maximums par profession et quand ils sont deux il faut qu'ils soient de deux sites différents
339 sinon c'est trop compliqué à discuter. Et là on est 13, ça me va bien.

340 Il y a des règles aussi, une personne qui n'est pas présente 3 fois en conseil de gérance, il n'est
341 plus décisionnaire. Parce que le conseil de gérance ce n'est pas le club de foot du coin, on gère
342 notre activité professionnelle donc c'est important. Les gens qui sont dans le conseil de
343 gérance, ils doivent être impliqués. S'ils ne sont pas impliqués ils n'ont rien à faire là. Donc t'es
344 pas là 3 fois (à part maladie etc), tu n'as plus de pouvoir de décision et tu gicles du conseil de
345 gérance. Par contre pour sortir du conseil de gérance faut que ce soit validé par l'assemblée
346 générale donc t'es là mais t'es plus décisionnaire. Au moins on est sûr de l'implications des
347 gens au conseil de gérance.

348

349 *Donc c'était compliqué de créer une homogénéité entre professionnels de santé et un autre*
350 *site et vous avez dû définir des règles pour s'assurer de l'implication de chaque personne.*
351 *C'était important de bien définir l'organe décisionnel ?*

352

353 La gouvernance du pôle c'est fondamental si tu veux que ça fonctionne. Les statuts doivent
354 être relativement light parce que c'est compliqué à changer des statuts (il faut que ce soit fait
355 en AG, enregistré auprès du greffe, ça génère des frais etc) et il y a le règlement intérieur. Tu
356 ne peux pas faire fonctionner un truc comme ça sans règlement intérieur. Le règlement
357 intérieur c'est compliqué à mettre en place. C'est qui va décider quoi ? Quelles vont être les
358 modalités de vote ? Est-ce que c'est la majorité ? L'unanimité ?

359

360 *Qu'est ce qui fait que vous avez choisi le conseil de gérance plus qu'autre chose ?*

361

362 Pour la représentativité comme j'ai déjà dit et pour se diluer le boulot. Moi je m'occupe de la
363 répartition des NMR. Il y a Untel qui s'occupe des relations humaines. C'est noté. On a défini
364 les missions pour que ça fonctionne et après chacun se les ai répartis en fonction de ce qui
365 l'intéresse.

366

367 *Comment vous avez défini la collaboration interprofessionnelle au sein du pôle ?*

368

369 D'abord on a une charte éthique. Une personne qui veut rentrer dans le pôle doit être parrainé
370 par deux parrains dont un dans sa profession, il doit faire une lettre de motivation (ça vaut ce
371 que ça vaut mais bon), et tu signes la charte éthique. Un exemple : le pharmacien d'Autrans
372 s'il avait voulu rentrer il n'aurait jamais pu. Parce que moi je n'étais pas d'accord, mais je

373 n'étais pas le seul : les médecins aussi. Car il faisait des choses en termes de déontologie et
374 d'éthique qui était très très limite. Donc il y aurait une opposition de son entrée dans le pôle.

375
376 *La collaboration, elle est définie par les conditions d'entrées, il y a quand même une sélection.*

377
378 Et les gens sont à l'essai. C'est-à-dire que quelqu'un qui rentre, il a six mois où on peut lui dire
379 c'est n'importe quoi tu n'as rien à faire là.

380
381 *C'est déjà arrivé ce genre de situation ?*

382
383 Non. L'idée c'est de ne pas faire rentrer ces gens-là. Un autre exemple, il y a un médecin sur
384 le plateau qui croit être le meilleur du monde, qui sait tout faire et le travail en équipe il n'en
385 a rien à foutre. Les médecins sont tous correspondant SAMU donc ils ont des astreintes à faire
386 la nuit et ils pourraient faire des astreintes le jour sauf qu'ils ont dit (qui dit astreinte dit
387 rémunération) on ne va pas faire d'astreinte le jour car les cabinets sont ouverts. S'il y a une
388 intervention c'est dans le cadre de mon activité. Et lui il arrive : « Ha bah moi je suis MCS » et
389 sans le dire à personne « Ha bah moi je prends toutes les astreintes de jour ». Ça démontre
390 quand même un certain état d'esprit et notamment sa vision du travail en équipe. Lui si
391 demain il veut rentrer dans le pôle, ça va être difficile. Il faudrait qu'il prouve qu'il sache
392 travailler en équipe.

393
394 *On a parlé de l'organisation générale, du conseil de gérance et des conditions d'entrées au*
395 *pôle. On n'a pas encore parlé des programmes, comment sont-ils définis et qu'est-ce qui fait*
396 *qu'un programme se lance ?*

397
398 Ça c'est vachement important. D'abord quand tu montes un pôle de santé, t'écris un projet
399 de santé. Dans le projet de santé, il y a un élément qui est très important qui s'appelle le
400 diagnostic territorial. C'est la démographie médicale et des professionnels de santé : qu'est ce
401 qui est bien, pas bien, ce qui manque ou pas. Et ensuite ce sont quels sont les besoins de la
402 population ? Donc nous quand on a fait le diagnostic pour la santé du pôle, on est parti sur
403 des choses très concrètes : On a une activité saisonnière et on a des gens qui skient et qui se
404 font mal. On s'est appuyé sur des études qui ont été faites notamment sur l'accès notamment
405 sur l'accès à la contraception et dans lequel était ressorti que quand t'étais une jeune fille
406 c'était compliqué car tout le monde se connaît ici. Donc aller voir le docteur de papa et maman
407 pour la délivrance de pilule quelque fois ça peut être compliqué. Donc on a mis en place le
408 projet des gynécos.

409
410 *Ces projets-là se lancent car le diagnostic territorial étaient bien établis ?*

411
412 Plus simple. Il y a un besoin et il a une envie. Il y a le besoin de la population et une envie des
413 professionnels et si on arrive à faire coïncider ce besoin avec cette envie et bah on a un projet
414 qui fonctionne. C'est l'exemple que je donne systématiquement : Grande priorité national,
415 l'obésité chez l'enfant. Qu'est-ce que tu veux qu'on fasse avec ça nous ? On n'en a pas ou très
416 peu. On ne va pas mettre en place un programme pour des gamins qui ne mangent jamais au
417 McDo et qui font du ski de fond tout l'hiver. Nous c'est plutôt l'inverse : attention à l'anorexie.
418 On voit bien que sur ce genre de projet on n'a pas de besoin et à priori pas d'envie.

419 L'autre exemple parlant c'est le projet d'addictologie. Là c'est clairement parti d'une envie
420 d'un médecin. Elle a identifié quelques besoins : addiction à l'alcool, drogue... Donc elle a
421 passé son DU et elle a cherché à monter un projet la-dessus sachant que dans ce cadre-là les
422 consultations de psychologue ne sont pas remboursés et que c'est des gens qui ont pas les
423 moyens, est ce que via le pôle on ne peut pas trouver un financement pour ça ? C'est un super
424 exemple d'envie et de besoin qui mis à côté de l'autre donne un projet qui est viable.
425 En fait l'idée c'était de dire aux professionnels de santé, bien sûr qu'on va aller sur les grands
426 projets comme insuffisance cardiaque ou la BPCO, diabète et autres grands débats nationaux
427 parce que ça y'a un besoin mais en plus ça nous rapporte des sous. C'est ce qu'on a appelé les
428 projets ON. Mais à côté de ça, on va aussi faire des projets OFF, des projets qui ne sont pas les
429 grands débats nationaux mais qui nous intéressent et auquel on a pu identifier un besoin.
430 Peut-être que ces projets, ils ne nous rapporteront pas de points dans le cadre de l'ACI donc
431 pas d'argent mais ils nous intéressent et ils peuvent faire du bien au patient. Donc on décide
432 d'y aller quand même. Et peut être qu'un jour un professionnel nous sortira un projet sur
433 l'obésité de l'enfant. On lui dira « t'es gentil mais ça va toucher combien de patient ? 3-4 ?
434 Bah on ne va pas se lancer là-dessus. On ne va pas financer quelque chose qui touche 3-4
435 patients ».

436

437 *Ce n'est pas plus dur de lancer un projet OFF qu'on projet ON ?*

438

439 Non, c'est des choix. Là cette année c'est intéressant car on arrive à une question. Je reprends
440 addictologie qui coutent très cher au regard du nombre de patient. Si on met en face la
441 réhabilitation à l'effort ou les consultations avancées, cette année les consultations avancées
442 nous ont coûté zéro, c'est quelque chose qui roule, c'est moi qui m'occupe du projet, je n'ai
443 rien fait cette année là-dessus donc je ne vais pas toucher un centime sur ses projets donc ça
444 ne coûte rien par contre c'est 70 80 patients. L'Addictologie, ils ont passé plus de cent heures
445 pour 9 patients. C'est un vrai choix qu'il faut qu'on fasse. T'imagines bien que s'il y a 10 projets
446 comme l'Addictologie qui sortent, on ne pourra pas tout financer.

447

448 *Quel est la place de l'argent dans la prise de décision des projets ?*

449

450 Là, on a une décision à prendre. Moi je n'ai pas d'avis là-dessus, est-ce que l'on considère que
451 l'argent que l'on a mis en Addictologie pour ces quelques patients c'est important ? On a le
452 droit de dire oui c'est important donc on maintient. On peut dire aussi ça ne marche pas donc
453 il faut trouver une autre source de financement ou alors on peut dire ça ne marche pas. On
454 peut ne pas accepter de prendre 20 % du budget pour huit patients (je dis n'importe quoi)
455 alors qu'on n'en prend zéro pour 80. C'est des discussions qu'il faut avoir.

456

457 *Quelles seraient les critères de réussite d'un programme ?*

458

459 Pour moi un programme qui est réussi (attention un statisticien me dirait c'est n'importe quoi)
460 c'est la satisfaction. La satisfaction des patients et la satisfaction des professionnels de santé.
461 Pour moi le critère de réussite de la réhabilitation à l'effort c'est le petit groupe de patients
462 qui allait marcher faire du vélo électrique et qui maintenant s'organise tout seul pour faire la
463 sortie vélo. Des gens qui ont une pathologie chronique et qui au départ disaient que je ne
464 ferais jamais plus de sport. Et maintenant ils vont faire la montée du Ventoux en vélo
465 électrique pour moi ça c'est un critère de réussite. Un professionnel qui travaille là-dessus il

466 va le dire c'est nul comme critère. OK peut-être mais n'empêche qu'au début du programme
467 on avait dit que l'objectif c'était de rendre les gens autonomes. Et là c'est le cas.

468
469 Les consultations avancées le médecin vient faire des consultations avec un grand sourire et
470 qui dit que c'est super. Alors bien sûr, ce genre de programme on peut amener d'autres
471 critères combien on a économisé d'ambulance pour aller à l'hôpital sud ? Sachant que les
472 patients venaient là au lieu d'aller à l'hôpital sud. Sur les consultations avancées d'orthopédie
473 le but c'est que tu es un traumatisé qui est diagnostiqué ici et qui nécessite une intervention
474 ne passe plus par les urgences à Sud là on peut avoir des chiffres et des indicateurs un peu
475 plus précis et c'est ça qui intéresse la sécu parce que l'objectif c'est de désengorger les
476 urgences donc si le patient ne passe plus par les urgences car il est bien adressé et là on pourra
477 avoir des indicateurs qui sont précis.

478
479 *Comment bien choisir ses indicateurs suivant les programmes ?*

480
481 Un indicateur c'est des entrées/ sorties d'hôpitaux. Pour l'exemple de l'orthopédie, le fait qu'il
482 soit diagnostiqué ici et plâtré ici ils n'iront pas à l'hôpital parce que ce n'est pas nécessaire.
483 Bah ça peut être aussi sur les entrée/sorties d'hôpitaux les soins palliatifs par exemple. Le taux
484 de mortalité à domicile sur le plateau du Vercors est de 43% alors qu'elle est de 25% au
485 national. Ça c'est des vrais indicateurs. On a aussi les valeurs bio.

486
487 *Est-ce que c'est compliqué de récolter ces indicateurs ?*

488
489 C'est faisable mais ce n'est pas facile pour une raison très simple. Les outils le permettent sauf
490 qu'il faut rentrer les informations dans l'ordinateur. Il y a 4-5 ans *cite tj la même personne*,
491 on avait participé à une réunion sur le codage des pathologies. Il faut déjà que tout le monde
492 code de la même façon. Et actuellement ce n'est pas le cas. Par exemple t'as un diabétique,
493 comment tu le marques ? Est-ce que tu marques diabète de type machin, juste diabétique ou
494 type 1 diabète etc. Il va falloir aussi que tout le monde rentre les données. Nous, les
495 vaccinations pour la grippe, on le fait. J'ai dit aux pharmaciennes assistantes de le faire. Les
496 infirmiers ne le feront pas. La sécu est en capacité de nous dire combien de vaccin ont été
497 délivrés, ils extrapolent sur le fait que tous les vaccins ont été administrés. Mais on est
498 incapable de dire combien de gens ont été réellement vaccinés. Et c'est une connerie de pas
499 le faire. On a une mine d'or dans les mains avec ses informations. La sécu leur information est
500 fautive. Si on était un peu plus stricte on aurait une mine d'or dans les mains pour aller négocier
501 avec la sécurité sociale, l'ARS, le ministre de la santé...

502
503 *Pourquoi les professionnels ne le font pas ?*

504
505 On ne leur a jamais appris donc ils oublient. Ça leur paraît très compliqué. Ça leur paraît une
506 perte de temps. Les médecins ça va être très souvent qu'ils oublient. Les infirmiers ça va être
507 : « moi je travaille ». Ouais t'as raison moi je ne fais rien. « L'outil informatique il n'est pas
508 adapté à nous ». Il y a aucun outil qui est adapté à toutes les professions actuellement. On en
509 a choisi un, ce n'est pas forcément le meilleur mais si tu veux travailler en équipe et ben tu
510 rentres tes données c'est tout. Si tu ne rentres pas ça veut dire que le travail en équipe... Voilà.
511 Il y a un vrai boulot à faire dans ce domaine-là.

512

513 Après c'est aussi une question de génération. Avec le renouvellement actuel des professions
514 de santé, ce n'est pas le médecin qui va partir à la retraite qui va utiliser le nouvel outil
515 informatique pour faire ça. Avec les jeunes professionnels de santé qui sont nés avec
516 l'informatique, ils auront peut-être plus de facilité à fonctionner avec ça.

517
518 Les formulaires c'est une mine d'or aussi. Dans les programmes de consultation avancée et de
519 rééducation à l'effort, le SF 36 de qualité de vie : C'est un truc officiel, les patients cochent s'ils
520 sont essouffés ou pas etc. il y a toute une liste de questions qui donne un score. Ça on a
521 demandé à l'informaticien de le transférer dans l'ordinateur. C'est l'assistante de coordination
522 qui s'en occupe les patients le rentre à la main et elle saisit dans l'ordinateur. Ils le font une
523 première fois puis le refont six mois après. Et ça, ça peut servir de repère. Dans la rééducation
524 à l'effort il y a des cibles avec les espèces de toiles d'araignées. Il y a trois types de cible
525 différente. Une remplie par le professionnel de santé avec des choses très concrètes et
526 objectifs : le périmètre de marche, la fréquence cardiaque, fréquence inspiratoire... Il y a une
527 cible qu'on ne se sert pas qui doit être rempli par les éducateurs sportifs et il y a une dernière
528 cible qui est rempli par le patient sur ses objectifs personnels. Et un an après on reprend les
529 mêmes objectifs de zéro à 10 et on voit si les objectifs ont été accomplis ou pas. Je me
530 souviendrai toujours, il y avait une patiente de réhabilitation, elle avait atteint ses objectifs à
531 80%, elle en a pleuré tellement elle était contente. Là on a des indicateurs fixés par les patients
532 eux-mêmes et même s'ils sont subjectifs ils sont super importants. Parce que c'est ça notre
533 travail c'est que la personne qu'on prend en charge se sentent mieux. Ok son diabète ne s'est
534 pas amélioré, sa BPCO ne s'est pas amélioré mais est-ce qu'on est vraiment capable
535 d'améliorer une BPCO ? Par contre d'améliorer une qualité de vie du patient peut être que ça
536 on sait faire.

537
538 Ce formulaire c'était un médecin dans les Vans qui avait mis ça en place et on lui a piqué. Avec
539 son avis évidemment. C'est aussi tout l'intérêt de travailler en pôle. Quelqu'un en France crée
540 un outil qui est génial, on ne va pas aller réinventer un autre truc. Typiquement ce mec c'est
541 un militant, il a bossé comme un fou sur ce formulaire qui fait du bien à ses patients et il nous
542 le donne avec plaisir.

543
544 *On a parlé des critères pour évaluer les programmes, quels seraient les critères pour évaluer*
545 *un pôle ?*

546
547 Le nombre de professionnel dans le pôle n'est pour moi pas un critère. Il faut le relier aux
548 raisons de pourquoi ils sont là. Si les gens sont là juste pour prendre la place ou juste pour
549 prendre du fric pour moi ce n'est pas un critère. Voir c'est un critère négatif. Après je ne
550 prétends pas détenir la vérité. C'est mon opinion. Tu peux avoir un pôle avec deux trois
551 personnes et des programmes qui prennent en charge plein de patient de feu de dieu, tu peux
552 avoir des pôles à 100 personnes ça devient de tels usines à gaz qu'ils perdent l'objectif de ce
553 qu'ils veulent faire.

554
555 *Qu'est-ce qu'il y aurait d'autres ?*

556
557 Ce n'est pas un critère mais c'est vrai qu'il faut le pondérer. C'est vrai que s'il y a de l'attrait
558 pour le pôle ça veut dire qu'il y a des choses qui fonctionnent. On a accueilli 6 nouveaux
559 entrants cette année, il y en a encore qui veulent arriver. Cette appétence peut être un critère

560 mais il faut la pondérer avec les motivations. Le problème c'est que chaque pôle a un
561 fonctionnement différent et les critères sont à adapter à chaque organisation. Le fait qu'ils
562 fonctionnent différemment est une vraie richesse. Si on fait que ce que disent les grandes
563 instances c'est voué à l'échec parce que c'est ce que je disais avec l'obésité de l'enfant tout à
564 l'heure.

565

566 *Si tu devais citer trois réalisations phares du pôle qu'est-ce que ce serait pour toi ?*

567

568 Facile. Premièrement, les consultations avancées. Il faut juste savoir qu'on a une convention
569 avec le CHU de Grenoble qui n'existe nulle part ailleurs. Le fait que les hospitaliers viennent
570 faire des consultations ici en tant qu'hospitalier dans des cabinets libéraux. Deuxièmement la
571 réhabilitation à l'effort. C'est une vraie réussite. Plutôt que d'aller faire pédaler des gens dans
572 les gymnases les emmener se promener dans la nature. On lie à la fois le côté activité physique
573 et on fait du social. Troisième chose c'est d'être considéré actuellement comme une vitrine
574 en permanence par la CPAM, l'ARS. Là on va participer à un truc où on va faire des vidéos pour
575 faire de la promo en interne pour la CPAM sur les CPTS et les pôles de santé. Ils vont réaliser
576 des promotions de l'exercice coordonnées au niveau national et le fait que la CPTS qu'on est
577 en train de créer on se rend compte maintenant limite que c'est nous qui allons imposer au
578 reste de la France presque la façon de monter une CPTS. C'est le pôle d'une certaine façon et
579 quand on voit le cahier des charges des CPS, c'est exactement ce qu'on a fait pour le pôle.
580 Quelque part ils se sont appuyés sur notre exemple pour créer les CPTS. Alors ça paraît très
581 prétentieux de dire ça mais n'empêche qu'on prend le contrat de l'ACI, la CPTS, à 90% le
582 fonctionnement du pôle correspond à cette ACI. Soit c'est une coïncidence et on a super bien
583 travaillé. Soit on sait que c'est comme ça parce que notre coordinatrice a été en contact avec
584 le ministère de la santé.

585

586 *Pourquoi c'est une réussite pour toi ?*

587

588 Parce qu'on a une satisfaction des professionnels de santé. Dans la consultation avancée il y
589 a aussi la formation. Quand le rhumatologue, le kiné sont réunis au même endroit autour du
590 patient. D'abord on fait qu'une seule consultation, alors le médecin le kiné joue le jeu parce
591 qu'il ne code pas de consultation mais par compte ils ont une formation gratuite sur un cas
592 très concret. Donc c'est aussi de la transmission c'est aussi l'information. Il y a le fait aussi que
593 dans la conjoncture actuelle, on réduit le nombre de passages à l'hôpital. Je suis convaincu
594 qu'on limite le nombre d'examen derrière, on limite le nombre de consultations derrière et
595 voilà c'est un cercle vertueux. On est vachement fier que ça se passe ici.

596

597 *A l'inverse, est-ce qu'il y a déjà eu des projets qui sont restés en suspens ?*

598

599 Oui il y a un projet d'ophtalmologie, sur le dépistage de la rétinopathie du diabétique. Ça fait
600 depuis le début qu'on en parle, depuis le début que ça n'avance pas mais là il y a un problème
601 de leadership sur ce programme. C'est-à-dire, qui va s'en occuper ? Si tu veux qu'un
602 programme avance il faut qu'il y ait quelqu'un qui s'en occupe. Pourtant le chef du service
603 d'ophtalmologie était venu et on n'en avait parlé mais s'il n'y a pas quelqu'un derrière qui
604 prend les choses en main le programme il n'avance pas. On a même le financement par
605 l'hôpital pour un rétinographe mais le problème c'est qu'on n'a personne pour réunir les gens

606 autour de ce programme. Et nous on ne peut pas s'occuper de tout tout le temps il ne faut
607 pas oublier qu'on a une vie et qu'on a un métier.

608
609 *Pour conclure, comment tu concilies ton engagement au sein du pôle et le fait que tu sois*
610 *pharmacien et que comme tu disais tu as une vie à côté ?*

611
612 Et ben c'est compliqué parce que le pôle prend énormément de temps. En plus, étant identifié
613 comme un des leaders on vient me solliciter tout le temps. Ça peut être sur la philosophie
614 d'un projet jusqu'à « Il faut racheter des stylos pour écrire sur le tableau » « Tu sais quoi les
615 stylos tu te débrouilles » rires*. Donc c'est pas évident. Moi si je devais faire un bilan purement
616 financier et économique du truc, le pôle il m'a coûté une vraie fortune. Pourquoi on a quatre
617 pharmaciens à la pharmacie ? C'est aberrant par rapport à mon chiffre d'affaires. Mais
618 pourquoi en fait ? Parce que je ne suis jamais là. Le premier qui vient me dire que grâce au
619 pôle j'ai gagné ma vie. L'augmentation du chiffre d'affaires de la pharmacie face au temps que
620 j'ai passé est-ce que ça m'a coûté en salaire du fait que je ne sois pas là, je n'ai pas gagné un
621 rond c'est une évidence. On va dire que c'est du militantisme. Rires*

622
623 Quand il a fallu embaucher une coordinatrice, on nous a dit « oulala ça fait cher il faut
624 embaucher quelqu'un c'est des dépenses » Très bien on va faire un calcul du temps qu'on y a
625 passé à plusieurs et on met ça en face et si on allait facturer les heures qu'on y avait passé
626 c'était 150 000 €. Le calcul est vite fait. Mais pour moi c'est vachement important, c'est
627 fondamental. Moi quand il faut aller parler aux étudiants de l'exercice coordonnées ça
628 m'éclate. Parce que je suis convaincu que dans les années à venir on va travailler comme ça.
629 J'ai la même réflexion quant à la pharmacie. Les pharmaciens qui font que du discount, ils
630 scient la branche sur laquelle ils sont assis. On a un monopole on ne peut pas s'installer où on
631 veut on est des spécialistes du médicament et on est là à se tirer la bourre sur le prix de la
632 crème machin... je pense que c'est de la connerie ça. L'avenir de l'officine c'est le travail en
633 équipe et en faisant ça (je vais paraître super prétentieux mais je m'en fous), mais on travaille
634 pour l'avenir de la profession. Et pas que mon intérêt purement personnel.

635
636 *Ta manière de concilier ta profession et ton engagement c'est d'y avoir passer du temps et de*
637 *l'argent en fait ? Mais parce que c'était ta vision des choses.*

638
639 Moi je t'avoue que je ne comprends même pas comment tu ne peux pas t'intéresser à ça. Oui
640 on délivre des médicaments on soigne déjà mais on peut aussi les soigner différemment. Et
641 ce changement de mentalité il est valable aussi pour les autres professions. Quand tu passes
642 une heure à écrire un protocole, t'as pas vu quatre patients. Mais le protocole que tu as écrit
643 il ne va pas toucher 4 patients il va peut-être en toucher 10, 20, 30, 50 et à terme il va même
644 en toucher beaucoup plus que ça. La réhabilitation à l'effort c'est 30 pers/an. Le temps qu'on
645 a passé à écrire l'organisation, on n'a pas fait plusieurs consultations, n'empêche que ce qu'on
646 a écrit c'est au bénéfice du patient. Et ce temps-là on a fait notre métier. Et ça, c'est compliqué
647 à faire comprendre.

648
649 *Merci pour tout le temps accordé, souhaites-tu apporter une conclusion à cet entretien ?*

650
651 Non mais si t'as besoin de plus, il faut me dire.

Entretien 4 – Coordinateur - SeV

1 *Raconte-moi un peu ton parcours et dis-moi comment tu es arrivé à être coordinatrice du pôle*
2 *de santé en Vercors ?*

3
4 Alors c'est une longue histoire, moi je suis arrivé pratiquement au moment des prémices des
5 réflexions dans le pôle de santé parce que je connaissais des professionnels de santé qui
6 étaient des amis et qui connaissait, eux, ma compétence sur l'ingénierie de projet, les
7 demandes de subvention et la rédaction de dossier administratif. A l'époque je travaillais à la
8 ville de Grenoble et j'étais en charge de la mise en place de l'accueil des péris extra-scolaires.
9 Ils ont déboulé chez moi en me disant : "écoute, nous ça nous dirait bien de formaliser ce
10 qu'on fait dans la prise en charge et l'accompagnement des patients avec les propositions du
11 gouvernement sauf que c'est pas du tout notre matière, notre discipline, notre compétence, ça
12 te dirait de nous aider ?". Bah au début j'ai eu un peu peur car ce n'était pas ma discipline et
13 puis finalement quand j'ai regardé ce que c'était l'appel à projet je me suis dit : "ha ouai c'est
14 super facile en fait il faut y aller". Donc je les ai aidés dans la présentation du diagnostic de
15 territoire parce que j'avais eu la chance de travailler pendant 1 an sur ce territoire, j'avais
16 demandé une année de détachement, c'est des aménagements, des dispositions (choses
17 assez aisés dans la fonction publique) donc j'avais fait ce diagnostic un an avant donc il était
18 tout frais. Je leur ai proposé le diagnostic.

19
20 Et après on a eu des tas de réunions avec tous les professionnels du territoire qu'on avait
21 invité pour savoir qui serait intéressé pour travailler dans ce projet-là. Ça a duré 2 ans
22 pratiquement. Chaque profession, après, a rempli sa partie et je les ai mis en lien avec l'ARS.
23 Moi c'était juste parce que ça m'éclatait bien de faire ce truc-là. Ils sont arrivés ensuite à
24 présenter leur projet, il a été validé très vite par l'ARS sans qu'il y ait beaucoup de corrections
25 à apporter et puis quand l'exercice regroupé a commencé ils m'ont dit : "Maintenant on a
26 besoin d'une coordinatrice, tu ne veux pas être notre coordinatrice ?". Mais qu'est-ce que c'est
27 la coordination ? Puis non je viens de prendre un poste intéressant à la ville de Grenoble, non
28 non non. Puis là ils sont revenus vers moi ils m'ont dit : "Il faut vraiment que ce soit toi" et au
29 moment où on a livré la maison de santé, en juin 2015, "il faut que tu viennes nous aider on
30 ne va pas y arriver". Et là je me suis dit bon, j'y réfléchis sérieusement puis j'ai sauté le pas
31 dans le mois qui a suivi : "Aller, super je viens avec vous". Donc je suis arrivé un peu poussé
32 et en même temps ce qui m'intéressait c'était ce challenge car il y avait quelque chose à créer
33 complètement en allant faire ce qu'on avait envie d'en faire.

34
35 Dans le même temps, à l'époque il y avait une société coopérative, qui proposé de porter tout
36 ce qui était salariat etc ce qui permettait au professionnel de santé de ne pas s'engager dans
37 la responsabilité des ressources humaines, ce qui fait toujours peur aujourd'hui aux libéraux.
38 Et comme ils me proposaient qu'un temps partiel ici j'ai complété avec Saint martin d'Hères
39 qui avait aussi besoin d'un coordinateur et ça, ça a été la chance pour moi de pouvoir travailler
40 dans les meilleures conditions car au moins j'ai compris aussi d'un territoire à l'autre que ce
41 n'était pas la même chose et j'ai enrichi, je pense, chacun des projets de cette manière-là.
42 Dans la foulée, le EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique ndlr), a proposé une
43 formation, un master de coordinateur, alors comment il appelait ça... coordination de
44 regroupement d'équipe et on a suivi le Master pendant 2 ans avec les deux leaders du pôle.
45 On a quand même un diplôme qui nous permet de justifier aujourd'hui de nos postes, ce qui
46 n'existait pas jusqu'ici donc on a participé aussi à la construction de ce premier format de
47 Master.

48
49 *Qu'est ce qui fait que tu as décidé de passer à temps plein sur Lans et de quitter cette double*
50 *expérience que tu racontes comme très bénéfique au début ?*

51

52 Ça a changé. Alors moi je suis monté tout doucement en charge sur le Vercors. Au moment
53 où les équipes ont gonflés parce qu'elles ont eu des vies un peu parallèles, je ne sais pas si
54 j'y suis pour quelque chose ou pas, mais les deux maisons de santé ont grossi de la même
55 manière. Elles sont parties de moins de 15 à SMH aujourd'hui ils sont presque 60 comme ici.
56 Et l'effectif ne fait pas tout mais il arrive un moment où l'effectif de professionnels qu'il faut
57 accompagner et du coup qui arrive en même temps que le nombre de parcours et de
58 programmes qu'on met en place justifie pleinement qu'il y ait une augmentation du temps de
59 travail.

60
61 Les deux équipes m'ont effectivement proposé un 100% et j'avais pas forcément choisi le
62 Vercors au début j'avais vraiment choisi SMH pour l'état d'esprit, des histoires de vie et un
63 accompagnement d'une population précaire avec une réelle implication des milieux
64 professionnels, des gens qui ont appris à se parler, qui savent s'écouter, qui savent se
65 respecter, qui ne sont pas d'accord sur tout mais qui écoutent les arguments des autres, ce
66 que je trouvais pas ici et que je trouvais qu'en termes, raaa c'est pas que de l'éducation mais
67 bon, c'était un état d'esprit qui correspondait totalement avec mes valeurs. Et les amis d'ici
68 étaient pas bien d'accord, ils ont fait une grosse opération de séduction et j'ai fini par lâcher
69 l'affaire sur Saint Martin d'Hères, mais je reste un peu en lien avec eux quand même *rires*.
70 C'est aussi tout l'organisation des CPTS qui fait qu'on peut garder ses liens, la fédérations
71 française des pôles de santé a intégré officiellement depuis Mars les coordinateurs dans la
72 fédération donc on se retrouve aussi de manière régionale très régulièrement tous les deux
73 mois donc je garde le lien avec le nouveau coordinateur de saint martin d'Hères et puis
74 l'équipe, c'est tout une histoire de vie mais le leader est décédé aussi dans cette intervalle
75 sur saint martin d'hères donc il y a aussi une partie de l'histoire que je porte et que ne porte
76 pas toute l'équipe donc ça me laisse un point chez eux et ça me va bien.

77
78 *Comment tu définirais ton rôle de coordinateur au sein du pôle de santé ?*

79
80 Ça c'est vraiment la question piège, je sais plus, je ne sais pas le définir notamment à cause
81 de l'évolution vers les CPTS que je sais plus trop comment faire. On arrive à un stade où on
82 a redéfini les profils de poste avec l'aide d'une personne spécialisée là-dedans car l'arrivée de
83 la nouvelle coordinatrice a aussi modifié un peu les prises en charge de certains dossiers. Le
84 plein temps ne suffisait plus en matière de coordination. Il y avait aussi tout ce lien ville-hôpital
85 sur des parties plus secrétariat qu'il fallait gérer. La nouvelle coordinatrice a récupéré d'une
86 manière assez naturelle car c'était déjà écrit et qu'il nous fallait vraiment ce besoin-là. Et à
87 force de travailler ensemble on s'est rendu compte qu'il fallait vraiment différencier certaines
88 choses si on n'en voulait pas être tout le temps toutes les deux partout ce qui n'était plus un
89 atout. Ce qui au départ était essentiel pour elle et pour moi, aujourd'hui il faut qu'on soit
90 totalement autonomes donc on a essayé de définir nos missions avec un rôle très interne pour
91 elle : communication interne, mobilisation interne des ressources, ça peut être des ressources
92 humaines, matérielles, financières aussi et puis moi plutôt sur la partie externe : relation avec
93 les institutions, relations avec les réseaux, avec les plateformes et du coup communication
94 externe et bien sur tous les montages des dossiers financiers qui vont avec.

95
96 Je participe quand même à la dynamique de l'équipe je pense à travers le conseil de gérance,
97 à travers le pilotage de projets ou programme qui se mettent en place et au suivi du budget.
98 Après comment je me définis, j'ai un rôle très administratif et parfois rébarbatif qui soulage très
99 clairement les professionnels de santé et de toute façon je me suis toujours positionné comme
100 ça : je ne suis pas là pour vous empêcher surtout pas, je suis là pour vous libérer du temps
101 médical. Dès que y'a besoin de quelque chose que vous ne pouvez plus faire car ça vous
102 surcharge et que ça ne vous permet pas d'être au plus près du patient, il faut que ça revienne
103 chez nous donc ça peut aller très loin *rires* jusqu'au jour où il faudra qu'on cadre tout ça mais
104 voilà. Ce n'est pas le sac poubelle loin de là mais on essaye de faire au mieux pour que les
105 professionnels de santé ne soient pas impliqués dans ce travail administratif pour lequel ils

106 n'ont aucune appétences et pas de compétences et pour lequel je suis un peu plus à l'aise et
107 j'aime bien.

108

109 *Tu parlais de l'embauche d'une nouvelle coordinatrice en plus, comment ton rôle a évolué à*
110 *partir de ce moment-là ?*

111

112 On est peut-être dans cette phase de prise de conscience. Ça fait qu'un an qu'elle est là, enfin
113 c'est beaucoup en même temps, ce n'est pas tant à l'échelle de la vie des professionnels. Des
114 choses vont à la fois vite et à la fois faut que ça mature et qu'on identifie les rôles de chacun.
115 Moi je crois que j'ai pu me décharger de la partie très secrétariat, prise de rendez-vous, lien
116 avec l'hôpital qui est malgré tout assez chronophage parce que on déploie toutes ces
117 consultations avancées à travers à la fois le pôle de santé et maintenant les CPTS, donc on
118 est quand même obligé d'en parler des CPTS. On donne des moyens pour aller plus loin dans
119 la relation médecin/ville/hôpital. Donc ça c'est vraiment elle qui la pris et ça m'a dégagé du
120 temps plus sur la construction des dossiers et puis sur le conseil de gérance. Je me suis
121 beaucoup impliqué dans le conseil de gérance, on a travaillé sur la maturité et la structuration
122 du conseil de gérance pour que ce soit un organe fiable, solide, sur lequel on identifie bien ce
123 qu'il va apporter. Cette année (c'est cette année avec l'arrivée de la nouvelle coordinatrice
124 qu'on a pu le faire aussi) on a identifié des binômes en conseil de gérance pour prendre en
125 charge chacun des problématiques qui sont obligatoires pour une SISA. Elle a des droits mais
126 elle a aussi des devoirs une SISA. C'est vachement rassurant d'avoir à l'intérieur du conseil
127 de gérance des professionnels de santé qui sont référents. A partir du moment où nous on va
128 exploser car on a l'impression que ça ne s'arrête jamais tout ce qu'on a à faire, on a des
129 personnes ressources qui peuvent venir nous aider ou qui peuvent mobiliser d'autres
130 professionnels qui ne sont pas forcément du conseil de gérance pour nous aider. L'arrivée de
131 la nouvelle coordinatrice permet de se soulager de toutes ces tâches qui prennent du temps
132 et qui nous empêchent de mieux bosser sur l'ingénierie de projet et l'accompagnement des
133 bilans d'activités et la réalisation des bilans et tout ce qu'on a à rendre aux institutions parce
134 que c'est quand même super lourd. Avant on avait deux temps forts dans l'année maintenant
135 j'ai l'impression que c'est tous les mois il y a un truc à rendre. On rentre dans le programme
136 d'éducation thérapeutique du patient, il y a un bilan à faire, on rentre... parce qu'il y a des
137 financements différents à chaque fois donc c'est... j'ai un peu plus de temps à me consacrer
138 à ça.

139

140 Je suis également plus en lien qu'avant avec les institutions. Alors est ce que c'est la nouvelle
141 coordinatrice ou le mouvement qui grossit aussi mais je suis beaucoup en déplacement sur
142 Lyon parce qu'on dépend de la même ARS. Je suis beaucoup en lien avec Chambéry aussi
143 avec qui on avait créé des projets de santé, avec Saint Martin d'hères mais sur lequel on
144 travaille beaucoup sur les indicateurs à évaluer en santé. Avec l'arrivée de la CPTS il y a aussi
145 les déplacements sur Paris pour travailler sur la mise en place de ce nouveau dispositif ou du
146 déploiement de l'équipe vers une équipe augmentée d'autres professionnels que des
147 professionnels de soins primaires.

148

149 *T'as été une des premières salariés de la SISA, est ce que t'avais des objectifs ?*

150

151 Alors moi encore une fois mon objectif premier ou la finalité de mon poste c'est de soulager
152 les professionnels de santé sur ce qu'ils ne vont pas pouvoir faire. Ça c'est une certitude que
153 je sois salarié ou pas, c'est la colonne vertébrale du coordinateur pour moi. Tu parleras avec
154 un autre coordinateur il ne te dira pas forcément pareil que moi. Il y a une partie que j'ai oublié
155 de citer c'est le lien avec les patients quand même. Toutes les deux c'est important qu'on
156 garde le lien avec le patient, et je vais répondre après à ta question, parce que si on n'a pas
157 ce lien, ici beaucoup avec l'éducation thérapeutique et la réhabilitation à l'effort, on perd le
158 sens lors de la rédaction des dossiers administratifs. Ça j'y tiens beaucoup. Les professionnels
159 de santé nous demandent : "Ça nous surcharge ?" Ouai mais c'est essentiel, parce que
160 l'essence elle est là en fait : De quoi a besoin le patient ? Donc c'est aussi moi qui pilote

161 l'association des usagers. Si on ne sait pas ce qu'on leur apporte et de quoi ils ont besoins on
162 va plus savoir ce qu'on fait avec nos écrans, un crayon à la main.

163
164 Pour la question du salariat. Je crois qu'il y avait une volonté d'échapper à une société
165 coopérative qui s'est mal monté, mal organisé. Je passais plus de temps à justifier de mon
166 travail à cette société coopérative qu'auprès des professionnels de santé pour lesquelles
167 j'étais là. Donc c'est moi qui ai dénoncé mon contrat auprès de la coopérative je n'm'y
168 retrouvais pas c'était pas du tout possible et j'ai dit "j'arrête, ce n'est pas un portage qui me
169 convient" et ça m'a énervé car moi justement la société coopérative c'était pour moi ce qui
170 permettait justement de s'y retrouver. C'était coopératif mais ça n'a pas marché. Et quand j'ai
171 dit ça de concert SMH et le Vercors ont dit "Hop, on te salarie on va convaincre les
172 professionnels, tu ne pars pas". Moi c'était facile je suis en disponibilité de la fonction publique,
173 j'y retourne quand je veux donc pas forcément sur le poste que j'avais c'est certain mais je ne
174 suis pas à la rue si tu veux. Donc je ne leur ai pas mis de pression moi je pensais qu'il n'y avait
175 pas d'autres solutions et c'est eux qui ont fait cette proposition-là donc ça m'a réjoui ça voulait
176 dire que j'apportais une plus-value et dans mon engagement professionnel ça n'a rien changé.
177 Ça m'a redonné de l'estime de moi et ça m'a permis de mieux travailler en confiance peut-
178 être.

179
180 *Il n'y avait pas spécialement d'objectifs à atteindre ? Il faut faire ci, il faut faire ça ?*

181
182 Ha non ils ne m'ont pas fixé de nouveaux objectifs, on s'était dit qu'on allait revoir les fiches
183 de postes mais c'était plus lié à l'augmentation du temps de travail pour le Vercors que
184 véritablement faire passer le statut de prestataire à salarié.

185
186 *Tu m'as dit que c'était important pour toi en tant que coordinateur de garder un lien avec le*
187 *patient. Comment ce lien se matérialise ?*

188
189 Ici on les accueille quand ils arrivent dans un parcours. Le professionnel de santé les envoie
190 vers nous et on leur présente le programme dans lequel ils vont rentrer avec toutes les étapes
191 du programme. Ils savent que s'ils ont une question, c'est plus facile de m'appeler moi que le
192 professionnel de santé. Alors sauf si ça concerne la santé ou le soin on est bien d'accord mais
193 si ça concerne le parcours, après c'est vrai que la porte est toujours ouverte, il rentre aussi
194 pour se plaindre, pour dire c'est bien ce que vous faites, juste pour nous faire craquer une bise
195 et c'est vachement important. Ça nous permet aussi de leur présenter tous les outils qu'on a.
196 On a créé un site aussi en fonction de tous les retours qu'ils nous ont fait. Le site est enfin
197 ouvert et accessible, je ne sais pas si tu l'as vu santé en Vercors. Il y a une partie accessible
198 au grand public et une partie réservée au professionnel de santé. C'est surtout du coup par
199 l'accueil dans les programmes le contact qu'on a avec les patients.

200
201 Après la facilité aussi c'est qu'on est dans cette maison et on a de la chance on navigue dans
202 les couloirs et on les voit. On se dit bonjour, on se parle parfois, ils nous posent des questions
203 : l'organisation, qui vous êtes ? Ça permet aussi de faire la promotion du pôle de santé, pas
204 en termes de publicité mais pour mieux comprendre dans quoi ils sont et comment ils peuvent
205 être pris en charge jusqu'au bout.

206
207 *Tu représentes une interface entre les professionnels de santé, les patients et les institutions.*
208 *Quelles sont selon toi les différentes manières pour un professionnel de s'impliquer dans le*
209 *pôle ?*

210
211 Ha. Alors moi j'en vois plusieurs mais ce que je constate ici c'est qu'il y en a qui sont
212 convaincus que la meilleure des prises en charge ça ne peut pas être de rester seul dans son
213 cabinet avec sa mono activité, sa monodiscipline, qui savent que c'est le partage de
214 compétence, voir l'addition de ses compétences qui vont faire qu'on soit de meilleurs soignants
215 pour une personne. Il y a ceux qui sont venus, tout à l'heure je parlais de promotions, pour ça

216 aussi : Parce que ça ne fait pas bien d'être en dehors et si on est dedans, c'est mieux, on voit
217 où je suis et il y a une concurrence. Clairement c'est une concurrence. Pour d'autres c'est
218 chais pas trop mais bon je verrai dans le temps donc je viens et je verrai après ce qui se
219 passera. Il y en a beaucoup qui ont vécu ça : "de tout façon on y va, ça ne va pas nous mordre
220 et qui ont mis 2 ans, 3 ans, 5ans avant de se dire " des programmes je peux en proposer, je
221 peux en monter certains". Et puis il y a ceux qui restent à distance, qui ne sont pas rentrés
222 dans le pôle mais qui restent en veille car c'est intéressant mais qui ont peur parce que cette
223 SISA quand même c'est bizarre pas ce truc pourquoi pas une association, ils ne viennent pas
224 pour autant poser des questions pour savoir pourquoi on a été obligé juridiquement de
225 proposer quelque chose de plus adapté qu'une association. Donc ça peut être très pluriel, il
226 peut y avoir de tout. Et puis il y a ceux qui sont là sans être dedans : ils sont dans les RCP
227 mais ils ne sont pas plus friands d'intégrer un parcours d'abord parce que c'est quand même
228 chronophage, il faut avoir du temps. Moi je pense que c'est l'atout de cet exercice regroupé.
229 On a une vie, on est célibataire, on a du temps à consacrer à notre projet on peut investir
230 pleins de choses, et puis après on a une vie de famille aussi, on vieillit, on se marie on a des
231 enfants, on a plus envie de passer du temps en famille avec ses petits et puis après les enfants
232 grandissent et de nouveau on peut réintégrer. Donc c'est tous ces relais qui peuvent
233 s'organiser en fonction de ses motivations, premières ou finales peu importe, qui font que ça
234 va maintenir le niveau d'activité, c'est très mal dit car on n'est pas une entreprise, mais en tout
235 cas le niveau de prise en charge des personnes si on joue ce jeu-là. C'est aussi une force de
236 l'équipe je pense d'avoir des niveaux d'attentes et d'objectifs différents pour intégrer le pôle
237 de santé à un moment mais qui changent dans le temps qui font que c'est un outil fabuleux et
238 un outil qu'on peut considérer comme pérenne.

239

240 *Comment t'expliques que la SISA soit une structure qui fasse peur ?*

241

242 D'abord parce que c'est nouveau donc ça veut dire des changements de pratiques.
243 L'association loi 1901 ça fait un moment qu'on la pratique bien c'est facile. La SISA qu'est-ce
244 que ça veut dire, au début c'était un capital fixe donc un investissement financier dedans donc
245 déjà quand on parle argent ça peut faire peur. La SISA c'est synonyme de changement de
246 pratique. Tu rentres dans la SISA, on va te demander de travailler avec tes copains. Alors ça
247 certains n'avaient jamais...si, ils le faisait mais en fait ce dont je me suis aperçu c'est qu'ils le
248 faisaient déjà mais là, on le formalisait : A partir de maintenant tu travailles avec tes copains,
249 tu leur parles, tu partages la situation du patient avec eux. Ça se faisait déjà mais c'était
250 formalisé et ça pouvait effrayer. Moi je vois bien avec le temps que la structure elle a évolué,
251 elle a un capital variable maintenant donc elle peut (ha oui et il y avait le capital fiscal qui posait
252 problème on avait des impôts à payer sur la société bien entendu donc c'est toujours une
253 histoire d'argent, il y a quelque chose autour de ça) et après si je veux en sortir est-ce que je
254 n'ai pas un fil à la pâte. Si demain je déménage, un projet de vie perso ailleurs comment je
255 m'en défais ? Je pense que c'était tout ça au début. Maintenant c'est plus aisé alors est ce
256 qu'on a bien communiqué là-dessus je n'en sais rien. C'est plus aisé dans le sens où le capital
257 est variable, ça permet d'entrer et d'en sortir comme on veut pour des frais dérisoires
258 aujourd'hui et l'impôt sur les sociétés, on l'a résolu aujourd'hui puisqu'on est passé sur une
259 fiscalité où c'est la SISA qui paie l'impôt en fait et pas le professionnel. Ce n'est pas tout à fait
260 vrai car c'est ce qu'il ne touchera pas des NMR mais en tous les cas c'est les sociétés qui les
261 paient et intellectuellement parlant c'est plus accessible.

262

263 *On a beaucoup parlé des professionnels, comment un patient peut s'impliquer dans la vie du*
264 *pôle ?*

265

266 Il y a les patients experts par exemple. Alors il y a plusieurs choses, ils peuvent s'intégrer par
267 les parcours en rentrant dans les parcours, en devenant patient expert, en devenant
268 accompagnant pour d'autres patients. Il y en a aussi dans des groupes de paroles sur certains
269 programmes et ils peuvent l'être aussi maintenant par le biais de l'association des usagers
270 qu'on a créé il y a quelques mois à peine pour améliorer la connaissance des besoins de la

271 population (c'est à notre initiative mais ça aurait très bien pu être de la part de la population)
272 pour améliorer la connaissance des besoins de la population en se disant que c'est plus facile
273 si on a une association qui est repérée pour après nous faire des retours. Avec elle on a mis en
274 place des retours : des boîtes à idées sur tous les sites dans lesquelles chacun peut : "nous
275 on a aimé ça, il manquerait ça, est ce que vous pourrez le prendre en charge", et inversement
276 nous aussi on peut faire des retours au patient en leur demandant des outils pour créer plus
277 de liens avec la population parce que si on a des patients inscrits dans des parcours (ceux-là
278 on les connaît, c'est facile on peut aller vers eux), après on a des patients qui viennent juste
279 pour un rhume mais demain ils viendront pour autre chose et comment on améliore la
280 connaissance de ce que nous on est capable de mettre en place. Donc beaucoup d'outils de
281 communication à imaginer pour tout à l'heure.

282
283 *Tu parlais qu'il y avait toujours de nouveaux entrants, des professionnels de santé de manières*
284 *constantes, qu'est-ce qu'ils attendent en échange de leur implication au sein du pôle ?*
285

286 Ça rejoint un peu la première question. On ne vient pas tous pour les mêmes raisons. D'abord
287 c'est récent dans l'histoire, c'est un nouveau dispositif, est-ce qu'on en a vraiment besoin, est-
288 ce qu'on n'en a pas besoin. Après pour ceux qui viennent je pense qu'il y a aussi besoin de
289 valoriser tout ce que c'est la prise en charge d'une personne. Ce n'est pas simplement du
290 temps de consultation. C'est aussi tous ces échanges qu'on peut avoir avec le pharmacien,
291 autour du patient, aussi bien au téléphone mais aussi tous les échanges qu'on peut avoir avec
292 un spécialiste, les interprétations d'image quand il y a besoin d'examen spécifique.

293
294 Tout ça, c'est reconnu par un pôle de santé qui est accompagné par le gouvernement par de
295 nouveaux moyens financiers sur du temps qui n'est pas valorisé financièrement par du temps
296 de consultation. Donc il n'y a pas que l'argent (depuis tout à l'heure j'ai l'impression que je
297 tourne beaucoup autour de ça) mais j'espère que tous ne viennent pas avec des un objectif
298 très trivial "je vais gagner plus d'argent". On ne devient pas riche avec un pôle de santé mais
299 au moins ça nous permet de prendre du temps pour discuter de la situation d'un patient
300 sachant que derrière on va être reconnu dans ce temps passé pour s'occuper de lui. J'ai
301 l'impression que c'est un peu ça.

302
303 Après il y a aussi cette dynamique qui est lancée sur ce territoire où les professionnels de santé
304 qui n'étaient pas rentrés au départ pour des raisons qui leur appartiennent et qui sont très
305 louables, voient que finalement il y a quand même des choses qui se passent et ça donne
306 envie de s'impliquer différemment dans les prises en charges et que changer de pratique ça
307 peut être aussi une nouvelle façon de s'investir, une nouvelle façon de remotiver dans un
308 métier qu'on mène quand même pendant quelques années et que c'est peut-être le côté très
309 positif que j'y vois moi mais que je constate chez beaucoup. Là on a deux professionnels qui
310 vont rentrer, ils ont déjà pleins d'idées de parcours à mettre en place ce n'est pas simplement
311 pour venir picorer ce qui existe déjà. Ce qui est déjà bien de venir picorer mais ils ont encore
312 des idées sur l'amélioration du soin du second recours notamment.

313
314 *Qu'est ce qui fait que le pôle de santé s'est créé dans le Vercors ?*
315

316 Je crois que c'était une longue habitude de travailler ensemble en fait. Ce qu'ils ont fait c'était
317 juste une formalisation de ce qu'ils faisaient déjà. Moi je le dis toujours comme ça, même si
318 ce n'est pas très valorisant parce que on se dit c'est trop facile, il suffisait d'écrire donc ça a
319 impliqué quand même de nouveaux comportements de leur part mais c'était pour eux le pas
320 à franchir entre ce qu'on fait et ce qu'on nous demande de faire avec un soutien financier il
321 n'est pas énorme donc posons-nous la question de savoir comment on peut améliorer la
322 question de pourquoi on travaille ensemble. Et ça passe forcément par du temps d'échange,
323 ce qu'ils n'avaient jamais fait. C'était aussi une manière de se le dire et de l'acter.

324

325 Après il y avait autre chose c'est ils étaient acculés aussi par certaines situations
326 d'hébergements de locaux. Les kinés arrivaient en fin de bail et les médecins étaient dans des
327 locaux qui n'étaient parfaitement plus adaptés : c'était des petits appartements dans lesquels
328 ils accueillait de nouveaux professionnels et ils n'y avaient plus la place et qui n'étaient pas
329 bien organisés. Donc avec le projet de santé, il y avait une idée déjà d'évoluer vers un lieu
330 dans lequel on pourrait déjà organiser cette pluridisciplinarité.

331

332 Donc c'est à la fois : Puisque nous on sait le faire, montrons qu'on sait le faire et faisons le
333 reconnaître par le gouvernement et ensuite le besoin de créer un nouvel espace d'accueil
334 professionnels et forcément pour les patients.

335

336 *Qui en étaient à l'origine et pourquoi ils l'ont fait selon toi ?*

337

338 Il y avait deux leaders. Dans tout pôle de santé on identifie à minima un leader. Quand il y en
339 a qu'un c'est toujours un peu bancal mais un leader qui n'a pas de lien de subordination mais
340 qui est moteur du mouvement d'équipe. Il y avait un médecin et un pharmacien. Le médecin,
341 parce qu'il faisait partie de ses gens qui se retrouvaient en difficultés dans ses locaux et qui
342 voyait disparaître des médecins sur l'autre partie du territoire ça c'est un point important que
343 j'ai oublié de parler. On avait un médecin qui partait à la retraite sur Autrans. Sa collègue a dit
344 : "S'il part, moi je pars, je ne reste pas toute seule" donc il y avait déjà cette idée de travailler
345 en équipe. Et là ils se sont dit il faut faire quelques choses et c'est le seul moyen attractif qu'on
346 aura pour faire venir d'autres médecins sur Autrans-Méaudre où on s'acheminait vers un
347 désert médical. Le mot est fort mais s'il n'y a pas de médecin c'est un désert. Pour ces deux
348 raisons pour le médecin.

349

350 Et le pharmacien parce que lui il avait la possibilité justement (le foncier est compliqué sur
351 notre territoire) d'imaginer cette maison de santé en étant propriétaire de terrain et de bâtiment
352 donc il y avait déjà l'idée de mettre au service du projet.

353

354 Ce sont eux qui ont permis l'installation de trois nouveaux médecins, jeunes, qui sont arrivés
355 sur Autrans Méaudre, et l'amélioration du local pour les nouveaux médecins et les kinés qui
356 de toute façon n'avait plus de locaux dans les mois qui suivaient si on ne voulait pas faire
357 évoluer les choses.

358

359 *J'aimerais parler un peu plus de la partie organisation du pôle de santé. Tu m'as dit notamment*
360 *au début que vous aviez mis du temps à établir ce comité de gérance, vous avez mis du temps*
361 *à le définir. Peux-tu revenir là-dessus sur comment s'organise la vie du pôle et sur les*
362 *problématiques rencontrées pour l'organiser ?*

363

364 Alors la vie du pôle elle a évolué aussi avec l'évolution de la SISA. La SISA était en capital
365 fixe donc à chaque fois qu'une décision se prenait, elle devait se prendre à l'unanimité des
366 professionnels membres de la SISA. Ce qui est toujours compliqué quand on 10, 20, 30, 40,
367 60 c'est un peu plus complexe. Il y avait ça mais ce n'est pas pour cette raison qu'a évolué le
368 capital, c'est plus pour faciliter les entrées et les sorties : les flux de professionnels. Elle est
369 passé à un capital variable. Le capital variable propose que ce soit le conseil de gérance qui
370 décide à l'unanimité de ce conseil de gérance (donc 11 membres aujourd'hui je crois bien) des
371 grandes décisions à prendre notamment sur l'entrée ou la sortie de professionnels de santé.
372 Ce conseil de gérance s'est dit c'est bien, maintenant qu'on nous a identifié comme les
373 décideurs (même si après c'est partagé en assemblée générale on est bien d'accord), il faut
374 qu'on sache ce qu'on fait, pourquoi on le fait.

375

376 Donc on a réfléchi à une organisation intéressante avec l'aide de l'expert-comptable en
377 fonction des obligations de la SISA pour qu'elle soit prises en charge par ce conseil de
378 gérance. Le conseil de gérance en binôme s'est organisé, pour que ces thématiques soient
379 représentés et portés par eux. Après on est allée plus loin aussi. On a voulu que la qualité de

380 vie au travail apparaisse ici et sinon on retrouve le socle : la ressource humaine, le budget, le
381 secrétariat, le lien avec la cabinet expert-comptable obligatoire pour une SISA.

382

383 *Qu'est ce qui est important pour toi dans l'organisation du pôle et le fonctionnement du conseil*
384 *de gérance qui fait que ça va fonctionner, que ça va bien s'articuler dans un pôle de santé ?*

385

386 Que ce conseil de gérance soit à la fois représentatif des professions dans le pôle car on a
387 quand même 12 professions, ce qui n'est pas rien. C'est quasiment la totalité des métiers du
388 1er recours. Qu'il soit représentatif des sites. On est multisite. On est 6 communes puisque
389 Autrans-Méandre n'en fait plus qu'une maintenant. Il faut qu'on puisse retrouver l'identité de
390 chacun à travers cette représentativité. Maintenant qu'on a bien constitué tout ça, c'est pour
391 moi la facilité d'interpeller les personnes qui sont maintenant bien identifiés pour chacune des
392 thématiques quand j'ai besoin d'une réponse, quand j'ai besoin de prendre une décision ou
393 quand j'ai besoin d'aide car je n'y arrive pas *pires*.

394

395 *Comment elle se passe cette collaboration entre professionnels ?*

396

397 C'est complexe à plusieurs étages. D'abord parce qu'on est multisite. Donc communiquer avec
398 tout le monde de manière équitable c'est compliqué. Nous on a un bureau ici avec mon
399 assistante. On a organisé des permanences de coordination sur deux autres sites pour pouvoir
400 être en proximité mais du coup c'est de manière régulière mais pas quotidienne contrairement
401 à ce site (celui de Lans en vercors ndlr) où on est tous les jours. C'est aussi compliqué parce
402 qu'il y a 12 professions avec des finalités et des manières de prendre en charge complètement
403 différentes. C'est complexe car on a des échanges imposés par les institutions. Des fois il faut
404 aller vite et on n'a pas le temps d'aller voir tous les professionnels d'une même profession.
405 C'est surtout une problématique de communication. On travaille à la mise en place d'un plan
406 de communication interne et externe ce qu'on n'avait pas fait jusqu'ici pour différentes raisons
407 : On s'est fait happer par tout le reste : la rédaction des projets, dernièrement la CPTS et puis
408 le fait qu'on est passé rapidement de 17 professionnels à presque 60 aujourd'hui et ça ça
409 change totalement la communication à organiser.

410

411 Après on a un site. Ça va aussi faciliter les choses. On va mettre tous les comptes rendus
412 parce que les professionnels ils sont envahis par les mails de la coordination forcément j'ai
413 beaucoup de sollicitation. Après charge à eux de bien se responsabiliser et de bien aller voir
414 les comptes rendus qui les concernent parce que sinon on va aussi rentrer dans un nouvel
415 écueil. Et sinon après c'est vrai qu'identifier des leaders, c'est vers eux vers lequel je me tourne
416 le plus spontanément que je suis interpellé sollicité où quand je vois un appel à projet sur
417 lequel on a intérêt à être en veille ou à se manifester car ça représente ce vers quoi on veut
418 tendre.

419

420 L'organisation des leaders avec peut être de nouveaux leaders ou des relais est en train de
421 s'imaginer, plus que de se formaliser de s'imaginer parce que ça fait plusieurs années qu'ils
422 sont là ces leaders et ils ont envie de lâcher certaines choses. C'est bien parce que ça se fait
423 de manière assez fluide je pense. A la fois il y a beaucoup de monde et à la fois ça multiplie
424 le nombre potentiel de personne à solliciter donc ça devient aussi un atout pour la prise de
425 décisions et les informations et toute la rédaction du bilan d'activité. Je ne sais pas si c'est ça
426 que tu attendais comme réponse...

427

428 *Si si c'est ça. Justement tu parles de la communication qui est compliqué, tu parles du passer*
429 *par les leaders c'est plus facile d'avoir quelqu'un à identifier pour savoir où on va. Mais de*
430 *manière concrète, quels sont les éléments de communication que vous utilisez et qu'est ce*
431 *qui fait que des fois la communication fonctionne et des fois elle ne fonctionne pas ?*

432

433 On l'a amélioré avec ces permanences de coordination qu'on a mises en place sur tous les
434 sites de manière à ce qu'on puisse parler des projets, des parcours, où on en est dans le
435 parcours de soin.

436
437 *Qu'est-ce qu'une permanence de coordination ?*
438

439 La coordination est centralisée ici et du coup les autres territoires, les autres sites peuvent
440 paraître handicapés dans le sens où ils n'ont pas forcément le même atout, le même bénéfice
441 donc on a proposé de se déplacer également sur les sites une fois par mois. Ça permet de
442 mettre à jour les parcours, où on en est, de recruter des patients, de faire le lien. Du coup
443 comme on se voit plus régulièrement, il nous sollicite plus facilement même quand on est à
444 distance ça je pense que c'est important. On a mis en place des tableaux, (enfin ils ne sont
445 pas accrochés encore mais ils sont en passe de l'être *rires*) sur lesquels il y a une
446 communication générale de ce que c'est le pôle de santé, c'est interne au professionnel, c'est
447 pas du tout du grand public et une partie qui sera réservée à chaque site. Parce que chaque
448 site a son identité et c'est important de l'affirmer et de le conserver. Donc cette partie plutôt à
449 la charge des personnes sur le site et la deuxième partie je viens de la confier à mon assistante
450 qui est chargée de la communication interne dans son nouveau profil. Donc ça c'est le 1er outil.
451 Ensuite sur le site (internet ndlr) cette partie réservée aux professionnels de santé avec des
452 mots de passe sur lequel on pourra échanger, partager, échanger les informations qu'on a
453 besoin de partager.

454
455 Et enfin il y a un outil mensuel de coordination générale qui s'appelle le "Quoi d neuf ?". C'est
456 une instance où on invite tous le pôle de santé sur des sujets, sur un thème où l'ordre du jour
457 est collégial, chacun peut émettre ce qu'il a envie donc c'est jamais qu'une heure de temps et
458 en fonction de l'actualité du pôle et/ou de l'actualité nationale on peut mettre à l'ordre du jour
459 un point qu'on a envie de partager.

460
461 *Vous avez mis longtemps à identifier ses outils de communication pour que ce soit efficace ?*
462

463 Ils sont encore en voie d'amélioration, de stabilisation. Et on a mis longtemps car la SISA a
464 été créée en 2013. Puis c'est aussi lié à l'évolution de l'effectif des professionnels de santé, des
465 attentes du gouvernement aussi. Ce sont de nouveaux objectifs qui nous attendent.

466
467 *Si on doit parler un peu plus de l'opérationnel et des programmes de santé, comment ces*
468 *programmes de santé sont initiés, comment ils sont montés et qu'est-ce qu'il fait qu'ils existent*
469 *?*
470

471 Une question auquel on va devoir répondre tout à l'heure à la caméra (la CPAM a interrogé 2
472 professionnels de santé du pôle et la coordinatrice pour une vidéo au sujet des CPTS dans la
473 matinée ndlr). Les programmes sont créés à l'initiative des professionnels de santé... (nous
474 sommes interrompus par la vidéaste justement. La fin de l'entretien se trouve ensuite un peu
475 précipité du fait du tournage qui s'enchaîne avec mon entretien ndlr)
476

477 On a fait un diagnostic du territoire à partir du projet de santé, il fallait le diagnostic du territoire,
478 du besoin de la population et on arrive à s'appuyer là-dessus à chaque fois qu'on identifie une
479 pathologie, une problématique sur laquelle il faut qu'on se mobilise pour prendre en charge
480 les personnes. Alors parfois on n'a personne qui veut le faire, parfois c'est à l'initiative des
481 professionnels de santé qui disent : "Là, il faut faire quelque chose".
482

483 La réhabilitation à l'effort c'est un programme qu'on avait dans la tête avant même la création
484 du pôle et ça a été un des derniers programmes sorti car on ne savait pas comment l'organiser
485 mais on savait qu'il fallait prendre en charge les patients chroniques et les maladies
486 chroniques. L'éducation thérapeutique du patient c'est un médecin qui a dit : "Là il faut vraiment
487 qu'on se lance là-dedans parce qu'au niveau des risques cardiovasculaires il y a matière à

488 faire des choses. Du coup on a monté un premier ETP avec un médecin et il y en a un autre
489 qui a dit : "Ouai mais moi je pense que sur le cancer du sein il y a quelques choses à faire en
490 proximité" et puis un autre qui a dit "ha sur le diabète ».

491
492 Donc chaque professionnel de santé qui a l'idée d'accompagner mieux un patient dans un
493 programme le soumet aux autres, ou on travaille en petit groupe et puis après on parle plus
494 largement quand ils ont commencé à définir quelques orientations et chacun peut y venir ou
495 pas y venir ce n'est pas fermé, ce n'est pas réservé, c'est multisite et c'est à l'initiative des
496 professionnels. Après moi je les invite parfois quand je vois qu'il y a des problématiques de
497 santé publique auquel on peut s'intéresser parce que notre territoire peut être concerné. Ce
498 qui est quand même rarement le cas parce que l'obésité des enfants ici on n'en a pas trop tu
499 vois *rires*. Mais je leur en parle et si quelqu'un est intéressé : "Bah allez j'y vais". C'est aussi
500 comme ça qu'on a un médecin qui s'est formé sur un DU d'addictologie en se disant qu'il fallait
501 vraiment faire quelque chose ici sur la prise en charge des addictions. Et voilà ça se fait avec
502 envie, s'ils ont envie ça va bien se faire. S'ils sont contraints et forcés, ils ne vont pas le faire
503 et c'est mieux parce que ça ne se ferait pas bien.

504
505 *Et la manière dont ces programmes sont dirigés comment ça se passe ?*

506
507 Il y a un professionnel qui est référent du projet donc il a une enveloppe budgétaire qu'on lui
508 accorde (le forfait c'est le même pour chaque référent de projet). Après il fait ce qu'on appelle
509 un comité de pilotage par projet où participent ceux qui veulent encore une fois. Parfois c'est
510 la totalité des professionnels impliqués dans le parcours comme l'éducation thérapeutique du
511 patient. On se réunit à tous parce que ce qui est en jeu (je participe également à ces réunions),
512 c'est la préparation des ateliers de manière un peu précise et toujours dans l'amélioration.

513
514 Parfois c'est un comité de pilotage où il y a un représentant des professionnels de santé, un
515 représentant des patients et une représentation des éducateurs sportifs (pour l'exemple de la
516 réhabilitation à l'effort). Ce qui permet de ne pas se réunir à beaucoup mais de faire
517 progresser, avancer le programme en fonction des défaillances qu'on aura pu repérer et de
518 les transmettre à toute l'équipe du parcours par voie de compte rendu ou de mail ce qui permet
519 de ne pas tous se mobiliser pour la même chose. Donc en effet il y a des comités de pilotage
520 par parcours de soins.

521
522 *Comment sont prises les décisions au sein du pôle aussi bien en termes de programme que*
523 *de manière générale ?*

524
525 Pour les programmes, il n'y a pas besoin de validation. En général, sauf s'il y a besoin d'un
526 gros budget et là ça passera en conseil de gérance mais à partir du moment où il y a une
527 initiative, laissons là vivre, poussons là. Si elle marche, génial on continue et si ça ne marche
528 pas elle s'arrêtera et il y aura plein de choses à la place. Donc il n'y a pas d'organe qui décide
529 de la pertinence ou non de l'intérêt du programme.

530
531 *On parlait du fait qu'il y avait de nouveaux entrants chaque année. Comment sont intégrés les*
532 *nouveaux membres et quelles sont les conditions pour intégrer le pôle ?*

533
534 Ça passe par un vote en conseil de gérance, le conseil de gérance vote l'intégration de
535 nouveaux membres ou leur sortie d'ailleurs ça peut arriver. Il faut que ce soit voté à l'unanimité
536 de ce conseil de gérance. S'il y en a un qui vote contre, la personne ne pourra pas nous
537 rejoindre. Après on n'a pas de vrai temps d'inclusion pour leur dire : "ça y est vous faites partie
538 de nous" *rires*. C'est un petit atome de plus qui vient participer à la construction du projet.
539 En revanche moi je prends le temps avec chaque professionnel de santé qui en fait la
540 demande de leur expliquer où on en est du projet, combien de professionnels on est, comment
541 on est organisé... Encore une fois c'est dans mon grande volonté de libérer du temps médical
542 et de faire pour les autres et du coup le seul moment où on se retrouve tous et en grande

543 majorité c'est l'assemblée générale annuelle, obligatoire pour la validation des comptes où on
544 va tous se retrouver. Il faudrait qu'on crée un outil d'accueil ce serait vachement chouette mais
545 à chaque fois, comme quand on a accueilli mon assistante on s'est dit on va faire une superbe
546 réunion avec un petit brunch et on ne l'a pas fait. On est un peu défaillant, il faut qu'on travaille
547 là-dessus.

548
549 *Et quelles sont les conditions pour intégrer le pôle en tant que professionnels ?*

550
551 Avoir un parrain de la même profession quand elle existe, s'acquitter de l'achat de part dans
552 la société, envoyer une lettre de motivation et être un professionnel de santé du premier
553 recours comme la loi l'entend (on ne peut pas accueillir de psychologue dans un pôle de santé
554 par exemple, ils ne sont pas reconnus professionnels de santé) et enfin que tous les membres
555 du conseil de gérance soient d'accord pour l'accueillir.

556
557 *C'est important toutes ces conditions pour rentrer dans le pôle ?*

558
559 Oui. Ça a été défini par un règlement intérieur, il faut qu'on soit motivé, il faut qu'on identifie
560 un parrain qui va porter la candidature de la personne auprès du conseil de gérance et après
561 c'est toute la partie administrative : RPPS, numéro ADELI, numéro conseil de l'ordre...

562
563 *(Nous sommes de nouveaux interrompus par l'installation du tournage, nous devons finir*
564 *rapidement l'entretien ndlr) On va finir sur la partie performance qui est le dernier point*
565 *comment tu définis la performance d'une maison de santé ?*

566
567 C'est... *pfiou*. Ce n'est pas un mot que j'aime bien parce que finalement on performe tous
568 les jours. Je crois que la plus grande volonté des professionnels c'est de s'améliorer et j'ai
569 envie de dire que c'est unanime. C'est par l'addition des compétences et des regards croisés
570 qu'on y arrive et tout ça n'a de sens que si on garde bien en objectif l'amélioration de la prise
571 en charge de la personne. Si on ne perd pas de vue le patient on est performant tous les jours.
572 A partir du moment où l'on va s'éloigner de la personne que l'on veut accompagner, là on va
573 déperformer. On va tous transformer et pas bien. C'est à dire que ce sont tous ces aspects
574 que j'ai évoqués un peu en subliminal c'est la concurrence, on va prendre ma patientèle... tout
575 ça ça va nous polluer. A partir du moment où l'on est tous ensemble autour d'une personne
576 on est performant. Je crois que si on se fixe ça comme objectif, c'est déjà énorme. Là, on va
577 pouvoir parler de valeur, de l'intérêt de chacun, du confort du professionnel aussi bien sûr, s'il
578 n'est pas bien dans ce qu'il fait il ne va pas bien accompagner la personne et pour moi c'est
579 ça la performance.

580
581 *Ils pourraient y avoir des critères selon toi pour évaluer les programmes, ou le pôle ?*

582
583 C'est effectivement ce qu'on nous demande aujourd'hui : de renseigner des indicateurs, qui
584 se veulent être des indicateurs de performance ou de progression et moi ils me conviennent
585 pas du tout car ce sont des indicateurs chiffrés. Et ce n'est pas parce qu'on remplit nos plages
586 horaires de soin non programmés qu'on est bon. Au contraire, ces plages de soins non
587 programmés elles ne devraient pas être remplies. Parce que si on a bien fait notre boulot en
588 termes de prévention, d'accompagnement des risques cardiovasculaires, qu'on a travaillé un
589 peu avec les communes et qu'on a dit : "Regardez ici c'est le brouillard peut-être il faut leur
590 mettre des petits panneaux pour leur dire que s'ils skient c'est un peu plus dangereux que sur
591 d'autres jours et bah là on sera bien on n'aura personne sur les plages de soin non programmé.
592 Je suis un peu en décalage avec toutes les attentes de l'assurance maladie aujourd'hui parce
593 que je vois pas du tout les choses de cette manière-là.

594
595 *Si tu devais citer 3 réalisations phares du pôle de santé, qu'est-ce que ce serait ?*

596

597 C'est la création de cet outil conseil de gérance avec la façon dont on a pu évoluer sur la prise
598 en charge et le repérage des thématiques à la vie essentiel du pôle de santé. Après j'ai envie
599 de citer un programme, la réhabilitation à l'effort. Un programme qui à la fois m'enchanté et
600 me pose problème : M'enchanté car on est vraiment dans de la pluridisciplinarité avant l'heure,
601 avant même qu'on nous parle de CPTS, on avait déjà imaginé que la prise en charge d'une
602 personne elle allait au-delà du professionnel de soin primaire : On travaille avec l'hôpital là-
603 dessus sur les tests à l'effort, sur toutes les pathologies chroniques qu'on peut imaginer. On
604 travaille avec des éducateurs sportifs, sur des objectifs de sédentarité, créer du lien social,
605 profiter de son territoire aussi car il ne faut pas le nier on est quand même très chanceux
606 d'habiter ici pour travailler sur des prises en charge de cette manière-là. Et qui pose
607 problème parce qu'on est sur la loi de 2016 de sport sur ordonnance que la cotisation des
608 patients car on fait intervenir des prestataires extérieurs est toujours pas prise en charge par
609 les mutuelles, ou très peu. Et quand elle l'est, elle l'est pour des critères qu'on n'arrive pas à
610 identifier. Il y a encore des choses à faire bouger et finalement plus que le handicap c'est un
611 enjeu intéressant et un défi à enlever pour montrer qu'on ne fait pas n'importe quoi et pas
612 n'importe comment.

613
614 Et si je devais citer un troisième... je dirai que la coordination d'un pôle de santé est un superbe
615 job, moi je me régale parce que (alors je vais parler de mon poste mais en même temps, ça
616 bouge toute l'équipe avec) c'est toutes ces dynamiques qui sont lancés qui font que nos
617 métiers ne sont pas les mêmes demain qu'aujourd'hui. A chaque fois il y a des perspectives
618 d'améliorations et de progrès qui sont à l'initiative de chacun il n'y a pas de...on ne nous fixe
619 pas d'objectifs, le gouvernement est là, nous soutient, mais pour ces choses-là ne nous
620 demande pas...voilà si on s'arrête là, on s'arrête là mais... je sens qu'il y a cette envie de
621 toujours être meilleur et puis de continuer à mieux communiquer donc c'est un objet vivant qui
622 me donne beaucoup de bonheur je pense.

623
624 *A l'inverse est-ce qu'il y aurait un projet qui n'aurait pas abouti et est-ce que tu saurais*
625 *expliquer pourquoi selon toi ?*

626
627 Pour moi c'est encore ce décalage qu'il y a entre les attentes de l'assurance maladie qui veut
628 nous soutenir quand même mais qui n'est pas sur le terrain et qui ne voit pas ce que c'est
629 que... donc toute cette histoire avec les institutions elle est compliquée quand même car on a
630 des choses concrètes à faire remonter. On a beaucoup de chances en Isère, on a des
631 interlocuteurs qui sont très à l'écoute. Pour autant c'est quand même la partie la plus pénible
632 en fait parce qu'on a l'impression de ne pas parler de la même chose. Nous on parle du patient,
633 eux ils parlent d'un papier sur lequel il faut mettre des chiffres. Donc ça, ce n'est pas agréable.
634 Je crois que tout ce qu'on a tenté de faire, ça a plutôt bien marché parce qu'on avait envie. A
635 partir du moment où on a envie je ne crois pas qu'on est raté grand-chose.

636
637 *L'envie est quelque chose de très importante. Qu'est ce qui fait que le professionnel va réussir*
638 *à concilier sa vie professionnelle et un engagement au sein du pôle.*

639
640 C'est très personnel, je ne peux pas répondre pour tout le monde. C'est une boucle en fait. Si
641 on est bien au boulot, on est bien à la maison, si on est bien à la maison on est bien au boulot.
642 C'est tout un circuit qui a du mal à se détacher complètement. C'est difficile de fermer la porte
643 quand on sort de notre activité professionnelle et inversement s'il y a des soucis à la maison
644 d'arriver complètement épanoui. L'idée c'est de savoir doser son implication je pense
645 professionnel pour pouvoir aussi garder du temps pour soi. Il faut savoir se préserver car c'est
646 quand même engageant on s'occupe de la santé, on s'occupe d'une personne. A la clé c'est
647 la vie de la personne qui est là quand même. Ce n'est pas un sujet anodin. On ne tombe pas
648 là par hasard. En même temps si on est un professionnel de santé on est altruiste, il ne faut
649 pas oublier de se préserver. C'est pour ça aussi que je valorise le fait que certains sont
650 beaucoup impliqués d'autres le sont moins et c'est un dosage qui appartient à chacun.

651

652 *Quel est ton prochain défi en tant que coordinatrice de santé en Vercors ?*

653

654 Pour moi c'est la mise en place de la CPTS. C'est la SISA qui le porte c'est la caractéristique
655 de notre équipe. Je crois qu'il y a que deux SISA qui peuvent porter une CPTS aujourd'hui en
656 France avec autorisation du ministère. Ça reste la mise en place de la CPTS parce que pour
657 moi c'est l'avenir. Ok c'est celui du gouvernement on ne veut plus d'exercice isolé mais nous
658 on a pu confirmer avec le temps que en effet on avait vraiment progressé dans
659 l'accompagnement des personnes et des publics par l'exercice regroupé. Et je crois que de
660 pouvoir reconnaître d'autres acteurs dans la prise en charge que le premier recours c'est
661 essentiel. Il faut réussir ça et c'est toute cette histoire de communication à la fois en interne
662 avec les acteurs de cette prise en charge que sont d'abord l'équipe première de la SISA mais
663 aussi ses échanges avec les institutions qui sont compliqués. Il faut réussir à faire valoir ce
664 que nous on croit. On a montré qu'on n'était pas mauvais jusqu'ici et il va falloir qu'on continue
665 le petit bras de fer qui est ouvert mais on va y arriver.

1 *Est-ce que tu peux me parler un peu de ton parcours pro et de comment tu es arrivé à exercer*
2 *dans un pôle de santé ?*

3

4 Mon parcours professionnel, c'est un deuxième cycle un peu chaotique, un troisième cycle
5 encore plus chaotique et puis beaucoup de remplacement et au final une installation en
6 cabinet de groupe, une association avec un confrère qui est parti dans les années 2000. Je me
7 suis associé ensuite avec un des médecins du pôle actuellement donc toujours en cabinet de
8 groupe et la rencontre avec le pharmacien (fondateur du pôle avec lui ndlr) ça a été
9 rapidement de regrouper géographiquement nos activités. On avait pas du tout le cadre des
10 pôles de santé à cette période. On a eu deux ou trois tentatives qui ont échoués. Et puis par
11 hasard j'ai participé à une formation dans le cadre de formation des médecins de montagne
12 sur les pôles de santé et j'ai rencontré une personne chargée de mission sur l'offre de soin et
13 du département à l'ARS et il m'a parlé des pôles de santé.

14 J'avoue au début de pas avoir compris ce que c'était puis je me suis dit que finalement c'était
15 peut-être le cadre pour réaliser ce qu'on avait projeté avec JC (nom du co-fondateur ndlr).

16

17 *Pourquoi cette envie de vous regrouper ? Tu m'as dit que vous aviez déjà essayé plusieurs fois.*

18

19 Parce qu'on avait spontanément envie de collaborer et puis on avait des échanges plutôt
20 faciles autour de nos activités professionnels autant avec les kinés, que les pharmaciens, que
21 les kinés à l'époque. Le fait de formaliser ses échanges, ça ne nous paraissait pas
22 insurmontable. Après grâce à VM (nom de la coordinatrice ndlr) on a découvert le cadre
23 formalisé par l'ARS des pôles de santé, on a découvert le dossier du projet de santé et puis
24 chose assez étrange j'ai pris l'initiative de rencontrer à mon homologue à l'ARS de l'époque
25 qui m'a dit n'étant pas en zone déficitaire, on avait aucune chance de se faire accompagner
26 sur la création d'un pôle de santé. J'en ai reparlé au chargé de mission qui m'a dit que je n'avais
27 pas rencontré la bonne personne, j'en ai eu un autre et là ça a été très simple et très rapide.
28 Le projet de santé a été rédigé en 4mois et validé par l'ARS à ce moment-là.

29

30 On a eu beaucoup de mal au début, comme tous d'ailleurs, à faire le distinguo entre maison
31 de santé et pôle de santé, entre la cabane qui réunit tout le monde et l'exercice coordonné
32 sur différents sites. Ça a été un peu compliqué et je pense que ça l'est toujours pour certains.
33 Pour comprendre que ce n'est pas tout à fait la même chose. Même si pour moi la maison de
34 santé est une vraie plus-value dans un pôle de santé.

35

36 *Pourquoi cette distinction est compliquée ?*

37

38 Je ne sais pas bien en fait. On est habitué à un exercice isolé avec l'intimité de la consultation
39 chez le kiné, chez le médecin, le secret professionnel... Tout ça, c'est des barrages
40 psychologiques qui sont à mon avis complètement invalidés par l'exercice coordonné. La
41 transparence entre professionnels de santé, accepter le regard de l'autre, de ses collègues,
42 c'est quelque chose d'assez compliqué dans les processus de changement. L'exercice libéral,
43 c'est aussi une volonté au départ d'exercer seul, de pas être redevable alors que c'est une
44 totale utopie. En tout cas dans l'exercice médical le médecin généraliste libéral c'est un truc
45 qui me fait bien rigoler parce que globalement on a un exercice fiscalement libéral mais on est

46 des fonctionnaires de la sécurité sociale. D'ailleurs ça a été une opposition assez brutale de
47 mes collègues à ce moment-là.

48

49 *Qu'est ce qui fait que le pôle de santé s'est créé du coup à Lans en Vercors ?*

50

51 Une conjonction d'événement de vie professionnelle. La volonté au départ de 2 personnes de
52 vouloir créer ce pôle de santé. Je pense qu'il y a aussi un côté un peu narcissique à s'impliquer
53 en tant que leader dans la création d'un pôle de santé. Pour moi c'est une vraie volonté
54 politique au sens noble du terme dans un domaine que je maîtrise, moi, partiellement : c'est
55 à dire la santé. Puis l'envie de nouveauté simplement, sortir de la routine et le côté
56 constructeur, bâtisseur. Ce qui est difficile c'est d'emmener une majorité de personne dans
57 ce changement de paradigme. C'est accepter qu'il y ait des gens qui avancent lentement, y'a
58 des gens qui s'opposent. Les convaincre c'est un travail qui nécessite une énergie folle. Et puis
59 aussi, s'avancer dans un gros travail administratif qui n'est pas du tout mon ressort habituel
60 en tout cas en tant que médecin j'ai passé mon temps à me débarrasser de ces soucis alors
61 que je m'y suis engagé pour le pôle de santé.

62

63 Il y aussi le fait qu'il y avait des professionnels de santé qui étaient dans une situation
64 professionnels qui facilitait le changement : le regroupement des kinés, un dentiste que je
65 connaissais bien qui bossait sur Grenoble et qui potentiellement était en capacité de monter
66 sur le plateau, une temporalité avec l'équipe municipale d'alors (on avait un maire qui avait
67 bossé dans le milieu de la santé, qui avait bossé avec l'ARS, qui était très encourageant, qui
68 nous a accompagné, qui nous a porté), un copain notaire qui nous a beaucoup aidé sur le plan
69 administratif, un expert-comptable qui s'intéresse à ce nouveau mode organisationnel, des
70 patients qui filent un coup de main parce qu'ils pensent que c'est une bonne idée et toute
71 cette énergie collective ça aboutit assez rapidement à la création d'un pôle de santé.

72

73 On a eu pas mal de difficultés, je pense qu'on a été très ambitieux, c'est une des choses qui
74 nous a été reprochés notamment à l'ARS à savoir qu'on avait d'emblée affiché un pôle de
75 santé très ambitieux. Ce qui ne me semble pas déconnant mais on avait pensé à un pôle de
76 santé sur un territoire intercommunal. On s'est heurté à des visions politiques très différentes
77 et je pense que les élus politiques à cette période étaient pas du tout mur et ne comprenait
78 pas ce que c'était un pôle de santé. Donc on s'est un peu rétracté sur notre politique de
79 proximité à savoir la mairie de Lans en Vercors et heureusement on a eu un soutien sans
80 condition. Même si on avait déjà affiché nos ambitions sur le territoire Nord-Vercors.

81

82 *C'est quoi un pôle de santé ambitieux ?*

83

84 Un pôle de santé ambitieux c'est un territoire, un territoire bien défini géographiquement,
85 c'est le territoire du Vercors et pas seulement la municipalité de Lans en Vercors c'est tous le
86 Vercors. On continue d'ailleurs à parler du Vercors Nord et du Vercors Sud. On a la chance
87 d'avoir un territoire qui est très visible géographiquement, historiquement, symboliquement
88 et très visible aussi. Je pense que ça a pesé dans les échanges qu'on a eu avec les tutelles. On
89 a la chance d'avoir un maillage sanitaire qui est assez dense, avec à proximité des gros
90 plateaux techniques donc on travaille un peu dans le velours mais c'est vrai qu'on n'était pas
91 dans une situation difficile mais c'est la discussion que j'avais eu au départ avec le chargé de
92 mission de l'ARS : Dans la région Rhône-Alpes ce que je cherche à faire l'ARS c'est consolider

93 des réseaux sanitaires existants et pas réanimer des réseaux sanitaires qui n'existent plus. Je
94 pense que c'est ce qu'on a fait.

95
96 On a aussi bénéficié d'une situation qui s'est très vite dégradé du côté d'Autrans-Méaudre
97 avec le départ successif de Médecin qui partait en retraite et ça nous a filé un coup de main
98 sur le plan de nos relations avec les tutelles. Donc beaucoup de hasard et beaucoup d'énergie.

99
100 *Justement sur cette énergie, tu parlais du fait de convaincre les gens. Pourquoi il faut passer*
101 *autant d'énergie sur ce point-là ?*

102
103 Je pense que JC et moi on a passé pas mal de nuit blanche sur la rédaction du projet. Pas mal
104 de réflexion, donc on a avancé à notre vitesse. Ce qui était probablement insupportable pour
105 nos collègues. C'est une espèce d'élastique qui se tend et à un moment il faut revenir pour
106 expliquer où on veut en venir puis il faut accepter que ça n'avance pas aussi vite qu'on aimerait
107 le faire. Il faut essayer de convaincre parce qu'on sait pertinemment qu'on n'arrivera pas à
108 fonctionner et à créer le pôle de santé si on n'a pas un certain consensus. Et puis il faut
109 accepter aussi qu'il y a des gens qui ne veulent pas en entendre parler. Et puis faire des
110 réfractaires, des suiveurs et pas des opposants. Accepter qu'il y ait des gens qui ne s'y
111 intéresse pas, chacun a son temps, son temps de vie professionnel, son temps de vie
112 personnel, ses besoins, ses envies. C'est parfois un peu dur car on a l'impression d'être un peu
113 toujours sur le pont et puis évidemment quand on prend la responsabilité de mener un projet
114 comme ça on est sous les feux de la rampe et quand ça ne fonctionne pas très bien et bah
115 c'est nous qui sommes concernés.

116
117 *Comment vous l'avez défini ce projet de santé ? Qu'est-ce qu'il fallait pour le définir ?*

118
119 Qu'est-ce qu'il fallait pour le définir...

120
121 *Quelles ont été vos principales difficultés ?*

122
123 Je pense que la grosse difficulté ça a été de bien expliquer que la maison de santé c'était un
124 outil de travail. Ne pas confondre l'investissement immobilier et l'investissement
125 professionnel. Le pôle de santé c'est un travail pluridisciplinaire, transversal, qui nécessite des
126 outils et pas nécessairement une maison de santé. Et je pense qu'il y a eu un amalgame qui
127 s'est fait très vite entre la maison de santé et la chose visible qui se construit au carrefour de
128 Jo (lieu de la maison de santé ndlr) qui est un point névralgique à l'entrée du plateau. C'est le
129 réflexe clientéliste de pas mal de profession libérale. Globalement ils vont construire une
130 maison de santé, je pense que ça a été assez mal vécu par Villard de Lans notamment. On
131 construit une maison de santé très visible à l'entrée du plateau du Vercors, c'est un passage
132 obligé donc c'est un nouvel outil, c'est attractif et ils vont capter de la clientèle alors que l'on
133 était pas du tout parti dans cette optique. On a mis pas mal de temps à faire comprendre, en
134 tout cas moi je parle de mes collègues médecins, que l'objectif n'était pas du tout là. Là-dessus
135 on a perdu quand même pas mal d'énergie à répéter toujours les mêmes choses, à faire part
136 de notre haute idée politique *rires* en termes de soins primaires.

137
138 *Tu disais qu'avec JC tu faisais partie des personnes à l'initiative, comme des Leaders. Comment*
139 *tu définirais ton rôle ?*

140

141 Le leader c'est un carnet d'adresse. C'est des rencontres avec des collectivités territoriales,
142 avec les élus, avec les tutelles avec l'ARS, avec la CPAM, avec l'hôpital. Ça, c'est absolument
143 capital. Il faut accepter parfois de se déplacer pour des réunions qui ne nous apportent pas
144 grand-chose, simplement pour mettre des visages sur des noms dans des dossiers
145 administratifs. Avoir une vraie visibilité des tutelles et des élus au niveau départemental,
146 régional et même national c'est très important. Ça c'est le rôle du leader. Le rôle du Leader
147 c'est aussi les orientations globales politiques d'un pôle de santé qui devient une grosse usine
148 à gaz quand même et puis essayer de remporter ce consensus auprès des professionnels que
149 tu as impliqué dans l'activité d'un pôle de santé. Le rôle du leader c'est aussi de transmettre
150 puis de faire en sorte qu'il y ait de nouveau leader qui apparaisse derrière. Ça c'est aussi un
151 travail compliqué. Je pense qu'on a partiellement réussi au travers des projets de santé à
152 motiver et intéresser des leaders de projet qui font un super boulot même s'ils n'ont pas envie
153 d'embrasser la totalité du pôle de santé. Maintenant on a un projet qui tourne rondement et
154 qui fonctionne très bien avec des gens qui au départ n'était pas impliqué dans l'histoire du
155 pôle de santé mais c'est eux qui font la base et les fondations du pôle de santé.

156

157 *Est-ce que ce rôle il a évolué pour toi ? Entre la fondation et maintenant ?*

158

159 Il a évolué dans le sens où il y a une perte d'énergie au fil des ans. J'y passe moins de temps
160 aujourd'hui que je n'en ai passé à la fondation ou ne serait-ce qu'à l'écriture du projet de
161 santé. Parce qu'on fatigue quand même. Le paradoxe c'est que souvent...Moi je suis le vieux
162 médecin de la troupe alors sur le plan familial c'est beaucoup plus confortable mais bon je
163 fatigue un petit peu. Il faut se méfier un peu de soi-même. Le côté narcissique qui est quand
164 même nécessaire pour un projet de ce type là il faut s'en méfier et accepter que toutes les
165 bonnes idées ne viennent pas de nous leader et accepter que on rentre irrémédiablement
166 dans une perte de vitesse à un moment donné et il faut qu'il y ait une relève derrière parce
167 que ça doit continuer.

168

169 *Mais fondamentalement sur les missions ça n'a rien changé ? Tu as moins d'énergie à y*
170 *consacrer mais sinon tu fais toujours les mêmes choses ?*

171

172 Ça a un peu changé parce que ça continue à évoluer notamment dans le cadre des CPTS mais
173 il y a toujours des choses à construire. Il y a une forte demande du ministère de la santé pour
174 continuer à construire des choses. On est en train d'inventer en France une nouvelle
175 organisation des soins primaires. Pour moi c'est hyper important. C'est l'aspect politique de
176 la mission de leader. Il faut aussi accepter une perte d'activité sur le métier de base. Ce n'est
177 pas toujours simple de s'entendre dire que moi en tant que médecin de généraliste j'suis soit
178 en vacances soit en formation soit en congrès soit... Il faut l'entendre c'est une vérité. Ça fait
179 30ans que je fais de la médecine générale, il y a une certaine lassitude dans la répétition des
180 tâches. Le pôle de santé c'est aussi une ouverture dans l'activité de médecin généraliste.

181

182 *Tu me parlais de la transmission qui était de plus en plus importante. Quelles sont les*
183 *différentes manières de s'impliquer dans un pôle en tant que professionnel de santé ?*

184

185 Aujourd'hui, moi je parle de la partition médecin, il est évident que quand on parle avec les
186 internes, ce type d'organisation en médecine générale c'est ce qui leur convient. Ils ont une

187 appétence pour les organisations transversales en pôle de santé. Mais ils n'ont pas
188 nécessairement le temps. C'est compliqué c'est une période de vie où on s'installe dans le
189 couple (parce que les internes en médecine, ils commencent à vieillir aussi, c'est la trentaine
190 approchante), il faut s'installer, "faire une clientèle" (ce qui n'est pas du tout à mon avis un
191 terme approprié au pôle de santé, on est toujours sur ces archaïsmes), s'installer dans sa vie
192 de couple et c'est déjà beaucoup de choses à faire et je pense pas qu'ils aient la possibilité, le
193 temps, peut-être l'expérience, pour mener de front la gestion d'un pôle de santé même s'ils
194 ont cette appétence. Après on peut en faire des chefs de projets exemplaires. C'est ce qu'on
195 vit aujourd'hui avec le sixième médecin du pôle de santé de Lans en Vercors : elle est
196 impliquée, elle a compris ce que c'était un pôle de santé, elle a créé des outils pour les pôles
197 de santé et elle est impliquée dans la vie du pôle de santé. Je pense qu'elle a une vraie vision
198 globale de ce qu'est un pôle et moi j'aimerais la coopter comme un des futurs leaders du pôle.
199 Mais à partir du moment où on s'engage là-dedans, il faut penser à sa retraite assez
200 rapidement car c'est usant (retraite en tant que leader).

201
202 C'est important que tout le monde participe à la vie du pôle de santé. C'est compliqué on est
203 bientôt 60 dans le pôle de santé, c'est manipuler de l'argent public c'est des discussions avec
204 les tutelles, des discussions avec les politiques, parfois des conflits, la gestion personnelle, la
205 gestion de conflits ce n'est pas une chose...et puis on n'est pas formé pour ça. En tant que
206 médecin, en tant que professionnel de santé on n'est pas formé pour cet exercice, on n'est
207 pas manager, on n'est pas...

208
209 *Justement quelles sont les différents profils de participation, tu disais qu'il faut que tout le*
210 *monde participe ?*

211
212 Les profils de participation, il y a les leaders qui embrassent un peu tout, qui sont animateurs,
213 agitateurs et puis il y a des missions sur des projets de santé bien spécifiques donc là on reste
214 dans le corps de métier avec des outils un peu novateur (pour moi c'est la pratique la plus
215 intéressante en pôle de santé). Il y a des professionnels de santé qui vont s'impliquer par goût
216 ou appétence dans la gestion comptable, la gestion de personnel. Je pense qu'il est important
217 de bien découper toutes ses activités mais de penser dès le départ il faut un roulement un
218 remplacement derrière, on ne peut pas apporter (on ne sait pas ce qu'il peut se passer dans
219 la vie) pendant 15-20 ans la même tâche au sein d'un pôle de santé. Et puis il y a des
220 professionnels de santé qui seront silencieux, suiveurs, opportunistes, voir opposant et parfois
221 même saboteur. Bon, il faut le savoir, c'est comme ça. Il faut un consensus. Je pense que les
222 professionnels de santé qui s'inscrivent par opportunisme dans une vie de pôle de santé de
223 manière spontanée soit ils changeront, soit ils partiront car ça ne pourra pas leur convenir. Ce
224 qui est absolument essentiel entre professionnels de santé dans le milieu professionnels c'est
225 la confiance. La confiance en l'autre, accepter le regard de l'autre, corriger ses erreurs. Ce n'est
226 pas si simple que ça et je comprends que ça puisse poser des difficultés.

227
228 *Tu parles du fait qu'il faut accepter de passer la relève car ça demande du temps et de l'énergie.*
229 *Qu'est-ce que toi t'attendais du pôle de santé en échange de ton investissement ?*

230
231 Moi j'attendais ce qu'il s'est passé dans la maison de santé aujourd'hui. C'est à dire que on se
232 croise dans les couloirs, on boit le café au 1er étage, au 2ème étage, on fait du vélo ensemble...
233 C'est un peu l'indice de bonheur partagé. Ça, c'est une récompense immédiate. La deuxième

234 récompense, c'est la satisfaction du patient. Moi je n'en ai pas un qui m'a dit que ce qu'on a
235 fait ça ne servait à rien. On a régulièrement des encouragements et des compliments sur ce
236 qu'on a réussi à organiser même si on est encore tout à fait perfectible. Ce qui est compliqué
237 aujourd'hui, c'est d'impliquer l'utilisateur dans la gestion du pôle de santé. C'est une boîte à idée
238 l'utilisateur, le patient. Je pense c'est une difficulté française, l'entrée du profane dans le grand
239 monde de la science médicale, le sachant et le patient. C'est un paradigme qui va se modifier
240 progressivement. A mon avis ça va changer et il est temps que ça change.

241
242 Il y a un truc assez nouveau dans les soins, la qualité des soins c'est une chose qui est
243 indispensable mais s'il n'y a pas de pertinence la qualité ne sert à rien. Et la pertinence on en
244 parle avec les patients, ce n'est pas quelque chose unilatéral du sachant/soignant. On a
245 énormément de progrès à faire autour de la pertinence des soins et à mon avis le pôle de
246 santé c'est le lieu où on peut parler de pertinence de soins. Mais il faut que les patients
247 s'impliquent, que l'utilisateur s'implique dans les indicateurs de qualité d'un pôle de santé.

248

249 *De quelle manière il doit s'impliquer le patient ?*

250

251 En ayant un œil critique. En étant en capacité d'apporter des idées sur l'organisation sur la
252 qualité des programmes qui sont proposés. Le plateau du Vercors on a de la chance on a une
253 population qui n'est pas difficile, qui n'a pas de grosses difficultés sur le plan social, un terreau
254 très fertile. Mais je pense que sur des territoires où la question médico-social est capital, on a
255 aussi un terreau très intéressant. Mais ça veut dire que le sachant/soignant soit en capacité
256 d'écoute et d'auto critique. La première barrière qui s'effondre, c'est la transversalité d'un
257 professionnel de santé, collègue, à l'autre. La deuxième, c'est la transversalité avec le patient
258 on va y arriver tout doucement.

259

260 *Si on devait parler d'un point de vue organisationnel, pourrais-tu me décrire comment*
261 *s'organise la vie du pôle ?*

262

263 Sur un pôle de santé comme le nôtre qui regroupe bientôt 60 personnes, il est absolument
264 impossible de continuer un penser qu'un seul professionnel de santé puisse continuer à gérer
265 l'aspect organisationnel. On a heureusement des financements publics qui viennent dans la
266 caisse de notre fameuse SISA pour acheter des compétences organisationnelles. Il nous faut
267 notre coordinatrice, on l'appellera comme on veut mais il nous faut cette compétence qui est
268 complètement indispensable dans la gestion d'un pôle de cette taille. L'argent public qui est
269 relativement généreux, qui est dispensé sur les pôles ne nous sert aujourd'hui qu'à acheter
270 ces compétences. Notre enrichissement dans l'activité de pôle de santé elle s'est faite
271 humainement et professionnellement et pas du tout sonnante et trébuchante, peut-être
272 même le contraire d'ailleurs...

273

274 *Avec cette coordinatrice qui joue un rôle majeur dans cette organisation, de quelles manières*
275 *sont prises les décisions ?*

276

277 C'est un peu les difficultés qu'on a rencontré dans notre histoire c'est que on part de 19
278 personnes très volontaristes, de leaders dispensant beaucoup d'énergies, dans un
279 fonctionnement tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil, sans aucune nécessité
280 à cette époque de créer un outil de gouvernance efficient et irréprochable. L'année dernière

281 on n'était pas loin de friser la correctionnel car on s'est retrouvé avec 50 professionnels de
282 santé et là c'est pas du tout la même histoire. Il a fallu créer un organe décisionnel et un
283 organe de gouvernance qui soient représentatifs de tous les professionnels de santé et qui
284 prennent les décisions de manière pas autoritaire mais de manière reconnue. C'est une
285 découverte pour moi. C'est la logique entrepreneuriale qui rentre dans une activité de soins
286 où on a absolument aucune formation sur ces difficultés.

287

288 *Du coup en termes de fonctionnement tu m'as parlé d'une coordinatrice, d'un organe*
289 *décisionnel capable de prendre les décisions. Qu'est ce qui est important dans ce*
290 *fonctionnement ?*

291

292 A chaque fois qu'on est dans des difficultés de type organisationnelles, ce qui est important
293 c'est un peu comme ça qu'on s'en est sorti à chaque fois, on est sorti du traquenard, c'est
294 revenir à l'essence même de notre métier, revenir au patient, revenir au projet de santé. Parce
295 que ça, ça nous parle et ça parle à une grande majorité d'entre nous. Le côté organisationnel
296 finalement c'est un outil et puis il faut bien identifier ce qui est urgent et ce qui est pressé. Il
297 y a tellement de choses à faire que et bah il faut régler ce qui est urgent. L'année dernière ce
298 qui était urgent c'était de régler ce problème de gouvernance, de l'assoir sur des bases saines
299 et irréprochables. Ça a été fait mais revenir dès qu'on est en difficulté sur l'essence du nos
300 métiers à chacun, revenir sur le bénéfique patient, c'est un petit peu ce qui nous sauve à chaque
301 turbulence.

302

303 *Et sur la collaboration sur tous les professionnels au sein du pôle comment ça marche ?*

304

305 Au départ il y a un aspect très individuel, être en capacité d'être transparent, être en capacité
306 de travailler en équipe, en capacité de faire confiance, en capacité de parler correctement
307 l'autre. Là on découvre des personnes, on a de très bonnes surprises, de mauvaises surprises.
308 C'est l'expérience d'une vie professionnelle. Ça fait son chemin on casse un peu la vaisselle de
309 temps en temps. Il y a des déceptions puis de superbe découverte. Bonnant mallant la balance
310 est plutôt du côté des bénéfiques. Puis on a la récompense systématique de nouveaux
311 professionnels dont on voit très rapidement qui sont à l'aise dans ce type d'organisation. Que
312 ce soit toi, les internes, c'est quelque chose qui nous porte. Pour moi c'est super important.

313

314 *Est-ce qu'il y a des obstacles au fait que les gens collaborent entre eux ?*

315

316 Oui, le premier obstacle c'est un obstacle terrible qu'on voit dans toutes les professions de
317 santé c'est on fait comme ça parce qu'on a toujours fait comme ça. Le processus de
318 changement c'est personnellement quelque chose de compliqué. Ça l'est plus pour certains
319 individus, ça l'est moins pour d'autres mais c'est toujours compliqué. C'est le premier
320 obstacle. C'est l'obstacle principal.

321

322 *Même quand on adhère au sein du pôle c'est difficile de changer ?*

323

324 Oui parce que on peut adhérer pour de mauvaise raison, pour se dire de pas rater et on peut
325 adhérer parce qu'on a envie de faire bouger les choses. Donc oui ça peut être un obstacle. On
326 a des professionnels de santé qui sont dans le pôle mais à mon envie n'ont rien à y faire. Ils se
327 sont trompés. Mais je suis assez confiant ils partiront.

328

329 *Ils partiront ou changeront pour reprendre ce que tu disais au début ?*

330

331 Ils changeront. On commence à avoir une petite expérience quand même. Ça fait 6 ans que
332 on a attendu le changement et il ne vient pas. Après aucun professionnel du territoire n'est
333 obligé de rentrer dans le pôle c'est le libre choix. Dans le pool de médecin il y a deux médecins
334 qui ne sont pas intéressés par le pôle de santé. Ils ont un exercice habituel qui est isolé et c'est
335 une espèce en voie de disparition. Peut-être ils seront au musée Grevin dans quelques
336 années.

337

338 *Qu'est-ce qu'il faut faire pour rentrer au sein du pôle ?*

339

340 Il faut signer une charte éthique qui a été rédigé il y a 5 ou 6 ans, et puis nous on a (pour parler
341 administratif et fiscal) un fonctionnement qui est assez original : on rentre dans le pôle et on
342 rentre également dans la SISA dans l'outil juridique et fiscal qui est dédié au pôle au de santé.
343 Moralement on s'engage à participer à des projets de santé à échelle variable, à échelle
344 variable dans le temps aussi. Dans la charte éthique pour les médecins par exemple on
345 s'engage sur la permanence des soins, sur la correspondance médecin SAMU, il y a certaines
346 obligations éthiques pour faire perdurer un fonctionnement qui est plutôt envié de pas mal
347 de territoire.

348

349 *Malgré ses conditions d'entrées, comment tu expliques le fait qu'il y en a qui ne sont pas là
350 pour les bonnes raisons ?*

351

352 Le clientélisme. C'est encore dans notre vocabulaire courant, un médecin il y a quelques
353 années, il vendait SA patientèle. Le patient il n'appartient pas à un soignant. Nous ce qu'on
354 propose c'est une équipe pour les usagers d'un territoire ; C'est une vision totalement
355 différente. Moi j'ai acheté ma patientèle. En fait j'ai acheté un truc qui n'existait pas et les
356 nouveaux médecins en ont parfaitement conscience. Mais on continue à être pour certain
357 dans ce réflexe clientéliste ce qui est à mon avis une erreur fondamentale.

358

359 *En termes de communication, comment vous communiquez entre vous et avec les patients ?*

360

361 La communication c'est un peu notre partie du pôle de santé défaillante. On a très peu
362 communiqué sur le pôle de santé. On a beaucoup de patient/d'usagers qui ne savent pas ce
363 qu'est un pôle de santé. C'est difficile à comprendre. On en a qui s'y sont intéressés et qui ont
364 parfaitement compris mais entre nous communiquer à 60 dans une entreprise, y'a quand
365 même des salariés, c'est un truc qu'on apprend. On a appris que la communication verbale ça
366 s'apprenait, on a appris qu'envoyer un mail sans accusé de réception ce n'était pas une
367 communication, une information (pas vu, pas pris). Ça on le découvre au fur à mesure. On est
368 parti du monde des bisounours où on se réunissait à la maison autour d'un apéritif dinatoire
369 et bah là on est passé à une autre dimension donc il faut qu'on change nos moyens de
370 communication. Alors on se fait aider, c'est toujours comme à l'origine du projet de santé : on
371 a une patiente dont c'est le métier qui gère de grosses industries pharmaceutiques et qui
372 acceptent de nous filer un coup de main sur la manière de communiquer, sur la manière de
373 gérer sur la gouvernance. Et ça nous reconforte parce que c'est une patiente qui nous dit ce
374 que vous avez fait c'est bien, il ne faut pas que ça s'abîme, il faut que ça continue. C'est le côté

375 intéressant d'être leader, c'est d'acquérir de nouvelles compétences, de croiser des
376 personnes, de croiser des compétences, d'apprendre. J'ai plus grand chose à apprendre sur la
377 rhinopharyngite *rires*

378

379 *C'est du coup ce qui t'intéresse en tant que leader c'est d'acquérir des compétences autres que*
380 *ton domaine...*

381

382 Ouai puis des rencontres. Moi je suis parti du principe acquis pour beaucoup de professionnels
383 de santé libéraux que les tutelles c'est des fainéants, c'est tous des administratifs, c'est tous
384 des emmerdeurs et en fait on a rencontré des gens admirables dans ses services et qui sont
385 toujours avec nous et qu'on continue de croiser et c'est un vrai enrichissement.

386

387 *Qu'est-ce qu'il faut faire pour créer un programme et qui peut en être à l'origine ?*

388

389 Une problématique territoriale de santé. Exemple on reçoit incessamment des appels à projet
390 sur l'obésité chez l'adolescent, la sédentarité chez l'adolescent. Le lycée du Vercors Cité Jean
391 Prevot la problématique c'est la pratique sportive intensive et les troubles du comportement
392 alimentaire versant anorexique. C'est une problématique spécifique du plateau, ce n'est pas
393 une problématique de santé national c'est une problématique territoriale. Donc nous on est
394 des témoins, des vigiles sur des problématiques territoriales très spécifiques. On peut
395 parfaitement rendre compte à l'ARS ou la CPAM pour être accompagné dans la gestion des
396 problématiques de gestion spécifique. Et après il faut trouver une équipe, un leader de projet
397 qui s'intéresse parce qu'il a l'expérience, parce qu'il va chercher l'expérience ou chercher la
398 formation qui s'intéresse à ce type de problématique. On constitue un petit groupe, pluri
399 professionnel, absolument indispensable (parce qu'il y a pas que les médecins,
400 heureusement) et puis voilà on va chercher un financement. Aujourd'hui comme on est choyé
401 par les tutelles, ce financement on l'a de manière quasi systématique. Tout l'aspect
402 administratif et organisationnel c'est la coordinatrice qui s'en occupe et le projet démarre.

403

404 A partir du moment où on fait rentrer un projet public dans un projet de santé ça implique
405 que le rende compte de l'efficacité de ce programme de santé. Là aussi, quelque chose de
406 totalement nouvelle pour nous c'est pour rendre compte de l'efficacité d'un programme de
407 santé, il faut des données. Il faut pouvoir les interroger ces données et il faut pouvoir être en
408 capacité de prouver qu'on s'améliore. Les données de santé en soins primaires, 80% d'activité
409 dans les soins sont primaires, on ne sait pas ce qu'il se passe. On a aucune donnée. Hormis les
410 données administratives de la CPAM. Il n'y a aucune donnée qualitative. Les pôles de santé,
411 c'est aussi le lieu où, j'espère et ce n'est vraiment pas ma tasse de thé, on arrivera à produire
412 des données en soins primaires et à les opposer aux données administratives de la CPAM
413 parce que d'un territoire à l'autre les choses sont totalement différentes. Sur le bassin
414 grenoblois, la population de Lans en Vercors n'est pas celle d'Echirolles. La population de Lans
415 en Vercors n'est même pas la même que celle de Villard de Lans.

416

417 On est absolument très bien placé comme observateur des problématiques de santé
418 territorial. C'est ce qu'on nous demande aujourd'hui. On a carte blanche notamment au sein
419 des CPTS, pour lever ces problématiques de santé, pour créer des parcours de soins et être
420 efficient dans la prise en charge de ces problématiques. Avec une nouvelle découverte
421 historique c'est la prévention. Sachant que la caisse d'assurance maladie, création d'après-

422 guerre, ne s'est préoccupé que de la pathologie de la maladie et jamais de la prévention. On
423 a un retard phénoménal. C'est ce qu'on nous offre sur un plateau aujourd'hui. Et nous le
424 demande de le faire et c'est une découverte pour nous.

425

426 *Et sur les personnes qui gèrent ces programmes, qu'est-ce qu'il faut être, quelles sont les*
427 *qualités ou les compétences à avoir ?*

428

429 Il faut avoir envie de sortir de sa petite routine. Je pense que c'est le critère motivationnel est
430 le principal.

431

432 *Oui donc à part la motivation...*

433

434 Bah il y a la motivation et les compétences mais les compétences on peut aller les chercher.

435

436 *C'est quoi les compétences ?*

437

438 Je ne sais pas tu te dis que tu vas monter un groupe de réhab à l'effort, il existe un DU de sport
439 et santé à l'hôpital tu vas le faire. Ne serait-ce que pour rencontrer les gens qui ont
440 l'expérience de cette pratique. De toute façon on a un devoir théorique de formation continue
441 qui est d'une hypocrisie absolument incroyable. Dans le cadre de ces programmes de santé
442 c'est pour nous la possibilité d'aller chercher ces compétences

443

444 *Pour attaquer la dernière partie de cet entretien sur la performance du pôle de santé, quelles*
445 *sont selon toi les attentes patients autour d'un pôle de santé ?*

446

447 La première attente du patient c'est la praticité *rires* : la carte bleue, la pharmacie à côté du
448 docteur, l'infirmier au-dessus du docteur, le kiné au-dessus du docteur. Ça c'est ce qui apparaît
449 immédiatement. Ce n'est pas le plus important mais c'est le plus objectif. Pour le bénéfice
450 patient aujourd'hui ce qu'on voit. bah je vais parler de ce que je connais bien typiquement
451 avec le groupe de réhabilitation à l'effort, prescription d'activité physiques dans les
452 pathologies chroniques c'est on en fait la pub sur France inter sauf qu'il y a aucun moyen
453 derrière, il y a rien qui existe. On sait que ça marche. Ça fait 3ans qu'on a ce programme en
454 cours, c'est génial, ça fonctionne, ça change totalement la relation médecin/patient. On fait
455 de nos patients des patients expert et des patients motivés pour rentrer dans l'organisation
456 du pôle de santé. Alors certes ça touche une petite part de la population mais c'est quelque
457 chose de hyper important

458

459 On touche et des patients porteurs de pathologies chroniques, des soignants qui ont un regard
460 complètement différemment vis à vis de leur patient car ils rentrent dans leur vie et des
461 éducateurs sportifs qui sont pour certains d'anciens athlètes de haut niveau et qui vont faire
462 de l'activité physique avec des gens qui sont dans des difficultés médicales hyper complexes.
463 On est plus du tout dans la performance on est dans le motivationnel, l'envie, le plaisir... On
464 travaille contre le pharmacien car il vendra moins de médicament. En fait on arrive à
465 s'approprier des outils thérapeutiques, qui sont connus : l'éducation thérapeutique c'est
466 connu, les soins palliatifs c'est connu mais aujourd'hui qui ne sont pas mis en pratique et le
467 fonctionnement d'un pôle de santé ça nous permet justement de mettre en pratique ces outils
468 thérapeutiques. On quitte l'univers de la concession médicale, s'appuyer sur le vidal avec la

469 prescription d'ordonnance et finalement on est plus efficace. Et puis le champ des inventions
470 est immense. On a plein de choses à faire.

471
472 *Le pôle de santé propose pleins de choses pour les patients. Quelles sont les critères*
473 *d'évaluation de ces différents programmes ?*

474
475 C'est là-dessus qu'on est en difficulté aujourd'hui. Parce qu'on a des programmes qui
476 fonctionnent. On a tous une tendance naturelle à l'auto-satisfaction. La difficulté aujourd'hui
477 ça va être de mettre en place des indicateurs sur ces programmes pour statistiquement,
478 mathématiquement et vis à vis des tutelles, prouver qu'on est efficace et efficient. Efficient
479 c'est un mot que je n'aime pas... Pertinent, pour prouver qu'on est pertinent. C'est à mettre
480 en place et c'est tout neuf aussi. Et là aussi il y a une opposition des soignants parce que oui
481 faire du codage sur des dossiers médicaux c'est compliqué pour tout le monde, c'est chiant
482 mais on sera obligé d'y passer. Il faut qu'on soit à jour, je sais pas quand, la force d'extraire
483 des données de santé. Dans certains pays anglo-saxons cette force des données de santé, les
484 bases de données de santé sont vendues aux mutuelles. Mais nous on aimerait simplement
485 savoir si on fait bien notre métier. Ce serait déjà pas mal. Parce qu'on est tous convaincu de
486 bien le faire évidemment.

487
488 *Ça, ça passe par le codage des...*

489
490 Ça passe par le codage, par le parcours de soins...

491
492 *Parce qu'actuellement il n'y a pas de choses qui sont faites ?*

493
494 On a fait deux trois essais qui sont des pétards mouillés et puis bah là on se remet en route
495 sur des parcours de soin. Le codage on en fait un peu sur certains programmes aussi. C'est
496 embryonnaire mais c'est un début.

497
498 *Qu'est ce qui a fait que c'est des "pétards mouillés" ? Qu'est ce qui fait que ça n'a pas*
499 *fonctionnés ?*

500
501 Quand tu vas voir un de mes collègues tu lui dis : "tu as un diabète de type 2, il faut le coder
502 en SIM10 car on ne se sait pas combien de diabète dans la clientèle", il te dit qu'il a autre
503 chose à faire.

504 Ce qui est vrai en partie et malhonnête en partie. Moi j'ai connu une époque où les dossiers
505 médicaux c'était des pochettes en carton...on est quand même passé à l'informatique. On a
506 dans le cahier des charges des pôles de santé, on a système d'informations partagé qui est un
507 très bon logiciel outils pour les médecins, qui est défaillant pour les autres professions ça c'est
508 évident qui est sous exploité de manière incroyable. On a toutes les capacités aujourd'hui de
509 faire du codage. On essaie, on y arrivera peut-être dans 15-20 ans.

510
511 *Comment tu définis la performance d'un pôle de santé ? Qu'est ce qui fait qu'un pôle de santé*
512 *est performant selon toi ?*

513
514 La reconnaissance du patient dans son discours. Là on a mis un peu partout des boîtes à idées
515 qui ne se remplissent pas. Je pense que les patients n'osent pas ou ils n'ont vraiment rien à dire.

516 Ce qui apparaît assez rapidement aussi c'est la reconnaissance du pôle de santé par les soins
517 secondaires, par l'hôpital notamment. Depuis qu'on est en organisation regroupé on sent que
518 l'écoute de l'hôpital a changé, est différente. On descend demain soir invité par les
519 administrateurs du CHUGA pour essayer de formaliser nos relations entre CPTS et GHT. On est
520 plus représentatifs à 60 que seul dans son coin c'est évident. Je pense que l'hôpital dans ses
521 difficultés actuelles est en demande de soin primaire en amont organisés et coordonnés, c'est
522 évident. C'est une évidence pour tout le monde. Donc ça c'est un chantier énorme c'est le
523 prochain chantier.

524
525 Aujourd'hui dans le pôle de santé on fonctionne correctement avec nos défaillances mais ce
526 qui est à créer aujourd'hui c'est la relation ville/hôpital, Pôle de santé (professionnel territorial
527 de santé) et GHT (groupement hospitalier territoriaux), c'est évident. C'est la nouvelle
528 organisation de santé c'est le plan santé 2022. De toute façon si on ne l'écrit pas aujourd'hui,
529 ça nous tombera dessus tout écrit donc il n'y aura plus qu'à remplir des cases ce n'est pas
530 intéressant on ne sera pas content.

531
532 *Comment tu définis, où tu situes la performance du pôle de santé de Lans actuellement ?*

533
534 C'est encore le côté narcissique. A se balader de réunions en réunions au niveau régional et
535 national le petit pôle de santé 13000 habitants (ce qui est totalement négligeable dans la
536 problématique nationale), le petit pôle de santé, la petite CPTS, ce Vercors a une visibilité au
537 niveau national. Ils savent qu'on existe. Ça soigne un peu les chevilles. Après il ne faut pas se
538 reposer là-dessus. On a depuis un an des services hospitaliers qui viennent toquer à la porte
539 en disant : "On veut bosser avec vous". Moi je suis super content. Parce c'est ce qu'on cherche
540 aussi. C'est très bien et là aussi c'est le hasard des rencontres. Il suffit qu'il y ait un patron qui
541 se lance dans l'histoire et qui ne lâche pas le truc pour que ça fasse contagion.

542
543 *Si je te demandais de citer 3 programmes qui se passent dans le pôle tu citerais lesquels ?*

544
545 Je vais citer celui que j'ai déjà cité et auquel je participe c'est la réhabilitation à l'effort. Car là
546 on est vraiment dans un outil nouveau et un outil où on crée énormément d'humanité et
547 d'amitié. Je sais que l'ETP est rentré dans les murs. C'est une posture que je n'ai pas intégrée
548 mais c'est une posture nouvelle du patient et du soignant. Le patient expert. Tout ça, ça me
549 parle mais je n'y participe pas. C'est super intéressant car c'est totalement décalé avec notre
550 pratique habituelle, ancestrale du sachant prescripteur. Et puis je parlerai des soins palliatifs
551 car c'est une de mes passions. Finalement on se rend compte que de faire rentrer dans l'esprit
552 des soignants la démarche des soins palliatifs ce n'est pas simple parce qu'on est tous avec
553 nos phobies, nos craintes. Ça nous ramène tellement à notre propre existence. Il y a beaucoup
554 de soignants qui ne sont pas en capacité d'absorber cette démarche intellectuelle et spirituelle
555 alors que c'est un vrai vrai vrai problème de santé, un vrai problème sociétal. Puis tout le reste
556

557 *Est-ce que au contraire il y a des programmes qui n'ont pas vus le jour et que tu pourrais*
558 *expliquer pourquoi ?*

559
560 Oui, il y a des programmes qui n'ont pas vus le jour et qui sont resté sous le tapis mais qui
561 réapparaissent. Il faut cette chance dans la vie de chaque partenaire du programme
562 (hospitaliers, patients, professionnels de santé) ... Je pense à l'ophtalmo par exemple, j'en ai

563 parlé dès le début, il s'est inscrit dans le premier projet de santé, ça n'a jamais abouti. On en
564 reparle aujourd'hui parce que maintenant on a une orthoptiste, parce qu'on cherche une chef
565 de projet et que je pense qu'on l'a trouvé et ça va partir. On ne peut non plus... On a déjà mené
566 plein de programme de front, je ne crois pas qu'on puisse faire beaucoup plus aujourd'hui.
567 Maintenant on a des programmes qui fonctionnent, qui roulent. Ceux-là on a plus qu'à les
568 accompagner. Inventer finalement... Il ne faut pas inventer pour inventer. Il faut que derrière
569 ce soit un truc qui fonctionne. Et bon voilà, on a un chef de service qui n'est pas disponible à
570 ce moment là, ça plante ça reste sous le tapis, ça réapparaît puis on a le temps.

571
572 *Pour toi finalement il n'y a pas tellement de projets qui n'aboutissent pas, c'est juste qu'ils*
573 *mettent plus ou moins de temps, ils restent latent pour peut-être réapparaître plus tard suivant*
574 *une occasion ou une chance comme tu disais ?*

575
576 Oui, je pense qu'il y a vraiment la chance des rencontres et puis des plannings qui s'accordent,
577 des possibilités qui s'accordent.

578
579 *Pour conclure, comment tu dirais que tu concilies ton exercice professionnel avec ton*
580 *engagement au sein du pôle de santé ?*

581
582 Ce n'est pas toujours facile, tout le temps passé dans la conception du pôle c'est du temps
583 traditionnel de soin en moins. Ça peut poser un problème financier. Là aussi ça dépend de la
584 situation personnelle de chacun. Ce n'est pas toujours facile sur le plan humain quand on
585 entend de manière assez répétée "t'es mon médecin mais t'es jamais là". Voilà c'est comme
586 ça. Et puis ce qui réconcilie, bon on va y aller, c'est notre fierté. De transmettre un bel outil.
587 Autant aujourd'hui je suis prêt à lâcher le rôle de leader et je suis en demande mais je ne
588 lâcherai jamais, je ne verrai jamais cette organisation dépérir ? Ça il en est hors de question.
589 C'est trop bien. Trop bien pour nous soignant, c'est trop bien pour les patients. Ce sera mieux
590 dans 10 ans.

591
592 *Le fait de faire partie d'un pôle de santé, est-ce que tu peux dire que ça t'a aidé dans ton*
593 *exercice ?*

594
595 Là aussi (d'ailleurs ça me fait penser à un autre leader *rires*) ça m'a aidé à trouver un nouvel
596 élan après la routine. L'excitation de bâtisseur. Voilà moi j'ai un fonctionnement passionnel. Il
597 faut que je change de passion de temps en temps. C'est un problème qui m'est propre. C'est
598 parfois un problème.

599
600 *C'est vraiment le nouvel élan et cette stimulation que ça t'a apporté.*

601
602 Ouai. Il y a des périodes. J'ai une très longue expérience de la vie étudiante en médecine.
603 L'installation c'est excitant car on a envie de créer sa clientèle suivant les critères archaïques,
604 on a envie de plaire. Puis bon la médecine générale... Comme nous on la pratique ici
605 heureusement elle est diversifiée, comme nous disent tous les internes mais il y a quand
606 même au bout d'un moment certains aspects routiniers qui finit par être douloureux. La
607 création du pôle de santé, ça a été une nouvelle excitation.

1 *Pour commencer est-ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel et comment tu*
2 *es arrivée ici à St-Nizier ?*

3
4 Alors moi j'ai fait mes études de kiné en France, à l'université de Bruxelles. Une fois que j'ai
5 fini mes études je suis allé travailler en centre de rééducation de Dauville. C'est un SSR, plus
6 axé sur le sport de haut niveau. Je suis resté 5 ans et après je suis parti travailler à l'hôpital
7 de Dôle dans le Jura pour voir un peu ce que c'était le milieu hospitalier. J'ai dû rester un an,
8 ça me plaisait pas du tout. Très compliqué le milieu hospitalier quand même et du coup après
9 je me suis installé en libéral, donc j'ai fait un an en cabinet libéral sur la région de Dole et après
10 mon mari a été muté donc du coup on s'est installé dans la région. J'ai fait des remplacements
11 dans des cabinets et après j'étais en maison de santé à Iseau et là j'ai vraiment beaucoup
12 aimé le travail en équipe avec les médecins, les psychologues, de porter des projets.

13
14 Après on s'est installé dans le Vercors. J'ai commencé par faire beaucoup de remplacement
15 après mon collègue m'a proposé de bosser avec lui sur St Nizier car il avait trop de demande
16 et petit à petit c'est vrai qu'en travaillant sur Lans, le pôle santé ça me rappelait mon travail
17 quand j'étais en maison de santé à Isseau et ça j'aime bien. C'est vraiment quelque chose
18 auquel je tiens parce que ça me rappelle un peu le travail en équipe que j'avais en centre de
19 rééducation que j'aimais beaucoup.

20
21 *Qu'est ce qui fait que t'as essayé l'hôpital après le centre de rééducation ?*

22
23 Parce ce que déjà j'ai déménagé, j'ai changé de région et c'est vrai que pfiouuu je ne sais pas
24 *rires*. Je voulais rester en centre de rééducation mais dans la région où j'étais vers Besançon
25 il n'y en avait pas beaucoup donc voilà, on m'avait dit que c'était bien l'hôpital de Dôle et non
26 c'était pas très bien *rires*. Petite erreur de parcours je pense *rires*

27
28 *T'as déjà une expérience avec un exercice regroupé. Tu m'as dit que c'était quelque chose*
29 *que t'aimais bien. Est-ce que tu pourrais me préciser un peu plus dans la pratique qu'est ce*
30 *qui faisait que c'était différent de tes remplacements et qu'est ce qui te plaisait ?*

31
32 Ce qui me plaisait c'est qu'on se réunissait une fois par semaine pour parler des patients. En
33 fait c'est très encourageant et motivant quand on a des difficultés avec certains patients, qu'on
34 sait plus trop quoi faire. Et bah de savoir que l'équipe médicale, elle galère aussi de trouver
35 des solutions ensembles, d'avoir d'autre point de vue ça permet d'orienter nos traitements et
36 de porter des projets parce que c'est vrai que quand on fait ce métier parfois on s'essouffle un
37 peu, on fait un peu toujours la même chose. Et là on se rebooste, on fait ce projet là ou ça,
38 voilà.

39
40 *T'as des exemples de projet ?*

41
42 Alors les projets qu'on avait faits, on avait mis en place un groupe de marche. Un peu de
43 revalidation à l'effort en fait. Il nous fallait un médecin, un défibrillateur donc on avait tout ça
44 sur place. Et j'avais un de mes collègues qui avait fait le DU revalidation à l'effort je sais plus
45 comment il s'appelle. Donc on avait tous les éléments nécessaires pour créer ce groupe selon
46 l'ARS et donc du coup 2 fois par semaines ils allaient marcher et des fois je remplaçais mon
47 collègue kiné. On allait faire une marche avec les patients qui en avaient besoin, des patients
48 bien ciblés. Il y avait ce projet-là, il y avait aussi beaucoup de projet aussi informatique,
49 administratif donc ça c'est *souffle* moins sympa mais un peu obligé aussi.

50

51 *Tu disais que ça te rappelait ce mode d'exercice là le pôle de santé du Vercors c'est pour ça*
52 *que t'as fait une demande pour l'intégrer, est ce que t'as des attentes, comment tu vois ta*
53 *collaboration avec le pôle, comment tu te projettes ?*

54
55 C'est vrai je crois que j'attends des projets. Je suis bien motivé pour lancer des projets pour
56 participer à des projets (je suis peut-être un peu trop dans l'attente). Parce que je ne sais pas
57 moi à mon niveau qu'est-ce que je peux faire. J'ai l'impression de pas être décisionnaire, je ne
58 sais pas trop qui décide, c'est tellement nouveau pour moi que je ne sais pas trop. Après je
59 me suis porté volontaire pour la CPTS, le nouveau *hausse le ton* groupement territorial
60 *baisse le ton*. Donc pareil j'attends de savoir ce que c'est qu'est ce qu'on va faire, voilà. Moi
61 ça me permet à l'heure actuelle d'intégrer le pôle de santé de travailler réellement en
62 collaboration avec les autres kinés, médecins et même les pharmaciens j'ai discuté avec la
63 personne qui s'occupait du matériel médical parce que c'est vrai que nous des fois on n'a pas
64 tout au cabinet. On a besoin pour 6 mois, 3 mois de matériel spécifique et ça en étant dans le
65 pôle de santé on peut l'avoir donc voilà d'être vraiment en discussion, en contact avec tout le
66 monde le monde pour le patient parce que c'est le but.

67
68 *Tu dirais que t'es motivé et que t'as envie de faire des choses mais c'est vrai que c'est dur de*
69 *se projeter concrètement réellement sur ce qu'on peut faire.*

70
71 Oui, voilà parce que c'est vrai que je ne sais pas trop ce que moi je peux faire à mon niveau.

72
73 *Est-ce que tu as des objectifs en intégrant ce pôle ou pas spécialement par rapport à ta*
74 *pratique ?*

75
76 Je n'ai pas trop d'objectif par contre je serai intéressé pour libérer du temps. Faire un peu
77 moins de kiné et m'investir un peu plus de mon temps dans le pôle de santé si les projets me
78 parlent. Ça je suis prête à le faire. Ce n'est pas vraiment un objectif mais je sais que de toute
79 façon quand on intègre ce genre de structure il faut se rendre disponible quand même. Si on
80 n'a pas le temps, il ne faut pas le faire.

81
82 *Qu'est ce qui fait qu'il y a un pôle de santé ici qui se soit créé et qui existe sur le plateau du*
83 *Vercors. Est-ce que tu pourrais l'expliquer ? Ou alors parler de ton expérience de la MSP où*
84 *t'as travaillé, qu'est ce qui fait qu'elle s'est créée à ton avis ?*

85
86 Déjà c'est des volontés de l'ARS de toute façon. Je pense que sur le Vercors c'est beaucoup
87 de professions médicales, médecins, thérapeutes et tout. Et travailler chacun de son
88 côté...c'est mieux de travailler ensemble en fait parce qu'on a plus de poids en fait par rapport
89 aux hôpitaux. Je pense qu'on est plus crédible par rapport au chirurgien...et notre travail peut
90 être plus apprécié. Ça, ça me rappelle notre travail dans le centre de rééducation car on
91 travaillait beaucoup avec certains chirurgiens. Et le fait qu'on devait être précis. On avait des
92 bilans à remettre, être très précis dans notre rééducation faisait que les chirurgiens nous
93 accordaient leur confiance et après pour travailler comme ça c'est bien et je pense que c'est
94 ça un peu le pôle santé c'est qu'on mette pleins de gens, de thérapeutes, des médecins
95 ensembles et qu'on sait qu'on peut leur faire confiance : que le CHU peut se décharger sur
96 nous, c'est un peu plus cool quoi. Pas se dire on va faire sortir des patients, on va les ramener
97 chez eux, qu'est-ce qu'il va se passer. Je vois plutôt ça comme ça les MSP et le
98 rassemblement.

99
100 *Tu parlais que t'étais prête à libérer du temps kiné parce que tu savais que d'intégrer ce genre*
101 *de structure ça demandait du temps, qu'est-ce que t'attends en échange de cet investissement*
102 *que t'es prêt à apporter ?*

103
104 J'attends une petite compensation financière parce que ça veut dire que c'est arrêter un travail
105 pour en faire un autre voilà et après sinon *rires* je n'attends pas plus. Après si on me

106 donne/dit : Toi à ton niveau t'as le droit de faire ça. T'as le droit d'être porteuse de projet. Mais
107 ça je ne sais pas.
108
109 *Qu'on te donne les possibilités d'exercer ton métier d'une manière que *je cherche mes*
110 *mots*...*
111
112 Peut-être un peu différente ouai. Un peu comme un cadre de santé.
113
114 *D'accord. Pour parler un peu plus sur l'organisation d'un pôle de santé, qu'est ce qui est*
115 *important pour toi dans le fonctionnement d'un pôle de santé ou sur la MDS si tu veux t'appuyer*
116 *sur l'expérience que t'avais ?*
117
118 Ce qui est important c'est d'avoir quelqu'un qui coordonne tout ça parce que je pense qu'on
119 est pleins, on a pleins d'idées et ça peut partir dans tous les sens donc il faut quelqu'un qui
120 soit un peu plus directif, qui cadre les choses. Ça je pense que c'est très important.
121
122 *Comment tu définirais ce cadre, c'est un métier..., c'est un professionnel de santé parmi les*
123 *autres... ?*
124
125 C'est un métier car ça reste quand même de la gestion de personnel. Pour moi c'est un métier.
126 Après il y a peut-être des gens qui ont une facilité à faire ça mais ça ne doit pas être simple.
127
128 *D'autres points qui te viendraient en tête ou pas spécialement ?*
129
130 Ça, après il faut des gens motivés. Voilà après...non
131
132 *Pour toi la coordination le fait qu'il y ait quelqu'un qui synchronise tout le monde c'est essentiel.*
133 *Est-ce que t'as déjà l'habitude de collaborer avec d'autres professionnels et de quelle manière*
134 *se passe cette collaboration ?*
135
136 Je collabore beaucoup avec les autres kinés, beaucoup avec Lans parce qu'on n'est pas très
137 loin et que souvent on a des patients en commun, ça se passe parfois un peu par mail, par
138 message ou sinon je les vois et on en parle. Je les remplace ponctuellement voilà.
139
140 *Mail, message et du coup dialogue direct quand c'est possible. Qu'est ce qui fait que ça*
141 *fonctionne bien cette collaboration ?*
142
143 C'est le dialogue. Pour moi c'est très important qu'on dialogue même si on peut croire que tel
144 chose c'est anodin sur un patient mais non je pense que c'est important car l'autre ne va peut-
145 être pas le voir de la même manière et ça va apporter une solution.
146
147 *Quels vont être les obstacles à cette collaboration ?*
148
149 Ça va être le temps parce qu'il faut du temps. Et puis après je sais qu'ils sont beaucoup sur
150 WEDA (logiciel de gestion ndlr) à la maison de santé et bah c'est ça aussi l'obstacle. Tout le
151 monde n'a pas le logiciel, nous on ne l'a pas donc voilà pour communiquer... *rises* après on
152 peut pas y accéder. Alors à part une communication orale ou écrite je ne vois pas trop ce qu'on
153 peut faire d'autres si on n'a pas ce fichier de fiches partagés.
154
155 *Il y a le temps et le logiciel du coup ?*
156
157 Oui, nous on l'avait à la maison de santé d'Isseau ce logiciel mais j'avoue que c'était beaucoup
158 plus simple d'aller au bureau à côté et de dire *rises* oralement ce qui n'allait pas. J'avoue que
159 je ne prenais pas le temps de l'utiliser. Parce que bon après c'est bien ça laisse une trace

160 mais c'est toujours pareil on est à coté mais on se parle plus en fait. C'est ce côté informatique
161 mais bon ça laisse une trace.

162
163 *Tu disais que t'étais à l'écoute des programmes, de savoir s'ils existaient et comment tu*
164 *pouvais t'y investir. A ton avis qu'est ce qui fait qu'un programme se crée ?*

165
166 Je pense que c'est la motivation de chaque personne et les demandes qu'on a des patients.
167 Parce qu'à la base c'est des patients qu'on voit qui ont des besoin. Ouai c'est plutôt si plusieurs
168 professionnels remarquent si plusieurs patients ont des besoins dans certains domaines,
169 mettre en commun ce manque. Et après il y aussi peut être des obligations ministérielles, ça
170 je ne sais pas. On est peut-être obligé de faire certaines choses.

171
172 *Quelles sont selon toi les différentes manières de s'impliquer dans un pôle de santé quand on*
173 *l'intègre ?*

174
175 Il y a tout d'abord l'investissement du temps, prendre du temps pour le pôle de santé. Il doit y
176 avoir l'investissement financier, être prêt à mettre de l'argent dedans moi je ne sais pas si c'est
177 comme ça que ça fonctionne. Heu... et puis peut être aussi de porter des projets, d'arriver
178 avec des idées. Surtout du temps à mon avis, y accorder du temps.

179 Parce que moi je vois mon collègue il fait partie de la SISA mais clairement il n'a pas le temps
180 et il n'a pas l'envie quoi. Donc bon...je pense qu'il y en a pleins comme ça.

181
182 *Pour ton collègue c'est quoi sa manière de s'investir pour lui ?*

183
184 Je ne sais pas. Je pense peut-être son travail ici sur le territoire.

185
186 *Donner son expertise technique ?*

187 Voila

188 *Ça pourrait être une autre manière de s'investir*

189 Oui aussi finalement. On peut tous travailler chacun de notre côté on n'est pas obligé de rendre
190 des comptes ça dépend de chacun. Mais ce n'était pas comme ça que j'imaginai un pôle de
191 santé, c'est qu'il fallait travailler ensemble mais bon.

192
193 *Tu m'as beaucoup parlé de l'importance de la communication. Comment tu vois la*
194 *communication envers le patient pour les informer des programmes du pôle ?*

195
196 Alors bah déjà il faut que je connaisse moi tout ce qu'on peut proposer et ensuite les renvoyer
197 vers les référents, souvent bah les médecins. Mais je pense qu'il faut déjà que moi je les
198 connaisse les programmes.

199
200 *Tu te vois comme une personne qui aiguille au final.*

201
202 Oui c'est ça parce que je ne sais pas comme c'est tellement compliqué d'un point de vue
203 éthique de donner des ... Est-ce qu'il y aurait un logiciel pour les patients où ils pourraient
204 consulter des choses... je sais pas du tout. Je ne sais pas si on a le droit de faire ça comme
205 un site d'information...

206
207 *Qu'est-ce que tu penses qu'un patient attends d'un pôle de santé ? Et est-ce qu'il y a une*
208 *attente ?*

209
210 Je ne sais pas si un patient il attend quelque chose du pôle de santé. Je pense qu'il attend
211 quelque chose des gens qui le prennent en charge. Après le pôle de santé à mon avis le
212 patient il n'attend rien mais il est super content qu'il soit pris en charge globalement. Les
213 patients sont super contents de ne pas descendre à Grenoble pour faire une consultation ortho
214 ou traumatolo. Je ne pense pas qu'ils attendent grand choses car ils ne doivent pas trop savoir

215 ce que c'est finalement un pôle de santé car on communique pas trop. Même nous dans le
216 pôle de santé on ne sait pas trop ce que c'est alors les patients... *rires*

217

218 *Comment doivent être définis les critères d'évaluations d'un programme ?*

219

220 Ça dépend du programme. Ça dépend qui met en place le programme. Franchement je ne
221 sais pas. Est-ce que ça doit être les médecins qui font ça.

222

223 *Sur ton expérience à la maison de santé et ce que vous aviez mis en place, est-ce que vous*
224 *aviez quelque chose en place pour l'évaluer ?*

225

226 Non après je ne suis pas resté assez longtemps pour voir s'ils avaient ça en place mais il ne
227 me semble pas qu'il y avait d'évaluation de ce programme.

228

229 *Et à titre personnelle si toi tu montes un programme qu'est ce qui ferait que pour toi ce*
230 *programme il est réussi ?*

231

232 Parce que je pense qu'il faut se baser en l'évaluant au départ puis il faut l'évaluer régulièrement
233 alors après ça dépend toujours du programme, de quels outils on prend pour évaluer, se baser
234 un peu sur la littérature scientifique, est ce que c'est via des questionnaires qui ont été
235 reconnus scientifiquement, est ce que c'est via des mesures physiques, pression artérielle,
236 tension je ne sais pas. Ça dépend ce que préconise la science.

237

238 *Tu soulignes l'évolution du programme*

239

240 Malheureusement il y a que ça pour savoir si c'est bien ou pas. C'est de tester finalement

241

242 *Et la littérature scientifique. Qu'est-ce que t'attends de la littérature scientifique pour*
243 *l'évaluation.*

244

245 Je soulève ce point car pour moi c'est quand même la base. *rires* Pour moi c'est vraiment la
246 référence si j'ai un doute je vais voir là-dedans ce qui se passe mais puis aussi pour être
247 crédible. Parce que si on invente une évaluation bah il y a que nous qui faisons ça après pour
248 communiquer sur ces résultats si on ne parle pas les mêmes valeurs ça n'a aucun sens. Parce
249 que le but c'est de faire avancer les recherches et la prise en charge des gens. Voir si on est
250 cohérent avec tout ce qui a déjà été fait. Ça me rassurerait d'être dans quelque chose qui a
251 déjà été fait. Ça me donnerait une base de comparaison en fait. Parce que moi j'ai besoin
252 d'être rassuré après il y a peut-être des gens qui peuvent se lancer et qui disent que ça ça
253 suffit pour évaluer un programme. Ça c'est ma formation belge, on est très scientifique *rires*.

254

255 *Et sur un pôle de santé comment tu vois l'évaluation du regroupement de professionnels de*
256 *santé, d'un point de vue je ne sais pas de l'état, des patients etc ?*

257

258 Et bah peut être qu'on a des comptes à rendre au niveau de l'état, ils vont nous demander des
259 choses. Et au niveau des patients ils ne nous demandent rien. Mais ce serait intéressant qu'on
260 leur fasse passer des questionnaires, qu'on évalue un peu le point de vue de la population.

261

262 *Personnellement comment tu dirais que la collaboration avec les autres professionnels se*
263 *passé bien ? Que ton intégration est réussie ?*

264

265 C'est très subjectif *rires* (je lui précise que c'est bien ce que je veux nldr). Je l'évaluerai déjà
266 dans ma pratique professionnelle. Sur ma façon de travailler qui sera peut-être différente. Ou
267 pas. Ce sera vraiment une modification de mon travail. C'est comme ça que je l'évaluerai un
268 changement ou pas. Ça se trouve il n'y aura pas de changement.

268

269 *As-tu une idée des programmes qui se font au pôle de santé ou pas du tout ?*

270

271 Je sais qu'il y a la réhabilitation à l'effort car du coup ils m'ont demandé d'y participer. Sinon
272 non je ne sais pas. Après il y a peut-être d'autres programmes mais qui ne me concernent pas
273 en tant que kiné.

274 Sur la réhab à l'effort ce que j'ai beaucoup aimé et motivé c'est que à Lans (notamment la
275 coordinatrice), on m'a vraiment déjà intégré en fait. Les kinés m'ont déjà intégré à l'équipe et
276 ça m'a vraiment motivé. Il y a des gens qui me font confiance c'est chouette. Ils ont vu que
277 j'étais motivé et ouai c'est sympa ça donne envie.

278

279 *Comment tu as entendu parler du pôle et comment t'as décidé de l'intégrer ?*

280

281 Je n'en ai pas entendu parler tout de suite. C'est en discutant avec les différents kinés que j'ai
282 compris qu'il y avait ce pôle de santé. C'est surtout mon collègue qui m'en a parlé, bah écoute
283 si tu es sur le plateau ce serait bien que tu l'intègres notamment pour ton intégration kiné, pour
284 ton avenir. C'est comme ça que je me suis rapproché de la coordinatrice. Je ne pensais pas
285 que les kinés faisaient partis du pôle de santé. Je pensais que c'était qu'un truc médical : que
286 les médecins.

287

288 *Comment aimerais-tu que se passe ton intégration une fois que tu feras partie de la SISA ?*

289

290 Je m'attends à ce que je sois plus convié à des réunions, rencontrer plus de gens et à participer
291 à plus de projets après on verra.

292

293 *Pour conclure tu envisages de concilier et ta vie pro et ton engagement au sein du pôle
294 notamment via les projets dans lesquels tu comptes t'investir ?*

295

296 Il faudra que je me libère du temps dans mon planning. Je crois que c'est vraiment que ça. Si
297 j'arrive à me libérer des créneaux temps, il n'y a pas de raisons que je n'arrive pas à concilier
298 les deux. Il faut s'organiser quoi.

299

300 *En quoi le fait d'intégrer le pôle de santé ça va t'aider dans ton exercice ?*

301

302 Je pense que ça va m'ouvrir déjà sur d'autres horizons. Ça peut changer ma façon de pratiquer
303 sur certaines techniques, certains programmes. Et puis moi après je peux apporter mes
304 compétences.

305

306 *Merci beaucoup, peut être souhaites-tu apporter une conclusion à notre entretien ou revenir
307 sur l'entretien comment tu l'as trouvé ?*

308

309 Non super. Genial. Après c'est intéressant parce que les pôles de santé, les regroupements,
310 on ne sait pas trop de quoi ça parle et justement de faire des études dessus c'est bien ça va
311 nous permettre de savoir où on va.

312

313 *Tu penses que le fait d'avoir été en France est préjudiciable pour être au courant ou tu penses
314 qu'en France on n'est pas assez au courant de ça ?*

315

316 Oui c'est dur d'être au courant de comment ça se passe, vraiment. Tant qu'on n'intègre pas
317 ça on ne sait pas que ça existe ou on sait que ça existe mais... Vu qu'on travaille tous pour
318 soi, on est tous à travailler à notre compte, dans notre petit coin. On ne se dit pas qu'en libéral
319 on peut avoir ce genre de regroupement, si on veut travailler avec les autres on va en
320 hospitalier quoi. Et en fait c'est ça qui est intéressant. Moi je suis quelqu'un qui aime travailler
321 en équipe et ça, ça me manque beaucoup (l'hôpital ndlr) mais après le libéral c'est trop bien :
322 c'est la liberté et ça n'a pas de prix. Une fois qu'on est libéral on veut plus devenir salarié et

323 c'est vrai c'est trop bien de travailler pour soi. Mais travailler pour soi et pouvoir travailler avec
324 les autres c'est bien. En tout cas pour moi c'est génial.

1 *Comment tu es arrivé à exercer ici et quel est ton parcours professionnel ?*

2
3 Je suis infirmier libéral à domicile depuis 20 ans. Auparavant, j'ai exercé pendant 10 ans en
4 zone urbaine à Nice et donc ça fait 20 ans que je suis là à peu près. J'ai été amené à exercer
5 ici parce que en fait il y avait une situation de carence. Une infirmière était partie pour des
6 raisons médicales et il y en avait plus qu'une autre qui n'était pas bien brillante et en fait on
7 m'a appelé au secours. Il y avait des gens qui étaient en rupture de soins, de nombreuses
8 personnes. Je suis arrivé ici, j'ai attaqué mon activité et puis j'ai fait venir une collègue, puis
9 un collègue, puis deux autres collègues. Maintenant nous sommes 5. Nous sommes en équipe
10 à 5 pour assurer les soins à domicile.

11
12 *Comment c'est passé votre intégration au sein du pôle de santé et qu'est ce qui fait que t'as*
13 *eu envie de l'intégrer ?*

14
15 Bah de toute façon j'ai pas trop eu env..(se corrige ndlr), j'ai pas eu trop le choix, il fallait qu'il
16 y ait des infirmières. Alors, il faut bien dissocier (Là, je suis en train de faire un amalgame) la
17 maison et le pôle de santé. Disons que la notion de pôle de santé pluridisciplinaire, généralisé
18 au Vercors existait déjà dans les têtes et aussi dans les faits car en fait il y a depuis 40 ans
19 une organisation de santé, de professions sanitaires, du plateau dans le cadre de l'association
20 des professions libérales de santé qui a unifié, qui a permis à tout les gens de se connaître,
21 qui a permis de faire du lien entre toutes les professions différentes. Donc il y a une vraie
22 situation sur le Vercors. Ce qui explique le succès de ce pôle. On a formalisé
23 administrativement je dirai un état de fait qui existait déjà de façon latente depuis presque 40
24 ans. Ça il y a peut-être que moi qui vais te l'expliquer ça. (Me coupe la parole alors que j'avais
25 commencé à reformuler ces propos ndlr) Parce que parfois les gens ne comprennent pas,
26 même les jeunes je leur dis : "Attendez, ce n'est pas arrivé comme ça". Pourquoi cette situation
27 est mise en exemple un peu partout dans l'Isère et même ailleurs, c'est parce qu'il y a tout un
28 historique là derrière. Pourquoi en zone urbaine en bas il y a 500 000 habitants et pourquoi ça
29 n'existe pas. Parce qu'il y a une vraie situation historique qui fait que ça a mené à ce que les
30 gens travaillent beaucoup ensemble, se parlent, les gens travaillent en équipe contrairement
31 à l'exercice isolé qui est souvent le cas dans les professions libérales et autre d'ailleurs. Le
32 terreau était prêt pour que cela se fasse sans trop de difficulté je dirai.

33
34 *Pourquoi tu m'as dit que tu n'avais "pas eu le choix" ?*

35
36 Parce qu'on travaillait déjà en équipe. Non le choix j'ai ramené ça à la notion de maison de
37 santé. La maison de santé pour avoir "l'encadrement ARS" et les aides financières, il fallait
38 forcément qu'il y ait des infirmières. C'est une obligation. On n'a pas eu trop le choix, on ne
39 pouvait pas rester à côté c'est ça que je voulais dire. Mais dans le cadre de la maison de santé.
40 Dans le cadre du pôle c'est un peu différent puisque le pôle regroupe actuellement les 7
41 communes du Vercors. Si on associe pôle et SISA (je n'aime pas bien ça mais bon
42 malheureusement c'est la vérité), on était 20 au début dans la SISA maintenant on est 50 ou
43 60 je crois. Bon il y a à peu près 100 professionnels de santé sur le Vercors sur les 12/13 000
44 habitants. Il y en a encore qui sont à l'extérieur de tout ça y compris des prescripteurs. Il y a
45 encore deux ou trois prescripteurs qui ne veulent pas rentrer dans le pôle.

46
47 *Pourquoi tu n'aimes pas qu'on associe SISA et pôle ?*

48
49 Parce que on nous fait rentrer dans une société dans laquelle on prend des parts, dans laquelle
50 on prend des risques, il y a des gens qui ne veulent pas rentrer dans ce carcan. On oblige les
51 gens à rentrer là-dedans. Ça fait que c'est repoussoir pour certaines personnes. Pas pour moi
52 car moi je suis là depuis le début mais quand même il y a une lourdeur administrative. On fait

53 rentrer des gens dans une société. Une société dans laquelle il y a quand même des risques
54 si ça se passe mal, si un jour l'ARS décide (parce qu'il faut savoir que c'est pérenne ça) les
55 financements sont sur 2, 3, 5 ans, mais c'est pérenne on ne dit pas que c'est bon pour 50 ans.
56 Il y a maintenant des salariés dans cette SISA alors qu'au départ on n'en voulait pas. Il y a
57 une lourdeur administrative, financière. Tout ça vient en plus de nos métiers et bah il y a des
58 gens ça ne leur plait pas. Il y a des gens qui sont dans la SISA, dont moi, moi ça ne me plait
59 pas non plus car on nous a forcé la main pour en arriver là. Au départ il y avait des décisions,
60 on ne voulait pas de salarié, on a voté à l'unanimité. 2 ans après on se retrouve, je ne dis pas
61 qu'il n'y a pas de besoin, mais je veux dire il n'empêche, on marche, on évolue à marche forcé.
62 Il y a quand même des difficultés. Je peux te dire qu'ailleurs ça ne se fera pas ça, c'est clair.
63 Il y a des endroits où ça ne se fera pas, les gens ne voteront pas. Les gens sont rentrés dans
64 cette structure parce qu'il y avait tout ce passé. Tu ne peux pas l'occulter ça. Et ça il faut bien
65 qu'entre autres les tutelles en soit conscient parce qu'actuellement ils essayent (bien sûr tu as
66 entendu parler des CPTS) de réorganiser un peu différemment, il va y avoir de grosses
67 résistances parce les gens resteront dans leur activité individuelle. Je ne parle pas du Vercors,
68 je parle d'autres secteurs.

69
70 Il y a quand même une vraie lourdeur administrative parce que dans les pôles de santé il y a
71 des financements publics (la sécurité sociale) et que parce que pour acquérir, obtenir ces
72 financements il fallait bien sûr passer par la création d'une SISA. Dis-toi bien que moi, il y a 5
73 ans quand on a commencé, il y avait une réunion ici, c'est un des leaders du projet de pôle qui
74 me disait : "Non non, ici les SISA c'est trop novateur on ne va pas passer par là" et je lui ai dit
75 qu'il serait obligé de passer par une SISA. Il y a même 6 ans. Alors tu vois moi je suis quand
76 même au courant je veux dire. On est quand même passé par une SISA. Et c'est lourd. C'est
77 quand même hyper lourd. Et c'est à côté de nos métiers, c'est quelque chose en plus. Donc
78 moi quand même je dis qu'il y a une vraie lourdeur. Et que pour généraliser ça (parce que
79 quand même l'idéal se serait de généraliser ça à la population entière), ce n'est pas gagné
80 parce que ça s'est fait là comme je te l'ai dit, c'est grâce en l'antériorité humaine. Pendant 40
81 ans les gens se sont rencontrés ici dans le cadre de cette association des professions libérales
82 de santé. Quand tu arrivais comme nouveau professionnels de santé, même pharmacien, tu
83 venais à l'assemblée générale de l'APLS et tu étais présenté à tout le monde. Tu faisais
84 connaissance de tout le monde des prescripteurs jusqu'à l'infirmière, la podologue etc. Il y
85 avait un vrai lien, enfin il y a toujours mais moins maintenant vu qu'il y a toutes ces nouveautés.
86 Mais il y avait un vrai lien qui existait depuis longtemps et le fait en plus qu'on soit sur un
87 territoire bien déterminé ça a favorisé tout ça. En plus un territoire de montagne.

88 *Pour toi la lourdeur administrative de la structure a plus éloigné le lien que les gens avaient*
89 *entre eux qu'ancre des liens par exemple ?*

90
91 Non pas forcément la lourdeur, l'APLS intégrait tout le monde ou presque (il y avait 95
92 professionnels de santé) alors que maintenant dans le pôle de santé il n'y a pas tout le monde.
93 Parce que et on en revient toujours à la même chose, pour rentrer dans un pôle de santé et
94 avoir des "petits financements", (parce qu'il ne faut pas rêver ils sont tout petits ces
95 financements), t'es obligé d'être dans la SISA sinon tu ne peux pas toucher ces financements
96 en tant que professionnels libéraux. Je comprends qu'il y ait cette organisation mais enfin elle
97 est lourde.

98
99 *Comment tu décrirais ton rôle au sein du pôle de santé ?*

100
101 Moi mon rôle il reste au niveau de mon métier. On a une charge qui est très très lourde dans
102 notre profession. Il ne faut pas oublier que tout cet objectif de l'ARS au départ c'est une
103 réaction par rapport aux situations de carence. Pour répondre à cette situation de carence ils
104 ont organisé cette "nouvelle organisation". Situation de carence par rapport aux prises en
105 charge de situation dites complexes à domicile. Tout ça, c'est venu de là. D'ailleurs, c'est la
106 clause de départ dans les contrats qui sont signés avec l'ARS. Donc nous on répond à ça.
107 Notre travail c'est avant tout ça : la gestion des situations complexes de maintien à domicile.

108 On est en plein dans l'eau, c'est bien pour ça qu'on était forcément obligé d'y être au départ
109 et puis c'était logique. Et moi j'ai toujours dit quand on a fait le bilan de départ, que ce qui
110 comptait pour moi c'était mon métier en un, mon métier en 2, mon activité en 3. C'est tout. Ça
111 ne m'a pas empêché de participer à tout ce qui est coordination parce que c'est un peu mon
112 dada, les soins palliatifs mais moi je ne suis pas investi à fond comme certains dans différents
113 plans de santé (il parle des programmes en disant ça ndlr). Il y en a qui en reviennent parce
114 qu'ils perdent beaucoup de temps. Ils s'aperçoivent que leur métier, c'est leur métier quand
115 même hein ? Donc moi c'est gestion des situations compliqués à domicile, c'est déjà pas mal,
116 ça fait partie de mon métier puis ça fait partie des missions de l'ensemble des professionnels
117 ici mais enfin s'il y a bien une profession qui est toujours sur le terrain du matin au soir, du
118 lundi au dimanche c'est celle des infirmières. Certaines personnes oublient un peu mais
119 n'empêche que c'est quand même la vérité. Pour moi le pôle n'a fait que finaliser ce que je
120 faisais déjà avant : de la coordination, les situations de maintien à domicile et éviter les
121 carences. Dans cette nouvelle organisation je dis et je maintiens que souvent sur le Vercors
122 ils disent : "Qu'est-ce que c'est bien" Qu'est-ce que c'est organisé" et moi je leur réponds que
123 vu l'évolution des prises en charges actuelles, gardons l'acquis. Le pôle de santé a formalisé
124 des choses qui déjà existaient. Après pour les plans de santé ma foi, chacun investi ce qui
125 veut. Moi j'ai déjà estimé que je passais beaucoup d'heures à faire beaucoup de choses à
126 coté de mon métier de coordination, toi tu le sais bien à la pharmacie, de gestion
127 d'environnement matériel des gens qui sont présent chez eux dans des situations complexes
128 souvent dans des coins isolés donc je ne m'en vais pas m'investir dans 10 plans de santé ça
129 ce n'est pas possible.

130

131 *Ton rôle il a évolué au sein du pôle de santé ou pas du tout ?*

132

133 Non, pas plus qu'avant. On faisait beaucoup de choses avant donc non. On formalise la prise
134 en charge complexe en RCP. Ma foi c'est bien et ce n'est pas bien parce que je trouve que ça
135 fait perdre beaucoup de temps mais c'est vrai que parfois les situations il vaut mieux les étaler.
136 Ce n'est pas forcément bien parce que ça a un coût et je trouve que c'est parfois un peu
137 exagéré mais bon c'est comme ça dans l'air du temps. Nous au niveau infirmier on n'est pas
138 toujours très satisfait, on trouve qu'il y a une certaine lourdeur malgré les moyens qui sont mis
139 dans la coordination. On trouve qu'on n'est pas toujours représenté comme on devrait l'être.
140 Ça c'est spécifique à l'organisation de l'endroit.

141

142 *Représenté au sein du pôle tu parles ?*

143

144 Oui, oui, oui. On a quand même eu plusieurs exemples. Au début on ne voulait pas de salarié,
145 on s'est retrouvé avec deux salariés. On pense que le conseil de gérance ne représente pas
146 de façon égal toutes les professions car on s'aperçoit que les décisions sont prises au-dessus
147 par deux, trois leaders sans que le conseil de gérance soit forcément...voilà la gouvernance
148 ça nous pose problème quand même dans le pôle de santé. Par exemple (je vais te donner
149 un exemple tout simple). Il y a eu quand même une discussion sur la création d'un poste, un
150 nouvel emploi, d'un infirmier parcours des situations complexes pour assurer tout un tas de
151 missions. On en a parlé pendant 18 mois sans que les infirmiers de la maison de santé ne soit
152 informé ni initié et sans que le gérant qui représente notre profession à la SISA ne soit
153 concerté. Ça, c'est inadmissible quoi. Il y a un vrai problème de gouvernance quand même
154 dans le pôle. Ils le savent, on l'a dit on était en colère.

155

156 *Comment se passe la gouvernance dans le pôle de santé et qu'est ce qui fait que ça ne marche
157 pas selon toi ?*

158

159 Et bah parce que 2,3 "Leaders" qui prennent leurs petites décisions (qui ne sont d'ailleurs pas
160 forcément dans la gérance) et en fait on s'aperçoit que ces 2,3 Leaders avec la coordinatrice
161 actuelle mènent les affaires sans que tout le monde ne soit informé, ni dans la concertation,
162 ni dans la négociation si on doit employer des termes syndicaux. Donc nous ça nous pose un

163 problème ça, donc résultat on se met en retrait, notre profession se met en retrait. Est-ce que
164 c'est bien je ne sais pas mais bon. Comme on n'est pas écouté, on fait notre travail dans notre
165 coin et c'est tout. Il y a quand même un problème de gouvernance, on l'a dit à plusieurs
166 réunions mais *Bruit de bouche*.

167

168 *Qu'est ce tu ferais toi... *me coupe la parole**

169

170 Les réponses elles ne sont pas... on n'est pas écouté quoi. Nous notre profession, elle n'est
171 pas écoutée. Trop peu je trouve.

172

173 *Pour répondre à cette problématique du coup, qu'est-ce que tu ferais, qu'est ce qui est*
174 *important pour toi dans une gouvernance pour que ça fonctionne justement ?*

175

176 Haaaaa, y'a un conseil de gérance. Il faut que quand il y a un conseil de gérance... Il y a des
177 missions, des projets qui se font sans que... c'est un problème de gouvernance justement. Où
178 est la gouvernance dans le pôle de santé actuellement ? Pas dans le conseil de gérance, ce
179 n'est pas vrai, pas dans les faits. Ça se fait ailleurs, ça se fait au-dessus, parce que c'est peut-
180 être plus rapide, parce qu'ils veulent aller trop vite je n'en sais rien. Parce qu'il y a des gens
181 qui aiment bien le pouvoir, voilà ça aussi. On le pense hein ?

182

183 *Qu'est-ce que tu ferais pour améliorer ça ?*

184

185 Oh bah moi je n'ai rien à dire. Moi je ne suis pas gérant, tu me poses des questions moi je te
186 dis ce que je ressens, je te dis que ce n'est pas bien et ce n'est pas honnête tout simplement.
187 Quand pendant 18 mois on discute de coordination avec un infirmier de parcours et que parce
188 que on a déjà eu un financement (c'est la coordinatrice qui a reconnu en pleine réunion que
189 c'est elle qui avait pris cette initiative, soutenue j'imagine) et qu'on n'en parle pas aux premiers
190 professionnels intéressés : Qu'est-ce que tu veux que je te dise ? Et bah on tourne la tête
191 ailleurs, nous on a compris puis on fait notre travail c'est déjà pas mal. Alors quand même que
192 je te raconte la suite de ça : qu'est ce qui s'est passé ? On a réagi, on s'est tous retrouvé les
193 infirmiers et infirmières de plateau, tous les volontaires on s'est retrouvé à deux/trois reprises
194 et au bout d'un moment on a décidé, on a voté qui était pour ou contre ce projet, on a voté
195 majoritairement contre et donc on en parle plus. Mais si ça avait été fait normalement, si la
196 personne qui avait eu ce projet dans la main au tout départ avait vu d'abord la gérance
197 infirmière, réuni les infirmiers, nous avez confié la fiche de poste. Et bah peut être que ça aurait
198 abouti ça. On agit la tête à l'envers quoi.

199

200 Les deux personnes qui se sont occupés, à qui on a confié le dossier ce sont une dentiste du
201 pôle et une pharmacienne salariée de la pharmacie du pôle. Donc voilà. Qui se demandait
202 bien pourquoi on leur demandait ça d'ailleurs. La première personne qui fallait aller voir c'était
203 peut-être des infirmiers aussi non ? Ça je vais te dire ça restera, ça reste bien planté dans nos
204 têtes. Parce que ce financement d'infirmier de parcours, il y avait des fiches de postes fournis
205 par l'ARS donc c'était dans les clous mais ce n'est pas comme ça qu'on fait. On a ce projet,
206 qu'est-ce que vous en pensez mais pas au bout de 18mois. Au bout de 18 mois c'était une
207 réunion d'informations, ce n'était pas pour nous demander notre avis. Donc là, on a réagi
208 violemment parce que je trouve que c'est scandaleux.

209

210 *Est-ce que tu t'étais fixé des objectifs lors de la création et de la création en termes de ce que*
211 *tu voulais apporter ?*

212

213 Déjà des objectifs c'est de partager humainement toute l'avancée du projet. Ça veut dire qu'il
214 y a multitudes de réunions, d'assemblée, c'est déjà pas mal ça hein ? Il y a des gens qui n'ont
215 pas envie de perdre une minute sur leur temps ni personnel, ni professionnel. Après nous on
216 était tellement dans ce mouvement de travail d'équipe que en fait on a continué ce qu'on faisait
217 déjà avant. Moi je sais que mes collègues (*il en cite 2 ndlr*) se sont lancés dans l'ETP,

218 l'éducation thérapeutique. Moi j'ai fait la formation mais je n'en assume pas tant que ça, j'en
219 ai fait un petit peu mais bon. Moi je ne suis pas allé au-delà parce que dans mon travail je
220 passe beaucoup de temps à faire beaucoup d'autres choses liés à mon activité et je pense
221 que c'est déjà pas mal.

222
223 *Est-ce que tu attendais quelque chose du pôle de santé en échange de ton investissement ?*
224

225 J'attendais plus d'écoute tu l'as bien compris, manifestement il n'y a pas de gens qui ont
226 compris ce que c'était notre travail ou alors ils veulent nous ravalier au rang de..heu..
227 subalternes qui obéissent et bah ça se fera pas comme ça, ça, c'est clair. Moi j'ai travaillé
228 pendant 15 ans, je m'attendais quand même à une autre écoute. Ça je peux te le dire.

229
230 *Oui donc plus d'écoute et ...*
231

232 Et il y a quand même une chose que je vais te dire aussi. Quand on fait tous ces projets, c'est
233 quand même que pour les professionnels de santé (alors bien sûr c'est au bénéfice des
234 patients, des gens qu'on inclut dans les projets de soin mais dans réseaux de soin ça a
235 toujours été comme ça, ça a toujours été dit), il faut que ce soit facilitateur pour les
236 professionnels de santé. Dans leur exercice il faut que ce soit facilitateur. Ça c'est une notion
237 importante et je ne suis pas sûr qu'elle ait été prise à bras le corps par la "gouvernance" du
238 pôle de santé. On a été très très très, non pas facilitateur mais c'est quand même bien
239 compliqué tout l'administratif, d'ailleurs c'est bien pour ça qu'on salarie deux personnes quand
240 même. Ce n'est quand même pas facilitateur, pour nous, pour moi en tout cas je trouve que
241 ce n'est pas facilitateur plus que ça le pôle. Alors là je vais te donner des choses que tu que
242 tu n'as pas peut être pas trop entendu. Maintenant à toi je te dirai la vérité.

243
244 *Mais c'est pour ça que je suis content d'en parler avec toi, on en avait parlé déjà un peu vite*
245 *vite fait à la pharmacie...*
246

247 On est quand même à un moment, là à partir du 1er Janvier, il nous réduise les prises en
248 charge (la sécurité sociale). Lourdemment, ça veut dire qu'il y a des prises en charges petites
249 ou moyennes qu'on aura peut-être plus. Donc les gens vont se retrouver en carence donc là
250 ça commence le 1er janvier pour les plus de 90ans. Au même moment on a des gros budgets
251 qui sont affectés toujours par la même personne pour le pôle. Donc nous on tique quand
252 même. C'est bien gentil. Je veux bien qu'il y ait de la coordination à tout niveau mais j'ai
253 tendance à dire que trop de coordination, tue la coordination et que s'il y a beaucoup de
254 coordination mais qu'il n'y a plus de petite main, si on enlève l'humain auprès des patients,
255 c'est inutile. La période pour les infirmiers n'est pas très bonne donc tu ne tombes peut-être
256 pas au bon moment.

257
258 *Tu n'as pas l'impression que le pôle vient t'aider dans ton exercice alors que ta profession...*
259

260 Non du tout, parce que là le problème de prise en charge des différents profils, je veux dire
261 moi j'en ai parlé à 2,3 réunions *bruit de bouche*. Non non ça fond. Maintenant il y a la notion
262 de CPTS, on est dans la loi santé 2022, on fonce on fonce on fonce. Est-ce que dans 5 ans
263 les prises en charge à domicile seront, même pas 5 ans 3 ans, seront mieux assumé et plus
264 favorables. Je mets un gros doute. Parce qu'actuellement je viens t'expliquer la sécurité
265 sociale via sa gouvernance à elle est en train de désorganiser les soins infirmiers à domicile
266 donc je ne suis pas très optimiste.

267
268 *Sur la collaboration avec les autres professionnels au sein du pôle...*
269

270 Elle est bonne.

271
272 *Elle est bonne ? Qu'est ce qui fait que ça fonctionne du coup ?*

273
274 Bah ça fonctionne car comme je t'ai expliqué au départ, on se connaît tous depuis longtemps,
275 presque tous et je dirai presque en bonne ambiance en bonne entente, en bonne amitié parce
276 que quand même on a tous cohabité des fois sur des situations difficiles donc on se connaît
277 et ça, ça permet de... il n'y a pas entre professions d'obstacles tu vois ? et ça, ça permet
278 d'avancer, ça permet d'associer le maximum de personne malgré la lourdeur donc je t'ai parlé.

279
280 *De quelle manière vous communiquez entre vous ?*

281
282 Moi tu sais c'est le téléphone je pense. Et bah oui, le téléphone moi la messagerie (messagerie
283 sécurisée du logiciel commun ndlr) c'est non. Moi j'ai un souci sur place c'est SMS, téléphone.
284 Dans mon métier c'est le moyen le plus rapide de faire évoluer les situations. Toi tu l'as vu à
285 la pharmacie. Il ne faut pas oublier qu'on est dans le secteur de montagne, le secteur rural
286 avec un éloignement. Nous, il ne faut pas l'oublier on est toujours en vadrouille, et les
287 professions sont à 95% dans leur cabinet c'est plus facile mais nous on est en vadrouille donc
288 le téléphone c'est le premier mode de communication.

289
290 *La communication avec les patients ça se passe comment ?*

291
292 Oralement et puis par SMS. Le téléphone portable c'est... De toute façon comment tu veux
293 qu'ils fassent ? Le plus rapide et plus simple que tout le monde a c'est quand même ça.

294
295 *Tu disais que tu t'étais impliqué dans quelques programmes et tout, qu'est-ce qu'il faut faire
296 pour créer un programme à ton avis ?*

297
298 Ce n'est pas à moi qu'il faut que tu poses cette question, parce que moi j'en ai créé aucun.
299 Moi j'ai participé un peu à celui sur les soins palliatifs car on en fait beaucoup, j'ai fait un peu
300 d'ETP...

301
302 *Oui mais tu vois-tu en participé à deux, qu'est ce qui fait que tu l'as fait ?*

303
304 Oh parce que c'est en lien direct avec mon métier mais bon. Oui l'ETP je n'ai pas donné suite.
305 Pas le temps et puis je ne suis pas... J'ai fait la formation à 40H comme beaucoup, 40H c'est
306 6 jours quand même et ce n'est pas... j'en fait un peu via RESIC, des réseaux thématiques
307 mais je ne suis pas rentré dans le groupe. J'ai déjà deux de mes collègues qui sont à fond là-
308 dedans donc c'est bon quoi. Je fais autre chose. C'est une question de temps quand même.
309 Et il ne faut pas se leurrer la rémunération qu'ils ont, elles sont symboliques donc c'est presque
310 du bénévolat. Il y a un moment, voilà (je parle pour mes collègues). Et puis pas que mes
311 collègues, il y a des médecins qui commencent à dire que c'est bien gentil tout ça mais... Les
312 rémunérations, les nouveaux modes de rémunérations sur ces plans de santé c'est
313 symbolique. Ce n'est pas rien mais c'est symbolique. Si on veut motiver les gens, au bout d'un
314 moment il faudra trouver un autre moyen sinon ça ne le fera pas (me demande si je vais parler
315 à un de ses collègues, je lui dis que non ndlr). Ça aurait été bien parce que lui il est quand
316 même à fond dans tout ce qui est ETP. C'est beaucoup de temps les plans de santé. C'est en
317 dehors de nos métiers. C'est en lien mais c'est en dehors. Si je travaille 75H par semaine pour
318 mon métier, je n'ai pas envie d'aller... Moi je fais beaucoup d'heures dans mon métier,
319 beaucoup plus que (peut être dans d'autres professions vous avez plus de temps ça ce n'est
320 pas peut-être, c'est même sûr) mais moi j'estime que je suis déjà bien bien bien blindé. Donc
321 moi je me suis peu investi dans les plans de santé, je m'occupe aussi des DASRI, ça c'est
322 encore un truc en plus dans le cadre machin. Je m'occupe encore de l'APLS, tu vois déjà des
323 activités auparavant, bénévole tout ça bien sûr. Donc non non je ne suis pas celui qui ne va
324 plus d'aider sur les plans de santé ça c'est sûr. C'est très bien mais moi je mets quand même
325 en avant le truc financier parce que je vois que même des médecins à fond investis, ils
326 comment à en avoir marre. Ils disent c'est bien gentil mais au bout du compte, le compte n'y
327 est pas. Parce que quand tu fais une activité, au bout d'un moment ça va bien mais au bout

328 d'un moment...ce n'est pas du bénévolat... Les nouveaux modes de rémunération c'est quand
329 même peanuts.

330

331 *On disait qu'il y avait de plus en plus de monde dans le pôle qu'est-ce qu'il faut faire pour le*
332 *rejoindre ?*

333

334 Il faut faire acte de candidature. Il faut avoir un peu la volonté après moi je vois bien qu'il y a
335 des gens qui rentrent dans le pôle parce qu'il faut en être. D'ailleurs je pense à certains de
336 mes collègues mais en fait voilà ils en sont... il y en a qui sont dans le pôle depuis des années
337 on ne les a jamais vu. C'est comme partout. Comme les associations, tu as des meneurs,
338 derrière tu as des gens que tu ne vois presque pas. Ils ne vont pas, ils ont presque aucunes
339 activités. Moi j'en connais ils ont aucunes activités dans les plans de santé. Est ce qu'ils ont
340 bien compris d'ailleurs tout ? Toutes les implications d'un pôle, parfois je me le demande.

341

342 *C'est quoi toutes les implications du travail d'un pôle ?*

343

344 Et bah déjà c'est le travail en équipe, se connaître, se parler. C'est ce que je te disais depuis
345 40 ans. C'est de mettre du lien entre les gens. C'est ça qui est le plus important, le reste moi
346 je suis désolé... T'as un médecin par exemple (il y en a un à Villards et un à Autrans), ils ne
347 veulent rien entendre, ils veulent continuer leur exercice individuel. Bah c'est bien mais c'est
348 dommage quand même. Ça veut dire qu'ils ne profitent pas aussi de WEDA (logiciel partagé
349 ndlr*), les dossiers de patients (là j'étends un peu la problématique si tu veux). L'exercice isolé
350 dans la médecine, dans la profession libérale, c'est encore une généralité sauf sur le Vercors
351 grâce à l'historique. Ailleurs ils essayent de montrer ça mais seulement ce qu'ils ne montrent
352 pas des fois c'est que ça fait 40 ans. Moi je n'étais pas là. Ça fait 40 ans que les prescripteurs
353 ils ont créé cette affaire qui assumait de la formation, qui assumait de la connaissance entre
354 les gens et qui assurait les déchets de soin, c'était les deux grandes actions de cette
355 association. C'est comme ça que ça fait des liens entre tout le monde jusqu'à la podologue.

356

357 *Tu parlais de personnes dont tu ne savais pas pourquoi elle venait dans le pôle tout à l'heure,*
358 *quelles sont les différentes manières de s'impliquer dans le pôle ?*

359

360 Il faut avoir envie. Je pense à un ou deux je ne vais pas donner de nom bien sûr. Ils sont
361 rentrés il n'y a pas longtemps mais je ne sais pas ce qu'ils font. Pour l'instant pas grand-chose.

362

363 *Pourquoi ils ont intégré le pôle du coup ?*

364

365 Peut-être parce qu'ils se disent qu'ils vont avoir des financements. Entre autres le financement
366 pour WEDA tu vois ? Je pense qu'il y a des choses comme ça, d'être dans la boucle pour avoir
367 la messagerie, des choses comme ça. Je pense que c'est ça. Après pour des raisons
368 personnelles, chacun fait ce qu'il veut. Pour l'instant ce qui font tourner, ceux qui sont dans les
369 plans de soins, ce sont toujours les mêmes. Donc sur 50, il y a 15, ce sont toujours les mêmes.
370 15,20. Ça reste quand même. Ce n'est pas un problème ça. Chacun donne ce qu'il veut. Moi
371 mon avis. Il y en a qui y vont peut-être juste pour toucher ces fameux NMR mais alors là ils se
372 fourvoient, il n'y a pas grand chose, il ne faut pas rêver.

373

374 *Comment ils sont intégrés ses nouveaux membres ?*

375

376 Je t'ai dit c'est sur candidature après il n'y a pas grand-chose à part l'assemblée générale ou
377 ils peuvent envoyer une procuration. Ils sont présentés normalement lorsqu'ils rentrent et puis
378 après c'est en fonction de...Est ce que on les a vu dernièrement *réfléchi*...Non il y en a qui
379 n'était même pas là à l'assemblée générale parce que nous on acte on est d'accord. Je ne
380 suis pas sûr qu'il soit tous venu se présenter la dernière fois se présenter. Bah on les connaît
381 parce qu'on les connaît d'avant. Non non c'est sur acte volontaire après il n'y a pas de raison
382 qu'il y ait des oppositions.

383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436

Quelles sont les attentes du patient vis à vis d'un pôle de santé ?

Alors là...

Toi qui es au chevet des patients, est-ce qu'ils te font des retours ?

Tu sais les patients ce qu'ils aiment c'est (bon ce n'est pas le pôle là c'est plutôt la maison de santé) espérer garder les services qu'ils ont actuellement, ils espèrent un jour avoir un ophtalmo, un rhumato, des spécialistes, ici les patients ils sont gâtés sur le plateau, sur le Vercors. Ils sont gâtés car il y a une profession médicale et paramédicale qui est quand même dense, qui se renouvelle bien, voir même qui augmente. Eux, ils veulent garder leur "acquis". Après ce n'est pas vraiment par rapport au pôle ce que je suis en train de te dire, après les actions de santé qu'il y a eu je n'ai pas trop de retour parce qu'après je pense que tout ce qui est réadaptation tout ça c'est positif. Les consultations médicales avancées de rhumato tout ça c'est positif.

Quelles sont les critères d'évaluations de ces programmes ?

Je n'en sais rien, ce n'est pas moi qui m'occupe de ça.

Et est-ce que tu as un avis sur comment ça devrait être évalué ?

C'est la coordinatrice qui récupère tous les éléments. Tout ça il faut quand même qu'il y ait une phase de retour via l'ARS pour justifier des financements donc c'est fait par la coordinatrice. C'est lourd, c'est hyyyyyyyyyper lourd je veux dire. Nous on trouve que c'est très lourd et on la dit dès le départ. Au départ les gens disaient (car le financement est unique, il vient de l'ARS) que quelqu'un puisse aller chercher d'autres financement mais ça c'est un vœu pieux ça marche nul part. Moi je l'ai vu dans les réseaux et c'est mon collègue qui disait "oui oui, on va embaucher quelqu'un qui va en fait chercher les financements pour pouvoir assurer sa rémunération" (c'est un peu ce qu'il se fait actuellement quand même) donc ça nous laisse un peu dubitatif parce que nous le revenu on va le chercher à 6H du matin. Et nous c'est auprès des patients donc c'est quand même une grosse machine administrative, on ne sait pas jusqu'où ça va aller quoi.

Qu'est-ce que tu ferais pour améliorer ça du coup ?

Pfiouuuu, moi je trouve que c'est lourd, dans la loi santé c'est très très lourd.

Tu simplifierais quoi du coup ?

Moi je ne sais pas je ne suis pas un politique. Moi je t'ai dit gardons l'acquis. Gardons l'acquis sur le Vercors, l'acquis humain. Je ne suis pas certain qu'actuellement et ça c'est au-delà du pôle que ce soit ce qui est en train d'être fait. Quand le conseil général baisse la prise en charge horaire des aides ménagères et auxiliaires de vie il y a un an et quelques, il met en difficulté les services d'aide à domicile, quand là on est en train de durcir les conditions de prises en charge des patients à domicile par les infirmières, on ne met pas de l'huile dans les rouages. Je ne suis pas très optimiste. Ce n'est pas la présence du pôle, voir même des CPTS au-dessus qui va changer la donne. Donne t'on les moyens ou donne t'on les plus c'est ça la politique actuelle. Je ne pense pas que le pôle change quoi que ce soit. Les plans de santé, ces questions que tu me poses il faut les poser à chaque leader des plans de santé tu vois ?

On a fait un travail sur les soins palliatifs, il y avait une enveloppe de 5 000€ pour acheter du matériel, ce matériel bah il ne sert à rien, est ce que suite à ces soins palliatifs, est-ce que par

437 rapport à avant et à après ça a changé quelque chose au niveau des soins palliatifs en fin de
438 vie et bah je vais te dire lionel non. Non. J'ai même l'impression que c'est plus dur qu'avant.

439

440 *Et ça tu te bases sur ton ressenti terrain ?*

441

442 Oui, ça n'a rien changé. Le petit matériel il dort là, tu l'as vu à la pharmacie les consommables
443 personne ne s'en occupe. 5000€ de perdu est-ce que les soins palliatifs sont mieux assurer
444 maintenant qu'avant non ça reste toujours un travail personnel les soins palliatifs, tu as
445 toujours des équipes qui sont plus en avant que d'autres, ce n'est pas lié à la maison de santé
446 ni au pôle.

447

448 *Qu'est-ce qu'il aurait fallu faire pour que le programme fonctionne ?*

449

450 Et bah déjà il aurait fallu associer entre autres notre profession, car à la base c'est elle qui est
451 à la manœuvre or elle n'a pas été associé et les décisions ont été prises au-dessus sans qu'on
452 ne soit ni concerté ni d'accord. Par exemple le matériel pour ça, ça aurait été bien que ce soit
453 nous qui le gérons puis que c'est nous qui l'utilisons mais ça n'a pas été fait.

454

455 *Donc s'adresser aux bons acteurs.*

456

457 S'adresser aux bons acteurs. Ha bah oui là c'est clair. Après c'est encore des histoires
458 individuelles. Avait-on encore besoin de matériel pour les soins palliatifs ? Non parce que les
459 prestataires de soins palliatifs de Grenoble nous fournissent tout, tout de suite. Voilà c'est pris
460 en charge donc on n'avait pas besoin de ça.

461

462 *Il y avait une réponse qui existait déjà et du coup on n'avait pas besoin d'un tel dispositif ?*

463

464 Oui c'est ce qu'on avait dit au départ. Mais on n'a pas été entendu. Ils ont eu 5000€ de l'ARS,
465 ils les ont pris bien sûr, bah c'est du gaspillage, voilà ce qu'on pense. Pas que moi, hein ?

466

467 *Tu me parlais aussi que des programmes comme la réhab à l'effort, les consultations
468 avancées que c'était une plutôt positif, qu'est ce qui te fait dire que c'est plutôt positif ?*

469

470 Écoute je ne m'en suis pas occupé donc je suis plutôt mal placé. Il faut que tu en parles à ceux
471 qui s'en sont occupés. Moi c'est le retour des patients. Moi je n'ai pas une vue globale sur ça

472

473 *Mais moi je ne veux pas une vue globale je veux ton point de vue à toi en fait.*

474

475 Oui Oui. Non non. C'est bien

476

477 *Tu te fixes sur ce que te dises les patients en fait c'est ça qui te dit que ce sont des programmes
478 plutôt positifs ?*

479

480 Moi je pense que s'il y en a un dans tout ça qui a quand même été... c'est celui-là. Si tu me
481 parles de la réadaptation au sport ou même celui sur les sportifs. Moi j'ai aucun retour dessus.
482 Tu sais ils ont fait par un rapport aux sportifs des bilans de début d'années médicaux et de
483 soins mais je ne peux pas t'en parler de ça. Je pense que ça marche bien mais ce n'est pas à
484 moi de faire le bilan là-dessus. Moi je ne me suis pas investi du tout. Après il y a tout ce qu'il
485 y a de coordination sur les situations complexes, moi c'est plutôt ça qui me touche. D'ailleurs
486 c'est le principal. Avant de faire des plans de santé, d'abord c'est ce que demande l'ARS.
487 L'ARS demande plus de carence. Ils sont en train d'enlever les moyens d'un côté mais par
488 contre il ne demande pas de carence. Ça a pas bien marché parce qu'en bas, il y a beaucoup
489 de carence et donc l'ARS n'aime pas ça car ça finit par remonter à l'ARS les situations de
490 manque : je n'ai pas de kiné, j'ai pas d'infirmières, j'ai plus de médecin. On en est là quand
491 même en France.

492

493 *Tu disais que tu t'étais un peu retiré avec ta profession, comment tu vois l'avenir et comment*
494 *ça va se passer par la suite ?*

495

496 Bah écoute on verra bien. Moi je ne suis pas dans la gouvernance. Cette gouvernance elle
497 n'est apparemment pas partagé donc ce n'est pas à moi de faire évoluer les choses, de toute
498 façon c'est criant : le gérant infirmier il a démissionné, et la nouvelle qui a pris la place elle est
499 en train de s'apercevoir qu'effectivement ce n'est pas gagné donc moi... Ce n'est pas comme
500 ça qu'un système de réseaux ne peut pas fonctionner ça c'est sûr.

501

502 *Quel est l'intérêt pour toi de rester au pôle si du coup tu as l'impression qu'on ne t'écoute pas*
503 *?*

504

505 Pfiouuuuu. Non parce que je fais partie de l'équipe donc je reste dans l'équipe. Voilà après je
506 ne m'occupe pas de la gouvernance d'ailleurs la gouvernance depuis le début je suis déçu
507 c'est clair. Je fais le maximum pour les situations que je gère. Nous restons quand même citer
508 en exemple il n'y a pas longtemps, un peu partout d'ailleurs, pour le nombre de situation de
509 personnes lourdes GIR 1 GIR 2 géré à domicile. Nous, tous les intervenants (pas que les
510 infirmières), il y a eu une réunion avec la direction de la sécu, avec la responsable du conseil
511 général, c'est elle qui la dit : le secteur du Vercors nord des 7 communes, nous comme le
512 13ème secteur du conseil général, le département il est départagé en 13 secteurs. Et nous
513 sommes le secteur qui gérons le plus à domicile par rapport au nombre d'habitants les GIR 1
514 et GIR 2 à domicile. Ça, c'est significatif. C'est à dire les gens les plus lourds. Bah pour moi
515 c'est ça qui est important le reste pour moi c'est du fluteau, de la flûte. Moi mon métier c'est
516 ça. Mon intérêt c'est ça. Que les gens qui puissent rester à la maison handicapée, dépendant
517 même je dirai infirme, puisse être assisté, aidé, accompagné à la maison. Moi voilà mon crédo
518 c'est celui-là. C'est encore bon mais attention. La même personne qui a dit ça a dit que nous
519 étions 4 étoiles pour le maintien à domicile mais que nous étions passé 3 étoiles. Ça veut dire
520 qu'il commence à avoir des situations de carences.

521

522 *En quoi le fait de faire partie du pôle t'aide ou ne t'aide pas à remplir cet objectif ?*

523

524 Roooo pfiouuu, il n'est pas... il m'aide si dans le sens où...enfin... par rapport à avant non
525 c'est pareil. J'essaye de trouver le... Parce que c'est par rapport à nos situations je dirai de
526 nos métiers de base tu vois ce que je veux dire. Mais si tu parles des plans de soins, moi je
527 ne suis pas investi dans le plan de soins donc je ne suis pas un bon référent pour toi. Moi je
528 dis que plus on se parle, plus on se voit mieux c'est. Je l'ai toujours dit même avant ça donc
529 j'espère que ça va continuer. Parce que tout ce lien qui a été mis avant est-ce qu'il va être
530 maintenu. L'APLS va mourir. L'APLS vie sa dernière année parce que les bénévoles en
531 avaient marre de s'occuper de ça et en plus parce que les situations se sont réduites parce
532 que tout ce qui était formation et tout ça n'est plus fait. L'APLS ne s'occupait plus que des
533 DASRI donc on arrête à la fin de l'année. Mais l'APLS c'est cette association qui a mis
534 beaucoup de lien. J'espère que dans le cadre du pôle on continuera à mettre du lien entre les
535 professionnels de santé. Je parle de professionnels de santé mais finalement quand je te parle
536 de professionnels de santé c'est la population, c'est le patient derrière qui doit être servi.

537

538 *Merci beaucoup pour toutes les réponses à mes questions. Un petit mot pour conclure ?*

539

540 Je ne vois pas trop comment ils vont faire pour étendre ces organisations à l'ensemble de la
541 population. Mais depuis le début et je ne suis pas le seul. Comment ils vont faire ? Mais même
542 financièrement et je ne vois pas comment ils vont pouvoir faire. Là on a une organisation pour
543 12000 habitants, comment ils vont faire en bas pour 600 000 habitants où alors là il y a
544 beaucoup plus de professionnels mais chacun bosse dans son coin. Il n'y a pas cette
545 antériorité, je ne vois pas comment c'est possible. Et encore bien dissocier. Parce que dans
546 l'esprit de beaucoup de gens, c'est compliqué. Parce que les gens mélangent tout : pôle de

547 santé, maison de santé... Cette nouvelle organisation elle n'est quand même pas simple, c'est
548 novateur donc je ne sais pas comment ils vont pouvoir généraliser ça. Il y a plein d'endroits
549 où c'est hyper individuel. Alors que nous dans ma profession déjà on se connaît tous car on
550 se voit depuis très longtemps grâce à ce lien qu'il y a eu auparavant. Alors déjà ce n'est pas
551 facile quand même de faire fédérer tout le monde. Alors en bas où les gens ne se connaissent
552 pas je suis curieux de voir ce qu'il va se passer. Parce que l'objectif c'est de généraliser ça.
553 Puis avec les CPTS maintenant, les gens ne comprennent rien. Moi, l'inquiétude c'est ça : Est-
554 ce qu'on va garder les moyens humains sur le terrain au moment où dans certaines
555 professions ils empêchent des gens de s'installer, c'est le cas pour les kinés, c'est le cas aussi
556 pour les infirmières. Là maintenant c'est fini sur le plateau 1 départ, une arrivée. Tu vois en
557 plus dans leur critères un peu fumeux, ils estiment que sur le plateau on est trop, les kinés
558 pareils. Donc tu vois en plus ce n'est pas une médecine libérale, tout est organisé, tout est
559 régulé.

1 **la conversation avait commencé avec une présentation du déroulement de l'entretien**

2
3 Après je pense que je peux parler au nom de mes collègues. Je pense qu'il faut revenir sur la
4 manière dont on est organisé nous les kinés sur Autrans Méaudre. On est deux villages
5 jumelés en une seule commune et comme vous avez pu le voir il y a deux maisons de santé
6 toutes récentes, les locaux sont récents. Du coup on est 4 kinés, 3 médecins, 7 infirmiers
7 sachant qu'il y a un médecin à Autrans, 2 médecins à Méaudre (dans le pôle de santé parce
8 qu'il y en a encore un 4ème) que les infirmières elles sont sur les deux sites, elles travaillent
9 dans les deux locaux, elles ont les permanences à Méaudre et que nous on est 4 kinés, on
10 est 3 kinés qui travaillons à plein temps sur Autrans et la 4ème kiné elle fait une journée et
11 demi avec nous à Autrans et le reste à Méaudre. Normalement il va en avoir une autre, on
12 attend la réponse de la sécu par rapport au zonage parce qu'il y avait deux kinés avant qui
13 sont partis et donc il risque d'en avoir une deuxième qui va arriver là-bas. C'est vrai que
14 l'avantage pour les usagers, les patients ça fait de la proximité. Ils ont tout à 5km d'écart entre
15 les deux villages.

16
17 *Racontez-moi un peu votre parcours, comment vous êtes arrivé à exercer ici ?*

18
19 C'est moi la plus ancienne, je travaille depuis 81 donc voilà ça fait 38ans. J'ai fait une école
20 d'ostéopathie aussi donc en plus je suis ostéopathe. L'avantage d'être dans le pôle de santé
21 c'est que en étant kiné on peut le faire alors que si je faisais que de l'ostéo ça ne fonctionnerait
22 pas (ça passera un jour). On a été plusieurs, on a toujours fonctionné à 3 kinés alors il y en a
23 un qui est parti à la retraite alors quelqu'un la remplacé. Moi mon implication dans le pôle de
24 santé c'était d'être dans la coordination, dans le lien sachant que je ne sais pas si vous vous
25 avez déjà eu des échos mais sur le plateau c'est quelque chose qui est prégnant depuis
26 longtemps. On a été novateur en termes de coordination avec les autres professions
27 médicales et paramédicales. C'est à dire dans les années 80, il y avait l'APLS. Les gens ici
28 étaient très novateurs surtout le médecin à Autrans qui est parti à la retraite depuis. C'était
29 sous forme PU, sous forme de on se retrouvait etc. Dès que quelqu'un de nouveau arrivait sur
30 le plateau on l'accueillait. Il y a toujours eu du lien donc après il y avait aussi le MAD Vercors
31 le réseau de maintien à domicile des personnes âgées qui s'est mis en place après ça a été
32 réabsorbé par d'autre organismes tel que le groupement de coopération sanitaire et la maison
33 des réseaux de santé de l'isère à Grenoble. Bref voilà et après sont apparus il y a 7ans, 8ans
34 le pôle de santé. Certains se sont bien impliqués là-dedans pour mettre tout ça en place et
35 donc ils nous ont amenés ça progressivement et quand est ce que nous on a commencé...pfiou
36 je me rappelle plus...vous devez mieux savoir les dates que moi, moi j'ai oublié... 2009-2010
37 par là j'ai envie de dire. Et là le but c'était d'avoir le dossier partagé du patient, de mettre tous
38 nos moyens en commun et de faire aussi des groupes de travail moi voilà au début je m'étais
39 inscrite dans les soins palliatifs, dans les ETP, j'ai fait une formation de base. Il y avait. Qu'est-
40 ce qu'il y avait d'autres ? La médecine sportive. Vous devez avoir la liste moi je l'ai plus mais
41 elle est longue. Donc le but c'était de faire ensemble le plus possible.

42
43 Alors personnellement, moi je me suis impliqué (ou j'y vais régulièrement) dans les réunions
44 de coordinations de professionnels les RCP. Donc ici c'est le premier mardi de chaque mois.
45 Je participe régulièrement et puis de temps en temps il y en a d'autres mais souvent je ne
46 peux pas y aller car ça correspond à des moments où je travaille et je ne peux pas me
47 départir... Moi je... si je voulais des réunions il y en aurait deux par jours mais bon après on a
48 beaucoup de travail donc y'a plus de logique. Mais par contre je me tiens au courant, je lis les
49 comptes rendus. Je sais qu'il y a "Quoi de neuf" le lundi. Et puis aussi le jeudi après-midi une
50 fois par mois mais je ne peux pas y participer car j'ai aussi un petit salaire dans un centre
51 d'enfance je fais de la psycho motricité je ne peux pas... sinon je pense que celle-là je serai
52 venu aussi donc voilà.

53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107

Oui donc vous vous renseignez, vous êtes au courant de ce qu'il se fait mais c'est vrai que c'est difficile de participer à toutes les réunions par manque de temps. Vous aviez dit au début que vous avez fait des formations ?

J'ai fait la formation de base de l'ETP mais je ne l'ai jamais utilisé. Je l'ai utilisé personnellement parce que c'est vrai que ça apprend une autre posture avec nos patients : de ne pas se mettre derrière le bureau forcément pour leur parler, de faire les choses avec eux mais je n'ai jamais fait de groupe...pfff... je n'ai pas le temps. Je ne peux pas, je ne peux pas. Au niveau organisation ce n'est pas possible. Mais voilà les idées sont bonnes mais après pour les mettre en pratique c'est...

Comment on en est arrivé au pôle de santé selon vous ? Qu'est-ce qu'il fait qu'il s'est formé ?

Je pense que c'est venu d'en haut, c'est politique. C'était les tendances. C'est ceux de la maison de santé de Lans qui nous ont voilà ce qui est en train de se mettre en place et c'est vrai que sur le plateau on a toujours été assez réactif à tout ce qu'il pouvait se passer. On a toujours eu une petite longueur d'avance. Il y a beaucoup de choses ici. Il n'y a pas qu'eu l'APLS, il y a eu le Royans en Vercors santé et ça c'était encore un truc avec de la télé médecine, j'exagère mais en gros ils avaient installé des paraboles (c'était expérimentale) pendant 2 ans chez une centaine d'usagers, de personnes dépendantes et il fallait par le biais de décodeurs que nous on relève (par exemple des constantes, des trucs...) C'était pour partager des infos mais c'était...pffiou... trop lourd. Ça n'a pas fonctionné. Mais ça a eu le prix d'excellence au sénat. Voilà il s'est toujours passé plein de choses. Et le pôle de santé ça a été dans la mouvance. Il n'y avait pas que sur le plateau que ça se mettait en place c'était partout en France mais c'est vrai que nous on a été tout de suite tout de suite dedans. Quand ils nous en ont parlés, on s'est réunis, on a tous été d'accord et comme on était déjà en lien par l'APLS c'est vrai que ça coulait de source que l'on continue dans cette mouvance-là. C'est vrai qu'on est 70 dans le pôle multi site de santé en Vercors et c'est vrai que on se connaît tous, on est tous très liés. En plus ça permet de connaître les spécificités et spécialités de chacun. Maintenant qu'il y a les interventions des orthopédistes, des rhumatos qui montent du coup bah on envoie les gens on sait que voilà ça crée du lien et ça permet d'orienter les patients plus facilement aussi.

Comment vous définiriez votre rôle au sein du pôle de santé ?

Répondre au mieux au besoin du patient en termes de soin de kiné déjà ça s'est sûr. On sait aussi qu'il y a la réhabilitation à l'effort. On arrive à répondre mieux aux attentes et besoins du patient. Ça complète. Quand on est tout seul dans son coin libéral on ne travaille pas de la même manière on a moins d'outils. Et puis j'ai envie de dire aussi que du coup on n'est pas tout seul avec son patient. Il y a les autres professionnels et ça c'est une notion qui est importante. Et puis bah derrière les RCP ça permet d'avoir du recul quelque fois quand on a des situations qui sont difficiles, de partager...

Les RCP vous aviez dit que vous y participiez car elles ont lieu ici c'est ça ?

Oui elles ont lieu dans le cabinet du médecin donc c'est plus pratique en termes de proximité. Après ça dépend, les RCP ont lieu par rapport au médecin. Généralement c'est ici car il y a plus de place, les infirmières sont là, il y a une infirmière coordinatrice qui fait le lien avec l'hôpital et toute les structures intermédiaires et puis qui voient les gens donc elle ça oriente vers ce qui est social quand ça a besoin. Et là justement avec les CPTS il va y avoir aussi le relais social qui va se rajouter. Après à un moment il faut faire attention car c'est une usine à gaz. Mais pour revenir à ce qu'on disait quelque fois on a des patients qui nous sont adressés par d'autres médecins et quand c'est à Lans et que ça me concerne j'y vais.

108 *Qu'est-ce que vous mettez derrière le mot "usine à gaz" ?*

109

110 Usine à gaz ça veut dire qu'une chose en entraîne une autre et qu'il y a des réunions qui
111 provoquent d'autres réunions et quelque fois j'ai envie de dire qu'il y a des choses qui se font
112 en double pour le coup.

113 Quelquefois le conseil général, le département maintenant, a mis en place des systèmes qui
114 sont en parallèle de tout ce qui a été mis en place via le biais de l'ARS avec le pôle de santé
115 et les futurs CPTS et ce sont des doublons par rapport à ce qu'on fait. AGIR A DOM aussi,
116 Isère à dom. *nous sommes interrompus par le téléphone qui sonne*

117

118 C'est une usine à gaz parce que du coup à chaque fois on avance, maintenant il y a un jardin
119 partagé, du coup tous les jours on a 3 4 mails par rapport au pôle de santé, vous savez, vous
120 avez vu tout ce qu'il y a c'est pour ça qu'au bout d'un moment c'est une toile d'araignée c'est
121 chouette, c'est bien, les coordinatrices sont très professionnelles mais à un moment on ne
122 peut pas aller à toutes les réunions. Il y avait le rhumato qui était monté pour nous faire des
123 trucs sur l'épaule mais on ne peut pas... c'est l'après-midi, c'est le matin quand on travaille à
124 un moment mais j'ai envie de dire ce n'est pas grave on peut piocher là où on veut c'est
125 l'avantage. Mais on ne peut pas tout faire.

126

127 *Au sein du pôle comment vous définiriez votre rôle ?*

128

129 Mon objectif quand je travaille c'est de prendre les gens en charge de la meilleure façon qu'il
130 soit et qu'il ait le plus possible de réponse à leur attente (douleur...). Mais après justement
131 quand par exemple il y a la réhabilitation à l'effort on peut les orienter le truc c'est ça. Mon rôle
132 aussi c'est de les informer. Tout le partenariat qui s'est mis autour on est au courant. Donc du
133 coup on peut mieux les orienter donc les gens vont aller plus vite, ils vont bénéficier plus
134 rapidement d'une bonne prise en charge. Je le vois aussi comme ça de bien les orienter.

135

136 *C'est les raisons qui font que vous avez intégré le pôle de santé ? Ces notions d'orientation
137 d'informations ?*

138

139 Oui bah après au début c'était surtout la coordination le fait de travailler avec les autres. D'être
140 le plus possible en lien. Quelque fois aussi d'avoir le regard des autres sur un patient c'est
141 important. On ne voit pas toujours les mêmes choses et les gens ne donnent pas toujours les
142 mêmes choses à voir. J'ai envie de dire qu'il y a une dimension qui quelque fois m'interpelle
143 quand on se réunit dans les RCP (car c'est là où je vais le plus souvent) c'est qu'il manque le
144 regard du psychologue souvent pour avoir du recul par rapport à la situation et dès fois je
145 trouve qu'on est trop dans le jugement. Quand on parle d'un patient. Ça on a un peu échangé
146 entre nous. Tout le monde n'est pas d'accord ça c'est mon côté... (je travaille dans les maisons
147 d'enfants avec des psychologues etc) et il y a toujours le recul nécessaire pour ne pas être
148 dans le jugement. Prendre de la distance par rapport à l'évènement ou par rapport à ce que
149 le patient nous renvoie parce que forcément quand le patient ne va pas bien il nous renvoie
150 des choses à nous et si on se détache on est plus objectif des fois quand on est pris dans une
151 histoire avec notre patient c'est difficile de ne pas se laisser embarquer et quelque fois on est
152 dans le jugement et j'ai envie de dire de manière un peu péjorative et quand on en parle
153 ensemble c'est quelque chose qui émerge et quelque fois ça me dérange quand je dis que
154 même moi je me laisse prendre. D'abord je me dis que le patient (et ça c'est quelque chose
155 qui est important pour moi) n'est pas informé qu'on parle de lui et ça le fait qu'on s'est réuni
156 un jour on fait des RCP à grande échelle ça veut dire qu'il y a les assistantes sociales de la
157 maison du département qui viennent nous voir et justement on est tenu au secret professionnel
158 donc elles ne veulent pas savoir ce que les gens ont et quand on parle des gens, elles disent
159 que les familles ne sont pas invitées ? On parle d'eux quand même. Moi je ne veux pas qu'on
160 parle de ma mère ou qu'on parle de moi quand une réunion sans être informer ou sans dire
161 ce qu'on a dit. Alors ce que je fais de mon côté j'essaye de les prévenir et de leur faire des
162 synthèses de ce qui en ai ressorti. Mais c'est une petite dimension qui manque : L'information

163 au patient et le regard du psychologue pour nous permettre de garder la distance et d'être plus
164 neutre, plus objectif.

165
166 *Quelles sont les différentes manières selon vous de s'impliquer dans un pôle de santé ?*
167

168 Moment de réflexion* Bah ça rejoint ce qu'on vient de dire déjà. Les différentes manières de
169 s'impliquer c'est la coordination... c'est participer à tout ce qu'il se passe moi je veux dire ça
170 je ne l'ai pas fait j'ai laissé tomber les soins palliatifs au début je m'y étais inscrite mais c'était
171 trop chronophage, ou faire l'ETP, y'a l'addiction aussi, y'en a 15 000...

172
173 *Qu'est ce qui fait qu'un professionnel va se mettre à l'addictologie, l'autre plus l'ETP par*
174 *exemple ?*
175

176 Ça nous parle ou ça ne nous parle pas. Moi l'ETP ça m'aurait bien plus, faire des groupes
177 avec des gens. C'est une histoire d'intéressement, puis le fait de pouvoir le reproduire après
178 dans nos pratiques professionnels. Et puis avoir plus de connaissance en addictologie, en soin
179 palliatifs, plus de connaissance en la matière. Après voilà le fait que tout ça soit mis en place
180 c'est vrai que dès qu'il y a quelque chose on a toujours quelqu'un qu'on peut interpeller, on a
181 toujours un professionnel qu'on peut interpeller où on va parler de notre patient et on sait à qui
182 s'adresser ça nous permet d'avoir des réponses. On est moins dans notre coin quand même,
183 on est vraiment dans le faire ensemble. Sauf que ça a des limites. Moi c'est RCP et après
184 pfiou... Parce qu'il y a le pôle de santé certes mais après par rapport à la rémunération avec
185 les NMR pour que ça puisse s'effectuer ça il faut faire partie de la SISA. Et alors après c'est
186 pareil la SISA, moi au début je m'étais dit ça m'est complètement égal je vais au réunion parce
187 que ça m'intéresse d'aller au réunion je ne veux pas être rémunéré et au bout d'un moment
188 ils ont dit c'est bon il faut y aller parce que bon on a des subventions pour le logiciel WEDA
189 que nous on la pas encore en kiné donc au bout d'un moment la coordinatrice nous a dit
190 maintenant il faut y aller si vous décidez de changer de logiciel vous vous débrouillerez du
191 coup on la fait mais la SISA c'est encore quelque chose qui vient s'ajouter. Parce qu'il y a des
192 réunions aussi pour la SISA et puis après si on continue les CPTS pour que ça fonctionne ça
193 va être pareil il y aura comme une SISA mais plus grosse encore pour fonctionner alors voilà.
194 Et là vous enregistrez toujours ?
195

196 *Je peux couper l'enregistrement si vous voulez ?*
197

198 Non non après c'est pas grave ce que je trouve fou c'est que tout cet argent c'est que c'est
199 beaucoup d'argent quand on voit que l'hôpital a plus d'argent et quand on voit tout ce qu'on
200 est en train de donner et d'obtenir de l'ARS parce que là c'est pareil au niveau des CPTS ils
201 nous enjoignent à le faire assez rapidement à l'horizon 2022 et les gens qui ne sont pas en
202 pôle de santé seront incités à les rejoindre et là il y a encore juste pour la population du Vercors
203 qui est en gros de 12000 habitants il y a 180 000 euros pour mettre tout ça en place, pour
204 travailler à mettre tout ça en place. Moi ça me chagrine de me dire que quand même à l'hôpital
205 il n'y a plus assez d'argent et en haut ça vient du même endroit et par contre pour faire ça il y
206 en a. L'argent je pense qu'il est mal distribué quand même.
207

208 *Mal distribué car vous estimiez qu'à l'hôpital ce serait plus utile ?*
209

210 C'est différent mais l'hôpital est en souffrance on le sait c'est l'État, c'est la fonction public
211 hospitalière il y a des gens, des professionnels qui ne s'en sortent plus, on supprime des
212 postes on les remplace pas, ils sont débordés, j'ai des retours tous les jours, ils étaient dans
213 la rue il y a pas longtemps et je trouve que nous on est là avec notre organisation encore en
214 libéral (parce que un jour je pense qu'il n'y aura plus de libéral si on continue comme ça), et
215 c'est une espèce d'organisation qui est en train de se mettre en place et je me dis que là on
216 me dit qu'il y a de l'argent et comment se fait-il qu'il y en ai pas plus pour l'hôpital. Ça me
217 dérange parce que je trouve qu'on travaille dans un certain confort.

218
219 *Oui d'accord vous êtes mal à l'aise par rapport à vous votre confort d'exercice et celui qu'ils*
220 *ont à l'hôpital.*

221
222 Oui pour mettre en place des choses qui de toutes manières c'est politique de mettre ça en
223 place, c'est pour mieux gérer les dépenses de santé en libéral dans la nature j'ai envie de dire.
224 Alors que l'hôpital voilà. L'hôpital, la gestion, ils l'ont déjà c'est coincé c'est bien carré et nous
225 on est en train de la mettre en place mais pour le moment pour nous dire de la mettre en place
226 on nous donne beaucoup d'argent et je trouve que c'est un peu...

227
228 *Cet argent vous trouvez qu'il est mal utilisé une fois qu'il est distribué ?*

229
230 Non ce n'est pas qu'il est mal utilisé mais quand je vois que l'hôpital... J'ai envie de dire quand
231 je vais dans la rue et que je compare quelqu'un qui n'a pas à manger et puis moi je fais mes
232 courses au supermarché il y a un moment où on se pose des questions. J'exagère mais en
233 gros c'est ça. Non bien sûr qu'on peut l'utiliser mais je trouve que c'est beaucoup d'argent.
234 Quand je vous parlais du projet télémédecine tout à l'heure il y a eu 350 000 euros pour faire
235 ce projet et quand il a capoté 3 ou 4 ans après on nous a demandé de recommencer et il y a
236 encore eu de l'argent dépensé pour ça et ça n'a pas marché. Quelque part ça me dérange et
237 je pense que je ne suis pas la seule *rires*. Après en termes d'organisation pôle de santé
238 CPTS je pense qu'un jour d'ici 20 ans 30 ans il n'y aura plus de profession libérale en santé.
239 Ça va passer par ce biais là et je pense qu'au bout d'un moment il n'y aura plus d'argent non
240 plus.

241
242 *Et vous vous voyez ça comme un problème ou une bonne chose, comment vous envisagez*
243 *cette évolution ?*

244
245 Ce n'est pas un problème mais pour moi c'est un dilemme parce que c'est très bien de faire
246 de la coordination mais à un moment on a nos limites parce qu'il faut quand même s'occuper
247 de nos patients et d'autre part je trouve qu'il y a beaucoup d'argent dédié à tout ça.

248
249 *Justement d'un point de vue organisation, comment s'organise la vie du pôle, comment vous*
250 *la voyez cette organisation qui c'est qui donne les directives comment ça se passe comment*
251 *à votre niveau vous recevez les informations ?*

252
253 Ha bah nous les directives je ne pense pas qu'il y ait quelqu'un qui les donne. Il y a des
254 injonctions qui viennent de plus haut qui sont politiques par le biais de l'ARS. Après tout le
255 monde est au courant de ce qu'il se passe donc dès que quelque chose se passe il en fait part
256 au pôle. C'est surtout les médecins et le pharmacien qui sont au fait de tout cela. Après il y a
257 les coordinatrices qui sont les oreilles grandes ouvertes aussi et qui voient tout ce qu'il se
258 passe. Elles sont très professionnelles toutes les deux et elles nous mettent au courant chaque
259 fois qu'il y a quelque chose de nouveau mais il y en a tous les jours et à un moment il y a
260 presque trop d'informations. Même s'il y en a qui sont intéressantes mais on ne peut pas être
261 partout. Au début j'essayais de répondre à chaque réunion auquel je ne pouvais pas participer
262 et pour lesquels j'étais sollicité. Je répondais que je ne pouvais pas y aller. Là j'arrive même
263 plus à lire les comptes rendus des réunions car le soir quand on rentre du boulot on ne peut
264 pas tout lire. C'est sans fin. Même si il y a des choses intéressantes après voilà peut être qu'on
265 est dans une mouvance dans une énergie où ça fait quand même 10ans ça bouillonne c'est
266 bien, il y a pleins d'énergies pour que ça avance et ça avance mais au bout d'un moment je
267 pense que les choses vont se poser et tout le monde va trouver des limites on ne peut pas
268 être comme ça tout le temps c'est pas possible.

269
270 *Qu'est ce qui est important selon vous dans le fonctionnement d'un pôle ?*

271

272 *Petit silence* de garder le sens j'ai envie de dire. Donner du sens à nos métiers, à nos
273 professions. Quand je parle de sens c'est... Bah être dans la coordination certes, mais toujours
274 en gardant le sens, l'objectif de donner des bonnes réponses, les meilleures réponses
275 possibles à nos patients. Donc pour moi c'est la coordination c'est évident. Et d'orienter au
276 mieux nos patients.

277
278 *Qu'est ce qui fait que ça fonctionne à Lans ? Que le pôle répond à ce besoin là et que vous*
279 *vous reconnaissez dans ce pôle ?*

280
281 Parce qu'on échange, qu'on est ouvert et qu'on s'entend tous bien, on se parle bien. Dès qu'il
282 y a quelque chose je renvoie à Lans ou même aux autres médecins, il n'y a pas que Lans, il y
283 a Villards aussi, il y a Méaudre.

284
285 *C'est la bonne entente et la communication qui font que ça fonctionne ?*

286
287 Puis c'est moins formel. Je veux dire on envoie un SMS, quand on s'interroge on s'appelle, on
288 a tous nos portables, c'est assez rapide en général. Mais c'est vrai que par rapport à avant
289 quand il fallait renvoyer les gens sur l'hôpital, ça va plus vite maintenant. Les patients ont des
290 réponses plus rapides. La meilleure prise en charge possible, la plus rapide, la plus opportune,
291 la plus adaptée. Non c'est vrai que ça fonctionne bien

292
293 *Quels sont les obstacles à cette communication ?*

294
295 J'ai envie de dire c'est le trop-plein. Quand il y en a trop. Il y a peut-être des choses qui peuvent
296 passer à l'as parce qu'on est débordée d'informations. J'ai envie de dire trop d'infos tuent
297 l'infos. Après sinon il n'y a pas d'obstacles parce que franchement on est dans le bien travailler
298 ensemble.

299
300 *Il faut donc bien gérer l'information. Il faut qu'elle soit présente mais en même temps pas qu'il*
301 *y en ait trop ?*

302
303 Oui et en même temps les coordinatrices elles font leur métier, elles nous informent donc voilà
304 donc après peut-être à nous de savoir lire en diagonale.

305
306 *De quelle manière vous communiquez avec les autres professions ?*

307
308 Par téléphone et par mail souvent. Quand c'est une urgence c'est le téléphone. Quand ça peut
309 attendre deux trois jours c'est le mail sinon c'est le téléphone. C'est ça l'avantage c'est que
310 comme on se connaît on a une réponse tout de suite. On a une attention, une prise en compte
311 de l'autre côté qui est rapide.

312
313 *Vous m'avez parlé de programmes et que chacun s'investissait dans les programmes suivant*
314 *ces envies, comment êtes-vous informés qu'ils existent ? les coordinatrices ? Est ce qu'ils*
315 *existent d'autres moyens d'en être informés ?*

316
317 Non ce ne sont que les coordinatrices. Alors il y avait des groupes dès le départ mais sinon
318 c'est elles : quand il y a des choses nouvelles, elles le disent.

319
320 *Avec les patients, comment vous communiquez à propos de ces programmes ?*

321
322 Ha bah on leur explique. Justement quand on n'a pas tous les outils pour prendre en charge
323 notre patient, on les oriente vers ce qu'il se passe à côté alors après ce n'est pas toujours
324 évident, l'addictologie voilà la manière dont on le fait, sur la forme on fait attention quand même
325 mais on leur dit que ça existe.

326

327 *Vous avez rejoint le pôle quand vous au final ? (Je pose cette question car c'est censé être*
328 *une nouvelle entrant suivant les indications de la coordinatrice alors que tout ce qu'elle dit*
329 *depuis le début montre qu'elle est là depuis plus longtemps ndlr)*

330
331 Depuis le début. On était dans les premiers. On a tous travaillé chaque site, Autrans Méaudre
332 on a travaillé (Lans avait commencé un peu avant nous) mais après Villards ce sont mis
333 ensuite. Ensuite il y avait le pôle multisite.

334
335 *Comment se passe l'intégration des nouveaux membres dans la SISA ?*
336

337 Je crois pour qu'ils soient coopté, il suffit d'une personne qui ne soit pas d'accord pour que la
338 personne ne rentre pas dans le pôle. Mais ils nous disent et si personne n'y voit
339 d'inconvénients, la coordinatrice nous informe par mail et après il y a des réunions. Quand une
340 personne souhaite rentrer dans le pôle il faut qu'elle soit parrainée par une autre si possible
341 de la même profession et après il y a une commission qui se réunit mais on est toujours informé
342 quand il y a de nouvelles personnes.

343
344 *Des choses particulières qui sont faites pour que ces nouveaux professionnels s'intègrent bien*
345 *?*

346
347 Oui la coordinatrice nous dit souvent " Voilà il y aura tel professionnel que vous ne connaissez
348 pas qui voila"

349
350 *Là encore un rôle de la coordinatrice important ?*
351

352 Oui elle est sur tous les fronts. Oui c'est le pivot c'est le pilier.

353
354 *Comment sont prises les décisions au sein du pôle de santé ?*
355

356 Les décisions de ?

357
358 *Oui on va ouvrir tel programme, qu'est-ce qu'on va mettre en place comment on fonctionne*
359 *etc*

360
361 Il y a un conseil de gérance. Ça je sais. Le conseil de gérance c'est pour faire rentrer les
362 nouveaux ou les sorties car il y a des sorties quelques fois puis après je ne sais pas ils se
363 mettent en lien avec, pour tout ce qui est fonctionnement, rémunération c'est avec la SISA
364 aussi. J'imagine, je ne suis pas au fait de tout ce qui se passe. Alors après quand il y a des
365 nouveaux groupes de travail, il y a des gens qui proposent et ceux qui veulent y adhérer, ils y
366 vont et puis la coordinatrice doit l'intégrer dans le programme, dans l'organigramme du pôle.
367 Puis il y a des retours à l'ARS et puis voilà. Parce que pour obtenir les rémunérations, il faut
368 justifier de notre travail.

369 Je pense qu'avec l'ARS c'est pareil, il doit y avoir des sujets, on ne peut pas faire n'importe
370 quoi non plus. On ne peut pas se mettre à faire du Yoga dans les arbres enfin je ne sais pas
371 mais il faut que ça colle avec le schéma directeur de l'ARS.

372
373 *On va passer sur le dernier volet performance du pôle de santé. Quelles sont les attentes d'un*
374 *patient vis à vis d'un pôle de santé ?*
375

376 Les gens souvent ne sont pas informés donc je ne peux pas dire qu'il y ait beaucoup d'attentes.
377 On a des retours par rapport à la réhabilitation à l'effort etc. Moi j'ai des retours par rapport au
378 patient qui sont allés participer à des groupes de travail, qui ont été intégrés à des groupes de
379 prises en charge mais par contre je pense que les patients les attentes ne peuvent pas être
380 formulés tout de suite, ils ne sont pas encore informés. Alors nous on leur explique qu'on
381 fonctionne en pôle de santé. C'est souvent dans la journée, je passe souvent 2 à 3 fois par

382 jour à expliquer le fonctionnement d'un pôle de santé : le but, le dossier partagé. Je leur
383 explique bien dans le dossier que les professionnels n'ont pas tous accès aux mêmes
384 informations, que le médecin en a et que s'ils ne sont pas d'accord pour que certaines
385 personnes n'aient pas accès à ces dossiers, ils peuvent le signifier aussi. Ça aussi c'est
386 important : le respect de l'utilisateur.

387 Voilà, pour l'instant les gens... Ils nous posent des questions, ils sont curieux sur ce que c'est
388 un pôle de santé mais les attentes...

389

390 *Oui ils ne peuvent pas car ils ne sont pas informés, ils ne savent pas ce que c'est ?*

391

392 Voilà après ils sont content de savoir (car on est quand même à 35Km de Grenoble), quand il
393 y a des consultations d'orthopédie, de rhumato ou de cardio ils sont contents de savoir que
394 c'est possible parce que pour eux c'est pas loin.

395

396 *Est-ce que les différents programmes mis en place par le pôle, ils sont évalués et est-ce que*
397 *il y a des critères qui le permettent ?*

398

399 Ha oui ça je pense que c'est fait. Je sais plus comment mais je pense que c'est fait. Il doit y
400 avoir un retour. Moi, je ne sais pas.

401

402 *Et quels seraient selon vous des critères qui seraient intéressants d'avoir pour évaluer un*
403 *programme ?*

404

405 A la sortie en regardant la prise en charge de nos patients. Qu'eux nous fassent un retour, la
406 satisfaction patient déjà.

407

408 *Pourrait-on imaginer d'autres critères que celui-là ?*

409

410 Et bah qu'on puisse élargir, élargir, élargir, qu'il y ait toujours plus de prises en charge.
411 L'information voilà.

412

413 *Donc la satisfaction patient, qu'ils soient au courant de ce qu'il peut avoir à sa disposition ?*

414

415 Oui. Ça fait quand même à certain nombre d'années que je me dis que j'exerce ici en France
416 même s'il y a des choses qui commencent à s'essouffler ici ou ailleurs je trouve qu'on est
417 quand même encore le meilleur pays au monde où on est pris en charge au niveau de la santé.
418 Moi j'ai à cœur que ça continue.

419

420 *Justement parce qu'on regarde ces critères-là ?*

421

422 Oui, le fait qu'on soit dans la coordination c'est formidable. Et puis ça remet le patient (ça c'est
423 important aussi) acteur de sa prise en charge. Parce que je trouve que c'est une notion. Je
424 vois les deux. Il y a des gens qui sont consommateurs de soins quand même il y en a. Même
425 les séances de kiné j'en vois les gens maintenant ils arrivent ils disent : "Alors je veux ça, il
426 faudra des séances de kinés, il faudrait une radio, il faudrait faire une radio parce que j'ai mal.
427 Et je leur dit "Hé ho c'est le médecin qui va vous dire" Mais par contre dans le fait quand on
428 commence à être pris en charge, les gens (la réhabilitation à l'effort etc), les gens sont de plus
429 en plus acteurs, ils savent qu'ils ont un panel de proposition pour être pris en charge, de
430 solution donc je pense qu'ils peuvent choisir. Je pense que c'est important : Un patient il va
431 guérir, il va être mieux à partir du moment où il se prend en charge. Dans la mesure où il est
432 capable de le faire. Parce que tout le monde n'est pas capable. On n'a pas tous les mêmes
433 ressources.

434

435 *Donc ça aussi c'est un critère, pousser l'autonomie du patient dans prise en charge ?*

436

437 Pour moi. C'est ce qu'on voit quand on fait les formations d'ETP.

438

439 *Par rapport à ces critères-là, le pôle de santé il est performant pour vous ?*

440

441 Je pense que oui. On a mis en place beaucoup de choses. Et c'est pour ça qu'il faut leur
442 expliquer aux gens parce que je vous dis... au département ils mettent en place des choses
443 aussi qui ressemble quelque fois, beaucoup à ce qu'on fait. Alors ce n'est pas le même budget
444 mais n'empêche que quelque fois ça revient au même. Il y a Isère à Dom aussi ils ont mis en
445 place des tas de trucs avec des ateliers. Au bout d'un moment les gens ne comprennent plus.
446 Alors moi je leur explique je leur dis ça non c'est le pôle de santé, c'est l'ARS, c'est le ministère
447 de la santé voilà vous avez ça à votre disposition. Et nous on travaille dans ce cadre-là. Mais
448 c'est dommage qu'on ne soit pas plus connecté à ce niveau-là. J'espère qu'avec les CPTS on
449 y arrivera puisqu'on rajoutera le département et le volet social.

450

451 *C'est ce qui manque actuellement le volet social à votre sens ?*

452

453 Non ça ne manque pas parce qu'on est toujours en lien avec le social, on les interpelle aussi
454 sauf que là c'est pareil, il y a un mille-feuille qui s'est créé au niveau du département, il y a la
455 maison de l'autonomie, il y a... je sais plus il tout un organigramme. Ils sont venus nous voir
456 l'autre jour (ils étaient 4 ou 5) en nous disant : "On vient dans votre RCP, on va parler des
457 patients mais nous ils ne faut pas qu'on sache de quoi la personne souffre car vous êtes tenus
458 au secret professionnel. On est là pour aider, pour évaluer la dépendance" Alors moi je dis oui
459 mais à un moment on peut juste nommer. A un moment on rentre tellement dans les cadres
460 que là aussi on perd du sens. A un moment il faut aider la personne. Ça aussi l'autre jour je
461 me suis dit que ça devenait compliqué cette histoire. Alors ça c'était un petit bout car nous on
462 avait décidé de faire des RCP avec la maison du département de temps en temps. Et les
463 CPTS ça va être la même chose à plus grande échelle.

464

465 *Qu'est ce qui pourrait améliorer pour être plus efficace au sein du pôle de santé selon vous ?*

466

467 Et bah trop d'infos. Ou alors on dit qu'on prend que ce qui nous intéresse mais la... Là j'ouvre
468 mon téléphone, j'en ai 3 4 déjà c'est sûr.

469

470 *Améliorer la communication du coup ?*

471

472 Je n'ai pas envie de dire ça parce que la coordinatrice elle fait vraiment son boulot mais nous
473 permettre de faire le tri. Je pense que personne ne nous en veut si on ne répond pas mais ça
474 devient lourd. Il y a un jardin partagé, c'est très bien il y a des gens qui vont s'en occuper ok
475 mais à un moment voilà *rires*

476

477 *Si je vous demandais de citer 3 réalisations phares du pôle vous diriez quoi ?*

478

479 *Silence* En termes de groupe de travail ?

480

481 *En termes de programme, de fonctionnement, les trois points importants pour vous.*

482

483 Ha bah les RCP déjà. C'est indispensable pour moi les réunions de coordination pluri
484 professionnelle. On peut échanger avec les médecins, les infirmières à propos des patients
485 qu'on prend en charge de manière commune. Après pour moi qui suit plus kiné et bah c'est la
486 réhabilitation à l'effort ça permet à tous nos chroniques quand on nous on s'essouffle dans les
487 soins, d'être pris en charge différemment, leur montrer qu'ils n'ont pas toujours un corps dans
488 la douleur et qu'il peut être dans le mouvement et que le mouvement est bénéfique. Se
489 réapproprier leur vie j'ai envie de dire. Puis le fait aussi d'avoir tout de suite une réponse auprès
490 des spécialistes : s'il y a des consultations d'ortho, de rhumato (nous c'est souvent ça). Pour
491 moi c'est les trois points.

492
493 *Les RCP, la réhab et le réseau que ça permet de créer et qui permet de gagner en réactivité*
494 *?*
495
496 Oui c'est ça. La réactivité qu'on peut donner par rapport aux attentes et aux réponses qu'on
497 peut donner au patient.
498
499 *Avez-vous idées d'un projet qui n'a pas fonctionné ?*
500
501 Je ne crois pas non. Je n'ai pas tout en tête mais non. Au contraire, nous on a gymnase à coté
502 et Lans nous a demandé est ce qu'on ne fera pas de la réhab par qu'ils en ont beaucoup donc
503 à voir.
504
505 *Il y a plus de projets à mettre en place que de projets qui n'ont pas marché ?*
506
507 Oui c'est ça qui nous fait avancer
508
509 *Qu'est ce qui fait qu'un professionnel va se lancer dans tel projet ou pas ?*
510
511 Bah c'est ce que je disais tout à l'heure c'est quand ça nous parle. Et il faut que ce soit
512 rémunéré parce que ce n'est pas bien rémunéré quand même. Quand on fait de l'ETP ce n'est
513 pas formidable donc après on regarde ça aussi forcément mais bon. Moi c'est une histoire de
514 temps surtout.
515
516 *Pour conclure conciliez-vous votre exercice de kiné/ostéo et le fait d'appartenir au pôle ?*
517
518 L'ostéopathie c'est un concept global de la personne. On va revoir la personne dans son
519 ensemble avec toutes nos techniques. On va voir la personne avec une approche plus global
520 mais j'ai envie de dire quand les personnes viennent me voir en première intention pour de
521 l'ostéo j'ai envie de dire que quelque fois il y a des limites, il faut une prise en charge kiné mais
522 des fois c'est l'inverse. Alors dans le pôle... moi je sais juste que d'être kiné ça me permet
523 d'être dans le pôle après je trouve ça dommage que les ostéos ne puissent pas en faire partie.
524 C'est les médecins, c'est des vieilles organisations qui ont fait que l'ostéopathie ne faisait pas
525 partis du truc, les psychologues non plus d'ailleurs pourtant on est dans le soin.
526
527 *Ma question était plus dans la manière de vous organiser entre les activités du pôle et votre*
528 *activité pro?*
529
530 Je garde toujours des petites plages pour l'ostéopathie car il y a toujours plus ou moins une
531 notion d'urgence ou alors je fais tard le soir quand j'ai fini.
532
533 *En fait quand il y a une RCP, vous réservez un créneau comme si c'était une consultation ?*
534
535 Oui. Au début je voulais organiser une journée à ça (elle me parle encore de l'ostéo ndlr) mais
536 ce n'est pas possible parce que la kiné déborde. On a énormément de travail de kiné sur le
537 plateau. Il faut savoir qu'on est 21, on est en surdotage et on a tous beaucoup de travail.
538
539 *Mais du coup les plages pour le pôle c'est quand il y a une RCP ?*
540
541 Oui mais elles sont prévues d'avance celle. Les plages pour le pôle ça ne change rien. Je le
542 sais d'avance, une fois par mois le mardi et quand il y a des choses importantes c'est le soir
543 mais c'est vrai que quand c'est dans la journée ce n'est pas possible. Le mardi c'est entre midi
544 et deux. C'est de 12 à 13. Je n'ai pas changé mon organisation. J'ai rajouté de 12 à 13 le
545 mardi quand quelque fois je ne vais pas en domicile quand il y a une RCP ce n'est pas gênant
546 les gens ils comprennent.

547

548 *Merci beaucoup pour le temps accordé*

1 *Quel est ton parcours et comment en es-tu arrivé à faire de la coordination ?*

2
3 Beaucoup de chance *rire*. Alors moi ma formation à la base, j'ai une formation de conseil en
4 management, organisation et stratégie. Rien à voir. L'idée à la fin de ce Master c'est vraiment
5 de faire du consulting. Aller de boîte en boîte et faire payer très cher pour des conseils qui ne
6 sont généralement pas exploités. Sauf que tout de suite moi je ne suis pas parti dans cette
7 branche là je suis parti dans la formation et notamment dans la formation pour les
8 professionnels de santé spécifiquement pour les infirmiers libéraux. Je travaillais au sein de
9 chargé de projet au sein d'un organisme de formation. C'est comme ça que j'ai mis les mains
10 un peu dans la santé et dans l'organisation de la santé car on faisait beaucoup de formation
11 sur l'interprofessionnel et l'idée était déjà à ce moment-là de travailler sur la santé nouvelle
12 génération, pas chacun dans son coin.

13
14 Là j'ai eu quelques déboires personnels, j'ai tout arrêté pendant un an. Je suis revenu sur
15 Grenoble j'ai monté une association qui est devenue une grosse association sur Grenoble mais
16 rien à voir c'est dans le commerce : l'économie sociale et solidaire. Et puis un jour le pôle de
17 santé de SMH cherchait son nouveau coordinateur. Je n'avais pas forcément l'envie de
18 retourner dans la santé mais je suis allée voir le site internet du pôle par curiosité et sur le site
19 internet du pôle il y a une référence. En fait ils ont accueilli un premier ministre, une ministre
20 de la santé il y a quelques années et ils leur ont offert un livre qui s'appelle "L'égalité c'est la
21 santé" par Wilkinson. Je suis tombé sur cette info et je trouvais ça assez cool et je suis allé
22 acheter le bouquin pour voir un peu qu'est-ce que c'est le message qu'ils ont voulu passer. Le
23 contenu m'a beaucoup plu et du coup je me suis dit : "on y va, on test". J'ai fait les entretiens,
24 j'ai été pris et ça fait maintenant plus d'un an que je suis là coordinateur à temps plein.

25
26 *Comment tu décrirais ton rôle de coordinateur ?*

27
28 Alors pour moi j'ai deux casquettes. Il y en a une qui est plus sur l'animation des projets. Est-
29 ce qu'on a un certain nombre de projet. On a un gros projet santé jeune dans lequel on a
30 beaucoup d'actions principalement dans la prévention des usages des écrans. On a aussi de
31 la psychomotricité du développement, de la vision, de l'alimentation... Au sein de ce projet là
32 on a beaucoup d'actions. On a un autre projet sur l'accompagnement des personnes en
33 situation de précarité et de situations médicales complexes. Il y a un médiateur en santé
34 surtout qui coordonne tout ça et moi je suis en soutien et puis sur l'aspect un peu stratégie
35 globale. On a des projets comme ça où moi mon rôle c'est d'accompagner les pilotes des
36 projets. Donc les pilotes c'est des professionnels qui sont un peu porteur de projet et moi je
37 suis là en tant qu'outils pour les aider à pérenniser le projet, le solidifier, à faire en sorte qu'il
38 roule de manière plus efficace plus "professionnelle". Voilà, j'ai une première partie c'est
39 vraiment ça.

40
41 J'en ai une deuxième qui colle plus à la direction d'une structure. Je m'occupe des ressources
42 humaines, de relation avec le comptable, avec les impôts, avec le bailleur, voilà j'ai beaucoup
43 de fonction support donc je fais de graphisme, de compta, d'informatique... C'est vraiment une
44 deuxième partie de mon travail c'est le côté direction, animation de projet.

45
46 *Ce rôle a évolué en un an ou par rapport à ce qu'on demandait à la personne avant toi ?*
47 *Comment tu définis cette évolution ?*

48
49 Oui complètement. Vu que c'est un métier qui est émergent disons. Il n'y a pas de fiche de
50 poste commune où tout le monde sait ce qu'ils font. En fait ça s'adapte complètement à la
51 personne. Est-ce que moi je sais que je maîtrise un peu les outils de production d'image et
52 que ça me tient à cœur quand on communique que ce soit même en interne entre
53 professionnel de santé au sein du pôle ou que ce soit même à l'extérieur avec des partenaires,

54 ça me tient à cœur qu'il y ait cette propreté sur les images donc je passe du temps pour
55 produire des contenus, des formes, des documents qui soient professionnels. J'ai du mal à
56 chaque fois qu'on m'envoie un document qui sent le Word Art à plein nez, voilà. Donc voilà il
57 y a beaucoup de choses qui ont évolués. Je sais que moi la première chose que j'ai fait ça a
58 été de refondre toute la compta parce que en fait la façon dont c'était fait ne me correspondait
59 pas. Du coup je me suis beaucoup déchargé de ça parce que je le fais presque plus
60 maintenant, je m'occupe des paiements etc. J'ai beaucoup délégué avec l'assistante de
61 coordination qui n'est pas là aujourd'hui mais qui travaille à mi-temps et qui en fait a repris une
62 bonne partie de toute la compta parce que moi j'ai construit un outils qui lui permet de juste
63 rentrer les infos et moi comme ça en retour j'ai juste les infos qui me sont nécessaires. Donc
64 oui le poste a beaucoup évolué entre ce qu'on attendait de moi et ce que c'est devenu.

65
66 *Quelles sont les différentes manières de s'impliquer dans un pôle de santé quand on est*
67 *professionnel ?*

68
69 Il y a tout un gradient. Si on va en décroissance d'investissement. Pour nous il fait office de
70 Président il n'a que le titre, il n'y a rien derrière mais il est quasiment deux jours par semaine
71 avec moi dans ses fonctions de président (c'est un kiné). Il a vraiment décidé de mettre en
72 retrait un peu sa pratique quotidienne de kiné pour accompagner le développement du pôle
73 pour être présent et représenter le conseil de gérance. Il y a une maison de santé et on est en
74 train de créer une CPTS aussi donc forcément ça prend beaucoup de temps et donc il s'investit
75 énormément pour ça. Pour les deux : le développement du pôle et l'arrivée de la CPTS. C'est
76 presque un travail salarié dans l'investissement nécessaire : on ne peut pas le remplacer du
77 jour au lendemain, il y a une vraie compétence qui a été gagnée, spécifique en plus à notre
78 pôle, spécifique à notre territoire donc voilà un investissement très fort.

79
80 Après dans un échelon inférieur, où l'investissement est important mais les responsabilités
81 sont hautes, on a les membres du conseil de gérance. Ils sont 5 dont le président, un médecin,
82 une pharmacienne, une infirmière, une orthoptiste qui font partis du conseil de gérance. Elles
83 ont la fonction de gérance donc de gestion de la structure donc la responsabilité des décisions
84 qui sont prises repose sur leurs seules épaules. C'est eux qui sont responsables de la structure
85 et de son devenir. Si jamais il y a un problème de faute de gestion par exemple et que la
86 société va être dissoute par décisions de justice, ce sont eux qui en porteront les
87 conséquences. Le risque existant c'est que s'il y a une faute de gestion déclaré, elles peuvent
88 potentiellement être condamnés à des interdictions de gestion et ne pourrait plus exercer leur
89 travail à elles dans leur société. Il y a un vrai investissement en termes de contrainte légale.
90 C'est pour ça qu'une des premières choses qu'on a fait avec le président (car on est arrivé
91 presque en même temps), c'était de faire le point sur ce qui était géré de manière beaucoup
92 trop associative *rires*. On n'était pas vraiment sur un modèle irréprochable. Notre premier
93 travail c'était de remettre tout à propre. On veut que ce soit nickel et que tout ceux à qui on a
94 demandé d'être dans le conseil de gérance, que leur activité professionnelle ne soit pas remise
95 en question pour quelques raisons que ce soit.

96 Donc voilà le deuxième échelon

97
98 Après un autre investissement très important, mais là c'est vraiment sur l'investissement au
99 sein de la MSP et pas d'un point de vue légal c'est les pilotes de projet. On a quelques projets
100 qui demandent beaucoup d'investissements mais les deux qui demandait le plus au porteur
101 de projet c'est en 1^{er} santé jeune où là il y avait une porteuse de projet qui a demandé à
102 quelqu'un d'autres de l'accompagner parce que le projet devenait trop important. Donc
103 maintenant ils sont deux. C'est des professionnels de santé, un médecin et une orthoptiste qui
104 mettent quelques centaines d'heures par an au déploiement du projet à tout ça. Du coup, là
105 c'est un autre investissement qui est très différent parce que généralement c'est plus ponctuel
106 parce qu'en plus il y a un côté événementiel dans notre projet santé jeune donc voilà il y a un
107 moment très important mais contraint dans le temps où il faut mettre énormément de travail
108 pour que ça se passe bien. On est en train d'essayer d'étaler, de perdre un peu ce côté

109 événementiel pour avoir plus un coté continu où se sera un peu moins éreintant. Mais voilà il
110 y a quand même cette grosse contrainte-là qui demande un gros investissement temporaire.

111
112 Après on a des membres qui sont impliqués sur certaines thématiques. Par exemple on a un
113 groupe de kiné et de médecins qui sont orientés sur tout ce qui est lombalgie, activité physique
114 adaptée, réhabilitation sur l'idée de remettre en mouvement pour retourner vers l'activité
115 physique, il y en a qui sont plus positionné sur des thématiques où du coup la notion
116 d'investissement global est réduite c'est à dire qu'il s'agit pas de faire 200h par an mais par
117 contre l'impact est relativement important et très intéressant parce qu'ils amènent une
118 thématique, un expertise sur un sujet qui est ensuite déployé au sein du pôle. Initialement le
119 projet lombalgie a permis la création d'un groupe de marche porté par la ville où tous les
120 médecins peuvent envoyer sur ordonnance des patients qui seront prises en charge par une
121 éducatrice en physique adaptée qui les accompagne dans la marche, la technique de marche
122 nordique etc pour aller vers le mieux en termes de lombalgie. Ça a aussi amené un protocole
123 interne sur la gestion des lombalgies aiguës. J'ai un patient qui arrive avec une lombalgie
124 aiguë, que je sois médecin, infirmier, pharmacien, qu'est-ce que je suis censé faire, comment
125 je l'accompagne, quel discours je lui porte ? Est-ce que sur les dernières recommandations
126 on est vraiment sur aller le plus tôt possible sur de l'activité physique adaptée. Le repos en
127 phase de douleur intense oui mais dès que ça se calme un peu on va proposer de faire de
128 faire de la marche, du sport. Donc ça on l'a intégré dans le protocole en disant au médecin
129 c'est 3j d'arrêt de travail maximum et il faut que dans l'ordonnance de kiné il faut que ce soit
130 bien précisé que ce soit de l'actif, on n'est pas dans le passif avec le massage etc. On est
131 vraiment sur la dynamique de mouvement etc

132
133 Donc ça les membres investis ce sont généralement un groupe de travail qui ont une durée
134 de vie. L'idée c'est que on fait un groupe de travail sur 3-6 mois sur la thématique, on arrive à
135 un protocole et après globalement tous les ans on se revoit pour faire un point sur ça : Est-ce
136 que on le fait évoluer ? Est-ce que l'on veut rajouter quelque chose de nouveau sur ce
137 programme spécifique ? Ça, c'est un investissement plus ponctuel mais qui amène à une
138 certaine forme de récurrence.

139
140 Après on a tous les professionnels qui sont impliqués dans l'ETP. Ils donnent tous les 3 mois
141 5 fois 1h30 de temps pour l'ETP + 3 réunions annuelles donc pour nous ça fait clairement
142 partis du travail des professionnels de santé. Ce n'est pas comme le reste où c'est un peu sur
143 le côté, une nouvelle dynamique. Là l'ETP on est en train d'essayer de voir justement si on ne
144 veut pas que tous les professionnels de santé du pôle soit formé à l'ETP et que tous puissent
145 prendre sur une formation ETP quelqu'elle soit finalement. L'ETP c'est plus naturel, c'est plus
146 ancré dans nos pratiques que justement travailler sur un projet, travailler sur des protocoles
147 c'est quelque chose de plus original et où il y a une posture un peu plus différente.

148
149 Et puis on a généralement les nouveaux qui ne sont pas encore échaudés *rires*. Ce qui ne
150 connaisse pas encore trop comment on fonctionne. On a un protocole où ils ne sont pas
151 officiellement dans le pôle, il faut un an avant de pouvoir rentrer dans la SISA. Est-ce que
152 pendant un an tu es invité à toutes les réunions. Tu peux venir à tous les projets de manière
153 bénévole. Tu n'es pas financé comme le sont les autres. L'objectif est de prouver un peu la
154 motivation, que tu amènes ce qui t'intéresse et que tu montres que tu es là parce que tu es
155 intéressé par une thématique, par une méthode, par le fait de travailler ensemble quel que soit
156 les raisons. Essayer de montrer un peu de motivation. Donc voilà pendant un an tu n'es pas
157 rémunéré sauf sur les projets qui ont des subventions de l'ARS où là on a tout le temps besoin
158 de plus de monde. A partir du moment où tu veux participer sur un santé jeune, sur impact,
159 sur l'ETP (quoi que par forcément), l'idée c'est que dès que t'es motivée tu peux y aller, on
160 accueille tout le monde. Mais surtout sur tout ce qui est réunion interne, sur les séminaires,
161 sur les plénières (la semaine prochaine on a une plénière de 3 heures où l'idée c'est que l'on
162 travaille sur comment chacun souhaite que le pôle évolue en 2020. Sur des temps comme ça
163 les professionnels sont rémunérés, ceux qui font partis de la SISA, ceux sont encore en

164 période de quarantaine non mais par contre ils sont invités et ils peuvent participer avec plaisir
165 pour amener aussi leur vision). Généralement les nouveaux sont un peu à distance parce que
166 c'est quand même une grosse machine et puis il y a beaucoup de gens. Donc le temps de se
167 sentir à l'aise avec tout le monde ça prend du temps. Justement celle qui était là avant toi ça
168 fait un an qu'elle est là. Elle fait partie de la SISA et c'est le premier projet dans lequel elle
169 s'implique donc il y a tout un tas de choses qui viennent justement le temps de côtoyer les
170 gens, le temps de se faire une place et essayer les projets qui nous intéressent aussi.

171

172 *Qu'est ce qui peut expliquer ces différents niveaux d'investissements ?*

173

174 La personnalité c'est... Alors il y a deux choses. La première il y a, de manière triste mais
175 indéniable, la profession. Un médecin se sentira plus facilement légitime à travailler sur la
176 santé publique qu'un orthophoniste par exemple qui aura beaucoup plus de mal à se sentir
177 légitime pour porter un projet. Surtout un projet dans lequel il y aurait des médecins. Ça c'est
178 un gros travail d'acculturation qu'on fait en disant sur les projets on est professionnels de santé
179 quel que soit la profession. Sur tout sur ce qui n'est pas consultation, protocole à la limite où
180 l'on veut une expertise de tout le monde mais en fait sur les projets de santé publiques, on est
181 professionnels de santé basta. On n'a pas de grade entre les uns et les autres c'est quelque
182 chose auquel on fait super gaffe. Nous par exemple tous les professionnels de santé sont
183 rémunérés de la même manière. C'est à l'heure d'investissement. T'as passé une heure t'es
184 rémunéré tant et quel que soit ta profession. C'est surtout vrai avec les plus âgés. Je pense
185 notamment aux infirmières qui ont appris toutes leurs carrières et répétées par la CPAM qu'elles
186 sont les auxiliaires des médecins, qu'elles doivent faire en fonction de ce que disent les
187 médecins. Ça change un petit peu maintenant avec le droit de prescription par rapport au
188 pansement mais globalement c'est tellement ancré dans leurs études, leur travail à l'hôpital
189 etc que c'est compliqué pour elles de se mettre à égalité même dans un truc en décalé. De se
190 dire ha bah si en fait pour porter un projet sur le retour à domicile après hospitalisation je suis
191 peut être aussi compétente que les médecins pour parler avec les hôpitaux sur ce que nous
192 on a besoin en ambulatoire. Donc voilà il y a une première partie "professionnelle" et
193 l'historique des professions. Les professions les plus jeunes ont moins ce problème là je
194 pense. Alors je ne sais pas si c'est les professionnels qui sont là qui n'ont pas trop ce problème
195 là ou la professions en général mais par exemple les orthoptistes je trouve qu'elles ont moins
196 ce blocage. Après est ce que c'est parce qu'on a des têtes de briques et qu'elles prennent
197 super bien leur place ou alors est ce que c'est la profession je sais pas trop.

198

199 Du coup on arrive au deuxième point c'est les personnalités. Il y en a pour qui c'est très facile
200 de rentrer dans un projet. Par exemple le président ça a été relativement facile disons d'arriver
201 et de sentir légitime en tant que kiné de prendre la tête d'un pôle de santé. Ce qui n'est pas
202 forcément hyper naturel pour tout le monde. Le niveau d'investissement c'est aussi la capacité
203 à se sentir à sa place dans un projet où il y a autant de monde. C'est aussi l'idée de dire : "J'ai
204 une idée" et pouvoir présenter cette idée au groupe ce n'est pas facile pour tout le monde. Le
205 fait de dire j'assume de dire que le projet ne sera pas parfait. Il y a beaucoup de choses qui
206 sont intrinsèquement relié à la personnalité des gens sachant que chaque pôle a sa culture et
207 sa façon de travailler qui lui est propre et cette façon de travailler est incluante ou excluante
208 suivant les personnalités. Je sais que nous on a un pôle très horizontal, très bienveillant, très
209 accueillant et bizarrement on aurait du mal avec quelqu'un qui prendrait le contrôle, qui
210 viendrait et qui dirait : "moi je veux faire ça, je veux qu'on montre un projet sur la prévention
211 sur le suicide, on va faire ça comme ça de tel matière etc". Chez nous ça ne passerait pas. Il
212 faut qu'il y ait de la concertation, il faut qu'on travaille ensemble, il faut que ce soit développée
213 en interpro. Alors qu'il y a certains pôles où ça ne marche que comme ça. Parce que
214 culturellement il y a cette histoire de gens qui sont arrivés et qui ont dit moi je voudrais le faire
215 comme ça, qui prennent le lead sur un projet, qui le mènent de A à Z et qui après le mettent à
216 disposition de tout le monde. Ça peut marcher très bien aussi mais ici ce n'est pas comme ça
217 que les professionnels le sentent. Il ne se sentent pas à l'aide dans la manière de faire diriger
218 comme ça.

219
220 Donc voilà deux trucs, principalement la personnalité et accessoirement la profession qui peut
221 mettre un frein ou pas

222
223 *Tu parles de cette manière très horizontale mais il y a quand même un président ?*

224
225 Avec des guillemets. Le président déjà c'est historique, il a repris un poste "théorique" qui
226 n'existait pas déjà mais était déjà pris en charge par quelqu'un décédé en juin dernier. Donc
227 lui il avait déjà repris la présidence car l'autre voyait la retraite arriver dans 3 ans et donc c'est
228 le temps pour passer la main en toute sérénité sauf qu'il est parti avant et que du coup le
229 nouveau président s'est un peu retrouvé tout seul à bord. Alors il est président parce que
230 justement c'est lui qui a la capacité à dévouer deux jours par semaine pour ça et en fait c'est
231 quelque chose que j'ai un peu appelé de mes vœux. J'ai passé beaucoup de temps dans
232 l'associatif et ce que j'ai signalé tout de suite dans le conseil de gérance c'est que ma place à
233 moi c'est en tant que super outils. Je suis un outil pour le pôle je veux que mon travail soit de
234 faire en sorte que le pôle soit efficace et que ça aille dans le sens qu'attend le conseil de
235 gérance mais je ne peux pas être décideur. Ce n'est pas ma place à moi non professionnel de
236 santé, non associé dans la structure, de prendre les décisions et d'avoir un pouvoir
237 décisionnaire même si j'ai un devoir de conseil et d'informations etc mais je ne dois pas avoir
238 le pouvoir de prendre des décisions stratégiques pour la structure et le fait que le conseil de
239 gérance se retrouve que toutes les trois semaines, il y a un gros déséquilibre en termes
240 d'accès aux informations. Je connaîtrai beaucoup trop de choses par rapport à ce que
241 l'ensemble du conseil de gérance connaîtra ; et du coup ça fait un vrai déséquilibre dans la
242 connaissance et en fait ça me laisserait une marge mais même inconsciente d'orientation du
243 projet en fonction de désirata. C'est comme ça que j'ai amené l'idée qu'il me faudrait un
244 interlocuteur, quelqu'un qui soit (pas que le conseil de gérance soit là H24), mais d'avoir un
245 interlocuteur qui ait au moins autant de connaissance que moi ou en tout cas que le
246 déséquilibre ne soit pas aussi flagrant et c'est là que le président qui lui avait cette volonté de
247 s'investir plus a pris la place et s'investit autant.

248
249 Donc oui c'est pour ça que c'est "président" parce que c'est qu'un titre honorifique. Les statuts
250 ne reconnaissent pas de président. Il est président d'une association qui n'a aucune activité
251 et qui existe et qui intègre toutes les personnes qui ne sont pas professionnel de santé, tous
252 les professionnels de santé du pôle plus d'autres mais ça n'a aucun impact sur la MSP en fait.
253 Il est président mais il n'y a rien derrière.

254
255 *Comment les projets sont choisis et comment on décide de les mettre en place ?*

256
257 Le porteur du projet à venir vient me rencontrer. On fait un point sur ses attentes, sur ce qu'il
258 imagine comme projet à terme, à quoi ça ressemble. Comment on fait pour y aller et moi je
259 chiffre ça grosso modo. Si c'est un gros projet on a un an de travail 1 fois par mois avec un
260 groupe de 10 personnes pendant 2h donc ça nous fait tant d'euros rien que pour les réunions
261 et après pour le projet tu sais qu'il te faudra toutes les 3 semaines tant de personne pendant
262 4h, je compte combien ça nous coûtera en termes de création et une fois le projet lancé. Je
263 vais faire le point pour voir s'il y a moyen de récupérer des financements pour ça. Parfois il y
264 a des appels projets, il y a des sources de financement qui sont lié et je présente ça au conseil
265 de gérance si on veut que ça marche il faut faire ça. Et du coup le conseil de gérance valide
266 ou pas en fonction de la pertinence avec le projet de santé, en fonction des souhaits
267 d'orientation. On a beaucoup cette idée de dire est ce que on considère que c'est intéressant
268 parmi le pool limité d'énergie au sein du pôle. Est-ce que ça fait partie des zones prioritaires
269 où l'on veut mettre cette énergie-là. Si c'est validé un budget est ouvert qui correspond ou pas
270 à l'enveloppe calculé. Ils peuvent dire que le projet est trop ambitieux par rapport à ce qu'on
271 attendrait. A la limite on coupe l'enveloppe en deux en se disant qu'on peut se débrouiller avec
272 ce montant-là. Après du coup le pilote de projet se débrouille, accepte ou pas et fait en
273 fonction.

274
275 Après il y a aussi dans les très gros projets, les pilotes sont relativement libres. Est-ce que sur
276 le projet santé jeune (en plus ils sont indépendants financièrement) est libre de faire ce qu'il
277 veut dedans. Est-ce que là on a décidé que là on allait rentrer dans les collèges de SMH, on
278 ne demande pas l'avis du conseil de gérance. Il y a une "confiance" entre le conseil de gérance
279 et le projet. La marge de manœuvre est large. Les pilotes font ce qu'ils considèrent bien et on
280 n'est pas là pour leur dire leur boulot.

281
282 *Tu me parlais du projet de santé, que le conseil de gérance validait les nouveaux projets en*
283 *fonction du projet de santé, comment il a été rédigé ?*

284
285 Alors le premier projet de santé a été rédigé à la création de la structure en 2012 si je ne dis
286 pas de bêtises. Principalement par *un leader ndlr* et l'ancienne coordinatrice. Grosso modo
287 c'est eux deux qui l'ont écrit la première fois. Il y a eu une modification, une réécriture du projet
288 en 2015 qui a été accompagné par une structure donc j'ai oublié le nom qui était sur le travail
289 de définition des projets d'entreprises (ça devait avoir un lien avec tout ce qui est responsabilité
290 sociétale des entreprises mais je n'ai pas creusé plus que ça). L'objectif de ce travail était
291 d'être beaucoup plus inclusif et de faire intégrer plus de professionnel dans la rédaction de ce
292 projet de santé.

293
294 *Qu'est ce qui fait qu'il a été créé le pôle de SMH ?*

295
296 Alors historiquement en 82 il y a une association médicale qui a été créé qui s'appelait PréMed
297 donc prévention médicale à SMH. Elle a été créé à l'époque de l'épidémie du SIDA. En gros
298 les médecins se sont dit que le SIDA était la preuve que notre action uniquement curative était
299 dépassé il faut faire quelque chose en plus. Rester uniquement dans le curatif on est capable
300 de travailler contre le SIDA. Il faut qu'on arrive à passer à amont. L'asso a été créé alors
301 initialement c'était uniquement médical, c'était uniquement des médecins qui se sont regroupé
302 pour essayer de mettre des actions en places de préventions sur les IST après ça s'est un peu
303 élargi.

304
305 Fin des années 90 elle est un peu en dormance, elle a beaucoup travaillé au début et début
306 des années 2000 il y a les premiers échos de la loi HPST avec les maisons de santé et du
307 coup *le leader ndlr* qui est arrivé entre temps qui travaillait à AGECSA (L'association
308 grenobloise des centres de santé ndlr) qui s'est installé dans un cabinet juste à côté où l'on
309 trouve la moitié des médecins du pôle et du coup il s'installait un peu pour ça : rester dans
310 l'activité médicale coordonnée mais avoir ce côté libéral où tu es un petit peu plus indépendant
311 (tu ne dépends pas d'un chef, "t'as des comptes à rendre à personne" si toi tu veux travailler
312 qu'à mi-temps tu n'as pas d'autorisation à demander, c'est toi qui décide). Son expérience
313 dans un centre de santé était ressentie plus contraignante et que l'activité libérale permettait
314 à la fois cette liberté et cette coordination en tout cas tel qu'il l'avait en tête. Il prend la
315 présidence de l'association PréMed début des années 2000 et du coup il suivi la foulée alors
316 lui il était très penché sur les inégalités sociales en santé, c'était le cœur de son activité. DU
317 coup il était formateur pour des organismes de formation médicaux et du coup il était très en
318 lien avec les instances et il connaissait très bien l'évolution des lois etc ce qui fait que quand
319 la loi HPST est sorti ils ont lancé tout de suite le travail sur la création d'une maison de santé
320 qui était tout de suite un pôle de santé. Du coup c'est à la fois un historique et une personne
321 qui allait draguer tous les professionnels avec lesquels il était en contact. En expliquant les
322 biens fondés de la coordination, de ne pas rester chacun dans son coin.

323
324 En plus de ça il est tombé sur un cabinet qui faisait beaucoup de formation,
325 d'accompagnement de stagiaires etc. ce qui fait qu'il y a beaucoup de ses élèves qui se sont
326 installées sur SMH. C'est comme ça que ça a fait corps.

327
328 *Sur l'organisation du pôle en général, comment ça se passe de manière globale ?*

329
330 Tous les mois on a une réunion plénière, c'est un vendredi entre 13h et 14h30. L'idée c'est de
331 faire le point sur tous les projets en cours. Histoire d'informer les membres du pôle, qu'il soit
332 bien au courant de tout ce qui se passe. Une fois sur 3 ou sur 4 la grande plénière se passe
333 durant 3H. On essaye de varier le jour pour que ce soit accessible à tout le monde mais par
334 exemple jeudi prochain c'est de 9H à 12H, on fait une grande plénière qui là n'est pas
335 descendante, ce n'est pas de l'information c'est de la construction. On prend 3H pour
336 construire ensemble notre objectif 2020, notre plan de travail pour 2020 tous ensemble. L'idée
337 c'est que le conseil de gérance est très compétent mais il a besoin de matière pour prendre
338 des décisions en tant que conseil de gérance. Ils ont besoin de savoir ce que pense le pôle et
339 en fait une assemblée générale annuel ce n'est pas suffisant. Ce format de travail là ça nous
340 permet d'orienter les décisions du conseil de gérance.

341
342 Par exemple là il y a un gros travail là sur qui on fait rentrer dans le pôle ? On a mis en place
343 en Septembre dernier ce que je te disais les un an de quarantaine. Là on va arriver bientôt à
344 certain qui vont sortir de cette quarantaine. Comment on valide ou pas leur entrée sachant
345 que durant un séminaire précédent il y avait cette idée de dire qu'il ne faut pas qu'on grossisse
346 à tout prix. Parce que là on a une culture qui nous va très bien, le mode de fonctionnement est
347 excellent il ne faudrait pas qu'on double de taille tous les ans car sinon cette culture risquerait
348 d'être dissoute ou en tout cas dilué. On peut faire rentrer des gens petits à petits mais on ne
349 veut pas que ce soit l'objectif du pôle de grandir et de maximiser le nombre de professionnel
350 sachant que il y a la CPTS qui arrivent. L'objectif de la CPTS c'est de couvrir un maximum de
351 professionnels de santé. Il y a vraiment deux échelles différentes qu'on veut conserver ou en
352 tout cas ça ne se fait pas sur le même rythme. La MSP on peut faire entrer quelques
353 professionnels par an mais on veut que ce soit des professionnels qui entrent "dans le moule" :
354 qu'il y ait cette bienveillance naturelle, qu'il y ait cette volonté de travailler ensemble, sur la
355 santé publique, de remettre en cause ces pratiques, il y a tout un tas de cases qu'on veut qu'ils
356 cochent. Le truc c'est qu'à l'heure actuelle toutes ces cases-là, on ne sait pas lesquelles c'est.
357 Le conseil de gérance va être capable d'accepter ou pas les candidatures dans la SISA mais
358 un peu au pif au mètre donc on demande aux professionnels de travailler sur ça : Quelles sont
359 les critères qui selon vous doivent rentrer en ligne de compte dans l'entrée ou pas d'un nouvel
360 associé.

361
362 *Avant la quarantaine ça se passait comment ?*

363
364 C'était qui candidate rentre. Et c'est pour ça qu'on est plus de quarante. Alors ça passe très
365 bien en fait on attire à nous que des gens qui sont dans le même délire. Ne viennent au pôle
366 de santé que les gens qui sont dans cette dynamique d'amélioration des pratiques, de la
367 remise en question de ses propres pratiques, de travail participatif et coopératif autant que
368 possible etc donc ça va bien pour l'instant mais on se dit qu'il y a un risque que ça ne dure pas
369 éternellement. Est-ce qu'on maintient le statu quo en disant en fait si tu es arrivé jusque-là ça
370 suffit ou est ce qu'on veut d'autres cases, voilà. C'est justement des décisions qui sont
371 compliqués à prendre pour le conseil de gérance parce que ça implique beaucoup de choses.

372
373 *Il y a déjà des personnes qui ont été refusés ?*

374
375 Alors il y a un sujet en cours qui du coup elle rentra dans la période de quarantaine dans tous
376 les cas car elle a fait sa demande pour rentrer dans le pôle en début d'année mais la question
377 se pose car elle a une pratique non conventionnelle de la médecine en l'occurrence. On ne
378 sait pas à l'heure actuelle qu'est-ce qu'on est censé en faire. Le conseil de gérance n'a pas
379 d'idée et est même divisé sur la question. Pour certains les pratiques non conventionnelles
380 n'ont pas leur place au sein du pôle notamment dû à notre label universitaire et d'autres se
381 disent que si on ne doit pas être dogmatique et on doit pouvoir les laisser entrer pour pouvoir
382 communiquer avec eux. On ne sait pas du tout et ça fait partie des sujets qu'on veut faire
383 rentrer dans cette discussion jeudi. Il y a d'autres sujets aussi sur la place de l'ETP. Est-ce

384 qu'on est d'accord pour dire que tout le monde doit être formé à l'ETP et puisse participer
385 régulièrement à une session, créer un nouveau programme, travailler sur ces choses-là.
386

387 C'est un peu les points forts parce qu'il y a beaucoup d'informels qui se passent aussi. On a
388 12 cabinets sur le territoire. On ne croise pas tous les jours tous et en fait ces moments-là
389 c'est un peu notre machine à café de la maison de santé, c'est le moment où on se rend
390 compte qu'il se passe autant de choses en off que de choses qui se passent pendant la réunion
391 donc c'est hyper important. Ensuite on essaie mais on a un peu de mal en ce moment car on
392 est un peu surchargé, on a un système de Newsletters qui part tous les mois. Bon là ça fait
393 deux mois qu'elle est pas partie. C'est pour tous les professionnels de santé du pôle et les
394 représentants des patients où on fait le point régulièrement. L'idée c'est on a une plénière,
395 deux semaines plus tard un GIPS pour la gazette interne du pôle de santé puis 2 semaines
396 plus tard on a la plénière et ainsi de suite. Histoire que toutes les deux semaines on ai un point
397 d'état.
398

399 Après il y a le conseil de gérance toutes les 3 semaines, après on a des réunions ouvertes à
400 tous les membres du pôle, la première c'est les ateliers cliniques. Une fois par mois c'est un
401 peu des staffs : un professionnel arrive avec une situation sur laquelle il n'est pas à l'aise pour
402 x ou y raisons et ensuite il la présente au groupe et el groupe échange sur ça et propose des
403 idées, des solutions, des conseils, des orientations, des coups de mains potentiels etc. Ça
404 c'est le vendredi après midi une fois par mois.
405

406 Les mardis après-midi une fois par mois on a des ateliers recherches donc deux formats qui
407 sont en alternances. Le 1^{er} c'est lecture critique d'article. On envoie un article quelques jours
408 avant, de recherche sur une thématique interprofessionnelle ce qui est hyper important car il
409 faut que ça puisse intéresser tout le monde. On a fait la tendinopathie, le diabète voilà parce
410 que tout ça a commencé en septembre. Et le deuxième type d'atelier recherche c'est les
411 présentations. Soit on demande à un interne ou un stagiaire dans le pôle de présenter soit sa
412 thèse, soit son mémoire (donc ça peut être un entraînement pour des thésards avant de passer
413 la thèse ça peut être un tour de chauffe) et l'idée c'est qu'en face on a des professionnels qui
414 ont l'habitude. On a des anciens chefs de cliniques qui pour beaucoup encadre des thésards
415 donc leur retour peut être hyper intéressant pour la présentation de la thèse. Don ça c'est des
416 étudiants, soit c'est des chercheurs, des professeurs qui viennent faire une présentation, la
417 dernière qu'on a eu c'était sur les plaies. On a fait un peu le point sur l'état de la recherche à
418 l'heure actuelle sur comment on gère des plaies.
419

420 On a deux fois par an un séminaire. L'objectif c'est de prendre une journée entière +la soirée
421 et le lendemain matin pour ceux qui restent pour justement créer beaucoup de off. C'est un
422 peu le liant, ce sont les relations interprofessionnelles qui feront que ça marche le mieux donc
423 c'est un moment pareil, on veut que ce soit super participatif, on essaye de faire remonter un
424 maximum d'informations de la part de l'ensemble des membres vers le conseil de gérance
425 pour orienter et surtout on laisse plein du temps pour du off.
426

427 On a une fois par an l'assemblée générale qui vient valider les comptes et qui vient valider
428 l'orientation du pôle et réélire le cas échéant les membres du conseil de gérance qui est élu
429 pour 3 ans.
430

431 Puis après il y a les projets qui ont leur vie propre. Santé jeune ils se voient presque 7 fois
432 l'année dernière, quasiment une fois par mois le vendredi matin.
433

434 *Qu'est ce qui important pour toi dans le fonctionnement du pôle ?*

435
436 Important pour ?
437

438 *Important pour le bon fonctionnement du pôle ? Tu me parlais de la culture notamment tout à*
439 *l'heure.*

440

441 Ce qui fait que ça marche bien... Bon il y a la culture... Quand je te disais que je n'étais pas
442 très motivé pour rentrer dans la santé initialement, clairement le livre m'a un peu surpris
443 notamment que des professionnels, surtout en libéral, propose ce livre qui en gros la fin du
444 livre dit si on veut que les gens aillent mieux il faut arrêter d'investir de l'argent dans le
445 libéralisme et aller vers plus d'égalité. Chaque euro investi dans plus d'égalité, entraîne plus
446 de santé donc venant de mon expérience avec les professionnels de santé notamment, lire ça
447 et me dire que ça a été offert par des professionnels de santé au ministère ce qui n'est quand
448 même pas rien de proposer ça comme lecture. Ça m'a scotchée donc je suis venu au 1^{er}
449 entretien en essayant de confronter est ce que ce message est bien supporté par le pôle ou
450 c'est juste un acte rebelle de présenter ça et du coup le 1^{er} entretien n'a fait que conforter cette
451 position hyper bienveillante de travail vraiment le plus horizontale possible et puis un gros
452 travail de lutte contre les inégalités sociales en santé.

453

454 Mon 1^{er} jour au pôle c'était justement une plénière. Je suis arrivée je ne connaissais pas encore
455 les gens et je vois un mec qui félicite un autre en le remerciant pour son protocole (justement
456 c'est le protocole lombalgie) parce que en fait ça fait 6 mois qu'il n'y a pas eu de chronicisation
457 des lombalgies. Avant il disait que c'était tout le temps, quasiment quotidien maintenant
458 chaque fois j'ai une lombalgie j'applique bêtement le protocole et je ne les revois pas donc je
459 trouvais ça cool cet échange et encore plus quand j'ai compris que c'était un médecin qui
460 remerciait un kiné. Parce que pareil des fréquentations des professionnels de santé que j'avais
461 ce n'était pas du tout naturel qu'un médecin soit juste normal avec un kiné. Donc clairement
462 si j'en suis encore là aujourd'hui et que je m'investis autant c'est parce que on a une éthique
463 qui est ouf. C'est hyper rare de trouver cette égalité, cette bienveillance, de reconnaître et
464 respecter les failles de tout le monde. En fait tout le monde peut à un moment ou un autre une
465 défaillance. Et ce n'est pas pour autant que c'est une personne moins bien ou quoique ce soit.
466 Il y a des moments ce n'est pas le moment et rien que ça c'est hyper agréable de travailler là-
467 dedans et ça fait pour beaucoup que les gens soient fidèles au pôle. Le fait que tu as le droit
468 d'être ambitieux un jour et de dire le lendemain ha c'était peut-être un peu trop ambitieux. Le
469 fait qu'il n'y ait pas de jugement, que tu ne sois pas forcé dans une case, qu'on ne te mette
470 pas la pression, que l'erreur fasse partie intégrante du projet ça permet une sérénité. La
471 somme de tous ces petits points de la culture font que si du jour au lendemain ça se diluait,
472 clairement je pense que le projet exploserait et ne tiendrait pas aussi bien.

473

474 *Quels sont les obstacles à ce bon fonctionnement ? Avez-vous rencontré des difficultés ?*

475

476 Alors il y en a eu dans l'histoire, il y en a eu pleins. La première est financière où dans les
477 débuts du pôle il y avait très peu de capacité de financement et donc ça demandait beaucoup
478 de don de soi de tous les professionnels de santé qui se retrouvait à passer des heures et des
479 heures entières pour le pôle sans être rémunéré donc c'est de la perte sèche par rapport au
480 temps qu'ils ne sont pas en cabinet ou en tout cas à travailler. Ça c'était un gros frein et ça le
481 sera si ça revient. Là en ce moment on est plutôt dans une période stable financièrement donc
482 c'est cool. Mais si d'une année sur l'autre on a les ACI qui sont divisés par 2 pour x raisons,
483 ces problèmes reviendront.

484

485 Nous on a une problématique particulière notamment du fait qu'on soit en pôle de santé, c'est
486 qu'on ne se croise pas hormis temps dédié. On n'a pas l'informel de la machine à café, on n'a
487 pas tout l'informel de la rencontre dans le couloir qui à mon avis est un liant énorme pour une
488 maison de santé. C'est un frein qu'on essaye de pallier avec toutes ces rencontres régulières,
489 les lettres d'informations etc.

490

491 *Donc la communication qui peut être un obstacle et la finance. Juste en termes de décisions,*
492 *lesquelles sont prises par le conseil de gérance, lesquelles sont prises par d'autres ?*

493
494 En gros, tout ce qui concerne un projet, c'est le pilote de projet qui décide comment sont prises
495 les décisions. Par exemple au sein de l'ETP on a une pilote. On a plusieurs programmes d'ETP
496 et en fait c'est plus chaque pilote de programme d'ETP qui est un peu libre sur comment il
497 travaille sachant que la pilote de l'ETP en général cherche à ce qu'il y ait une cohérence entre
498 tous les programmes. Il n'y a pas une hiérarchie mais je dirai qu'il faut travailler en cohérence
499 mais sinon le projet santé jeune est totalement autonome. Là où il y a un regard du conseil de
500 gérance c'est si jamais le projet santé jeune demande une rallonge financière au pôle (on a
501 un budget de x il faudrait 10 000 de plus est ce qu'on peut le prendre à la poche du pôle) donc
502 là il y a un droit de regard, de validation ou pas mais sinon tout ce qui se fait dans le projet
503 santé jeune est décidé uniquement par les pilotes ou du moins les pilotes décident comment
504 sont prises les décisions. Les pilotes dans santé jeune ont justement une approche très
505 ouverte où elles demandent à tous les partenaires, à tout le monde qu'est-ce que tu voudrais
506 faire du projet et le font à partir de ça.

507
508 Ensuite pour le bon fonctionnement général, c'est le conseil de gérance qui a toutes les
509 décisions que ce soit pour acheter des imprimantes, des prestataires, les recrutements car
510 c'est lui l'employeur in fine. En gros l'idée c'est ça l'assemblée général n'est là que pour valider
511 les comptes et élire les membres du conseil de gérance. On s'en sert un peu comme d'un
512 moment justement où on peut faire remonter des informations à travers les votes mais grosso
513 modo on est plus sur un aspect très officiel des assemblées générales et on essaye de faire
514 en sorte que l'assemblée générale ce soit un peu tout le temps que ce soit un peu le maximum
515 de moment prévu à cet effet. Mais sinon le conseil de gérance est gérant de la société donc
516 ils ont pleins pouvoirs.

517
518 *Tu m'as parlé des différents programmes que le pôle met en place, est ce que vous évaluez*
519 *ces programmes en interne ?*

520
521 Pour beaucoup des projets on est passé sur une évaluation en lien avec la demande de
522 financement. Est-ce que quand on monte un projet de financement avec l'ARS, Ils nous
523 demandent d'évaluer ce que l'on fait. Dans le projet jeune typiquement on se base que sur ça.
524 Est-ce qu'en fait on répond à leurs critères à eux qui sont, somme toutes, très légers. Ce n'est
525 pas avec ça qu'on va définir nous si on considère que notre projet est efficace. Si on a un
526 impact fort... Il y a un projet impact (accompagnement des situations médico-social complexe)
527 où en fait c'est un projet qu'on a copié d'un pôle de santé à Chambéry. On s'est inspiré de
528 comment eux fonctionnait et on a essayé de l'appliquer chez nous avec nos contraintes
529 locales, notre fonctionnement interne. Mais du coup eux ils essayent d'évaluer leur projet
530 depuis longtemps parce que c'est compliqué d'évaluer un projet qui met en lien plusieurs
531 acteurs, plusieurs modalités avec un suivi individualisé, un suivi en groupe, un
532 accompagnement santé, un accompagnement social, administratif et sur les compétences
533 psycho- sociales donc c'est hyper large et c'est hyper complexe d'évaluer ça. On a parlé
534 récemment avec la ville de Grenoble. La direction de la santé publique à Grenoble et en fait il
535 y a des chances que l'on revoit notre méthode et que l'on ait une approche plus sociologique
536 des parcours de vie. On arrivera jamais à montrer un impact cohérent de ce que l'on fait parce
537 que entre l'accompagnement d'un personne dans une situation de très grande précarité mais
538 qui a toute sa tête et qui a juste besoin d'un accompagnement vers l'accès au droit et pour qui
539 à partir du moment où tu as travaillé un peu sur l'accompagnement au droit avec un peu de
540 compétence psychosociales où tu lui signifie qu'un médecin c'est juste une personne qui a
541 deux bras , deux jambes qui peut la recevoir et avec qui on peut parler et qu'en gros il faut
542 oublier cette barrière symbolique que tu vois comme un mur. Après sa prise en charge
543 médicale peut être très simple.

544
545 Donc entre ça où tu as juste eu deux interventions au niveau administratifs et une mise en
546 contact avec un professionnel de santé et une personne qui est en grande dépression, pas
547 spécialement dans une situation économique particulière et que tu vois toutes les semaines,

548 que tu l'accompagnes toutes les semaines, que tu lui fais faire des ateliers individuels et en
549 groupe et qu'elles passent de voir son médecin toutes les semaines à voir son médecins
550 toutes les 3 semaines. C'est deux impacts totalement différents où du coup la cohérence de
551 ce que tu évalues est impossible. C'est très compliqué par contre quand tu fais cette approche
552 en termes de parcours de vie et que tu dis bah en fait plus que te dire d'évaluer ce qu'on fait,
553 en fait enchaîner des parcours de vie. Montrer toutes ces situations d'une manière ou d'une
554 autre. C'est compliqué de dire à quel point on est responsable de ça mais en tout cas de
555 manière concomitante il y a eu notre intervention et ces améliorations qui se sont passés. Et
556 en fait c'est super compliqué après de démêler de qui est responsable de quoi. Il y a des gens
557 qui passent ici juste pour boire des cafés, pour parler une demi-heure pour parler parce que
558 c'est une safe place. Ils sont à l'aise ici, ils ne sentent pas jugés, pressurisés donc ils prennent
559 un thé à un moment et ils repartent. Quel impact ça a c'est hyper compliqué. On va sûrement,
560 ce n'est pas encore validé, sortir de l'axe très quantitatif même si on aura toujours le nombre
561 de rdv, le nombre de personnes, le nombre de machins. C'est plus précis en termes de
562 parcours de vie.

563
564 *Comment tu définirais la performance du pôle de santé de SMH par rapport à ces critères-là*
565 *actuellement ?*

566
567 C'est compliqué en fonction des projets. Je pense que le projet santé jeune sur la partie écran
568 je pense qu'on est en train vraiment d'avoir un impact de plus en plus fort et rien que
569 l'évaluation de cet impact est hyper important parce qu'on se rend compte que on a fait une
570 intervention dans une école. L'école avait vraiment joué le jeu. Est-ce que dans ce projet là on
571 a fait 3 à 4 interventions dans les classes auquel on avait demandé aux directeurs des écoles
572 de dire en amont si on veut que toute cette action soit efficace et ait un vrai impact, il faut que
573 notre intervention rentre dans un cycle où en fait vous parlez vous des écrans dans les écoles.
574 Dans l'école avec les enfants vous parlez des écrans. Nous on arrive ça et notre intervention
575 arrive avant la pièce de théâtre et après la pièce de théâtre il reste encore la journée d'atelier
576 etc. In fine on a eu un certain nombre de point de contact, d'informations où le message est
577 passé plusieurs fois et on peut espérer que à partir de là ça ait un impact. Mais nous on n'a
578 pas vraiment la main et où c'est compliqué pour nous c'est de pouvoir toucher les parents
579 surtout. On leur a dit que s'ils avaient, eux, des idées des solutions pour toucher les parents
580 on était preneur.

581
582 Dans cette école le directeur a joué le jeu à fond. En amont, ils ont fait des dessins des
583 interventions propres à eux. Nous on est passé dans les classes ça s'est super bien passé. Il
584 y a eu la pièce de théâtre, il y a eu la journée d'atelier et il nous a invité 10 jours plus tard à
585 venir parce qu'en fait il faisait un affichage de tous les dessins des enfants en lien avec la
586 question des écrans et ils voulaient des professionnels de santé du pôle pour faire le côté
587 santé et en gros en parler avec les parents. Et ça a marché de manière impressionnante. Sur
588 des affiches qu'on utilise sur des moments-là on a une étude qui est très connue des types de
589 dessins en fonction des âges (bon elle est pas parfaite, elle est critiquée mais elle montre ce
590 qu'elle montre). On arrive avec ça et les parents ont pu comparer les dessins des enfants à
591 l'affiche et certains (parce que l'affiche ils l'avaient tous reçue) n'avaient pas compris que c'était
592 des enfants de 5-6ans, il pensait que chaque case correspondait à un âge en fait. Un moment
593 comme ça où on arrive à toucher quasiment 100% des parents parce que je faisais le rabaleur
594 j'étais devant le grillage quand les parents venaient chercher les enfants et je les invitais à
595 aller voir l'exposition. 90% y sont allés. Donc sur une tranche d'âge aussi large que tous les
596 enfants d'une école, tu arrives à avoir 90% des parents l'impact est juste démesuré. Ça c'était
597 trop cool même si tu sais que le message ne passe pas de la même manière pour tout le
598 monde. Ils savent, ça devient encore plus prégnant qu'il y a une question avec les écrans donc
599 là on a un impact qui est super intéressant.

600 Sauf que ça, ça s'est déroulé dans une seule école, on voudrait que l'année prochaine ça se
601 passe dans toutes les écoles. Toutes les écoles jouent le jeu de cette manière-là. Et là on aura
602 un impact vraiment grand.

603
604 Ensuite Impact, là on a un impact ponctuel sur des personnes où l'on a des retours super cool
605 ou justement des gens voyait leur médecin une fois par semaine car il faisait office de psy ou
606 voila ou d'eux même qui diminue leur fréquentation. On a un patient qui a refusé un arrêt
607 maladie et qui a retrouvé du boulot qui dit que c'est par l'accompagnement. On a des patients
608 qui étaient en grand isolement qui se retrouvent lié, soudé qui montent un groupe, officieux,
609 mais qui se rencontre régulièrement. Il y a tout un tas d'histoire qui montrent que ça a un
610 impact vraiment cool.

611
612 *Tu reviens du coup sur ce que tu disais avec les parcours de vie précédemment mais par*
613 *contre pour les écoles tu évoques plutôt un taux de participation ?*
614

615 Oui. L'impact, parce ce qu'on n'est pas dans des situations de "détresse", comme c'est de la
616 prévention pure, primaire, c'est de dire il y a un souci avec ça. Faites gaffe. Et en fait plus on
617 aura touché de monde plus on aura réussi cette mission-là. Plus on aura touché de monde
618 plus on aura fait de l'informations, plus de personnes se diront : "ok il faut peut-être que je
619 réfléchisse". C'est comme la clope. Avant de travailler sur un taux d'arrêt, il faut qu'il y ait un
620 taux d'information, voir combien de personnes sont au courant. On est plus dans cette idée de
621 se dire combien de personne, il faut qu'un maximum de personne sache qu'il y a un souci avec
622 ça.

623
624 *Si tu devais de citer 3 programmes phares du pôle, qu'est-ce que tu citerais et pourquoi ?*
625

626 Je dirai santé jeune parce que dans son fonctionnement c'est le plus important, celui qui nous
627 ouvre le plus sur des partenaires. On travaille énormément avec l'accueil petite enfance, les
628 crèches, les RAM de SMH, avec les écoles, avec les maternelles, avec les bibliothèques, les
629 cinés tout un tas de partenaires comme ça. Ça dans son fonctionnement c'est un peu le projet
630 optimal. Dans le fait d'inclure un maximum d'acteur du territoire, d'avoir un fonctionnement
631 très partagé, que c'est un très gros projet et puis j'ai une fille de 18 mois donc ça me touche
632 donc voila dans les premiers je mettrai celui là.

633
634 Après je mettrai Impact parce que c'est un peu le cœur du projet de santé de travailler contre
635 les inégalités sociales de santé. *L'ancien leader ndlr* avait une phrase où il disait que le rôle
636 du pôle c'était de faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin. En fait à travers Impact c'est
637 ce qu'on fait. On est vraiment à mettre en place des systèmes pour que ceux qui en ont le plus
638 besoin ait accès à un système d'accompagnement individuel, à des programmes d'activités
639 physiques adapté en groupe, à de la psychologie positif à tout un tas de programmes comme
640 ça hyper bénéfique qui permettent de rebondir.

641
642 Et le troisième.... J'hésite entre l'ETP et le projet lombalgie. Le projet lombalgie a eu des effets
643 de ouf notamment avec ce médecin qui dit que j'ai plus de nouveau chronique et pour une
644 population comme SMH ce n'est pas rien. Ça et l'ETP car en plus on est en train de le
645 développer. On a un programme risque cardio vasculaire et diabète et on est en train de
646 développer un programme sur la BPCO, sur la douleur donc c'est un truc qui est un train de
647 prendre de l'ampleur et symboliquement l'ETP c'est important. Donc je dirai ETP.

648
649 *Bon 4 c'est très bien aussi. Est-ce que à l'inverse il y a des projets qui n'ont pas pu voir le jour*
650 *et pourquoi ?*
651

652 Il y a un projet qui peine à se lancer, c'est les ateliers mémoires pour deux raisons. La
653 première, ce serait porté par une psychologue qui ne travaille pas sur SMH mais qui est à
654 Gières. Elle a un fonctionnement qui diffère beaucoup du nôtre notamment en termes de
655 rémunération. Elle prendrait beaucoup plus cher que ce que prenne chaque professionnel
656 chez nous donc ce serait un peu gênant et le deuxième c'est qu'on n'a pas de preuves
657 scientifiques de l'impact des ateliers mémoires donc on est en train de chercher tout ça. Ça

658 peut répondre au besoin de socialisation et le fait de resocialiser des personnes âgées isolées
659 comme il y en a beaucoup. Ça peut être en soi hyper positif pour la santé mais voilà il y a un
660 moment où on sache précisément ce que c'est et malheureusement on ne peut pas tout faire
661 donc parmi l'énergie à partager il faut qu'on voit si ça fait partie des priorités.
662

663 Après un autre projet qui n'a pas pu se lancer.... Après on a des projets farfelus car on a des
664 professionnels farfelus. Il y en a qui aimerait qu'on achète un mini Van pour pouvoir aller
665 chercher les patients qui sont dans le besoin de réhabilitation physique, on va les chercher,
666 on les amène sur le lieu d'entraînement en se disant il faut leur amener ça, il faut supprimer
667 ce truc d'avoir la motivation de sortir de chez soi. Donc si on est là en bas, on leur met la
668 pression pour qui vienne. Du coup on supprime ce biais là et on a un taux de participation plus
669 intéressant. Mais bon il faut acheter un camion *rires* donc ça a été un peu mieux de côté.
670 C'est une barrière financière et logistique. Il faut que quelqu'un conduise le camion, qu'est-ce
671 qu'on fait du camion quand il n'est pas utilisé, est ce qu'on a le droit ? On n'est pas transporter,
672 on est personne. Il y a pleins de choses comme ça qui font que c'est un peu compliqué.
673

674 *C'est des projets qui ont été refusé par le conseil de gérance ?*
675

676 Non c'est le groupe de réhabilitation à l'effort qui s'est auto-dit que ce n'était pas la priorité
677 *rires*. Qu'est-ce qu'il y a d'autre....
678

679 *Les idées ce n'est jamais ce qui manquent en tout cas ?*
680

681 Ouai voilà. Ha si si on a un groupe de légothérapie qui est censé voir le jour mais qui s'est pas
682 vu pour les enfants travailler la psychothérapie à travers les lego pendant que les parents sont
683 accompagnés. En gros tu mets les enfants d'un côté et les parents d'un autre et tu travailles
684 avec les parents sur l'accompagnement à la parentalité et tu as une psy qui travaillent avec
685 les enfants sur l'expression. Voilà il y aussi un projet comme ça. En tout cas c'est en cours.
686

687 *Quels vont être les défis du pôle pour l'année 2020 ?*
688

689 Ouf... Bah le premier ça va être le site internet. On est en train de refaire le site. On espère
690 qu'il soit prêt pour jeudi prochain mais le prestataire revient lundi donc ça va être compliqué.
691 On a la création de la CPTS qui est porté par le pôle donc ça, ça va être un gros défi. On a le
692 projet santé jeune qui veut un financement pluri annuel, ça va être un gros défi parce que
693 justement un des gros problèmes c'est qu'on avait les financements pour ce projet très tard,
694 on les a eus en Aout pour un projet sur l'année. Donc ça te coupe un peu l'herbe sous le pied
695 quand les 9 premiers de l'années tu ne sais pas ce que tu vas pouvoir faire c'est un peu
696 compliqué.
697

698 Après on a un gros travail sur le RGPD (réglementation général sur la protection des données).
699 Le pôle essaye d'accompagner chaque associé membre pour que sa structure se mette aux
700 normes parce qu'il y a pleins de choses que l'on peut faire au sein du pôle et il y a pleins de
701 choses qui dépendent du professionnel pour sa structure à lui donc ce n'est pas anodin c'est
702 un énorme travail. Le défi principal là-dedans ça va être de définir comment partager nos
703 données médicales. Pour l'instant on a un système d'informations qui est partagé pour tous
704 les professionnels de santé et qui a un accès "libre". Tous les professionnels de santé ont
705 accès à toutes les données, limité par leur conscience professionnelle et par leur obligation de
706 déontologie. T'es pas censé aller voir un dossier d'un patient que tu ne suis pas ou quand il n'y
707 a pas d'intérêt pour le patient. On est en train de se poser la question : Est-ce qu'on met des
708 barrières à ça ou pas. Est-ce qu'on considère qu'il faut qu'il y ait un peu plus de rigidité en
709 disant par exemple quel que soit le patient l'orthoptiste n'a pas à voir les résultats de biopsie,
710 est ce qu'on met ça en place ou pas. Voilà il y a tout un tas de choses comme ça qu'on est en
711 train d'imaginer. C'est un gros débat, il y a pleins de questions qui se posent, est ce qu'on
712 ferme tout est ce qu'on ferme par cabinet, beaucoup de questions qui se posent là-dessus.

713

714 *Merci beaucoup*

1 *Depuis combien de temps vous êtes sur le plateau du Vercors ?*

2
3 Ça fait une vingtaine d'année. C'est une vieille maison qu'on avait rachetée, qu'on a reconstruit
4 avec ma femme avec l'autofinancement, ça nous a pris du temps 7-8 ans. On partage notre
5 vie entre là-haut et en bas parce que on a des petits enfants et il faut les garder. Puis quand il
6 y a de la neige en hiver ma femme ne veut pas monter parce qu'elle a des activités aussi
7 comme par hasard et qu'elle rentre le soir assez tard et elle ne peut pas prendre la route s'il y
8 a de la neige. Sinon on est là-haut tout le temps ça fait 20 ans que c'est comme ça.

9
10 *Qu'est-ce que vous faisiez avant d'être à la retraite ?*

11
12 Moi je ne suis pas Isérois, je suis de la région parisienne mais maintenant je me sens
13 Grenoblois pure souche. J'ai travaillé dans le contrôle de gestion et la finance en général. J'ai
14 travaillé dans un groupe qui s'appelle Scheider Electric. Je contrôlais des succursales
15 étrangères que ce soit Singapour, en Chine, Malaisie, Pérou, Argentine...

16
17 *Vous consultiez le médecin à quelles occasions ?*

18
19 Ha. Alors là je vais être très ferme, très dur. Mais moi les médecins, moins je les voyais mieux
20 je me portais. C'était clair. Je les voyais parce que professionnellement il me fallait des vaccins
21 parce que pour certains pays c'est obligé mais sinon je ne voyais pas de médecin. Je voyais
22 le médecin quand j'avais un coup dur. Je voyais un médecin quand il a fallu m'opérer de
23 l'appendice. Je n'avais pas grand-chose à l'époque.

24
25 *Et maintenant vous les consultez à quelles occasions ?*

26
27 Pour le renouvellement de médicament *rires*. Non je vais vous dire la première fois que j'ai
28 vu un médecin sur le plateau c'est maintenant mon médecin généraliste. J'y suis allé parce
29 que j'avais été piqué par une tique et quelques jours après je me suis retrouvé avec un super
30 macareux comme ça me plaisait pas du tout donc je vais voir le médecin. Je téléphone et la
31 secrétaire me dit on peut vous prendre tout de suite. Souate c'était très bien. Je fais juste
32 l'aller-retour et je reviens. Je vais voir le médecin il me donne ce qu'il faut et puis je dis j'aimerais
33 bien qu'il me prenne la tension. Il me répond qu'il comptait le faire. Parce oui il me semble que
34 j'ai des problèmes.

35
36 Et là ça s'est très mal passé. Très mal passé parce que là je me suis retrouvé allongé avec un
37 électrocardiogramme puis avec une ordonnance à faire tout de suite, c'est à dire anticoagulant
38 enfin voilà. Il a été très dirigiste mais il a super bien fait. Il m'a dit je vais vous prendre un rdv
39 chez un cardiologue tout de suite. Le monde me tombait dessus. Réellement. Là vraiment
40 j'étais complètement perdu. Ça ne m'était jamais arrivé. Et là vous vous retrouvez allongé avec
41 des fils de partout et on vous dit non non non vous ne partez pas comme ça je vous fais tout
42 de suite un anticoagulant et tout. Attendez c'est quoi. Là vous vous sentez perdu. Et puis très
43 rapidement après vous vous sentez foutu. Parce que quelqu'un qui faisait beaucoup de sport,
44 baroudait de partout, qui avait une vie pas faite d'excès enfin bon la famille et amis de temps
45 en temps, c'est vrai un bon repas, boire un bon vin, boire un bon apéro et tout pourquoi pas
46 mais ce n'était pas dans l'excès et brutalement je me suis retrouvé devant un problème que
47 je n'avais absolument pas envisagé. Et ça a duré un moment parce ce que je pense que je
48 suis resté 1H30 avec lui. J'habite à 5min en voiture, ma femme commençait à s'inquiéter.
49 Quand je suis remonté je n'étais quand même pas dans un bon état. Mentalement parlant.
50 Donc voilà comment ça a démarré la relation avec mon médecin généraliste.

51
52 *Qu'est-ce qui vous a plu ou déplu dans sa prise en charge ?*

53

54 Ha non ce qui m'a beaucoup plu c'est l'énergie qu'il a dégagée. C'est à dire qu'il a fait le
55 diagnostic, il a pris tout de suite les commandes. Il a vu que je n'étais pas forcément facile
56 d'abord parce qu'il me la dit après : "De toute façon je sais que les médicaments il ne faut pas
57 m'en parler". Mais là il ne m'a pas laissé le choix et il a très bien fait. Parce qu'avec d'autres
58 personnes (je connais d'autres personnes qui le voit), il n'a pas la même approche donc il avait
59 bien ciblé à priori l'approche qu'il fallait avec moi et donc ce que j'ai aimé c'est son esprit de
60 décision. Ça pour moi ça a été capital. Après le problème étant très loin du milieu médical (ma
61 femme est infirmière quand même), c'est un milieu où je ne me sens pas à l'aise du tout. Donc
62 à table on évite de parler de ce qui est maladie, intervention chirurgicale et tout c'est non.

63
64 *Qu'est ce qui fait que vous êtes plutôt aller voir ce médecin plutôt qu'un autre ?*
65

66 Ha bah parce que c'était lui qui était disponible ! Je ne savais pas moi. C'est la première fois
67 que je le voyais donc imaginez le choc. Vous voyez un médecin pour la première fois qui vous
68 voit pour un truc bénin et là vous vous dites pourquoi il me fait tout ça ? Et vous vous pensez
69 tout de suite crise cardiaque, vous pensez AVC, voilà. C'est logique quelque part surtout à
70 mon âge. On ne pouvait pas me prendre la tension. Mon pouls passait de 140 à 60, il remontait
71 à 90, il redescendait à 30. C'est là que ça a démarré c'est la première fois que je voyais un
72 médecin sur le Vercors.

73
74 J'avais un médecin traitant qui était en bas sur Grenoble qui était un ami et qui venait de
75 déménager sur le Sud donc naturellement est ce que vous voulez que je sois un patient
76 référent chez vous et il l'a voulu donc c'était très bien pour moi. Mais il a bien vu les
77 caractéristiques car il a bien vu que les médicaments c'était à minima quand même. Il m'a
78 envoyé aussi chez un cardiologue tout de suite. Et là ça a été rebolote mais dans quoi je mets
79 les pieds et heureusement je suis tombé sur un cardiologue qui est pareil, de la même
80 philosophie de la même approche, ils sont médecins, ils sont techniques mais ils parlent
81 humain. Et ça c'est important et je vais vous préciser pourquoi je dis ça. Parce que quand je
82 suis allé voir le remplaçant de mon ancien médecin, il m'a quasiment mis en accusation d'avoir
83 des pratiques sexuelles déviantes parce qu'un examen sanguin qu'on avait dû faire on avait
84 trouvé un taux anormalement élevé d'anticorps pour l'hépatite je sais plus lequel donc relié
85 normalement à des relations sexuelles. Et à toute fin il voulait que. Je lui dis écoutez non. Enfin
86 au début il ne m'a pas dit. Quand je vais faire l'examen au laboratoire il me demande pourquoi
87 je dois le faire. Je lui réponds que je ne sais pas pourquoi on me demande de le faire c'est
88 mon médecin qui me demande moi je ne suis pas médecin je suis discipliné, peut-être un peu
89 bête mais voilà. Alors là le médecin me dit qu'il ne comprend pas parce que normalement c'est
90 réservé à. Quand il m'a dit ça là aussi le ciel m'est tombé sur la tête.

91
92 Donc quand je l'ai revu, je lui ai dit mais attendez, vous savez quand même que j'ai eu des
93 vaccins contre justement les hépatites car je vais dans des pays à risques et il ne voulait pas
94 me croire. Alors je lui dis sortez mon dossier médical que l'ancien avait dû laisser. Oui sauf
95 qu'il n'avait pas voulu acheter le logiciel donc il avait aucune connaissance des dossiers. Donc
96 dans cette même période m'arrive cet accident, je fais affaire le médecin de Lans et là je me
97 dis qu'il n'y a pas photo, il y en a un qui parle humain, l'autre je suis qu'un objet parmi tant
98 d'autres et donc voilà c'est allé très vite. Je l'ai vu deux mois puis ça a été fini. Et c'est vrai que
99 j'aime bien l'approche de mon médecin. Moi je ne veux pas une ordonnance avec des
100 médicaments à rallonge. Ceci étant, il écoute. Ce qui est important. Ça c'est quelque chose
101 que j'ai appris. Je le vois faire, je l'entends

102
103 Donc après c'est vrai que j'ai eu des péripéties mais à chaque fois il a pris les choses toujours
104 sérieusement. Pas dramatiques, toujours de façon détendue mais ceci étant ça fait ce qu'il
105 faut. Parce qu'il faut savoir qu'à un médecin on dit des choses qu'on ne dit pas forcément à
106 son conjoint. Parce que quand je suis sorti du médecin, j'avais honte de ce qui m'arrivait. Je
107 me suis dit c'est quoi j'ai eu une vie dissoluble que je ne m'en suis pas rendu compte, on remet
108 tout à plat. Moi j'ai une femme qui est absolument charmante mais qui me dit arrête de manger

109 comme ça, arrête de faire ceci. Bon c'est vrai qu'elle, elle est carré quand elle fixe des règles
110 elle les suit. Moi quand je fixe des règles si je peux pousser un peu les limites voilà, chacun
111 son tempérament. Mais c'est vrai qu'un médecin ou on va le voir et on a confiance ou sinon il
112 faut changer de médecin. Parce que si c'est un jeu de dupe ce n'est pas la peine. Parce que
113 pour moi la médecine ce n'est pas une science. Le médecin ne peut travailler qu'à partir de
114 ce qu'on lui dit. Alors bien sûr il y a les examens, les comptes rendus de des collègues, des
115 confrères les radios et tout ce qu'on veut mais c'est quand même le dialogue. Donc si on
116 commence par émettre certaines choses parce qu'elles ne sont pas à notre avantage ce n'est
117 pas la peine.

118
119 *Vous voyez d'autres professionnels de santé à part le médecin et le cardiologue ?*
120

121 J'ai eu l'extrême chance d'aller voir un urologue quand même *rires* figurez-vous que la
122 prostate c'est quelque chose qui arrive et je me suis fait enquiquiner la vie pendant des
123 années. Au point tel que je n'avais plus de vie sociale. Je n'osais même pas aller au spectacle.
124 Quand on prenait un spectacle à la MC2 je disais à ma femme stp prend moi une place au
125 bord des escaliers parce que 1h30 c'était déjà beaucoup. Et quand on allait voir certains
126 opéras je lui demandais "l'entracte est quand ?" On ne se rend pas compte mais ça vous
127 gêne, ça vous pollue une vie. Mais c'était mon problème, il fallait que je fasse sauter les
128 verrous. Mais au final je ne l'ai pas suivi. Parce que je suis tombé sur quelqu'un que j'ai trouvé
129 brutal. Dans ces cas-là comme je vous disais si la confiance ne passe pas ce n'est pas la
130 peine alors j'ai changé de praticien et si vous saviez le bien que ça me fait. J'oublie ce genre
131 de problème et je sais d'où je viens. Sachez que deux jours avant d'être opéré, je me suis levé
132 toutes les 20, 25 minutes. Je vous laisse vous calculer le nombre de fois que je me suis levé
133 dans la nuit le matin j'étais totalement crevé j'en pouvais plus. Donc non je ne fréquente pas
134 les médecins j'en ai un je suis content. J'ai un cardiologue je le vois une fois par an sauf
135 exception.

136
137 *Et les autres professions de santé, pharmaciens, infirmiers, dentistes ?*
138

139 Alors pharmaciens à Lans super. Ceux que je connaissais à Meylan c'était aussi super.
140 Vraiment on est tombé sur des gens sympa. Dentiste je suis bien loti car c'est ma fille. Et puis
141 si j'ai fréquenté l'hôpital parce que j'ai eu des chocs électriques qui ne se sont pas bien passés
142 mais bon ça arrive il paraît que ce n'est pas bien efficace tout le temps. A l'hôpital je suis tombé
143 sur des gens très très sympa mais je suis tombé sur des gens aussi qui n'était pas bien
144 tolérant.

145
146 *Mais parlons du milieu libéral, vous dites que vous êtes tombé sur des gens sympa à la*
147 *pharmacie, qu'est-ce que vous attendiez d'eux et qu'est ce qui fait que vous en êtes content*
148 *?*
149

150 Moi ce que je veux c'est que l'on m'explique. J'ai un problème de genou, je vois un
151 professionnel qui me parle d'intervention mais qui ne m'explique pas beaucoup donc j'en parle
152 à un ami qui me dit d'aller en voir un autre pour demander confirmation du diagnostic. Et lui il
153 prend le temps de m'expliquer parce que j'avais fait des radios, j'avais fait des IRM mais on
154 ne nous donne pas d'informations et pour moi c'est insupportable. De pas comprendre, de me
155 dire c'est comme ça on va prendre rdv dans 2 mois vous allez passer une radio puis après il
156 faut prévoir l'intervention et tout. Oui mais attendez qu'est ce qui ne va pas ? Qu'on nous
157 donne un minimum d'informations. Alors c'est peut-être de la vulgarisation ce qui ne plait peut-
158 être pas à certains médecins mais là le rhumatologue en quelques clichés m'a montré les
159 problèmes. J'ai une rotule en trois morceaux ? Ok j'ai une rotule en 3 morceaux. A priori ce
160 n'est pas tous les jours. Bon d'accord. C'est sûrement congénital, apparemment c'est de
161 fabrication. C'est tout qu'on ne me fasse pas un grand livre mais qu'on m'explique tout
162 simplement.

163

164 Quand on va à la pharmacie, c'est vrai qu'on a des médicaments. Il y a des médicaments je
165 suis désolé mais au début on me parlait du coveram on me parlait du pradaxa. Oui ok puis un
166 jour j'apprends par la radio que le pradaxa c'est quand même un anticoagulant qui pose
167 problème donc là je commençais houlala c'est quoi ce truc ? Je suis allé voir le cardiologue, il
168 a pris le temps de m'expliquer. Je vis avec c'est tout. Ça fait des années que je vis avec. Il n'y
169 a pas d'antidote je sais c'est comme ça. Après c'est moi qui valide le risque c'est tout.

170
171 Je vais à la pharmacie : "Ha mais oui mais le coveram il y a plus maintenant c'est le générique".
172 Svp dans les premiers temps marquez le moi sur la boîte ou sur l'ordonnance. C'est des trucs
173 bêtes mais c'est important. Parce que j'ai assisté à des réunions dans le cadre de l'ETP, il y a
174 des gens qui prennent des médicaments mais ils ne savent pas pourquoi ils le prennent parce
175 que quand ils en ont une liste que comme ça, on sait plus pourquoi on prend ça. C'est une
176 réalité ce n'est pas simplement un discours. Donc moi ce que j'attends quand je vais voir un
177 médecin ou de la famille médicale au sens large. C'est qu'il nous donne un minimum
178 d'informations. On n'est pas complètement idiot. C'est vrai que on n'est pas professionnel. Moi
179 quand le médecin prend une décision c'est lui qui la prend. Moi quand un médecin me dit
180 "qu'est-ce que vous en pensez ?". Là je dis non. Ce n'est pas à moi de penser, c'est vous le
181 spécialiste. Vous me dites à votre avis ce qui va ce qui ne va pas et pourquoi vous orienteriez
182 sur une telle solution plutôt qu'une autre. Soit je valide soit je dis non. Mais ce n'est pas moi
183 qui prends la décision par moi ça ne me plait pas de dire : "Qu'est-ce que vous décidez ?". Ha
184 ça non je ne peux pas. Parce que j'ai aussi le respect du métier. Quand je fais venir un plombier
185 à la maison, c'est le plombier qui fait le boulot ce n'est pas moi

186
187 *De manière générale qu'est-ce que vous savez sur le pôle qu'il y a à Lans en Vercors ?*
188 *Comment vous le définiriez ?*

189
190 Moi je vais vous dire. Un jour mon médecin me dit : "Est-ce que ça vous dirait de faire partie
191 d'un groupe ETP qui serait mis en place sur le plateau parce qu'on voudrait associer des
192 patients ressources (ou je sais plus le nom qu'on donne mais peu importe) ?". Alors je lui dis
193 attendez, moi je ne connais rien, ce n'est pas ma tasse de thé. On a pris une bonne heure et
194 demie pour en discuter ensemble et à l'issue de cette conversation je me suis rendu compte
195 que j'avais eu un problème qui était quand même très grave à savoir que suite à ce qui c'était
196 passé de façon pour moi violente. Vous pensez être en bonne santé et crac au bout d'un quart
197 d'heure vous vous retrouvez à l'état presque fini, cardiologue, anticoagulant, hôpital. En plus
198 de ça je n'avais pas envie d'en parler à mon père, je n'avais pas envie de développer parce
199 quelque part on se sent un peu responsable. Tout ça c'est certainement issu de ma vie. Je ne
200 m'en suis pas rendu compte mais j'ai dû faire un tas d'ânerie certainement. Et enfin de compte
201 on a honte, on se sent foutu, on se sent dévalué, on se sent presque rejeté... mais par moi -
202 même aussi c'était terrible donc j'ai eu une phase dépressive très très forte parce qu'on n'ose
203 pas en parler, on ne veut pas en parler. Puis en parler à qui ? Là on se sent complètement
204 isolé c'est terrible. Il y a un refus, il y a le déni au départ on se dit que ça ne peut pas être ça.

205
206 *C'est en repensant à ce que vous avez ressenti que vous avez eu envie de vous investir du*
207 *coup c'est ça ?*

208
209 Ha bah moi au départ c'est ça. Si je réagis comme ça, il n'y a pas de raisons pour d'autres
210 personnes ne réagissent pas comme ça. Et si je peux aider ne serait-ce qu'une personne à
211 surmonter ça et à s'imaginer que la vie n'est pas foutu, que la vie peut redémarrer, que la vie
212 il faut peut-être la voir avec une autre approche et que on est pas tout seul dans cette galère
213 mais que ça peut se voir aussi très bien parce que depuis des années maintenant je le vis très
214 bien, j'ai pas changé mes activités, je cours toujours le monde, je dois partir en Ouzbékistan
215 dans peu de temps après je vais en Bretagne enfin bon. Je me suis dit si je peux apporter une
216 toute petite aide à quelqu'un, car moi ce qui m'avait manqué c'était de m'être retrouvé seul
217 avec ça, de pas oser en parler, avoir je vous dis honte. Donc oui quand il m'a dit ça j'ai dit
218 écoutez (parce que à l'époque on se vouvoyait encore) oui je veux bien faire l'essai mais je

219 vous garantie rien. C'est là où il m'a fait prendre rdv avec l'équipe au CHU qui faisait la
220 formation ETP (il me fallait 8 jours de formations) et donc je me suis inscrit la dedans en me
221 disant pourquoi pas.

222

223 *Comment vous définiriez votre rôle en tant que patient dans ce groupe d'ETP là ?*

224

225 Je fais partie de certains ateliers au même titre que d'autre patient. Par exemple je suis déclaré
226 comme étant diabétique débutant j'allais dire mais je reste pour l'instant débutant je touche du
227 bois je suis toujours limite. Mais ça me permet d'être dans des groupes et je suis un patient
228 dans la vie. Comme les autres. Simplement je fais partie de l'équipe qui a mis le programme
229 en route avec les professionnels de santé et à ce moment-là ça me permet d'intervenir dans
230 le groupe pour...comment je pourrai dire... favoriser la parole. Parfois on voit bien qu'il y a des
231 gens qui aimerait parler mais qui n'ose pas quand même. Et puis il y a des leaders qui eux ont
232 tendances à monopoliser la parole. Un tout petit rôle mais vraiment tout petit. Et puis il y a
233 aussi une fois que les patients ont suivis un cycle (parce qu'il y a le bilan d'entrée, des ateliers
234 puis ensuite un bilan intermédiaire et un bilan final), il y a une sorte d'atelier final qu'on nomme
235 l'atelier de parole où là on ne voit (on est deux patients ressources à ce moment-là) qui ne voit
236 pas plus de 6 à 8 patients parce qu'il faut qu'il puisse parler et il ne faut pas que ça dure plus
237 de 3h sinon après ce n'est pas possible.

238

239 On fait donc un tour de piste durant cet atelier de parole sur différents problèmes, pourquoi ils
240 sont là ? Qu'est ce qui les a intéressés ? Qu'est ce qui a été abordé et de façon satisfaisante
241 ? Quels sont les manques qu'ils ont ressentis ? On va leur demander de se dévoiler un petit
242 peu car c'est à eux de parler et uniquement eux. On oriente les questions mais on écoute. Ça
243 permet d'avoir le ressenti qu'il y a avec les patients. Par exemple ça nous a permis de très vite
244 comprendre que certains patients n'appréhendaient pas le fait qu'il fallait qu'ils soient moteur.
245 Ils sont là uniquement en tant que consommateur. Ils viennent là, ils assistent à une
246 démonstration. Oui mais attendez, tous ce qu'on vient de vous parler c'est à vous de le gérer.
247 Comment vous le gérez ? Qu'est-ce que vous comptez mettre en œuvre ? Comment vous
248 voyez maintenant votre futur proche ? Ce n'est pas des grandes choses, il faut que ce soit
249 dans le quotidien. Parce que la tendance aussi de certains c'est de s'imaginer qu'il faut mettre
250 en place des grands plans, des grandes actions. Oui mais avant tout ça c'est qui va faire les
251 courses ? A pied ou en voiture ? Commençons par-là déjà. Ce qui paraît bête mais c'est un
252 changement de mentalité donc c'est vrai que dans ces groupes de paroles, se révèlent un
253 certain nombre de choses.

254

255 *Votre rôle il a évolué un peu dans ses groupes de paroles ou il est toujours dans aider les*
256 *autres à prendre la parole et du coup à se rendre compte qu'ils sont moteurs ou est-ce que*
257 *maintenant que vous êtes un peu plus à l'aise, ça a évolué ?*

258

259 Ça évolue en fonction de la population. En fonction de ce qui va se dire ça permet d'avoir un
260 niveau de conscience du problème. C'est un ajustement face à la population. Des fois il y a
261 des niveaux très très forts. Mais c'est vrai que le groupe de parole moi je n'en voyais pas
262 forcément un grand intérêt au départ. Je m'étais ok un groupe de parole...mais c'est qu'entre
263 nous...Alors après effectivement il y a un compte rendu qui se fait avec tout le monde mais
264 c'est important de retraduire ce qu'on a entendu parce que ça permet au médecin, même s'ils
265 sont sans blouses quand ils font leur atelier, ils sont perçus comme une autorité. C'est vrai
266 que j'ai eu une fois un discours surprenant. Parce qu'une fois une personne m'a dit : "Quand
267 je suis arrivé dans ce groupe, j'étais axé sur ma maladie donc j'étais angoissé" et elle s'est
268 rendu compte au travers de ses ateliers que ce n'était pas très grave parce qu'elle pouvait
269 mourir d'autres choses. Et ça j'ai trouvé que c'était très bien. Parce que ça lui avait permis de
270 dédramatiser son problème et de se dire ok il y a ça mais je peux mourir d'autres choses. Pour
271 elle du coup c'était le fait de relativiser son problème et ça c'était quand même assez fort.

272

273 *Vous participez aux programmes d'ETP, est ce que vous avez participé à d'autres*
274 *programmes du pôle ?*

275
276 C'est à dire ?

277
278 *A part le programme d'ETP, un pôle peut proposer pleins d'autres programmes comme la*
279 *réhabilitation à l'effort ou...*

280
281 ...ça en fait partie tout ça. Atelier tabac, atelier...

282
283 *Oui l'ETP traite beaucoup de domaine différent*

284
285 L'ETP en fin de compte c'est un bilan pour le patient en fonction de ce bilan il lui ai proposé
286 un ou plusieurs ateliers et puis il va suivre la chronologie dans ces ateliers mais les ateliers
287 c'est tout à fait ce que vous venez de dire. Il faut que je vous montre quelque chose... (cherche
288 quelque chose dans ses affaires nldr). Ha bah non je ne trouve pas.

289
290 *L'ETP c'est une chose mais je voulais juste savoir si vous aviez participé à d'autres choses.*

291
292 Alors le problème il ne faut pas oublier c'est que c'est très chronophage. Rien que l'ETP ça
293 prend quand même énormément de temps. Le vrai problème il est là. D'ailleurs ça a été aussi
294 un constat qui m'a été dit par un participant qui m'a dit qu'en fin de compte l'équipe médical
295 travaille bénévolement pour ce temps-là. Je leur ai dit bah oui, vous avez raison. Ils travaillent
296 bénévolement. Ce n'est pas les possibles subsides reversés au travers l'ARS qui pourraient
297 suffire, aujourd'hui ce n'est rien. Donc oui c'est bénévole ça prend énormément de temps. Ça
298 veut dire avec chaque patient faire un bilan, ça veut dire après faire des propositions, mettre
299 en place des ateliers, ça veut dire les animer, ça veut dire à la suite de ça faire un bilan en
300 cours de route et ensuite ça veut dire un bilan final ce qui veut dire soit ça marche soit on met
301 en place un nouveau processus.

302
303 *Qu'est-ce qui vous plaît dans ce programme là et le fait que vous y participiez ? Qu'est ce*
304 *vous trouvez bien pour vous en tant que patient et pour les autres ?*

305
306 Moi ce que je trouve bien pour moi c'est le fait de dire où je suis à un âge où quasiment à la
307 limite on ne sert plus à rien, à personne. Il faut être clair. Vous savez tant que vous êtes actif,
308 vous commencez à 6 ans, vous entrez en préparatoire, hop vous êtes actif vous servez à la
309 société que ça vous plaise ou que ça ne vous plaise pas. Mais après ça c'est un peu l'Agora
310 qui se présente devant vous. Un grand terrain plat et puis qu'est-ce que j'en fais. C'est vrai
311 que j'ai fait du bénévolat, je peux vous dire que quand je suis en retraite j'ai passé un brevet
312 de moniteur de ski de fond pour encadrer des jeunes, j'ai fait ça pendant 9 ans. Parce que si
313 je peux aider quelqu'un, rendre service à quelqu'un moi j'aime les gamins donc c'était très
314 bien et puis voilà. A la fin de chaque séance je leur demandais toujours au gamin est ce que
315 ça vous a plus, est ce que vous voulez revenir la semaine prochaine ? Quand j'entendais
316 "Oui", bon bah à la semaine prochaine et j'étais ravi je ne cherchais pas plus loin mais au
317 moins on a quand même une utilité quelque part. Parce que ce qui est terrible, c'est de servir
318 à rien ou à personne. Après mon expérience ou moi je me suis complètement recroquevillé
319 sur moi-même. Avec tous les points négatifs que ça comporte. C'est vrai que là j'ai vraiment
320 été dépressif donc je me suis dis si mon médecin me dit de participer à ça (bon je l'avais
321 prévenu que je ne me sentais pas forcément le plus apte pour ce genre de chose). Il m'a dit
322 si, on a besoin de tout le monde et justement ce n'est pas un regard médical que l'on cherche
323 on cherche à avoir le regard de gens qui ne sont pas du cercle médical. Et bah si je peux servir
324 à quelque chose à quelqu'un, et bah c'est bien.

325
326 *Qu'est-ce que vous améliorez au programme d'ETP auquel vous participez ?*

327

328 ...
329
330 *Qu'est ce qui manque ? Qu'est-ce que vous feriez autrement ?*
331
332 ... C'est difficile parce que c'est quand même profondément médical. Que ce soit la pharmacie
333 ou autres, c'est vrai que ça reste profondément médical. Mais la première fois honnêtement je
334 me suis dit qu'est-ce que je vais faire dans ce groupe de parole qu'on me demande d'animer
335 je me suis dit que je ne voyais pas et au début j'étais très mal à l'aise ça c'est vrai.
336
337 Et puis on s'aperçoit que c'est faux, c'est une erreur parce que les gens ont besoin de
338 s'exprimer, ont besoin de comprendre qu'ils ne sont pas tout seul. Le problème quand vous
339 avez 75-80ans et que vous habitez Lans en Vercors on est vite tout seul. La solitude ce n'est
340 pas évident. Donc de sentir qu'il y des gens qui sont à l'écoute, qui vous entendent, qui peuvent
341 vous aider, ne serait-ce dans la démarche intellectuelle, c'est important. De me dire qu'est-ce
342 que je pourrai améliorer je n'en sais rien. Peut-être l'écoute encore une fois. Parce que là vous
343 me faites parler mais d'habitude ce n'est pas moi qui parle *rires*. Non c'est d'écouter ce qu'il
344 se dit surtout. Généralement on arrive à faire parler tout le monde et c'est ça qui est important.
345 Parce qu'il y a quand même des gens qui sont vraiment mal dans leur basket. Honnêtement.
346
347 *Puisque ça fait un moment que vous êtes avec votre médecin traitant, est ce que vous avez*
348 *sentie une différence dans votre prise en charge depuis qu'il est regroupé en pôle de santé,*
349 *regroupé avec d'autres professionnels ?*
350
351 Bah moi je l'ai connu, ils étaient encore à l'ancien local. Je me souviens lui avoir fait une
352 remarque en lui disant que s'il allait là-bas le problème allait être le parking l'hiver *rires*. Bon
353 il y a plus de neige donc ça va. Je n'ai pas eu l'impression. Le groupe fonctionne bien. Moi
354 quand mon médecin n'est pas là j'en vois d'autres
355
356 *Rien n'a spécialement changé ?*
357
358 Je n'ai pas trouvé. J'ai eu affaire au kiné au-dessus, ils sont super...
359
360 *Ok, qu'ils soient regroupés ou pas au final...*
361
362 ...ha moi je trouve que c'est bien qu'ils soient regroupés. Attendez, vous avez un couple
363 médical, paramédical, vous avez le kiné, la podologue, dentiste etc. Puis à côté vous avec la
364 pharmacie puis de l'autre côté vous avez le matériel orthopédique et autre. Vous vous rendez
365 compte de ce que ça veut dire pour un patient ? Et ils sont situés sur la route. De Grenoble.
366 Moi j'aurai été à Villards j'aurai rallé. C'est vrai que d'être patient là, c'est le rêve à la limite.
367
368 *Parce que tout est accessible et tout est à côté ?*
369
370 Tout est accessible. Et ça pour un patient. Pour moi c'est formidable. Là vous êtes garé vous
371 sortez de chez le médecin, tac tac tac tac vous allez à la pharmacie et c'est facile. A la
372 pharmacie c'est pareil aussi. Ça, c'est un phénomène que j'avais vu nulle part ailleurs. Ce
373 n'est pas de la flagornerie. Vous arrivez à la pharmacie. Ils prennent leur temps. Il peut y avoir
374 du monde. N'empêche que quand vous arrivez, on prend votre demande en considération et
375 on développe. C'est fou. Ça vous paraît peut-être le BABA, j'ai 73 ans j'ai fréquenté beaucoup
376 de pharmacie, celle de Meylan à part je n'ai jamais rencontré ce genre de comportement. C'est
377 toujours et avec le sourire. Et même mieux des fois, il m'est arrivé d'avoir des problèmes parce
378 que je n'avais pas mon ordonnance ou des trucs comme ça. On trouve des solutions. Ça c'est
379 quand même important.
380
381 *Est-ce que vous avez des demandes qui sont non satisfaites dans votre demande de soin ?*
382

383 Pour l'instant non. Alors c'est vrai qu'on peut toujours imaginer quelque chose. Mais jusqu'à
384 présent non. La seule chose que je pourrai parfois trouver embêtant c'est le fait de pas avoir
385 un secrétariat à l'étage. Attendre qu'un kiné ou que quelqu'un sorte, c'est tout. Non c'est bien
386 pensé. Le fait qu'il peut y avoir des internes qui peuvent coucher dans le bâtiment, la messe
387 est dite, tout est compris.

388
389 *Pour finir qu'est ce qui est le plus important pour vous en tant que patient dans votre demande*
390 *de soin ?*

391
392 Pour moi c'est ce que je vous ai dit dès le départ, c'est le fait d'être attendu. Vous êtes patient
393 et on va vous prendre en considération. Moi en tant que patient, je prends rdv à 9H30 s'il y a
394 un problème d'urgence ça ne me fait rien d'attendre parce que je pense qu'une urgence c'est
395 plus important que moi. Je sais que l'urgence sera prise en considération. Ils peuvent faire des
396 radios là-haut. Tout est prévu. J'ai une cousine qui vient à Lans qui habite du côté de Metz qui
397 a eu un jour un problème osseux en faisant du ski, elle a écarquillé les yeux quand on lui a
398 proposé de faire une radio. Je ne vois pas grand-chose à rajouter, il y aurait le laboratoire
399 d'analyse, ce serait parfait. Mais il est à Villards, Nobody is perfect.

400
401 *Merci beaucoup en tout cas, j'ai fini de vous faire parler comme vous dites *rires**

402
403 Encore une fois je vous l'ai dit tout à l'heure si c'est pour jouer un jeu de dupe ce n'est pas la
404 peine. Ou je vous dis ce que je pense ou je ne vous dis pas. Là c'est vrai que je me rends bien
405 compte que ça pourrait tourner vers la flagornerie parce que de voir que les points positifs
406 alors qu'il y en a des points négatifs je pense qu'entre tous les professionnels peut être qu'il
407 peut y avoir des problèmes je n'en sais rien mais en tout cas ça ne transparaît pas, pour moi
408 c'est ça qui est important. Dans les médecins peut être aussi il y a des tiraillements c'est
409 possible mais n'empêche que quand on se retrouve tous ensemble on se retrouve tous
410 ensemble. Et c'est vrai aussi qu'ils ont la délicatesse, parce qu'il y a des fois (au début
411 notamment) je me disais qu'est-ce que je fous là. Il parle un français que je ne connais pas.
412 Quand vous parlez profession, vous parlez métier, vous avez un langage qui est précis et qui
413 est particulier auquel je n'ai pas forcément accès. Alors on faisait en sorte que je puisse
414 participer.

415
416 *La conversation a duré encore 20 à 30 minutes où l'on est un peu sorti de la thématique mais*
417 *il m'a dit une phrase qui m'a marqué en comparant le travail de son médecin à du démarchage*
418 *commerciale pour intégrer les patients dans les programmes. Je n'enregistrais plus à ce*
419 *moment-là pour retranscrire exactement le contexte ndlr*

1 *Pouvez-vous me décrire un peu l'environnement de travail et comment vous êtes arrivé à*
2 *travailler ici ?*

3
4 Nous on était déjà en cabinet de groupe. En fait on était des médecins déjà installé sur place.
5 Moi je travaillais avec mon épouse et il y a eu à peu près 10 ans, un audit diligenté par la Maire
6 de Vinay, un ancien médecin généraliste et maintenant conseillère départementale qui
7 commençait à s'inquiéter de l'avenir de la démographie médicale dans le secteur. Elle a
8 diligenté un audit auprès d'un organisme qui a interrogé différent professionnel de santé, qui
9 a fait un panorama de la situation et surtout de l'avenir. Ce qu'il en ait ressorti c'est que l'avenir
10 n'était pas rose (ce dont on se doutait) compte tenu essentiellement de l'âge des médecins du
11 secteur et que la perspective à 10ans était que bon nombre de médecins seraient partis à la
12 retraite et que pas mal de cabinet serait fermé. Une des solutions qui était proposé, c'était de
13 créer un système attractif et donc une maison de santé.

14
15 *Avant même le pôle de santé c'est une initiative politique qui a réalisé un audit et qui a fait*
16 *qu'une maison de santé s'est créé ?*

17
18 Donc ça a permis de de faire des réunions, que tout le monde, enfin tout le monde, que tous
19 ceux qui se sentait intéressé se mette autour de la table et c'est comme cela que s'est créé
20 un groupe de travail : mon épouse et moi et deux autres médecins + le cabinet d'un autre
21 médecin + cabinet de kiné + d'autres professionnels. Mais ceux qui ont mordu à l'hameçon,
22 ce ne sont pas les gens de Vinay, ce sont les gens de Saint Marcellin, c'est à dire notre groupe
23 à nous. Et là où ça s'est bien passé c'est que la maire elle a dit "et bah chiche, ce n'est pas ce
24 que j'attendais (moi j'attendais des solutions pour ma commune) mais puisque dans la
25 commune d'à côté il y a un groupe qui fait le boulot et bah on y va". On a ensuite travaillé
26 beaucoup, on a en gros mis 7 ans entre cet audit et l'entrée dans les murs : la construction du
27 projet de santé, les recherches de terrain, les réflexions autour de l'organisation et
28 malheureusement les même choses qu'un peu en ce moment les campagnes électorales, les
29 changements d'élus politiques, les élections à la communauté de commune qui nous ont
30 bouffés en gros 2 années quoi parce les politiques avant de partir ils ne prennent pas de
31 décisions, les nouveaux qui arrivent comme ils ne connaissent rien ils en prennent pas non
32 plus.

33
34 Mais du coup nous pendant ce temps on a muri notre projet, notre projet il a évolué, les gens
35 à l'intérieur ça a bougé, c'est à dire que les autres médecins qui initialement ont abandonné
36 et ont été remplacé par trois autres médecins. Le groupe s'est étoffé, on s'est plutôt enrichi,
37 un peu plus de professionnel etc etc et on a présenté un projet de santé autour de 3 axes qui
38 sont plutôt classique :

- 39 • Une approche centré patient (c'est à dire le patient au centre du dispositif pour essayer
40 de coordonner au mieux les soins autours du patient)
- 41 • Améliorer la qualité de boulot, essayer de rendre acceptable, d'améliorer la qualité de
42 travail des professionnels de santé parce que beaucoup se sentait borné, isolé etc
- 43 • Créer une structure qui soit susceptible de se pérenniser donc qui soit suffisamment
44 attractive pour attirer de jeunes professionnels. Pour que l'offre de soins locale puisse
45 se pérenniser donc on a rencontré à l'époque les syndicats des jeunes médecins, les
46 internent pour leur dire " Voila moi j'ai 62 donc j'ai toujours travaillé certes en cabinet
47 de groupe mais jamais en maison de santé" et on voulait que le projet qu'on monte soit
48 quelque chose de conforme aux aspirations des nouvelles générations.

49
50 Voilà pour la construction du projet de santé.

51
52 *Pour revenir sur ce que vous avez dit, comment vous expliquez que ça n'a pas pris à Vinay*
53 *contrairement à Saint Marcellin ?*

54

55 Alors c'est uniquement une affaire de personne. Tout est affaire de personne. C'est à dire qu'à
56 Vinay il y avait une ambiance médicale (qui a changé depuis car de jeunes médecins sont
57 arrivés). A l'époque il y avait une ambiance médicale, un manque d'envie de travailler
58 ensemble entre les médecins qui fait que personne n'a voulu relever ce défi quoi.

59

60 *Vous disiez également qu'il y a deux médecins qui vous avaient accompagné au début et qui*
61 *ont eux aussi abandonné l'affaire, comment ça s'explique ?*

62

63 Parce que le projet a évolué. Le projet s'est enrichi et un des médecins avait construit son
64 projet, il avait énormément travaillé avec son épouse sur le projet. Sa femme étant infirmière,
65 elle envisageait d'être coordinatrice. Ils s'étaient un petit peu approprié le bébé et au fil des
66 réunions, l'arrivée d'autres professionnels, l'arrivée de médecins plus jeunes qui avaient
67 d'autres aspirations, qui ont modifiés le projet, fait qu'ils se sont plus reconnus dans ce qu'on
68 a finalement mis en place. Ce projet un peu plus collaboratif, un petit peu plus ouvert. Il y a
69 aussi l'âge parce que le médecin dont je vous parle est plus âgé que nous et on pensait que
70 la maison de santé se ferait plus vite que ça. Et vu que ça a un peu trainé, que ça a pris du
71 temps, il s'est dit (que pour le peu d'année qui lui restait à bosser) "je ne vais pas investir
72 autant de temps et d'énergie dans un projet dont je ne bénéficierai pas".

73

74 *Vous m'avez un peu parlé de la politique mais qu'est ce qui peut expliquer que ça ait mis 7*
75 *ans, ce qui peut paraître un peu long à l'image du dernier exemple que vous me décrivez.*

76

77 Je ne sais pas. Je crois que les élus au moment où on a démarré, ils n'étaient pas conscients
78 de l'urgence de vraiment nous filer un coup de main. Notamment pour la recherche de terrain
79 ou la proposition pour avoir un terrain ça a mis un temps fou parce que le maire de SM avait
80 mis le dossier de côté et je pense qu'il n'y croyait pas et il a fallu que le dossier soit
81 secondairement repris par la communauté de commune et qu'on le menace de délocaliser la
82 maison de santé ailleurs si lui ne trouvait pas de solution dans sa ville pour qu'il se bouge. Je
83 pense qu'il y a 10 ans, (nous on était conscient de ça car on est dans le métier, on se connaît
84 tous, on savait l'âge qu'on avait et on imaginait l'évolution) il n'y avait pas ce problème. Le
85 maire voyait ses administrés ne pas rencontrer de problème pour aller trouver un médecin. Il
86 n'imaginait pas que ça pouvait arriver même si on lui disait *rires*. Et la situation s'est quand
87 même dégradé au fil du temps mais je crois qu'il y a 10 ans les politiques n'étaient même pas
88 la même attitude sur le sujet que maintenant.

89

90 *Et vous comment vous expliquez que vous vous soyez mis tout de suite dans un groupe de*
91 *travail et que vous ayez travaillé dessus depuis la genèse du projet ?*

92

93 Nous ça correspond tout à fait à notre manière de bosser. Moi j'ai une autre activité que
94 l'activité libérale je travaille dans une fédération sportive, j'ai été 25 ans médecin sapeur-
95 pompier, ça veut dire que j'ai toujours été habitué à travailler en binôme. Soit avec des
96 infirmiers dans le cadre des missions de sapeurs-pompiers, soit avec des kinés ou des ostéo
97 dans mes missions de médecin du sport. Et ce côté travail collaboratif entre professionnel de
98 santé, cet enrichissement, cet échange, moi c'est quelque chose qui était profondément ancré.
99 Quand on nous a proposé de le mettre sur table, moi j'étais convaincu que c'était mieux pour
100 tout le monde. C'était mieux pour nous, mieux pour les patients.

101

102 *Vous avez reconnu dans le projet votre manière de travailler c'est pour ça que vous vous êtes*
103 *investis ?*

104

105 Tout à fait. On a toujours été en cabinet de groupe avec mon épouse et à l'époque d'autres
106 médecins. Moi j'ai toujours déploré le manque de communication entre les professionnels, ce
107 qu'on pouvait avoir avec les pharmaciens, les infirmières ou avec les kinés et que c'était un
108 petit peu dommage parce que quand nous on avait fait notre prescription on ne savait pas ce

109 qu'il se passait derrière. On n'avait pas de retour, pas suffisamment et est-ce que notre
110 instruction était bonne, est ce que le résultat était bon, comment on aurait pu l'améliorer et
111 voilà. C'est ce qu'on améliore à travers le travail en groupe comme ça où il y a un échange et
112 qu'on peut rapidement réagir, modifier les choses et être plus efficace.

113
114 *Quel est votre rôle au sein du pôle de santé actuellement ?*

115
116 Alors actuellement moi je me suis occupé beaucoup de ce qui était de l'aspect logistique lors
117 du démarrage. C'est à dire mis en place de l'informatique, mise en place de la téléphonie et
118 actuellement je suis un des co-gérants et je m'occupe plus spécifiquement de la trésorerie. On
119 va dire que je suis le trésorier de la SISA. C'est moi qui pilote un peu les finances.

120
121 *C'est ce qu'on met derrière le mot co-gérant ?*

122
123 Alors après derrière le mot co gérant on s'est défini un petit peu les tâches entre nous. Il y en
124 a un qui s'occupe plus du côté coordination et lien avec les instances (ARS, CPAM voir d'autres
125 intervenants médico-sociaux autour). Moi je m'occupe plutôt de l'aspect financier au niveau
126 de la SISA. D'autres plus logistiques et matérielles.

127
128 *Vous êtes combien de co-gérant ?*

129
130 Je crois qu'on est 6 à l'heure actuelle. Le problème c'est que les statuts évoluent tout le temps
131 *rires*. C'est un peu le problème, c'est une usine à gaz. Nous on a une véritable usine à gaz
132 puisqu'on a 3 structures pour faire fonctionner la MSP. Au départ on a fait une SISA, on pensait
133 que ce serait bien. Et que ça suffirait. En fait on s'est rendu compte que des (enfin la loi a
134 encore évolué donc c'est encore différent) professionnels de santé qui était avec nous
135 (notamment des pharmaciens et psychologues mais aussi orthésistes) ne pouvaient pas
136 rentrer dans la SISA. Certains parce qu'ils n'étaient pas des professionnels de santé comme
137 les psychologues d'autres parce qu'ils étaient soumis à la TVA et que s'ils rentraient dans la
138 SISA, ça nous foutait le bazar car ils modifiaient notre statut fiscal. Ce qui fait qu'on s'est rendu
139 compte qu'on ne pouvait pas tout mettre dans la SISA.

140
141 Donc on a créé une autre structure qui est une association. Cette association permet de
142 regrouper toutes les personnes qui sont dans le projet de santé c'est à dire qu'on est 29 à
143 l'heure actuelle. Et cette association sert de conseil d'administration pour la politique de la
144 SISA, pour l'utilisation des fonds qui sont les subventions allouées à la SISA de façon à ce
145 que tout le monde ait sa voix au chapitre. Seuls les associés de la SISA avaient la
146 responsabilité et la voix aux chapitres et les autres ils comptaient pour du beurre c'est pour ça
147 qu'on a fait ça. Puis on a une 3ème structure qui est une société civile de moyen qui elle gère
148 uniquement l'aspect des murs, c'est à dire le loyer, les secrétaires. Et ça il y a que les gens
149 qui sont dans les murs parce que comme on est un pôle on a des gens dans les murs et des
150 gens hors les murs (sage-femme, orthésiste, pharmacie, bref). On a des satellites.

151
152 *D'accord je saisis la vue ensemble on reviendra plus en détail sur cette organisation du pôle*
153 *de santé. Pour en revenir plus à votre rôle, comment vous êtes arrivé en charge de la trésorerie*
154 *et à être co-gérant ?*

155
156 Parce que je suis le plus ancien, parce que j'ai peut-être le plus d'expérience aussi et que les
157 gens m'ont fait confiance *rires*. Non parce que je pense que personne n'en voulait *rires*.
158 Non c'est se taper les déclarations fiscales avec le comptable, c'est voilà quoi *rires*

159
160 *Oui à un moment donné il y a des tâches à se répartir et cette tâche est tombé sur vous.*

161
162 Non globalement on a une bonne entente et puis moi je me suis occupé de tous les côtés
163 logistiques, je m'occupe encore de tout ce qui est maintenance informatique, lien avec les

164 informaticiens, évolution des installations téléphoniques si besoin de rajouter des choses,
165 accéder à certains services, mise à jour des trucs comme ça.

166

167 *Comment il a évolué votre rôle depuis le début ?*

168

169 Alors mon rôle il s'est simplifié. Parce qu'au début j'ai eu beaucoup de boulot, tout ce qui est
170 logistique au départ, la SISA, c'est pareil il a fallu mettre en place beaucoup de procédures etc
171 etc puis en même temps je me dis que ça fait 2 ans et demi qu'on y est, il y a beaucoup de
172 choses qui tournent quoi. Moi ma mission s'est considérablement allégée. Maintenant on est
173 dans le suivi mais plus dans la mise en place de pleins de choses dont on ne connaissait RIEN
174 *insiste sur ce mot*. Ce qu'il faut voir quand même quand vous montez une boutique pareille,
175 vous êtes totalement incompetent. Moi pendant 30ans, j'étais médecin. Ça veut dire que j'ai
176 soigné des gens mais je ne connaissais rien à ce qui était organisation, législatif,
177 réglementation, droit, management voilà quoi. Tout ça, c'est une belle expérience. C'est
178 comme si on montait une entreprise en termes de connaissance à avoir. Tout ça a demandé
179 énormément de boulot, d'heures de travail mais à partir du moment où ça tourne, on a mis en
180 place les protocoles qu'il fallait mettre en place et maintenant on assure le suivi.

181

182 *Ça s'est simplifié parce que maintenant vous avez acquis les compétences ?*

183

184 Oui, les choses ont été mises en place : qui fait quoi, bon les déclarations fiscales bah
185 finalement c'est pareil tous les ans donc une fois qu'on les a faites une fois ou deux et bah on
186 sait les faire. Les répartitions, c'est pareil. Les assemblées générales, les procédures, les liens
187 avec le tribunal de commerce, chaque fois qu'il a une modification de statut on sait faire les
188 papiers, voilà. Petit à petit quand on a découvert ça, qu'on nous a envoyé trois fois le dossier
189 parce qu'il manquait une signature bah on finit parce qu'après il ne manque plus rien.

190

191 *Vous vous étiez fixé des objectifs quand vous avez pris votre rôle ? vous avez des comptes à*
192 *rendre ?*

193

194 Nous on a un fonctionnement très simple. C'est à dire qu'on se voit en réunion interpro deux
195 fois par mois. Il y a des réunions interpro dont les sujets sont assez variés. On a bouffé
196 énormément de temps au départ justement dans les réunions interpro qui faisait quoi, qui
197 s'occupait de quoi, comment ça marchait, sur quelle base etc. Et puis de plus en plus elles
198 évoluent maintenant sur le fait qu'on reçoit des intervenants extérieurs avec lesquels on
199 travaille (médecine du travail, MSA, service des réseaux d'addictologie, des gens avec qui on
200 est en train de mettre en place du partenariat pour travailler dans l'intérêt de nos patients et
201 de moins en moins de temps perdu à la gestion de notre boutique. J'ai perdu un peu le fil...

202

203 *Je demandais quels étaient vos objectifs en tant que co-gérant ?*

204

205 Les objectifs c'est ce qu'on présente en assemblée générale en fin d'année. Toutes les
206 décisions étant prises en commun, globalement c'est relativement simple. On pilote tous
207 ensemble à travers cette association et le fait qu'on se voit deux fois par mois, tous, qu'on
208 discute de tous. Les choses sont assez simples et on présente en AG de manière tout à fait
209 classique une fois par an les comptes. Le rapport moral, le rapport financier et on établit en
210 AG les objectifs pour l'année suivante. C'est le fonctionnement classique associatif.

211

212 *Vous êtes co-gérant mais quelles sont les autres manières de s'impliquer dans un pôle de*
213 *santé selon vous ?*

214

215 Alors il y a différentes façons. Nous ce qu'on appelle co gérant, on va d'ailleurs modifier les
216 statuts maintenant parce qu'on a des nouveaux statuts avec l'évolution vers les SISA à capital
217 variable font qu'on appelle ça maintenant un comité de gestion ou je sais plus quoi mais peu
218 importe. Il y a pleins de choses à faire. Notamment il y a des gens qui sont co-gérants mais

219 qui ont des rôles un peu logistiques. Par exemple un pharmacien, son rôle est de centraliser
220 les demandes des professionnels de santé lorsqu'ils voudraient voir évoluer leur logiciel métier
221 parce qu'il y a quelque chose qui n'est pas pratique, parce qu'ils n'ont pas accès à quelque
222 chose. Ils voudraient mettre quelque chose en commun mais qu'actuellement on ne peut pas.
223 Parce qu'il y a des requêtes à faire. Il centralise tout et c'est lui qui fait la maintenance de notre
224 logiciel métier et qui nous fait adapter le logiciel à notre demande plutôt que chacun téléphone
225 dans son coin au gars du logiciel métier qui va avoir 10 demandes différentes et qui ne va rien
226 comprendre. il y a quelqu'un qui s'occupe au niveau de la maison de santé de se renseigner
227 sur des situations comme là *coronavirus* sur des produits pour nettoyer, désinfecter ou
228 quelque que chose comme ça, il y a..heu...Il y en a qui assure la communication, soit la
229 communication interne soit la communication avec les organismes extérieurs. Voila. Il y a
230 différentes tâches quoi.

231

232 *Et comment vous les répartissez ces tâches ?*

233

234 Par les aspirations des gens. On est suffisamment nombreux pour qu'il y ait 5 ou 6 personnes
235 qui se portent volontaires pour assurer le boulot quoi.

236

237 *Vous vous rendez compte de ces tâches pendant les réunions et vous vous les répartissez à*
238 *ce moment-là ?*

239

240 C'est de manière statutaire. Les co gérants ont été clairement établis lorsqu'on a fait les statuts
241 de la SISA et là on va arriver au mois de juin au bout des 3 ans et de nouveaux (car le mandat
242 est de 3 ans) on va élire les nouveaux cogérants car les anciens vont démissionner (comme
243 une association). Voir si c'est des nouvelles personnes, ou bien des anciennes personnes qui
244 repartent ou si d'autres personnes veulent prendre le relais dans les tâches qui sont proposés.

245

246 *Vous me parlez des objectifs que vous vous fixiez, est-ce qu'ils sont atteints ses objectifs*
247 *chaque année ?*

248

249 Les objectifs sont parfois atteints mais ils ne dépendent pas que de nous. En fait, lorsqu'on
250 reçoit les fonds des subventions, des ACI qui viennent de de la CPAM on a une ventilation de
251 ces fonds. On se rémunère les réunions interprofessionnelles, on se rémunère tout ce qui sert
252 au travail interpro. C'est à dire là maintenant l'informatique, la possibilité d'acquisition du
253 logiciel métier par des professionnels lorsqu'ils entrent et qu'ils ne l'ont pas. Tout ça on
254 considère que c'est du travail interpro et ce sont des outils indispensables au travail interpro
255 donc ça c'est la SISA qui le prend en charge. Et puis on détermine des objectifs. Soit la création
256 de protocoles. Ça c'est des choses qu'on a mises en place : protocole AVK, protocole BPCO.
257 Soit des missions qui vont être assuré grâce à ces financements. La plupart du temps on n'a
258 pas les moyens d'en assurer totalement la réalisation et certaine de ses missions ; elles sont
259 soumises à un cofinancement de l'ARS. C'est à dire qu'on avait proposé différent protocole de
260 prises en charge de l'obésité de l'enfant ou de conseil diététique sur l'obésité de l'enfant. On
261 a mis en place des systèmes de thérapie de groupe qui sont animé par une psychologue. La
262 psychologue c'est nous qui avons financé intégralement parce que là il y avait aucune
263 possibilité que l'ARS nous aide. Pour la diététicienne par exemple, on n'a pas eu de
264 financement de l'ARS mais on a eu un financement de la MSA et on a un cofinancement. C'est
265 à dire dans certains cas on a un cofinancement qui nous permet d'aller au bout de nos objectifs
266 et dans d'autres cas si on n'a pas le financement complémentaire de l'ARS, à ce moment-là
267 on ne peut pas autofinancer, on n'a pas les moyens d'aller au bout. On n'atteint pas tous les
268 objectifs.

269

270 *Les objectifs dépendent des financements que vous avez réussi à avoir dans l'année en fait ?*

271

272 C'est ça. On a une enveloppe. Cette enveloppe on définit au mois de juin à l'assemblée
273 générale on va faire le rapport moral de l'année dernière, avec cet argent on a fait ça, ça et ça

274 cette année. Pour l'année prochaine est ce qu'on fait la même chose. Est-ce que d'autres
275 professionnels ont d'autres projets à présenter. Ensuite on vote entre nous sur quels projets
276 on va choisir, quel financement on peut s'autoriser à mettre dessus et puis ça marche ou ça
277 ne marche pas. Si des projets sont autofinancés car les montants ne sont pas trop élevés, on
278 va au bout. Si les projets sont confinés à un cofinancement de l'ARS par exemple dans certains
279 cas ça va au bout dans certains cas ça ne va pas au bout.

280

281 *Qu'est-ce que vous attendez du pôle de santé en échange de votre investissement ?*

282

283 Le plaisir de travailler ensemble et le plaisir de la qualité de la prise en charge du patient. C'est
284 clair que quand on voit des situations comme celle qu'on traverse aujourd'hui *coronavirus*,
285 je ne m'imaginerai pas gérer ça tout seul. A la fois pour des questions matérielles parce que
286 là on a bien vu qu'on a une grosse boutique, on a un bâtiment qui fait presque 1000m carré,
287 on a des bureaux partout, des salles d'accueil différentes. On a une collaboration de gens
288 qui sont habitués à travailler ensemble et qui se porte volontaire pour filer un coup de main.
289 Mais j'allais dire (car ce sont des situations exceptionnelles) même dans le quotidien, lorsqu'on
290 est embêté pour un patient où il faut faire un petit effort supplémentaire, le fait de travailler
291 ensemble ça permet de s'afficher et d'offrir une prise en charge un peu plus rapidement. Puis
292 surtout le retour d'informations, c'est à dire que la grosse richesse de ce travail-là, ce sont les
293 retours d'informations. Le médecin il a une partie de l'information, l'infirmier il a une autre partie
294 de l'information, le pharmacien il en a encore une autre. Quand on réunit les 3, on a une bien
295 meilleure vision de comment ça se passe réellement et comment les gens sont traités. Ce
296 qu'ils font, ce qu'ils ne font pas, s'ils sont observants, pas observant ce qui peut expliquer les
297 réussites ou l'inefficacité de ce qu'on fait. Donc ça je pense que c'est une richesse
298 extraordinaire.

299

300 Après il y a un autre élément qui est totalement déterminant, c'est que grâce à la maison de
301 santé on a créé quelque chose d'attractif. C'est à dire qu'on a actuellement sur la MSP on est
302 5 médecin généraliste et on a 5 internes. On est devenu un véritable centre de formation avec
303 des échanges entre médecins et internes, avec des jeunes praticiens qui viennent, qui
304 viennent de différents services, qui nous apportent pleins d'infos. On a plus aucun souci de
305 remplacement. C'est à dire que le fait d'être 5 médecins ensemble, de travailler dans ces
306 conditions-là, quand les gens viennent, ils sont emballés de la façon par laquelle on travaille
307 et puis ils ne demandent qu'à bosser. Ce qui fait qu'on a plus de problème de remplacement.
308 Alors que moi, pendant des années je fermais mon cabinet pendant l'été car je ne trouvais pas
309 de remplaçant. Des choses comme ça. Ce sont des bénéfices qui ne sont pas négligeables.
310 Actuellement on arrive à avoir tous des agendas du lundi au vendredi soir parce que samedi
311 matin on fait un tour. Mais ça veut dire que chaque médecin qui a un jour de congé. Son jour
312 de congé est pris par un remplaçant, ça veut dire que l'offre de soin n'est pas perdue. C'est à
313 dire qu'on continue à avoir une offre de soin complète sur 5 agendas, 5 jours par semaine
314 même si ce n'est pas le médecin titulaire. On dépanne. Si un n'est pas là un jour, c'est l'autre
315 qui s'en rajoute un ou deux. Ce qui fait qu'il y a un retour : les gens sont contents et puis nous
316 on est rassuré.

317

318 *Dans quelle mesure vous vous reconnaissez dans le pôle de santé ? Par exemple pour avoir
319 peut-être des exemples concrets ?*

320

321 Moi ce qui m'intéresse énormément c'est l'aspect pédagogique. Moi je fais de la médecine du
322 sport aussi. Pouvoir travailler par exemple avec des kinés et avoir un retour de l'examen que
323 je fais sur l'évolution, que je puisse suivre l'évolution du malade quand il m'a échappé, moi je
324 trouve ça super intéressant. D'avoir ce retour d'informations. Et puis l'aspect pédagogique, le
325 fait de recevoir des internes (même si on le faisait déjà avant d'intégrer la maison de santé) là
326 je pense que c'est encore plus actif car le fait d'avoir plusieurs internes en même temps, crée
327 encore un groupe d'échange encore plus riche.

328

329 *Pour parler maintenant un peu plus de l'organisation du pôle de santé, vous m'avez parlé de*
330 *ces trois organismes différents de prises de décisions, il y a les assemblées générales, vous*
331 *vous réunissez deux fois par mois dans des réunions interpros mais comment sont prises*
332 *concrètement les décisions ?*
333

334 Alors les prises de décisions importantes, elles sont prises globalement par l'AG. Et après s'il
335 y a besoin de réajustement ou de choses plus faciles, plus simple on en discute en réunions
336 interpros, le compte rendu de la réunion interpro tout le monde l'a et on interroge par mail si
337 on ne peut pas se réunir tous et on récupère l'avis de tout le monde. C'est comme ça que ça
338 fonctionne. Mais c'est vrai que globalement, c'est l'AG qui détermine quand même le gros de
339 la politique de la maison de santé sur l'année.

340
341 *Vous m'avez parlé d'un conseil d'administration tout à l'heure ? Qu'est-ce que c'est ?*
342

343 Le conseil d'administration c'est par analogie, ce n'est pas un vrai conseil d'administration.
344 C'est qu'en fait l'assemblée générale de l'association qui fonctionne un peu comme le conseil
345 d'administration de la SISA parce que c'est pour éviter que les co-gérants de la SISA qui sont
346 les seuls j'allais dire officiellement dépositaire du pouvoir et du fonctionnement puisse faire ce
347 qu'ils veulent même si statutairement ils ne peuvent pas le faire. Les co-gérants ne font
348 qu'appliquer les décisions qui sont prises par l'assemblée générale de l'association et c'est
349 pour ça que je dis que ça ressemble au conseil d'administration d'une entreprise. C'est cette
350 assemblée générale de cette association où tous les membres sont réunis et où tout le monde
351 a un vote, on vote et ensuite les co-gérants sont dépositaires de ça et appliquent au cours de
352 l'année les décisions qui ont été prises par cette assemblée générale. C'est pour ça que je dis
353 que c'est "le conseil d'administration de la SISA" mais c'est un peu ça. Ça permet d'élargir le
354 socle de décisions aux gens qui ne sont pas dans la SISA. Chose qui peut être encore modifié
355 parce que maintenant avec les modifications des statuts on a élargi le socle de la SISA puisque
356 presque tout le monde a pu rentrer dans la SISA avec les nouveaux statuts à l'exception
357 toujours des psychologues. C'est malheureux mais le législateur n'a pas prévu qu'on ait des
358 psychologues dans notre MSP et qu'on puisse les faire rentrer dans la SISA *rires*. On a 3
359 psychos et un ostéo qui sont dans cette situation.

360
361 *Qu'est ce qui fait que ça fonctionne cette organisation, qu'est ce qui fait que vous en êtes*
362 *arrivé à fonctionner comme ça ?*
363

364 Ce qui fait que ça fonctionne c'est qu'on communique. C'est à dire il y a des malentendus que
365 quand des gens ne se parlent pas. On n'est pas d'accord sur tout, on a des profils particuliers,
366 on a des personnalités particulières, on a tous des aspirations particulières, on a tous des
367 façons de travailler particulières sur lesquels on essaye petit à petit par l'intermédiaire des
368 protocoles, de conduite à tenir commune d'évoluer mais peu importe on est tous différent et
369 ce qui fait que ça marche c'est que les gens communiquent. Je crois que le nerf de la guerre
370 c'est de se rencontrer, ce sont ces foutus réunions qu'on fait deux régulièrement fois par mois
371 mais au moins on se voit on discute. Si on n'est pas d'accord on se le dit on échange, on vote
372 et ensuite c'est démocratique on en parle plus. C'est la communication.

373
374 *Comment elle se déroule cette communication ?*
375

376 La communication se fait essentiellement via les réunions, c'est sûr que c'est plus facile avec
377 les gens qui sont dans les murs car on se croise le matin dans les couloirs, on se tape la bise
378 quand il n'y a pas le COVID-19, on échange quelques petits trucs c'est plus facile. On a la
379 possibilité notamment avec les gens qui ne sont pas dans la maison de santé, mais ils ont
380 tous le même logiciel métier que nous et on a quasiment donné des autorisations ouvertes sur
381 presque tout ce qui fait que notamment les pharmaciens ils ont accès au dossier médical du
382 patient. Comme ils ont le même logiciel métier que nous, on communique à travers une petite
383 messagerie avec des pop-up et quand il y a une petite question le pharmacien il a le patient

384 qui arrive chez lui, il lit que Monsieur Tartampion on lui a changé le traitement machin, tac tac
385 tac oui ok c'est bon c'est terminé ou ça j'en ai plus est ce que je peux le remplacer par ça, oui
386 c'est bon hop hop hop terminé c'est plié. Je crois que ça, c'est hyper important et on reste en
387 lien en permanence.

388
389 *D'accord il y a aussi bien les réunions, que le logiciel ou bien quand on croise les gens dans*
390 *les mêmes locaux ?*

391
392 Oui après il y a toujours du monde à ces réunions et il y a toujours des idées, des informations
393 qui arrivent et voilà. Ça permet de partir sur de nouveau projet, d'adapter certaines choses, de
394 corriger certaines choses parce qu'on a des retours, d'évaluer ce qu'on fait quoi avec un œil
395 extérieur c'est toujours intéressant.

396
397 *Quel seraient les obstacles à ce bon fonctionnement, les obstacles à cette communication ?*
398

399 La communication par mail. C'est quelque chose qu'on a un petit peu réduit parce qu'on se
400 rend compte que le mail n'est pas un moyen de communication *rires*. Ça génère vite un peu
401 d'agressivité quand on est derrière son clavier donc on préfère privilégier la communication
402 verbale, orale et face à face *rires*. Surtout quand il fallait régler des trucs, on trouvait que par
403 mails la mayonnaise montait des fois un petit peu vite. Alors que quand on explique mieux les
404 choses, qu'on dit mieux le fond de sa pensée oralement, souvent ça se passe mieux.

405
406 *Qu'est-ce qu'il faut faire pour lancer un programme ou un protocole ? Vous disiez que vous*
407 *définissiez les objectifs pendant les assemblées générales, comment sont définis tout ça ?*
408 *Qui en est à l'origine etc ?*
409

410 Globalement, il y a des choses qui sont plus ou moins suggéré par les instances. C'est à dire
411 que les axes de travail, notamment pour avoir du financement, on ne peut pas mettre du
412 financement sur n'importe quoi donc en fait on a déjà un lien avec l'ARS ou avec la CPAM qui
413 a des objectifs prioritaires et on essaye de caler à ces objectifs prioritaires. Après il y a aussi
414 le retour de terrain, c'est à dire quand on se rend compte qu'il y a des choses qui ne marchent
415 pas très bien, notamment c'est ce qu'on a fait pour la prise en charge des antivitamin K, on
416 pour la mise en place de l'insulinothérapie chez les diabétiques, on s'est rendu compte par
417 exemple que quand on n'avait pas de lien avec les cabinets infirmiers de ville c'était le bazar,
418 les gens ne savaient pas qui appeler quand l'INR était déséquilibré et puis qui prenait la
419 décision de modifier la dose d'anticoagulant, sur quel critère etc. Alors il y avait de tous des
420 fois c'est le médecin, des fois le pharmacien, des fois l'infirmier, des fois la famille, enfin bon
421 voilà et on a essayé de clarifier pour que les choses soient plus simples et qu'on ait mis un
422 protocole pour que quand on met en route un traitement, il passe chez l'infirmière qui lui
423 explique le traitement, qui lui explique qui il doit appeler quand ça va pas, qui lui explique ses
424 objectifs pour pouvoir éventuellement le modifier tout seul etc. Pareil pour la mise en route
425 d'une insulinothérapie où l'on définit que les gens passent chez l'infirmière qui pendant un
426 certain va gérer et quand le malade devient autonome, il prend le relais. Ça permet de codifier
427 un certains nombres de choses et d'améliorer sacrément la connaissance déjà du patient dans
428 sa maladie, sa gestion et lui éviter de faire des bêtises.

429 Les protocoles sont définis collectivement en fonction de l'intérêt des uns et des autres pour
430 certains sujets il ne faut pas non plus se voiler la face. On n'est pas mazo.

431
432 *Oui il faut donc que le professionnel de santé ait une appétence...*
433

434 Ou un besoin. C'est à dire qu'en fonction des profils de clientèle des uns et des autres, on n'a
435 pas forcément les mêmes besoins. On est 5 médecins on n'a pas les mêmes patientèles moi
436 j'ai plutôt une plutôt jeune car je fais de la médecine du sport et je n'ai pas forcément les
437 mêmes besoins que certains de mes confrères qui ont une patientèle plus âgée par exemple
438 qui va avoir d'autres pathologies et du coup d'autres besoins.

439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492

A par ces protocoles, le pôle met-il d'autres choses en place ?

Il y a l'éducation thérapeutique. On a deux groupes d'éducation thérapeutiques. Deux fois 4 professionnels qui assurent le programme. Là ils s'occupent de l'éducation thérapeutique sur les maladies cardiovasculaires, diabète etc et là ils travaillent sur l'éducation thérapeutique autour de la BPCO. Donc il y a l'ETP il y a quelqu'un qui apprend que la MSH cherche des maisons de santé pour faire des groupes ou d'autres réseaux d'ailleurs comme le réseau collectif sud sur la Drôme ou d'autres qui cherchent des structures sur support pour développer de l'éducation thérapeutique. On en discute en réunions. Il y a des professionnels qui disent que ça, ça m'intéresse, combien vous êtes ? 3-4 et bah ça fait un groupe. Paf on les envoie en formation et puis ils reviennent avec un protocole de formation et ils lancent leur séance d'éducation thérapeutique.

Dans les réunions il y a aussi des gens qui proposent autre chose. Là on a d'autres projets un peu comme Lans en Vercors sur la rétinopathie diabétique. On est d'ailleurs plus ou moins en lien avec eux là-dessus depuis le début et ça n'avance pas très vite mais ce n'est pas de notre fait. On a des choses comme ça et puis on essaye de créer du lien avec tout ce qui est organismes médicaux autour de nous c'est à dire l'hôpital pour essayer de gérer au mieux tout ce qui est entrée et sortie d'hospitalisation. Ici on a un centre de consultation non programmé, c'est à dire un petit centre d'urgence même s'il ne porte pas ce nom où les gens n'y vont pour rien donc on essaye de voir avec eux comment on peut essayer d'éviter ces consultations inutiles de gens affolés tout simplement parce qu'on ne leur a pas donné de rdv dans l'heure qu'ils voulaient, ils vont filer encombrer à l'hôpital. Enfin des choses comme ça quoi. La médecine du travail, les réseaux d'addictologie, avec qui on travaille aussi... des structures comme la maison des familles qui mettent en place des protocoles de prévention. Il y a pleins de choses comme ça quoi, pleins, pleins, pleins. On se rend compte qu'on est devenu un pôle ressource. C'est à dire que les instances commencent à savoir qu'on existe. On représente une force vive de gens qui sont présents sur le territoire et qui sur lesquels ils essaient de nous proposer des missions qui sont compatibles avec nos compétences mais voilà c'est un petit peu comme ça. On a l'impression que maintenant c'est presque l'inverse. On est sollicité par des organismes pour faire de l'ETP, on a aussi un lien avec une association d'oncologie qui fait de la réadaptation après cancer qui voudrait qu'on soit un petit peu pôle ressource pour faire de l'ETP la dessus cars ils n'ont pas de locaux et pas de moyens.

Qu'est ce qui fait qu'un projet comme la rétinopathie du diabétique, ça n'avance pas aussi vite que vous voudriez ?

C'est parce qu'au départ il y a un problème de financement parce qu'il faut acheter le matériel. Au départ ça a freiné essentiellement au niveau du CHU parce qu'en fait la rétinopathie diabétique il faut des gens capables de lire les clichés donc des ophtalmos et nous le chef du service d'ophtalmo du CHU nous a contacté (parce là aussi c'est dans ce sens-là que ça s'est passé) en disant : "moi j'aimerais bien monter ça". Nous on a répondu qu'on avait une orthoptiste, on a des locaux, on est ok. Si vous nous fournissez le matériel (le matériel coûte très cher), nous on n'est pas en capacité de l'acheter et surtout des lecteurs. C'est à dire qu'il faut du matériel, une liaison internet pour envoyer les photos au lecteur mais il faut surtout des ophtalmos en face qui soit capable de lire des clichés. Au départ c'est un peu ce qui a coincé, lui n'avait pas suffisamment de matière humaine pour pouvoir lire les clichés. Il nous a relancé cette année avec un projet encore plus vaste qui est d'associer cette rétinopathie diabétique au dépistage global des troubles visuels de la personne âgée parce que les personnes âgées ne trouvent plus d'ophtalmo. Quelqu'un qui n'a pas de voiture et qui ne peut pas se déplacer chez nous à 50Km il n'a pas d'ophtalmo donc il ne voit rien donc il se casse la figure donc ça finit par se faire un col du fémur et ça finit par coûter cher à la société.

493 *Il a manqué en fait à un moment de sous, de ressources techniques et de ressources*
494 *humaines ?*

495

496 Je ne sais pas ce qui a coincé. Il n'a peut-être pas obtenu le financement de l'ARS au départ
497 pour l'achat du matériel et puis il manquait à l'époque (je crois que ça s'est arrangé c'est pour
498 ça qu'il nous a relancé) d'effecteurs pour lire les clichés. Et puis il y a eu au départ des
499 problèmes de nomenclature parce qu'il faut que le législateur permette toute cette délégation
500 de tâche. Il faut que la législation et la nomenclature qui va avec, soit mise en place. Et ce
501 n'est pas tout d'avoir des bonnes idées il faut pouvoir les appliquer.

502

503 *Combien il y a eu de départ et d'entrée depuis le début du pôle ?*

504

505 Avant qu'on soit à la MSP, il y a eu 3 médecins qui sont partis un pour des raisons de santé,
506 l'autre parce qu'il ne s'est pas reconnu dans le projet et du coup la troisième personne, à un
507 moment elle a senti que le projet pataugeait un peu. Il fallait tenir la distance. Entre le moment
508 où on a commencé à bosser et le moment où on est rentré dans les murs de la MSP, il s'est
509 quasiment passé 7 ans. Il fallait être particulièrement déterminé pour tenir la distance. Ce qui
510 fait qu'on a eu quelques pertes en route. Depuis qu'on est dans la MSP on a eu peu de
511 mouvement, très peu de mouvement en termes de sortie, je dirai même 0 et on a eu des
512 changements. C'est à dire que la pédicure podologue est parti à la retraite, elle a eu un
513 remplaçant. On a eu une psychologue de plus. On a eu une orthophoniste de plus. On a perdu
514 une infirmière mais en fait elle s'était installée à deux sur le poste mais ce n'était pas viable
515 pour l'une donc il y en a qu'une qui est resté. On a surtout eu l'arrivée de 3 nouveaux kinés. Il
516 y a plus d'entrée que de sortie quoi. Je crois qu'il n'y a personne qui est sorti parce que le
517 projet en lui convenait pas. Peut-être parce qu'on a mis beaucoup de temps à le construire
518 donc les gens *rires* étaient bien déterminés et bien assurés de leur choix.

519

520 *D'accord, en soit il y a eu du renouvellement de personnel à cause de contrainte professionnel*
521 *ou personnel mais c'est tout ?*

522

523 Oui notre infirmière AZALEE a changé mais c'est parce qu'elle a changé de métier. Il y a des
524 choses comme ça mais je crois qu'il n'y a pas d'échec par rapport au projet de départ. Des
525 gens qui se sont embarqués là-dedans et qui se sont dit finalement ça ne me convient pas, ce
526 n'est pas ce que je cherche.

527

528 *Comment se passe l'intégration lorsque des gens souhaitent intégrer le pôle ?*

529

530 D'abord en fonction du nombre de place pour ceux qui sont dans la maison de santé. Et pour
531 les autres par le projet de santé. Tous ceux qui veulent collaborer. On est en train de faire
532 tache d'huile je pense que tous les autres secteurs ont dû vous dire la même chose. Petit à
533 petit on recrute parce que les gens voient en mode d'exercice plus enrichissant que ce qu'on
534 fait tous les jours et souvent ils essayent de s'y associer. Il faut que les gens quelque part se
535 sentent concerné par le projet de santé, par cette envie de travailler ensemble. Ce projet centré
536 patient. Cette envie de faire remonter des infos, de discuter et d'améliorer à la fois la qualité
537 de soins et la qualité de travail des soignants. Toutes les bonnes volontés sont acceptées.

538

539 *Comment est-ce jugé ? Comment accepter qu'une nouvelle personne rentre ?*

540

541 Jusqu'à présent on ne refuse personne. La personne correspond aux critères : professionnel
542 de santé, il a envie de travailler avec nous, il adhère au projet de santé ça lui convient. Tous
543 ceux qui ne sont pas dans la MSP, dans les murs. Ce n'est pas tout à fait vrai, c'est à moitié
544 vrai mais il passe par le premier stade qui s'appelle l'association. C'est sans engagement. Et
545 s'il s'y retrouve là-dedans, dans les réunions, dans la façon par laquelle on travaille, et bah
546 dans un deuxième temps, il va demander à rentrer dans la SISA. C'est l'avantage de la
547 souplesse de l'association. Les gens peuvent venir voir. Ils payent 10 euros de cotisations

548 *rires* et il voit l'ambiance, il voit ce qu'on fait. Je crois qu'il faut que le système il soit souple,
549 il ne faut pas que ce soit trop contraignant sinon ils ont peur. Les pharmaciens par exemple.
550 On a démarré avec une pharmacie. On en a 3. Et globalement il y a un jeune pharmacien qui
551 a repris à côté de chez nous, il est venu aux réunions et là il dit "Comment je fais, comment je
552 fais pour rentrer ?" Bah écoute ce n'est pas compliqué tu t'inscris à l'association, tu payes 10
553 euros, tu viens aux réunions et après si tu veux, tu rentreras dans la SISA, tu prendras le
554 logiciel pour travailler avec nous comme les autres t'auras accès au dossier patient etc etc
555 mais on y va doucement tu vois déjà si ça te convient. S'il est dans l'esprit ou quoi.

556

557 *Quelles sont les attentes patients autour d'un pôle de santé ?*

558

559 Ce qu'ils attendent les gens déjà c'est d'être pris. D'être assuré de ce que je vous ai dit tout à
560 l'heure : Il n'y a pas de trou. Le médecin est en vacances, on s'en fout il y aura quelqu'un qui
561 les verra. Le médecin il va à la pêche le jeudi, ce n'est pas grave il y aura quelqu'un qui les
562 verra. Deuxièmement que les personnes qui les voient puissent accéder au dossier médical
563 et ne fasse pas de bêtises. C'est à dire ils connaissent le vécu, ils connaissent les antécédents,
564 ils connaissent leurs allergies, ils savent ce qui a été fait. Ils ont un dossier qui est construit.
565 Nous c'est quelque chose qu'on a développé avec les internes. Au début quand on a
566 commencé à avoir des internes, les gens ne voulait pas avoir des internes. "Ho lalala ce n'est
567 pas des médecins, c'est des jeunes, ils ne connaissent rien nous on veut notre vrai médecin".
568 Ok. Et puis petit à petit les gens se sont rendu compte que les internes, on les débriefait, ils
569 étaient au courant de la situation, ils accédaient au dossier, que leur décision elles étaient
570 prises mais que dernière elle était analysée par le médecin, contrôlées par le médecin et qu'il
571 y avait une collaboration entre le médecin et l'interne. Du coup les gens ils adhèrent
572 complètement à ça. Je crois que la première chose c'est ça : Un actuellement les gens ils
573 cherchent un médecin. Donc quelqu'un quand toute la semaine tu peux avoir une plage
574 horaire, quel que soit le jour où tu es malade, tu es pris. Alors que dans un cabinet isolé le
575 médecin il y en a un qui ferme le mercredi l'autre le jeudi, l'autre le matin il est à l'hôpital il n'est
576 pas là bref c'est déjà ça.

577

578 Puis après c'est la notion de suivi. Nous c'est quelque chose qui est une crainte, violation du
579 secret médical tout ça tout ça. Ça va emmerder les gens de savoir que le pharmacien a accès
580 au dossier médical, les gens ils vont dire mais qu'est-ce que c'est ce bazar et bah pas du tout.
581 Les gens sont ravis de ça. Quand le pharmacien intervient car il y a un problème d'interactions
582 médicamenteuses ou de machin et de truc et que tout c'est dans le dossier on nous dit que
583 tout est super bien, que ça fait sérieux et le patient voit qu'il est pris en charge. Ça c'est
584 important. Qu'on puisse discuter avec le kiné sur la technique de rééducation quand on voit
585 que ça n'avance pas : qu'est-ce que t'en penses, comment tu fais, qu'est-ce qu'on pourrait
586 faire autrement, changeons la technique. Et paf on débloque la situation. Voilà moi c'est ça
587 que j'appelle la qualité. Le retour patient, il est là. Les gens sont ravis de ça. Ils sont ravis.
588 Qu'on soit plusieurs autour d'eux, à s'intéresser à eux, c'est un peu comme ça qu'il le dise,
589 je pense que c'est super valorisant.

590

591 *Quels sont les critères pour évaluer les différentes choses que vous mettez en place pour*
592 *améliorer cette prise en charge ?*

593

594 Alors ça s'est plus compliqué. On a fait des questionnaires patients avec différents items mais
595 c'est sûr que la difficulté c'est d'avoir une véritable évaluation statistique parce que ça c'est
596 chronophage. On a les moyens informatiques de le faire à travers les requêtes etc mais
597 honnêtement *souffle* c'est du boulot. Pour l'instant on est plus dans la subjectivité que dans
598 l'analyse statistique de l'évaluation.

599

600 *Subjectivité via les patients et leurs retours ?*

601

602 Tout à fait. Ou le retour d'un autre professionnel de santé ou d'une infirmière qui va dire que
603 madame tartampion depuis qu'on a fait comme ça, son diabète est équilibré ça va ni quel bien,
604 ses pieds vont bien.

605
606 *Il y a autant les impressions patients que les retours cliniques des différents professionnels ?*

607
608 Oui il y a l'aspect objectif du résultat technique ouai ouai.

609
610 *Comment vous définissez la performance d'un pôle de santé ? A quel moment un pôle de*
611 *santé sera performant ?*

612
613 Ça c'est un terme que j'ai du mal. Le terme de performance j'ai du mal avec dans ce domaine
614 d'activité. On a des pathologies dans lesquels c'est facile car on a des chiffres. Par exemple
615 la prise en charge du diabète. On a une infirmière azalée. il y a des patients qu'on colle en
616 éducation thérapeutique. On fait des hémoglobines glyquées tous les 3 mois. On peut mesurer
617 avec des chiffres l'évolution et la qualité de la prise en charge. C'est pareil pour l'hypertension.
618 Même processus. Tous nos patients suspectés d'une hypertension, ils ont une MAPA qui est
619 faite par l'infirmière Azalée, on les colle ou pas sous traitement. Ils ont une séance d'éducation
620 thérapeutique. On voit ce que donne leur chiffre tensionnel avec ou sans traitement par la suite
621 (ou avec le régime ou avec l'activité physique ou avec autre chose). Ça c'est facile parce que
622 là on a des chiffres. Il y a des domaines c'est plus compliqué.

623
624 *Suivant les pathologies, on peut évaluer avec des chiffres...*

625
626 Voila il y a des pathologies sur lesquels c'est simple parce qu'effectivement on peut les chiffrer.
627 Il y a des pathologies c'est la sensation de bien-être du patient, c'est le périmètre de marche
628 qui s'est un petit peu allongé, c'est le fait qu'il sorte un petit peu plus facilement de chez lui,
629 c'est le fait qu'il soit retourné faire les courses voila c'est *souffle* large.

630
631 *Et du coup ces indicateurs au sein de votre pôle sont bons et indiquent la réussite de ce qui*
632 *est mis en place ?*

633
634 Oui. Nous on peut difficilement les chiffrer mais on a par exemple via notre infirmière azalée
635 (ce sont des choses qui sont analysé par le système azalée) et c'est en gros ce qu'il met en
636 avant pour justifier son existence et son intérêt. Il dégage des résultats super intéressants
637 dans ces domaines-là. C'est à dire que sur le diabète, sur la tension et sur le sevrage
638 tabagique. Ça aussi sur le sevrage tabagique c'est quelque chose qu'on peut estimer. Soit ils
639 ont arrêtés, soit ils n'ont pas arrêtés. Je trouve que sur tout ce qui est patient chronique, la
640 prise en charge pluriprofessionnel est indispensable. Tout le monde le sait. Le message ne
641 passe jamais du premier coup. Il ne passe jamais par une seule personne. Il faut toujours qu'il
642 y ait plusieurs sources d'informations pour que le patient arrive à se convaincre que c'est bien
643 pour lui. Et il faut l'accompagner. Et ça le médecin il n'a pas toujours du temps pour
644 accompagner. C'est les autres professionnels qui font passer le message et ça fait un aspect
645 de millefeuille et petit à petit c'est comme ça que ça marche. Ça c'est le succès des maisons
646 de santé et le travail pluri pro par rapport au monsieur derrière un bureau qui va dire : "Bon il
647 faut arrêter de fumer parce que c'est mauvais pour la santé". Bon ok ça tout le monde le sait,
648 on s'en fout ça ne marche pas.

649
650 *Quand vous dites que les résultats sont hyper intéressants c'est par rapport au résultat avant*
651 *que l'infirmière azalée constate et avant l'installation du pôle ?*

652
653 Oui c'est ça.

654
655 *Si je vous demande de citer 3 réalisations phare du pôle de santé qu'est ce que ce serait ?*

656

657 3 réalisations phares ?!

658

659 *Oui des choses que vous avez mises en place au sein du pôle et que vous trouvez que c'est*
660 *vraiment bien ?*

661

662 Moi je trouve que les groupes d'éducation thérapeutique c'est très bien tel que ça a été fait.
663 Heu.... *réfléchit* qu'est-ce que je pourrai dire....

664

665 *C'est compliqué pour vous de répondre à cette question ? Parce qu'il y a trop de chose ?*

666

667 Ouai *rigole*. Oui c'est plein de petites choses. Est-ce qu'il y a vraiment quelque chose qui se
668 dégage. Moi je dirai que la collaboration avec l'infirmière azalée c'est vraiment quelque chose
669 de éminemment efficace. Globalement la collaboration, les séances d'éducation thérapeutique
670 et puis je dirai le fait d'être (pour parler globalement de la structure) maintenant reconnu
671 comme quelque part une structure de référence que ce soit par les différents institutionnels ou
672 même à travers la fac par rapport à ce qu'on peut faire pour la formation des internes, je pense
673 que ça c'est quand même aussi quelque chose d'important. Ça prouve qu'on a fait du bon
674 boulot. A partir du moment où le bouche à oreille a fonctionné et où les gens savent qu'il y a
675 quelque chose qui marche bien et que ça va jusqu'à Grenoble. Je dirai que ça c'est un élément
676 déterminant où on se dit qu'on n'a pas travaillé pour rien.

677

678 *Est-ce qu'il y a des choses à améliorer ou que vous pouvez mieux faire ?*

679

680 Il y a toujours des choses à améliorer. Peut-être sur d'autres pathologies. Là on a ciblé des
681 pathologies de malade chroniques etc. Là il faut peut-être voir élargir notre champ de
682 maladies. Là par exemple quelque chose qu'on a beaucoup réfléchi et qu'on a du mal à mettre
683 au point c'est le sport santé. On y contribue nous en n'en parlant ou gens mais c'est quelque
684 chose qu'on n'a pas réussi à mettre en place directement sur la MSP. On essaye de le faire
685 en partenariat avec les gens qui s'occupent de ça mais peut être qu'il faudrait initier dès le
686 départ. C'est à dire que les gens à la MSP puissent avoir un APA. Moi par exemple c'est
687 quelque chose qui me tient à cœur, je me dis que peut être dans les années à venir, les kinés
688 ou peut être la maison de santé, elle s'offre les services d'un APA pour mettre directement des
689 activités de sport santé pour certaines pathologies bien spécifiques avec des programmes
690 bien adaptés sur la maison de santé par exemple.

691

692 *C'est sont des nouveaux projets à mettre en place complémentaire à ce qu'il se fait déjà.*

693

694 Oui il y a de nombreuses choses à faire. Petit à petit on essaye d'améliorer ce qu'on fait mais
695 il faut aussi élargir le champ d'action. Et puis il y a quelque chose sur lequel on est en train de
696 réfléchir mais ça c'est l'étape suivante c'est le projet de CPTS et dans le cadre du projet de
697 CPTS il y a un élément qui va être déterminant c'est la collaboration avec l'hôpital. Et
698 notamment pour la gestion de ce que je vous parlais tout à l'heure, ces consultations inutiles
699 qui vont à l'hôpital. Il va falloir qu'on arrive à trouver un deal et une organisation qui nous
700 permette d'éviter ce nombre de consultation inutiles.

701

702 *Pour conclure, comment au quotidien vous conciliez votre vie professionnelle et votre*
703 *engagement au sein du pôle ?*

704

705 C'est ce que je vous disais tout à l'heure, c'était très compliqué pendant toute la mise en route.
706 D'abord sur le projet puis sur l'aménagement puis la mise en route de toutes ces structures.
707 Ça a été très chronophage, je n'ai pas compté les heures je pense qu'on a tous mis des milliers
708 d'heures dans l'affaire mais je dirai que maintenant on récolte un peu les fruits du travail qu'on
709 a fait. D'abord parce que notre organisation fait qu'au niveau des consultations on arrive à être
710 mieux organiser, moi j'ai des internes qui peuvent me permettre de "sous-traiter" certaines
711 consultations, le partenariat avec mes collègues, les remplacements et surtout la cerise sur le

712 gâteau c'est qu'on a de belle perspective d'installations de jeunes confrères dans les mois qui
713 viennent. Et ça c'est vraiment l'objectif qu'on s'était fixé : Créer un outil de travail et donner
714 envie. Et quand ces gens qui viennent. Ce sont des anciens internes, ils connaissent notre
715 façon de travailler et ils choisissent cette manière de fonctionner pour en faire leur exercice
716 professionnel. On se dit que quelque part que ce qu'on a fait on l'a fait dans le bon sens. Même
717 si c'est toujours perfectible, même s'ils en feront autre chose parce qu'ils auront envie de
718 travailler autrement mais globalement on a créé une base de travail qui est intéressante et qui
719 devrait se pérenniser. On sait que de toute façon vraisemblablement dans pas si longtemps
720 que ça, notre maison de santé restera quasiment le seul point d'ancrage de l'offre de soins
721 sur le secteur. Parce qu'autour ce ne sont que des cabinets isolés, ils sont en train de
722 disparaître les uns après les autres. On se dit que peut être que grâce à ça la population locale
723 continuera à bénéficier d'une offre de soins qui aurait vraisemblablement disparu si on ne
724 l'avait pas fait.

725
726 *En quoi le fait de faire partie d'un pôle de santé vous aide dans votre exercice au quotidien ?*

727
728 Quand je ne sais pas je demande à celui qui est à côté. *rires* C'est aussi simple que ça. Le
729 fait d'être en groupe c'est aussi un partage de compétence et quand on a des limites on peut
730 toujours aller demander au voisin s'il n'en sait pas un peu plus que nous sur un sujet.

731
732 *Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions*

733
734 Ce qui compléterait bien notre petit entretien c'est que vous veniez voir comment c'est
735 organisé, comment on a organisé nos locaux, comment on a organisé nos points de passages
736 entre l'infirmière et le médecin avec des portes coulissantes qui permettent de passer d'un
737 bureau à l'autre et cet aspect-là est important aussi pour comprendre la finalité de notre
738 fonctionnement.

1 Entretien 12 – Pharmacien SMH

2

3 *Quel est ton parcours et comment tu es arrivé au pôle de santé de Saint martin d'hères ?*

4

5 Je suis installé sur la commune de Saint Martin d'hères depuis 2003 avec un transfert de
6 l'officine en 2011. J'exerce dans un quartier populaire. Le local dont nous sommes partis a été
7 rasé car c'était des locaux complètement vétustes pour l'époque. Ensuite en 2016 à peu près,
8 un des médecins leadership du pôle est venu nous solliciter. La réflexion avait avancé de leur
9 côté. Jusqu'à présent ils travaillaient avec d'autres professionnels type infirmier ou d'autres
10 professions paramédicales mais il n'y avait pas de pharmacien donc il est venu nous voir car
11 il estimait que c'était quand même judicieux de travailler en collaboration.

12

13 Son approche était vraiment la bienvenue pour nous parce que c'était un moment pour nous,
14 entre autres ou notre profession était encore malmené avec des possibilités d'ouverture du
15 monopôle donc là concrètement on avait un médecin qui nous faisait confiance et qui nous
16 disait : "Votre travail et votre présence avec nous serait vraiment intéressant". Franchement
17 c'était valorisant. Donc moi j'y suis allé sans trop réfléchir parce que je trouvais que c'était une
18 marque de confiance très intéressante. L'approche de ce Leader était à un tel point et il m'a
19 fait tellement confiance que petit à petit, particulièrement il m'a demandé de prendre un petit
20 peu plus de responsabilité puisque le pôle était organisé sous forme d'une association loi 1901,
21 l'association préMed et il m'a demandé d'être secrétaire à un moment donné de cette
22 association donc j'étais sans m'en rendre compte à être impliqué et avoir des rôles qui n'était
23 pas anodins.

24

25 *Qu'est ce qui fait que tu t'es impliqué de plus en plus comme ça ?*

26

27 C'est vraiment la confiance et la mise en valeur de notre rôle de pharmacien parmi les
28 professionnels de santé autour d'un patient. Ça a été tellement valorisant pour moi. Pour une
29 fois qu'on nous dit que votre place est importante, ce que vous dites est important. Nous on
30 n'est pas conscient de ce qu'il se passe chez vous, c'est important qu'on sache ce qu'il se
31 passe chez vous. Je me suis dit "Mince effectivement c'est important, sans s'en rendre compte
32 on fait des choses importantes et il faut qu'on le fasse valoir". Mais ça tient certainement aussi
33 à la personne qui était leader qui malheureusement nous a quitté brutalement (il est décédé
34 en juin 2019). C'est une amertume très grande mais la vie malheureusement elle est comme
35 ça, elle a des bonnes et des mauvaises surprises.

36

37 Aujourd'hui ce qu'il se passe, l'association PréMed est en train de disparaître malgré la révision
38 de ses statuts en 2016 et déjà là elle disparaît parce qu'en fait elle est remplacée par une
39 CPTS. Parce que l'association PréMed n'est plus d'actualité, on élargit la collaboration
40 interprofessionnelle donc on est plus seulement sur la seule commune de Saint Martin d'hères
41 on élargit ça sur plusieurs communes de l'agglomération et on est sur une CPTS Sud-est de Grenoble.

42

43 Ma fonction de secrétaire de PréMed, elle perd un peu de sens parce que c'est la CPTS qui
44 prend le relais et surtout parce que au départ l'association c'était vraiment du bénévolat,
45 chaque professionnel passait du temps, prenait de temps, faisait du travail vraiment au départ
46 quasi bénévole et en fait les subventions petit à petit sont arrivées, sont tombé parce que le
47 gouvernement a vraiment misé sur ce travail interpro avec des financements derrières ce qui
48 a permis d'embaucher tout simplement un coordinateur de santé. Ce qui fait que mon poste
49 de secrétaire était complètement... mon rôle de petite secrétaire c'était vraiment au sein d'une
50 petite association artisanale je dirai *rires*. On faisait ça avec les moyens du bord et là ça
51 prend une ampleur qui est vraiment très professionnel par rapport à la dimension très artisanal
52 du début : je ne savais pas ce que c'était certaines fonctions, je ne savais pas ce que c'était
53 une AG, les convocations, toutes les modalités administratives qui gèrent une association.
54 Tout ça est maintenant géré par le coordinateur de santé plus une assistante de coordination.

55 Donc à tel point que ça a pris de l'ampleur et c'est très bien organisé aujourd'hui. Et il sait très
56 bien gérer. C'était géré avec les moyens du bord au moment où je suis arrivé.

57
58 *Comment ton rôle a évolué du coup au sein du pôle puisque que tu me dis que ton rôle a été*
59 *remplacé aujourd'hui par les coordinateurs. Comment tu définirais ton rôle aujourd'hui ?*
60

61 Ça c'est un peu plus complexe. Quand on se retire, c'est toujours compliqué de garder une
62 place avec un retrait. Le pôle a tout fait pour que ma place soit la même, soit aussi importante.
63 Maintenant à un moment donné j'ai été envahi par beaucoup de choses au niveau du pôle et
64 je n'arrivais plus car les tâches étaient quand même assez accaparantes. J'ai eu un
65 soulagement d'avoir libéré cette charge aux coordinateurs de santé et derrière je me suis dit
66 super, je vais pouvoir m'investir dans la mise en place d'atelier pratique pour que j'exerce
67 réellement en tant que pharmacienne, pour que je développe des ateliers en tant que
68 pharmacien au sein du pôle. Reste quand même la complexité qu'on soit 5 pharmaciens et
69 que de regrouper, d'avoir des idées communes à 5 pharmaciens, ce n'est toujours pas simple.
70 Pour plus de raisons qui peuvent être la personnalité de chacun, aussi bien des pharmaciens
71 que des autres gens du pôle.

72
73 Le pôle demande et attend que ça que les pharmaciens mettent un protocole, un projet en
74 place. On a lancé une ou deux idées et il était question juste avant le décès de notre leader
75 de mettre en route le protocole de dispensation type antibio pour une cystite au sein du pôle
76 mais ça n'a pas pu aboutir car le leader est parti et moi-même j'ai eu du mal à me réinvestir
77 personnellement suite à ce décès. Après j'ai voulu reprendre puis il y a eu la crise derrière
78 (COVID *ndlr*). Il y a eu beaucoup de choses personnelles et non-personnelles qui ont fait que
79 les protocoles n'ont pas pu aboutir.

80
81 *Pourrais-tu me de détailler un peu plus ces obstacles qui font qu'on protocole ou qu'un projet*
82 *comme ça ne se met pas en place ?*
83

84 De mon point de vue il était primordial si un protocole se met en place sur un territoire où il y
85 a plusieurs pharmaciens qui exercent, il était primordial que ce protocole soit équitable pour
86 tous. Qu'il ne mette pas en avant un pharmacien ou professionnel par rapport à un autre.
87 Certes il est normal qu'il y ait un professionnel qui soit investis, moteur etc mais ce n'est pas
88 pour autant pour se mettre en avant, disqualifier l'un ou pour porter préjudice à l'un par rapport
89 à l'autre. Alors dans ces protocoles on avait les 5 pharmaciens de Saint Martin d'Hères plus
90 une pharmacienne extérieure qui était pharmacienne au centre de pharmacovigilance et qui
91 était aussi rédactrice indépendante pour prescrire. L'idée c'était d'aller de l'avant avec elle,
92 qu'elle nous aide par exemple pour faire les bilans de médication... mais en même temps son
93 travail était important tout en préservant la place du pharmacien. Il n'était pas question que le
94 pharmacien d'officine soit écarté. Pour moi il était prioritaire que le pharmacien du patient, le
95 pharmacien x du patient y c'est le point d'ancrage prioritaire avec son médecin, son infirmière
96 etc. En fait moi le pôle m'a appris une chose que je garde toujours en tête : le patient au milieu
97 et tous les autres qui gravitent autour. Le patient il est là, il y a son médecin, son pharmacien,
98 son infirmier, son kiné, tous les autres professionnels et pour moi cette image elle est
99 prioritaire. On a chaque pharmacien, nos patients auquel on pouvait établir un protocole qu'on
100 pouvait reproduire. Les obstacles étaient là : trouver un protocole qui soit équitable pour tous.
101 Ce n'est pas simple. Là je pense que si Gilles Bonnefond m'entend (*président de l'USPO,*
102 *pharmacie où je travaillais durant l'entretien ndlr*), il pourrait me comprendre c'est on ne peut
103 pas mettre des choses en place qui mettent en avant un pharmacien dans le pôle. On en a un
104 qui fait de la PDA, il a investi dans une machine et il voulait mettre ça en avant. Mais si
105 pharmacien qui fait la PDA le fait, les autres n'ont pas les machines pour le faire donc c'est
106 défavorable pour les autres. Pour moi ce n'était pas un point sur lequel on pouvait travailler
107 malgré les effets bénéfiques de ce travail. Il était primordial que si on avançait sur un protocole,

108 il fallait que ce protocole soit reproductif pour tous. C'est peut-être l'obstacle le plus difficile à
109 surmonter.

110
111 *Quels étaient tes objectifs quand tu as décidé de t'investir en tant que secrétaire dans le pôle*
112 *de santé ?*

113
114 Je n'avais aucun objectif car je ne savais pas à quoi m'attendre. Comme je t'ai dit j'ai découvert
115 les tâches d'une secrétaire au niveau administratif. Ces tâches, je les ai découvertes sur le tas
116 donc je n'avais vraiment pas d'objectif. C'est le pôle qui est venu vers moi et qui m'a demandé
117 si je voulais bien parce qu'ils estimaient que pour la polyvalence des tâches c'était bien que
118 ça change un petit peu. Que le pharmacien puisse rentrer dans le bureau décisionnel etc.
119 Donc encore une fois je trouvais que c'était très honorable pour nous que on nous considère
120 comme ça. Je l'ai pris comme ça sans savoir ce qu'il y avait derrière.

121
122 *Du coup comment tu décrirais ton rôle du coup de secrétaire du pôle de santé ?*

123
124 Hou, comment le décrire ? ... un rôle de secrétaire à l'époque car il n'est plus du tout d'actualité
125 on est bien clair là-dessus. C'était pour moi un rôle essentiellement administratif de gestion
126 des réunions, de gestion de rappel de planning des réunions (tel jour n'oubliez pas rdv de telle
127 heure à telle heure, tel date notre AG, les convocations). C'est vraiment de l'organisationnel
128 sans oublier qu'en plus d'être secrétaire je faisais parti du bureau. Toujours l'association était
129 gérée par un bureau qui est décisionnaire donc on se réunissait toutes les 3 semaines pour
130 un petit peu la politique d'orientation de l'association. Tout ce qui a été la mise en route et
131 l'avancée dans l'intégration d'une CPTS, l'avancée dans l'embauche d'un coordinateur, tout
132 ça, ça a été via le bureau et le secrétaire. Donc le secrétaire je dirai que c'était vraiment
133 beaucoup plus des tâches administratives, le bureau c'était beaucoup plus un échange avec
134 autres membres du bureau pour des décisions politiques de l'association.

135
136 *Tu avais deux rôles au final. Et maintenant ton rôle tu le définirais comment ? Tu fais toujours*
137 *parti du bureau ?*

138
139 Non je n'ai pas voulu parce qu'en fait du coup. L'association a été remplacé. En fait si tu veux
140 pour pouvoir intégrer, percevoir des rémunérations et que les adhérents puissent percevoir la
141 rémunération de l'association il fallait basculer en SISA depuis 2019 je crois. Le souci pour
142 moi moralement c'est qu'adhérer moralement à une association n'est pas la même chose que
143 d'adhérer à une société comme la SISA. Cette adhésion pour moi elle engage une
144 responsabilité qui n'est pas la même que quand on s'engage dans une association. Ça à
145 l'époque le bureau de prémed l'avait entendu parce que ça n'a pas été forcément compris pour
146 quelle raison je ne voulais pas entrer dans la SISA. Si tu veux j'estimais que de mon côté on
147 avait suffisamment de responsabilité engagée dans notre officine et ça me rajoutait encore
148 d'autres responsabilités parce que dans une SISA il y a plusieurs adhérents donc j'étais co-
149 responsable avec les autres adhérents. S'il y en a un qui dérape, on dérape avec lui pour
150 simplifier les choses. Pour l'instant il n'y a pas de raisons que ça dérape mais on ne sait pas
151 qui on peut croiser sur le chemin. Au jour J on a démarré avec un leader qui maintenant n'est
152 plus là, les choses peuvent vite changer.

153
154 Je suis rentré malgré tout dans la SISA après une longue réflexion mais je ne suis pas dans
155 le conseil de gérance de la SISA. Le conseil de gérance de la SISA c'est un petit peu le bureau
156 de notre ancienne association préMed. Aujourd'hui je suis un membre comme tout autre
157 membre qui peut avoir un projet porteur et je suis consciente que l'équipe n'attend que ça que
158 j'aille vers un projet que j'aille vers l'avant mais il fallait que je digère le décès de l'ancien leader
159 et en plus de ça il y a eu la crise COVID qui mis un coup d'arrêt dans tout autre projet.

160
161 *Attendais-tu quelque chose du pôle en échange de ton investissement ?*

162
163 Non parce que pour moi déjà le fait qu'on soit venu vers moi en me disant "Vous êtes important
164 pour la prise en charge d'un patient", c'était quelque chose qui était tellement énorme pour
165 moi, c'était déjà bien mais c'est dommage que je m'arrête à ça car on peut aller beaucoup plus
166 loin. C'est vrai qu'aujourd'hui quand je vois Gilles Bonnefond l'énergie qu'il a, moi je n'ai pas
167 eu suffisamment d'énergie pour tenir le pôle de l'activité à l'officine plus monter d'autre projet
168 à côté. Pour l'instant la charge de l'officine ne me permet pas de me libérer suffisamment.
169 Donc est-ce que j'attendais plus, non, mais c'est envers moi-même que je n'attends plus, pas
170 envers le pôle. Je ne sais pas si c'est clair.

171
172 *Je vais essayer de reformuler pour être sûr que j'ai bien compris mais pour toi, ce que tu as*
173 *fait en tant que secrétaire et dans le bureau, c'est en dessous de mener un projet de santé ?*
174 *C'est comme ça que tu le vois ?*

175
176 Non, qu'est-ce que tu définis toi comme un projet de santé ? Explique-moi.

177
178 *Je ne sais pas tu me disais que vous essayez de monter un projet ensemble avec les 5*
179 *pharmaciens...*

180
181 Alors un protocole qui intègre les pharmaciens, ce n'est pas forcément un projet de santé. Un
182 protocole qui intègre le pharmacien comme acteur, qu'il puisse avoir une rémunération pour
183 un protocole donné. C'est là que pour pleins de raison je n'ai pas réussi à affronter tous les
184 obstacles qu'on a rencontré parce que tu vois même avec l'ancien leader on n'a pas pu aller
185 au bout de ce protocole de dispensation sans ordonnance pour un pharmacien. C'est à dire
186 qu'un patient vient se présenter pour des troubles proches d'une cystite, le pharmacien pouvait
187 faire un test et délivrer derrière une Fosfomycine, on était parti sur ce type de protocole. Même
188 l'ancien leader a été confronté à des obstacles à ce moment-là mais bon peu de temps après
189 il est parti mais je n'ai pas pu aller au-delà, j'ai eu assez d'énergie pour aller jusqu'à cette
190 phase là et personnellement je n'ai pas digéré ce décès brutal et je n'ai pas eu assez d'énergie
191 pour tout de suite rebondir et repartir dessus.

192
193 Maintenant en tant que secrétaire et membre du bureau, je n'avais pas les mêmes tâches ce
194 sont deux choses différentes. Ca n'a absolument rien à voir. Ce sont des rôles administratifs,
195 politiques alors que les autres rôles en tant que meneur de projet ou en tant qu'adhérent avec
196 un projet c'était vraiment pour du concret, un protocole pratico-pratique. On trace le parcours
197 d'un patient qui rentre dans l'officine, qui est pris en charge par un pharmacien, qui du fait qui
198 soit adhérent à un pôle peut proposer une réponse différente qu'un pharmacien qui ne fait pas
199 parti d'un pôle pluri professionnel. Ce sont deux choses concrètement différentes.

200
201 *Maintenant on va quitter un peu la sphère de ton investissement personnel au sein du pôle car*
202 *j'aimerais te demander qu'est-ce qui fait qu'un pôle de santé s'est monté sur SMH selon toi ?*

203
204 Le pôle de santé c'est vraiment une histoire de personne. C'est cette association avec ce
205 médecin en particulier et son investissement qui était énorme un peu à la Gilles Bonnefond. Il
206 y a des personnes qui vont avoir des investissements énormes et une énergie énorme. C'est
207 ce médecin qui a réussi à être entouré par d'autres professionnels comme lui pour combler
208 ses inégalités que la population pouvait vivre face à des problèmes de santé.

209
210 *C'est vraiment un leader qui a décidé de rassembler des gens pour répondre aux besoins de*
211 *la population.*

212
213 C'est exactement ça.

214
215 *C'est ce qui fait que le pôle de SMH s'est formé ? C'est dans cet objectif-là ?*

216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269

En quelque sorte. Alors je ne peux pas répondre à la place de ceux qui ont formé le pôle car nous on est arrivé après. Le pôle de santé a été, au tout début tout début (l'association a existé dans les années 80) pour faire face au HIV. Après le HIV c'était d'autres pathologies. On est très touché par le diabète dans notre secteur parce qu'on a une population émigré maghrébine où le diabète a un impact important donc on a eu d'abord le HIV ensuite le diabète et ensuite pleins d'autres pathologies qui ont été soulevé et en fait, ils sont parti d'un constat, d'une étude, du travail de Wilkinson (je ne sais pas si ça te parle) qui dit qu'une personne qui vit dans un secteur défavorable tu as tant de chance de développer une pathologie, tu habites dans un secteur plutôt favorable tu as beaucoup moins de chance de développer des pathologies donc partant de ce constat, c'était leur bataille.

Par rapport à l'organisation du pôle de santé, comment concrètement il fonctionne. Comment sont prises les décisions ?

Aujourd'hui il y a deux entités, l'association Préméd qui tend à disparaître remplacé par la SISA et son conseil de gérance. On est une quarantaine de professionnel de santé adhérent avec 6 personnes au conseil de gérance de façon à ce que quasi l'idée c'était quand même qu'au conseil de gérance il y est un représentant de chaque profession donc il y a une pharmacienne qui n'est pas moi-même, il y a plusieurs médecins, un kiné, je crois qu'il y a des infirmières. Je ne saurai pas te dire précisément quelle profession est représenté et quelle profession n'est pas représenté. Cette SISA gère les professionnels de SMH et s'est greffé avec depuis fin 2019 la création de la CPTS Sud-Isère et là c'est quelque chose que je maîtrise très peu, le coordinateur t'en parlera bien mieux si t'as besoin d'en savoir plus. Là, on est étendu à plusieurs commune, plusieurs professionnels de plusieurs communes qui travaillent ensemble.

Qu'est ce qui est important pour toi dans le fonctionnement du pôle de santé ?

L'humain, l'humain, l'humain. Moi ce qui m'a fait aller vraiment dans le pôle et aller très vite c'est la personne humaine qui croit en nous. C'est l'humain qui est en face et c'est le respect des autres. C'est la chose qui m'a fait vraiment rentrer. C'est le respect des uns et des autres de chaque professionnel. C'est le respect du métier de chacun. Autant à un moment donné les infirmières je les entendais dire "Oui mais non on ne nous écoute jamais". Moi je me suis dit : "Tiens c'est bizarre normalement c'est nous qui disions que les pharmaciens on ne nous écoute jamais" Tu vois, cette liberté de parole a été respectée et il y aura que ça qui fait que l'interpro peut fonctionner. C'est le respect de la profession de chacun autour du patient.

Parce que de quelle manière, elle se passe cette collaboration concrètement ?

Concrètement il y a des protocoles, il y a des séances d'éducation thérapeutique qui font intervenir des médecins, des infirmières, des psychologues et pourquoi pas des pharmaciens même si pour l'instant ce n'est pas le cas. Il y a aussi des séances de prise en charge non médicamenteuse qui vont permettre d'ouvrir et de donner des soins de diététiques, de psychologue auprès de personne qui n'ont pas les moyens de le payer.

Les actions du pôle sur le terrain, elles sont très grandes. Il y a une aide administrative pour toute personne qui a du mal à gérer ses droits. Il y a une aide médicale par le fait que dès qu'une personne a besoin d'une consultation il faut qu'elle ait quelqu'un qui puisse la consulter, qu'elle ne soit pas face à un désert médical. Qu'elle puisse mieux comprendre et mieux gérer sa pathologie avec des ETP.

D'accord la collaboration est multiple et se passe autour de chaque programme que le pôle met en place.

270
271 La liberté de ce pôle c'est que chaque personne qui a une idée peut venir, peut la présenter.
272 Moi par exemple comme je te disais tout à l'heure, on a l'idée, on voit toujours moi le samedi
273 une patiente qui vient le médecin n'est pas joignable qui a une infection et qui me demande le
274 fameux sachet de Fosfomycine. Plutôt que de le faire en douce comme des fois on peut le
275 faire alors que ça ne devrait pas être fait c'est de le formaliser et de le tracer. D'autres
276 personnes vont te dire, l'infirmière va te dire qu'elle fait des choses, prend en charge des
277 choses qu'elle ne devrait pas prendre et aimerait bien que ce soit tracé. Je fais des choses
278 auprès des patients (les séances d'ETP par exemple), j'aimerais mieux que ce soit tracé. Le
279 kiné va te dire, moi il y a des séances d'ostéopathie qui ne sont pas prises en charge, j'aimerais
280 bien que ce soit pris. Il y a d'autres qui vont te dire moi l'acupuncture pourrait faire du bien
281 parce que ça a été prouvé. L'acupuncture peut faire du bien à certaines personnes mais ce
282 n'est pas pris en charge. Chacun peut avoir un projet, le présenter, le mettre en place et il faut
283 passer les étapes ensemble avec le coordinateur et si ça va au bout c'est mis en place et c'est
284 parti

285
286 *Qu'est ce qui fait qu'une personne va s'impliquer dans ce genre de protocole ou de*
287 *programme ?*

288
289 C'est personnel, chacun a son point d'intérêt personnel qui lui tient à cœur. Moi je crois en mon
290 idée. Moi je vous présente ça car je suis sûr que ça a du sens. C'est pour ça que le conseil de
291 gérance est là, qui écoute, le coordinateur est là qui va dire là c'est judicieux, là ce n'est pas
292 judicieux. Nous à un moment donné il était question d'échanger autour du bilan de médication
293 aussi. Mais bon le bilan de médication étant déjà rémunéré par la CPAM on ne voyait pas
294 comment rajouter ça et puis l'idée avant tout c'est que tout travail soit rémunéré parce que à un
295 moment donné on a fait beaucoup en bénévolat mais ce n'est pas gratifiant. On veut bien y
296 croire, y mettre beaucoup d'énergie mais c'est bien qu'on soit reconnu et qu'on nous dise ok
297 votre travail a du sens, c'est gratifiant on vous rémunère pour ça. Et pourquoi l'intérêt c'est
298 parce que je pense que chacun a son idée derrière qui a du sens ou pas et derrière le pôle suit
299 ou ne suit pas.

300
301 *On a parlé des obstacles à l'image de ce que tu me disais pour le programme avec les 5*
302 *pharmaciens avec le but de trouver une équité dans le but que tous les professionnels puissent*
303 *en profiter...*

304
305 ... c'est moi qui te dis ça toute seule hein ? *rires

306
307 *Oui tout à fait mais quels sont les obstacles à cette collaboration entre professionnel d'une*
308 *manière plus globale ?*

309
310 Parfois malheureusement les intérêts personnels passent en avant et ça c'est un obstacle énorme
311 pour moi, ce n'est pas acceptable pour moi parce qu'on rentre dans un groupe de travail de plus
312 de 40 et on ne peut pas mettre une personne en avant. C'est impossible. La seule personne qui
313 est à mettre en avant c'est le patient ce n'est pas nous. Le travail en solitaire est un obstacle
314 déjà. Nous en tant que 7 pharmaciens sur le secteur c'est... on est confrère et consœurs mais à
315 un moment donné il faut éviter tout risque de concurrence indirecte, ça peut être un obstacle.
316 Quelque chose qui peut amener une concurrence. Si je fais quelque chose ce n'est pas dans le
317 but de récupérer des patients d'une autre pharmacie. Pour moi ce n'est pas possible, il faut
318 qu'on respecte le parcours du patient comme il est au départ. Il me semble que, oui, l'intérêt
319 personnel et la concurrence entre pharmacien peut être un obstacle.

320

321 *J'ai une autre question qui me revient par rapport à ce qu'on a dit un peu plus tôt, alors que*
322 *t'étais plutôt défavorable à la base, qu'est ce qui fait que t'as rejoint quand même la SISA ?*

323
324 Parce que le principe de cette collaboration je ne pouvais pas le lâcher. J'adhérais tellement à
325 cette collaboration entre professionnel. J'ai passé outre, j'ai pris le risque que je ne voulais pas
326 prendre. Tant pis j'ai accepté le risque. A un moment j'espérais que par les moyens comptables,
327 réglementaire, ce risque puisse être écarté mais malheureusement les lois ne l'ont pas fait. Je
328 ne pouvais pas lâcher comme ça c'était abandonner le navire donc j'ai dit tant pis pour le risque.

329
330 *Qui peut être à l'origine d'un programme, d'un protocole ? Et pourquoi cela se crée ?*

331
332 Alors comment ça se passe. Comme je t'ai déjà un petit peu expliqué, quand on a l'idée d'un
333 protocole comme j'ai pu te dire pour l'acuponctrice et les séances d'acupuncture par exemple.
334 Il y a des séances de littératie en français (c'est mieux apprendre le français parce qu'on a des
335 soucis de communication chez certains patients). On a de la psychologie positive, on a des
336 ateliers de danse thérapie donc beaucoup de choses, on est ouvert à tout, tout peut être
337 éventuellement validé. Le tout c'est d'arriver avec une idée en tête, de solliciter le coordinateur
338 et de voir qui veut bien travailler avec nous et de lancer avec le coordinateur qui veut bien aider
339 pour tout ce qui est des montages de projet car ça avant on le faisait nous-même mais maintenant
340 c'est tellement complexe. On a vraiment quelqu'un qui est professionnel dans ce sens-là, qui
341 nous aide à monter le projet.

342
343 *Il y a eu beaucoup de nouveaux membres au sein du pôle qui sont rentrés ? Et comment se*
344 *passé cette procédure de recrutement ?*

345
346 Oui, ça a été une grande réflexion. En fait l'association quand je suis arrivé comme je
347 t'expliquais il y a eu une restructuration avec des statuts qui ont été revus et les derniers statuts
348 ont établis 4 collèges. Un collège de membre adhérent : le collège 1. Ensuite un collège 2, ce
349 sont des membres qui adhèrent mais qui ne signe pas de convention avec la CPAM parce qu'il
350 fallait signer une convention pour pouvoir avoir des rémunérations (à l'époque ça fonctionnait
351 comme ça). Tous les membres du collège 1 étaient signataire et adhérent à la convention et les
352 membres du collège 2 c'était des adhérents mais non signataire de la convention. C'était par
353 exemple des médecins qui ne voulaient pas avoir l'obligation d'avoir à fournir des réponses à
354 des demandes de patient pour le samedi par exemple ou le soir en fin de journée.

355 Ensuite il avait le collègue 4, c'était les associations qui pouvaient être partenaires, qui
356 pouvaient aider le pôle et le collègue 3 c'était les patients qui pouvaient faire partie du pôle. Dans
357 les associations partenaires pour te citer des exemples, il y avait la mairie tout simplement.
358 Cette idée a été reconduite avec la SISA. Il y a toujours ces 4 collèges : Le premier collège
359 d'adhérent qui est vraiment partie prenante du pôle, le collège 2 qui est là mais qui en fait est
360 surtout là pour faire bénéficier aux patients de ce que le pôle peut proposer. Collège 3 donc là
361 c'est les patients qui ont un rôle important et qui sont présent au conseil d'administration qui
362 sont là et qui prennent position dans les choix du conseil d'administration et le collège 4 les
363 associations partenaires.

364 *On peut adhérer à plusieurs niveaux en fait ?*

365 Tout à fait. Avec des implications différentes notamment pour les professionnels avec le collège
366 1 et le collège 2. Par contre pour adhérer au collège 1 au début, quand l'association existait,
367 pour adhérer au collègue 1 il fallait faire la demande au président. Un courrier. On n'était pas

368 très nombreux. A peine une trentaine. Après on a dit ça suffit parce qu'on se demande pourquoi
369 une personne rentre ? Est-ce qu'elle n'a pas des intérêts personnels pour rentrer ? Du coup on
370 a dit bah non il faut peut-être réfléchir à ce que toute personne qui rentre passe un an en collège
371 2 pour voir son implication avant de faire sa demande de rentrée en collège 1 parce que à un
372 moment donné, beaucoup de personnes rentrent et on se demandait la pertinence de rentrée des
373 uns et des autres.

374 *Il y a quand même une recherche d'essayer de sélectionner les rentrées.*

375 Oui de pas inviter qui que ce soit. Au début oui on acceptait tout le monde parce qu'on n'était
376 pas nombreux.

377 *Et pourquoi sélectionner du coup ?*

378 Bah je pense qu'on se posait la question si certains ne rentraient pas par propre intérêt ou pour
379 juste voir ce qu'il se passe et éventuellement fuir des choses tu vois ce que je veux dire ?

380 *Non, ce serait quoi ?*

381 Là ça relève vraiment de la politique et c'est très confidentiel ce que je te dis. C'est-à-dire des
382 choses qui peuvent être mises en place au sein du pôle, faire fuir les bruits ailleurs. Quelque
383 part ailleurs si on entend qu'il y a ce projet qui se fait ici, houla la vite on prend cette idée car
384 il ne faut pas que ce soit pris par quelqu'un d'autre ça devient du politique là tu vois ce que je
385 veux dire ?

386 *Mais du coup, je suis peut-être naïf ou j'ai du mal à imaginer mais en quoi une idée naissante
387 à SMH, c'est une mauvaise idée si on la vole et qu'on la fait ailleurs ?*

388 Et bin c'est un peu comme un projet qui n'a pas de brevet. Tu montes quelque chose qui n'a
389 pas encore de brevet. Mais c'est toi qui le montes. Si quelqu'un te le pique et le fait à ta place.

390 *On va reconnaître ceux qui l'ont mis en place alors que ce n'est pas forcément eux qui ont eu
391 l'idée, ils l'ont juste piqué ailleurs c'est ça ?*

392 Voilà. Encore une fois c'est vraiment personnel tout ce que je te dis. C'est de la politique. C'est
393 l'aspect le moins intéressant, ce qui me refroidit le plus. Heureusement qu'il y a des personnes
394 qui sont un peu plus fortes dans ce domaine que d'autres. Tu as bien compris que ce n'était pas
395 mon domaine fort *rires*.

396 *Est-ce qu'ils sont évalués les programmes, les protocoles qui sont mis en place ?*

397 A l'époque quand j'étais dans l'association, il fallait rendre, faire un traçage de ce qui a été fait
398 à l'ARS. Parce que les subventions arrivaient par l'ARS. Derrière il y a toujours des études qui
399 disent ça marche parce qu'on fait ça. L'idée derrière c'est qu'il y ait des comptes rendus. Les
400 médecins du pôle font faire des thèses aux internes en médecine. Toi par exemple tu pourrais
401 t'intéresser à ça. Tous ces travaux peuvent être tracés et montrer leur efficacité par des travaux
402 de thèse soit effectivement les porteurs de projets peuvent dire on a fait tant de séance d'ETP
403 et celle qui ont fait de l'ETP n'ont pas été hospitalisés par comparaison. On pourrait faire des
404 travaux de thèse dessus.

405 *Concrètement ce serait quoi les critères de bon fonctionnement d'un pôle de santé ? (On est*
406 *interrompu par une urgence à son officine, elle revient 2min plus tard et je lui repose la*
407 *question).*

408 Aujourd'hui comment on évalue la performance ? Comment on évalue la performance ou
409 comment moi je l'imagine ?

410 *Qu'est ce qui fait que quelque chose qui est mis en place par le pôle de santé pour toi c'est*
411 *efficace ?*

412 Moi je suis un petit peu scientifique dans ce sens-là c'est un petit peu comme la chloroquine,
413 tout le monde disait que ça marchait, ça marchait, ça marchait et en fait quand on fait les études
414 tracés, corrects, on se rend compte que ça ne marche pas. Moi c'est un peu pareil. Pour moi le
415 seul moyen pour voir si des choses marchent il faut une étude tracée. Il faut dire avant de faire
416 ça, il y avait ça, après avoir fait ça, il y a ça. Alors il faut prendre un critère, est ce que c'est
417 l'hospitalisation. Il faut prendre un critère et dire ce critère avant d'avoir fait ça combien d'effets
418 néfastes on avait et après avoir mis en place les choses, combien d'effets néfastes on a ? Il y a
419 que ça.

420 *La comparaison par rapport à avant en fait ? Mais du coup va forcément prendre du temps ?*

421 Complètement. Il faut un minimum d'un recul d'un an c'est certain.

422 *Ou se situe pour toi le pôle de SMH dans cette vision que t'as de la performance et de*
423 *l'efficacité ?*

424 Je pense qu'ils sont pas mal car le pôle de SMH est un pôle universitaire entre autres donc il y
425 a beaucoup d'investissement dans le pôle de recherche donc comme je t'expliquais il n'y a pas
426 de mal de thèse d'interne en médecine qui se font autour de pôle avec les projets du pôle donc
427 je pense qu'il est plutôt bien placé. Avec un recul plutôt critique sur les résultats, ce n'est pas :
428 Je suis sûr que ça marche donc ça marche.

429 *Si je te pose la question des 3 réalisation phares du pôle de santé, c'est quoi à tes yeux ?*

430 L'ETP c'est quand même pour moi quelque chose d'important. Heu...Le projet impact car le
431 fait de proposer des alternatives non médicales au patient, de l'aide administrative ou comme
432 je t'ai déjà dit de la littération en santé. Il y a un projet qui est vraiment super qui a été mis en
433 place pour la vision c'est pour la sensibilité aux écrans. Il y a un projet qui a été mis en place
434 avec des spectacles, avec des chansons dans toutes les écoles maternelles de la commune, c'est
435 un projet qui est vraiment chouette.

436 *Pourquoi tu me cites ces programmes. Tu me cites à la fois l'ETP qui est très médical et*
437 *scientifique etc et à la fois tu me cites Impact parce que ça apporte des solutions non médicales.*

438 Parce que dans le secteur ou on est, pas que dans le secteur d'ailleurs, un patient n'est pas
439 qu'un malade. Un patient n'a pas juste une pathologie. Un patient est un patient avec sa
440 personnalité et ça il faut vraiment qu'on s'en rappelle, nous les premiers au comptoir. Un
441 patient est une personne, elle n'est pas que porteuse d'une pathologie. Sa pathologie fait
442 partie d'elle-même mais il faut la prendre dans sa globalité, vraiment. Nous aussi en tant que
443 pharmacien il faut qu'on l'ait en tête au comptoir. Ce patient va vivre sa pathologie d'une
444 manière qu'une même pathologie va être vécu d'une autre manière par un autre patient.

445
446 *C'est pour ça que tu me cites l'ETP et Impact en fait, on se recentre autour du patient.*
447
448 Oui et tous les acteurs sont autour de lui. La diététicienne, le pharmacien, la psychologue etc
449
450 *C'est ce qui fait que ces programmes sont réussis pour toi, c'est qu'il remplisse cette mission-*
451 *là ?*
452
453 A mes yeux oui.
454
455 *Pour finir comment t'as concilié ton exercice professionnel et ton engagement au sein du pôle ?*
456
457 C'est ce qui a été le plus compliqué. C'est ce qui m'a pris beaucoup d'énergie. Ce n'est pas
458 facile, il faut trouver le temps entre les deux. C'est ce qui fait qu'à un moment j'ai pris un peu
459 de distance car ça me prenait beaucoup de temps.
460
461 *Comment t'as fait, comment tu t'es organisé ?*
462
463 C'était sur mes jours de repos, tout simplement. Mon temps de repos était pour le pôle. Ce
464 qui ne devrait pas être le cas. Logiquement aujourd'hui toute personne qui rentre dit qu'il ne
465 faut pas fonctionner comme ça. Moi quand je suis rentré j'ai fonctionné comme ça. Il faut que
466 je fasse attention si je repars dans un projet ou quelque chose, il ne faut pas que je le prenne
467 sur mon temps de repos parce qu'effectivement à un moment on s'épuise.
468
469 *Et le fait de faire partie du pôle ça t'a aidé dans ton exercice de pharmacien ?*
470
471 Oui je trouvais que c'était plus facile car face à un patient, quand il savait qu'on travaillait en
472 collaboration avec le médecin, la personne en face de nous nous faisait encore plus confiance.
473 Ça nous aidait dans la relation avec les patients et notre travail avait encore plus de sens.
474
475 *Merci beaucoup pour le temps accordé*

Entretien 13 – Pharmacien - SMH

1 *Depuis combien de temps exercez-vous là et comment êtes-vous arrivé à intégrer le pôle de*
2 *SMH ?*

3

4 Alors moi ça fait 20 ans que je suis sur SMH. Par contre l'intégration du pôle elle doit dater de
5 5-6 ans à peu près. La date exacte je l'ai plus mais ça doit être à peu près ça. C'est le président
6 du pôle qui à l'époque qui nous avait contacté, voir si on voulait faire partie du pôle et il nous
7 avait présenté l'esprit du pôle. On y a adhéré à partir de là.

8

9 *Qu'est ce qui a fait que vous avez intégré le pôle ? L'esprit du pôle ?*

10

11 Oui, c'est le fait de travailler en coordination avec les professionnels de santé du pôle pour le
12 bénéfice du patient. La coordination et mener des actions effectivement pour lutter contre les
13 inégalités de santé qui sont assez présentes sur le territoire de SMH entre autres.

14

15 *Vous en aviez entendu parler avant ? Ou c'est vraiment le fait qu'on vienne vous démarcher*
16 *qui vous a fait intégrer le pôle ?*

17

18 Pas vraiment.

19

20 *Donc vous avez intégré le pôle. Qu'est-ce que vous y faites ?*

21

22 Donc moi, le pôle santé au début c'était une association qui va être dissoute si j'ai bien tout
23 compris parce que moi en terme administratif je ne suis pas très calé. Maintenant c'est une
24 SISA et moi je suis co-gérante.

25

26 *Qu'est-ce que ça veut dire concrètement co-gérante ?*

27

28 En fait, on vote certaines décisions. Dans l'organisation il y a des réunions plénières avec tous
29 les membres du pôle où sont soulevés des problèmes, où on sonde un peu les orientations et
30 ce qui serait à mettre en place. Au niveau du conseil de gérance, on se réunit une fois par mois
31 et on vote et on prend des décisions en fait.

32

33 *Vous êtes vraiment dans la gérance de la structure en fait ?*

34

35 Oui. Sur les projets, sur l'acceptation des projets. Alors ce n'est pas (on est combien en conseil
36 de gérance, il y a une orthoptiste, une infirmière, un médecin, le président du pôle, il y a un
37 orthoptiste et un médecin qui ne sont pas co-gérant mais qui participe au conseil de gérance,
38 voilà), toutes les décisions prises sont en général discuté avant en plénière, ce n'est pas des
39 sujets qui n'ont jamais été soulevés ou qui ne sont pas porté à connaissance des autres
40 membres du pôle.

41

42 *Qu'est ce qui fait que vous ayez accepté ce rôle de co-gérant ?*

43

44 J'ai été sollicité au départ par la coordinatrice, qui juste avant qu'elle parte, quand le conseil
45 de gérance s'est formé, elle sondait un peu tout le monde et elle souhaitait que ce soit

46 représenté par plusieurs professions donc moi elle m'avait sollicité et j'ai dit oui *rires*. Au
47 départ elle m'avait dit c'était une réunion 2/3 fois par an mais non c'est une fois par mois donc
48 c'est plus soutenu que ce que je pensais mais finalement ça se passe bien.

49

50 *Qu'est ce qui fait que vous ayez eu envie de le faire ?*

51

52 Bah moi j'étais déjà impliqué... bah c'était pour participer et puis voilà moi au niveau du pôle
53 j'étais aussi impliqué dans le projet impact. Impact c'est plusieurs projets pour lutter
54 justement contre les inégalités sociales de santé et notamment moi je suis intervenante
55 clinique d'appui c'est-à-dire que je peux recevoir des patients et les suivre et leur proposer
56 des activités, soit l'intervention du médiateur en santé pour l'aider dans tout ce qui est
57 administratif et après pour une sortie d'isolement on va dire.

58

59 *Vous avez une double casquette du coup entre la gérance et cette implication dans el projet*
60 *impact ?*

61

62 Oui, oui, oui. Ce projet impact en fait a été pendant une période un état de test et là justement
63 ce matin on a eu une autre réunion pour le faire redémarrer parce qu'en fait les protocoles
64 n'étaient pas très défini ou alors il y avait eu des relâchements donc là on a remis tout à plat
65 dans cette réunion ce matin pour essayer de repartir et de redynamiser en fait cette prise en
66 charge des patients. Alors on a un médiateur en santé qui lui prenait bien en charge tout ce
67 qui était problème administratif mais tout le reste on avait un petit peu laissé tomber donc
68 moi j'avais plus vu de patient depuis Automne 2019 quoi. Mais c'est un projet qui va repartir.

69

70 *Qu'est ce qui fait que ça s'était essoufflé un petit peu ?*

71

72 En fait le président du pôle est décédé il y a un an subitement et c'est lui qui était porteur
73 quand même de ce projet, qui l'avait initié, qui l'avait porté. Il y a eu toute une période un peu
74 de flottement pour se réappropriier les choses et puis pour avoir envie de continuer et puis de
75 le structurer quoi. Il y a aussi le fait qu'on est tous des professionnels de santé avec nos
76 cabinets, pharmacie ou autres et que s'il n'y a pas un élément, moteur, référent on a du mal
77 à redémarrer, ça s'essouffle quoi. Il faut que les choses soient bien structurés, qu'il y ait une
78 bonne coordination et que le cheminement du patient soit défini pour que ça fonctionne parce
79 que sinon on perd pied, on va au plus rapide, c'est-à-dire accès au droit puis voilà mais après
80 tout le reste... il y a des ateliers aussi mis en place pour les sorties d'isolement qui sont des
81 fois la psychologie positive, l'activité physique adapté, l'art thérapie, la littérature en santé.
82 Tous ces ateliers en santé il faut aussi qu'il soit bien ficelé et programmé et puis voilà tout ça
83 demande des réunions, des suivis ce qui a manqué un peu suite au décès de ce leader et en
84 début d'année avec toutes ces histoires de virus.

85

86 *On a parlé de tes investissements personnels en tant que membre du conseil de gérance et au*
87 *sein du projet impact, quels sont les différentes manières de s'impliquer au sein d'un pôle de*
88 *santé ? Quels sont les niveaux d'investissements qui peuvent exister ?*

89

90 Après on peut être plus dans l'exécution c'est-à-dire utiliser ce que propose le pôle santé pour
91 les patients c'est-à-dire une meilleure orientation sur les différents projets proposés et puis
92 on peut utiliser ce qui est proposé en étant membre du pôle. En faire bénéficier les patients

93 que l'on côtoie. Ça, c'est l'utilisation après on peut participer à des projets ou être porteur de
94 projet. Moi je dirai que je participe au projet, je ne suis pas à l'initiative, porteuse du projet.
95 Mais par contre je participe.

96

97 *Oui au sein d'un projet il y a différent niveau ?*

98

99 Oui il y a ceux à l'initiative, ceux qui constituent le dossier parce qu'en fait ces projets le but
100 aussi c'est qu'ils soient subventionnés quoi. Reconnus et subventionné. Parce que les
101 intervenants pour les ateliers il faut les payer, le médiateur en santé il est salarié du pôle.

102

103 *Concrètement votre implication elle se matérialise comment ? Comment vous vous organisez*
104 *pour faire tout ça et votre métier de pharmacien ?*

105

106 Matériellement moi je le case dans mes horaires de travail. C'est-à-dire que quand je reçois
107 des patients en tant qu'intervenante clinique d'appui (ICA), je le fais sur mes horaires de
108 travail. Alors ce n'est pas très loin c'est dans la rue... on a des locaux en fait qui s'appellent le
109 REP'HERES je ne sais pas si ça ils vous l'ont dit et dans ces locaux il y a le secrétaire du pôle, le
110 médiateur et le coordinateur. Il y a aussi une salle dans laquelle on peut faire des réunions
111 mais dans laquelle on peut aussi recevoir des patients et faire quelques ateliers.

112

113 *Vous ne recevez pas à la pharmacie ?*

114

115 Non il faut vraiment que ce soit strictement séparé, je ne me présente pas non plus en tant
116 que pharmacienne. Dans les ICA pour l'instant on est 4, il y a une kiné, une infirmière, une
117 diététicienne et moi.

118

119 *Pourquoi vous ne vous présentez pas en tant que pharmacienne ?*

120

121 Parce que ce n'est pas ma casquette de pharmacienne qui est recherché en fait. En fait quand
122 on fait un bilan pour un patient, on cherche à savoir son environnement social, économique,
123 familial et clinique aussi mais pas que clinique. Puis en plus personnellement je pense que je
124 crois que je n'aurai pas le droit. Alors forcément c'est SMH donc il y a des patients qui savent
125 que je fais ça mais ce n'est pas une publicité. Ne faudrait pas que ce soit pris comme ça.

126

127 *Vous considérez ce que vous faites comme quelque chose en plus de la pharmacie ou comme*
128 *quelque chose de totalement différent ? *silence* Je ne sais pas si ma question est claire, ça*
129 *fait partie de votre métier de pharmacien ou c'est quelque chose en plus ?*

130

131 Là ça fait partie de mon métier de pharmacien à SMH du coup je l'intègre. Alors ça fait partie
132 de mon activité de professionnel de santé on va dire.

133

134 *Et est-ce que vous attendiez quelque chose de votre investissement dans le conseil de gérance,*
135 *dans impact. Qu'est-ce que vous attendiez dans le fait de s'investir là-dedans ?*

136

137 Ha bah moi ce que j'attends c'est le bénéfice pour les patients et pour la population.
138 Personnellement je n'attendais pas... après c'est la satisfaction de voir les ambitions mais le

139 bénéfique il est palpable déjà dans le fait de mieux se connaître entre professionnel de santé,
140 dans tout ce qui est coordination mais tout ça dans le bénéfice de la santé du patient quoi.

141

142 *Pour poser des questions un peu plus organisationnelles, vous m'avez dit que c'était important*
143 *dans un programme qu'il y ait un leader. D'une manière générale sur le pôle de santé qu'est*
144 *ce qui est important dans son fonctionnement ?*

145

146 Il faut l'implication de chacun, déjà une volonté, une implication. Et on ne peut effectivement
147 pas tout faire, le coordinateur a vraiment des compétences. Il se forme en plus et il a des
148 réelles compétences d'animation de réunions, il a des réelles compétences de montage de
149 dossier, de connaissance de l'environnement administratif et ça je crois que c'est important
150 d'avoir des spécialistes en chaque domaine parce qu'on ne connaît pas tout et on ne sait pas
151 tout faire et on n'a pas le temps en plus.

152 Et après une fois qu'il y a la volonté de plusieurs professionnels de santé, c'est après de
153 s'organiser et de recruter des personnes compétentes pour nous aider à ça.

154

155 *Cette organisation s'obtient par des compétences que le pôle achète car c'est ce que les*
156 *professionnels de santé n'ont pas forcément ?*

157

158 Oui ou alors presque ils abandonnent leur profession pour se consacrer à ça. C'est un peu le
159 cas des présidents. Celui qui est président actuellement il est kiné. Il doit être à mi-temps voir
160 quart de temps sur son métier de kiné. Il a vraiment beaucoup de travail au niveau du pôle de
161 santé.

162

163 *Comment obtenir l'implication des professionnels de santé ? Qu'est-ce qu'il fait qu'ils vont*
164 *s'impliquer ?*

165

166 Je pense qu'on en revient à ce que je disais avant. Le fait de trouver des solutions déjà pour
167 ces patients. Après ça dépend sûrement de l'environnement dans lequel on est. Nous c'est
168 vrai qu'on est dans un environnement défavorisé où il y a beaucoup de besoins à ce niveau-là
169 donc pour nous d'avoir des solutions à proposer c'est satisfaisant et si on veut proposer des
170 solutions il faut bien proposer des idées et s'impliquer.

171

172 Après il y a toutes les satisfactions qu'on peut en tirer des échanges, des formations mais bon
173 voilà ça c'est personnel, mais je dirai que le but c'est surtout que ça profite à la population.

174

175 *Quels sont les principaux obstacles dans la mise en place de la collaboration et la mise en place*
176 *de ces projets ?*

177

178 C'est les contraintes temps, de trouver du temps, de dégager du temps pour ça. C'est aussi
179 notre nombre qui fait notre force mais qui complique parfois la mise en place. Mais bon en
180 même temps ça peut créer plusieurs groupes de porteur de projet. Ce n'est pas forcément un
181 obstacle mais c'est un obstacle dans le fait de tous se réunir. Mais bon je trouve qu'on est
182 assez d'accord je trouve qu'il y a une certaine unité. En plus on a un système d'informations
183 partagé. Je ne sais pas si on vous en a parlé de ça. Les médecins du pôle ont un logiciel métier
184 auquel tous les professionnels de santé ont accès. Donc nous on ne s'en sert pas pour tous ce

185 qui est tiers payant, facturation mais par contre on s'en sert pour la communication et les
186 dossiers patients. Donc on peut aussi communiquer entre nous par ce système d'information.

187
188 *Le logiciel aide à la communication entre tout le monde. Comment vous communiquez*
189 *principalement entre vous ? Principalement le logiciel ?*

190
191 Non pas principalement mais on y vient de plus en plus régulièrement. Non on communique
192 lors des réunions et puis des projets quand on est impliqué dans des projets. Et après
193 individuellement autour d'un patient s'il faut une coordination autour d'un patient dans des
194 échanges plus simple, en se téléphonant, en se voyant.

195
196 *Pour revenir sur le projet Impact auquel vous participez, sur les programmes comme ça qui se*
197 *monte, qu'est ce qui fait qu'un programme se crée et qui en est à l'origine ?*

198
199 C'est vrai que...*réfléchit*. Alors impact, c'était aussi l'exemple qu'on avait du pôle de santé
200 de Chambéry. Ça peut être d'autres pôles de santé, de ce qui se fait ailleurs. Après il y a le
201 projet 0-6ans sur les écrans qui vient d'une orthoptiste. Ça vient un peu de la sensibilisation
202 de chacun sur un problème. Les orthoptistes était plus sensible aux problèmes des écrans, de
203 l'addiction aux écrans chez les petits. C'est un peu par rapport à son vécu, son expérience de
204 professionnel que peuvent sortir des projets. Là au niveau de la pharmacie, on a commencé à
205 se réunir puis après ça a stoppé mais on va peut-être recommencer sur tout ce qui est analyse
206 d'ordonnance et remonté des analyses d'ordonnance. Ce qu'on nous demande
207 professionnellement de faire au sein des officines, l'analyse des prescriptions.

208
209 *Ça dépend des sensibilités des personnes qui vont plus ou moins avoir des compétences ou être*
210 *sensibilisé sur un sujet qui vont suggérer ou pousser l'idée c'est ce qui fait que ça en parle et si*
211 *c'est réalisable, ça se fait ?*

212
213 Oui voilà. Enfin sensibilité et peut être besoin en fonction de là où on exerce.

214
215 *Vous disiez aussi que vous étiez de plus en plus nombreux au sein du pôle, comment se passe*
216 *le recrutement. Comment on intègre le pôle ?*

217
218 Plus au plus nombreux, je ne sais pas si on est de plus en plus nombreux mais on était quand
219 même nombreux au début, oui de la formation du pôle. Dans les cabinets de médecins s'il y a
220 de nouveaux médecins qui arrivent je pense qu'ils proposent ou du moins exposent ce que
221 représente le pôle et il y a des propositions. Il y a aussi des professionnels de santé qui ont
222 entendu parler du pôle et qui demande à en faire partie.

223
224 *Il suffit juste de demander d'en faire parti et ensuite on intègre le pôle ?*

225
226 Après il y a quand même une discussion en fonction de si la personne est bien en phase avec
227 la charte du pôle et les engagements. Que ce ne soit pas que du profit mais aussi un accord
228 d'engagement sur les objectifs. Il y a quand même une demande d'accord qu'on peut discuter
229 en conseil de gérance. Au départ c'était beaucoup le président du pôle qui était venu voir les
230 infirmiers, les pharmaciens du secteur, de notre zone d'activité qui était quand même une

231 zone sensible donc c'était parti quand même du président du pôle qui avait cherché à étendre
232 les adhésions. Pour ma part et il y a 5-6ans.

233
234 *C'est vrai qu'on parle beaucoup de professionnels mais, qu'est-ce qu'apporte en plus dans la*
235 *prise en charge du patient de la prise en charge de la pharmacie, de l'infirmier, du médecin.*
236 *Quelles sont les attentes du patient vis-à-vis du pôle de santé ?*

237
238 Justement je pense qu'il faut communiquer sur le fait que ça existe. On a un site (internet ndlr)
239 qui est accessible à toute la population pour donner les propositions. Il y a les propositions
240 d'atelier et d'éducation thérapeutique. Il y a aussi des consultations de diététicienne de
241 psychologue qui peuvent prise en charge par le pôle à hauteur d'un certain nombre de
242 consultations donc gratuitement pour les patients. Bah le patient il peut s'attendre à trouver
243 de solutions, son accès au soin. Lui faciliter son accès au soin. C'est ça quand même l'objectif.
244 On a un rétinographe aussi au sein des locaux. On lui facilite l'accès à des spécialistes. On lui
245 facilite l'accès au soin primaires, que tout le monde ait accès au médecin traitant, que tout le
246 monde puisse accéder au soin primaire déjà.

247
248 *Comment déterminer qu'on a réussi à faciliter l'accès aux soins des patients ?*

249
250 Ha bah voila *rires*. Je crois qu'il y a des données qui sont contrôlées c'est-à-dire que c'est le
251 nombre de médecins traitants déclaré par rapport à la population. Alors là j'avoue que je vais
252 être à court parce que l'évaluation... Alors y'a le développement des pôles de santé mais aussi
253 le développement des CPTS. En fait les évaluations, il y a beaucoup de choses qui sont les
254 indicateurs d'évaluations donc... pfft... Justement ce matin lors de notre réunion on se disait
255 qu'il fallait après pouvoir évaluer l'incidence sur tous les patients reçus dans Impact, comment
256 on pouvait les évaluer mais ça on en est encore au stade de questionnement.

257
258 *Vous vous posez la question mais faute d'idées ou de retours sur ce qui pourrait se faire il n'y*
259 *a rien qui est évalué ?*

260
261 Oui il n'y a rien de précis. Il faudrait choisir des indicateurs, il faudrait que ça rentre dans des
262 cases, les cocher et faire de réelles études quoi.

263
264 *Parce que du coup vos retours actuellement de ce que vous faites, ça se base sur quoi ?*

265
266 C'est de la sensibilité personnelle. Alors dans le cadre d'impact je ne peux pas me prononcer
267 pour tous les projets. La question qu'on se posait pour impact c'est réellement qu'après la
268 restructuration, le recadrage de ce qu'on fait, des protocoles et tout. Le but après sera
269 d'évaluer. Et en fait c'est ce que nous demanderons les instances et puis tous les organismes
270 qui subventionnent pour continuer quoi.

271
272 *On subventionne bien en ayant des objectifs donc ces objectifs il faut bien les remplir ? C'est ce*
273 *qui sert d'évaluation pour le moment ou même pas ?*

274
275 Oui, oui pour l'instant c'est exposer les projets, donner les moyens que l'on développe pour
276 ces projets, s'ils sont recevables ou pas et puis on a des subventions. Pour le médiateur c'est
277 pareil donc on rend des comptes. Quand il y a un projet, il y a quand même tout un dossier

278 qui est monté pour expliquer mais en tout cas dans le cadre de la CPTS il va y avoir des
279 indicateurs qui vont être réellement cochés au niveau de la sécurité sociale. Notamment sur le
280 nombre d'hospitalisation, enfin je crois, sur la déclaration des médecins traitants.

281

282 *Qu'est-ce que vous pensez de ces critères-là vous ?*

283

284 Ce sont des indicateurs valables mais je pense aussi qu'ils sont à développer. Ce serait bien
285 qu'il y ait des études ou des thèses qui se fassent là-dessus *rires*

286

287 *A titre plus personnel, dans le cadre de vos interventions dans Impact, qu'est-ce qui fait que*
288 *vous êtes satisfaite d'une de vos interventions ?*

289

290 C'est le retour patient qui le dit : « Merci, grâce à vous je me sens soutenu, aidé ». Alors quand
291 je dis vous c'est le médecin, l'infirmière. « Je me sens moins seul. Je me sens mieux ».

292

293 *Si je vous demande de me citer 3 réalisations phares du pôle de santé de SMH, qu'est-ce que*
294 *c'est ?*

295

296 C'est le projet 0-6ans sur les écrans. C'est la mise en place de la coordination, des échanges,
297 du système informatique d'échange partagé et puis Impact.

298

299 *Pourquoi vous me citez ces projets ?*

300

301 Le projet 0-6ans c'est aussi s'adresser à l'ensemble de la population, c'est une prise de
302 conscience, c'est donner accès à des visions plus large du divertissement que certains n'ont
303 pas forcément. C'est une ouverture.

304

305 *Et pourquoi la coordination ?*

306

307 Parce que je pense que c'est un point clé pour entourer le patient, pour être plus performant.

308

309 *Plus performant dans quoi ?*

310

311 Dans le soin, dans son écoute quoi. Parce que je pense que chacun entend des choses
312 différentes, et du coup en apportant à chaque fois des éléments on peut arriver à mieux
313 l'aider.

314

315 *Il est intéressant ce mot performance. Comment vous définissez la performance d'un pôle de*
316 *santé ?*

317

318 A l'heure actuelle il est performant quand il est dynamique, qui commence à être reconnu et
319 du coup que la population s'oriente vers le pôle spontanément, y revient, prend confiance.

320

321 *Quand vous dites reconnu, c'est par qui ?*

322

323 Par la population.

324 *Je ne suis pas sûr de comprendre ce que vous voulez dire par là. On dépasse la prise en charge*
325 *d'un professionnel par la prise en charge d'un pôle ?*

326

327 Pris en charge par le pôle pas forcément mais en tout cas, ce n'est pas forcément un patient
328 d'un médecin du pôle mais le pôle est reconnu comme une entité sur le territoire. Avec tout
329 ce qu'il propose et maintenant des personnes peuvent spontanément contacter le pôle par
330 différent biais, ça peut être par le biais d'un professionnel de santé ou par le biais d'une
331 demande de médiation pour des problèmes de papier, de droit d'accès aux droits, ça peut être
332 des problèmes administratifs comme des problèmes plus de santé ou d'accès au soin.

333

334 *Et selon votre définition de la performance, le pôle de SMH, il est performant actuellement ?*

335

336 Je pense qu'il commence à l'être. D'avoir des locaux aussi et d'avoir une entité quelque part.
337 Ce n'était pas le cas avant. On n'est pas une maison de santé, on n'a pas un lieu vraiment ou
338 tous les professionnels de santé sont rassemblés donc d'avoir un lieu maintenant c'est
339 important.

340

341 *Important dans quel sens ?*

342

343 C'est important pour les personnes car ils ne s'adressent pas forcément à un professionnel de
344 santé mais plus à une entité administrative et qui va pouvoir l'orienter en fait. Suivant ses
345 besoins. Il y a des représentants de usagers aussi. C'est important aussi.

346

347 *Comment vous conciliez votre engagement au sein du pôle et votre exercice professionnel ?*

348

349 **Silence* Quoi dire... *rires* ...On va dire que je fais mon possible *rires*. Ça prend du temps*
350 *mais...*

351

352 *Quand vous dites que vous faites votre possible ça veut dire quoi ?*

353

354 Oui parce qu'on est tout le temps un petit peu... ce n'est pas facile de concilier les deux au
355 niveau du planning mais par contre à chaque fois que je reviens de réunions ou que j'ai fait
356 une action j'en suis satisfaite donc je me dis que ce temps consacré il n'était pas pour rien,
357 que ce n'était pas du temps perdu. Ça demande de l'énergie, de l'organisation ou même d'être
358 un peu en retard sur certaines choses à la pharmacie mais globalement c'est positif. Ça
359 demande du temps. Ça prend du temps.

360

361 *Vous dites que c'est difficile, qu'est-ce que vous entendez par là ?*

362

363 Il faut bien doser. Moi je ne pourrai pas tellement m'impliquer plus parce qu'après il ne faut
364 pas je vais dire oublier sa patientèle au profit de, enfin en tout cas pour moi ce n'est pas
365 possible de sacrifier ma présence réelle au comptoir, à la pharmacie pour être à fond dans des
366 projets. J'ai des limites de temps. Voilà c'est trouver un juste équilibre pour ne pas délaiss
367 sa patientèle parce que c'est bien d'organiser, de faire des choses mais si au bout du compte
368 c'est pour délaiss les personnes dont on s'occupe réellement pour mon cas à la pharmacie,
369 si ça devait en venir là je pense que je serai mal à l'aise.

370

371 *En quoi faire partie du pôle vous aide dans votre exercice ? Peut-être ça ne vous aide pas au*
372 *contraire ? Quelle est la complémentarité ?*

373

374 La complémentarité c'est déjà la facilité de communiquer entre professionnel de santé et puis
375 dans la prise en charge des patients.

376

377 *Vous sentez que vous arrivez mieux à prendre en charge les patients les patients à la pharmacie*
378 *car vous faites partie du pôle ?*

379

380 Oui, mieux prendre en charge que ce soit administratif dans l'accès au droit ou ouai dans une
381 prise en charge diététique ou dans la proposition des ETP, une prise en charge plus globale du
382 patient.

383



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Lionel AUMONT

MIEUX APPRÉHENDER LA PERFORMANCE DES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES : UNE VISION DES ACTEURS SELON LEUR IMPLICATION DANS LA STRUCTURE

« Là, on [parle] valeurs, de l'intérêt de chacun, du confort du professionnel aussi bien sûr [...] [pour] accompagner la personne et pour moi c'est ça la performance »

RESUME

L'évaluation de la performance en santé est un enjeu déjà relativement bien saisi par les acteurs hospitaliers mais la problématique reste entière pour le secteur de soins primaires qui se réorganise autour de l'interprofessionnalité comme les Maisons de Santé Pluri-professionnelles. Alors que les Maisons de Santé Pluri-professionnelles sont évaluées par les instances publiques au travers d'indicateurs d'activité, cette vision correspond-elle à celle des acteurs impliqués en leur sein ?

Afin d'évaluer la perception des professionnels de santé, coordinateurs, 13 entretiens semi-directifs ont été conduits auprès d'acteurs impliqués dans trois Maisons de Santé Pluri-professionnelles iséroises, entre octobre 2019 et juin 2020.

L'analyse thématique des entretiens montre que la performance des Maisons de Santé Pluri-professionnelles s'articule autour des enjeux inhérents à leur création, du parcours patient, de son organisation, de son attractivité, des évolutions des pratiques professionnelles et de l'implication des professionnels de santé. Bien que la performance soit difficilement définissable de manière directe par les participants, nos résultats mettent en évidence un ensemble d'objectifs fixés par les différentes parties prenantes des Maisons de Santé Pluri-professionnelles, qui sont autant de critères de performance. Il apparaît également que l'influence importante jouée par les Agences Régionales de Santé et l'Assurance Maladie se révélerait être un frein à la performance, du fait qu'elles ne prennent que peu en compte les attentes de l'ensemble des parties prenantes. Enfin, la faible utilisation du système d'information empêche la remontée de données fiables pour documenter de potentiels indicateurs de performance.

La mise en parallèle des Maisons de Santé Pluri-professionnelles avec les modèles de collaboration interprofessionnelle et les pôles de compétitivité nous permet d'émettre l'hypothèse de la flexibilité et la gouvernance comme critère de performance des Maisons de Santé Pluri-Professionnelles. Une comparaison de la perception de la performance selon le mode d'exercice pluri-professionnel permettrait de le valider.

MOTS CLEFS : Maison de Santé Pluri-professionnelle ; Performance ; Collaboration interprofessionnelle, Interprofessionnalité