

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

**Année 2013**

N° 070

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Diplôme d'études spécialisées de médecine générale**

Par

**Noémie MAISONNIER**

Née le 20 novembre 1984, à Maisons-Laffitte (78)

---

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2013

**ÉTAT DES LIEUX DES ACTIONS DE PRÉVENTION MENÉES  
AU SEIN DE MAISONS DE SANTÉ PLURI-  
PROFESSIONNELLES DE LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE  
- Enquête réalisée en 2012-2013 sous forme de questionnaire et de focus group -**

---

Président de jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeurs de thèse : Madame la Docteur Élise REYNIER

Monsieur le Docteur Pascal GENDRY

Membres du jury : Madame la Professeur Angélique BONNAUD ANTIGNAC

Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

## REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À Madame la Professeur Angélique BONNAUD ANTIGNAC,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

Au Docteur Élise REYNIER,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour ta grande disponibilité, la justesse de tes conseils, ta motivation et ta gentillesse tout au long de ce travail. Quel honneur d'avoir été ta première doctorante ! Sois assurée de ma profonde gratitude.

Au Docteur Pascal GENDRY,

Merci d'avoir accepté de superviser ce travail.

Merci pour ton soutien et ta gentillesse tout au long de ce travail. Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Gilles Barnabé, président de l'APMSL-PDL,

Merci de m'avoir permis de travailler sur ce sujet dans de bonnes conditions.

Merci au groupe de travail de l'APMSL-PDL, pour les nombreuses réunions de travail, pour les avis et conseils de chacun qui m'ont permis d'avancer au plus juste dans ce travail.

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	6
INTRODUCTION.....	7
GÉNÉRALITÉS.....	10
1 Définition de la prévention.....	10
2 Définition des pôles et maisons de santé pluri-professionnels .....	11
CONTEXTE DE LA THÈSE.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	13
1 Enquête quantitative.....	13
1.1 Pôles et maisons de santé de la région Pays de la Loire .....	13
1.2 Questionnaire.....	14
2 Enquête qualitative.....	15
2.1 La méthode du focus group.....	15
2.2 Le guide d'entretien.....	15
2.3 Recrutement des maisons de santé pour le focus group.....	17
2.4 Les acteurs des focus group.....	18
2.5 Déroulement des focus group.....	19
2.6 L'analyse.....	20
RÉSULTATS.....	22
1 Enquête quantitative.....	22
1.1 Taux de réponse.....	22
1.2 Données démographiques des réponses.....	22
1.3 La notion de prévention dans le projet de santé des maisons de santé pluri- professionnelles.....	23
1.4 La mise en place d'actions de prévention au sein de la maison de santé pluri- professionnelle.....	23
1.5 La mise en place d'actions de prévention à titre individuel.....	24
1.6 Les thèmes de prévention abordés.....	24
1.7 Les professionnels impliqués dans les projets de prévention.....	25
1.8 Les difficultés identifiées de l'élaboration à la mise en œuvre d'un projet de prévention.....	25
2 Enquête qualitative .....	27
2.1 Les motivations à faire de la prévention au sein de la maison de santé.....	27
2.2 L'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de prévention.....	29
2.3 Les difficultés rencontrées.....	32
2.4 Les éléments facilitateurs.....	34
2.5 L'évaluation des projets de prévention.....	35
2.6 Les attentes des professionnels de santé.....	36
DISCUSSION.....	37
1 L'enquête quantitative.....	37
1.1 La méthode : forces et limites.....	37
1.2 Les résultats.....	38
2 L'enquête qualitative.....	41
2.1 La méthode : forces et limites.....	41

2.2 Les résultats.....	44
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57
Annexe 1: questionnaire.....	59
Annexe 2 : lettre accompagnant le questionnaire.....	61
Annexe 3 : guide d'entretien.....	62
Annexe 4 : caractéristiques des focus group.....	64
Annexe 5 : verbatim focus group 1.....	67
Annexe 6 : verbatim focus group 2.....	85
Annexe 7 : verbatim focus group 3.....	106
Annexe 8 : guide méthodologique.....	117

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APMSL-PDL : Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux-Pays de la Loire

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CCAAT : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Toxicomanie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMP : Centre Médico-Psychologique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HBA1C : Hémoglobine Glyquée

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

RESPAVIE : Réseau de Soins Palliatifs et d'Accompagnement en fin de Vie

RIAM : Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne

SIAD : Soins Infirmiers A Domicile

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

## INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 1948(1) la prévention comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Plus récemment, la loi 2002-303 du 4 mars 2002 dans l'article L 1417-1(2) donne une définition française de la politique de prévention qui « *a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident* ».

Dans chacune de ces étapes, les professionnels de santé ont un rôle à jouer, notamment dans le cadre des soins primaires qui constituent le premiers recours du patient. La conférence internationale sur les soins primaires, qui s'est déroulée à Alma-Ata en septembre 1978(3), souligne l'importance de la promotion de la santé notamment aux travers des soins de santé primaires qui sont décrits comme « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables [...]. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé [...] et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire* ».

Les défis actuels de santé publique sont nombreux : vieillissement progressif de la population et allongement de la durée de vie qui se traduisent par un nombre croissant de personnes en situation de dépendance ou présentant une affection chronique, évolution de la démographie médicale, montée de facteurs de risques liés aux nouveaux modes de vie. Ces enjeux sanitaires forcent à réévaluer l'importante place donnée au curatif en France. Ils encouragent la promotion de la santé et l'investissement dans la prévention.

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) offrent, de par leur fonctionnement, une nouvelle perspective d'organisation de la santé en soins primaires. Elles ouvrent la possibilité d'une pluridisciplinarité dans la prise en charge du patient et notamment dans le développement de la prévention.

Les MSP se développent en France et notamment dans la région Pays de la Loire. En janvier 2013(4), l'agence régionale de santé (ARS) dénombre 12 maisons de santé pluri-professionnelles ouvertes dans la région Pays de la Loire et 40 projets en cours d'élaboration.

La multiplication des MSP est expliquée par le besoin de maintenir une offre de santé de qualité suffisante sur un territoire tout en améliorant les conditions d'exercices des professionnels. Ce regroupement est attractif pour les jeunes professionnels de santé qui aspirent à des conditions de travail leur assurant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Dans les Pays de la Loire, 67 % des médecins généralistes sont installés en groupe, taux qui atteint 88 % chez les moins de 45 ans(5).

Le regroupement en MSP permet un rassemblement des acteurs sur un même lieu, et ainsi favorise le partage des compétences et la possibilité d'une coordination entre les professionnels. On peut supposer que ce mode de fonctionnement est un avantage considérable dans la mise en place d'actions de prévention et dans leur qualité auprès des usagers.

Mais une fois l'exercice en MSP débuté, que devient cette mission spécifique de mener des actions de prévention pluri-professionnelles sur le terrain ? Leur mise en œuvre est complexe et se heurte à de nombreux freins et résistances qui peuvent concerner tant les professionnels que les usagers. Pour comprendre cela nous nous sommes intéressés à l'avis des professionnels exerçant en MSP en réalisant un état des lieux des actions de prévention menées dans la région Pays de la Loire.

Nous avons réalisé une étude dont l'objectif final était la rédaction d'un guide pratique. Celui-ci comprend des pistes d'aides méthodologiques, à l'intention des professionnels exerçant en MSP, pour les aider à mener des actions de prévention. Cette étude a été menée dans le cadre de l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux des Pays de la Loire (APMSL-PDL), missionnée sur ce travail en 2012 par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Nous avons réalisé notre étude selon deux axes :

- Une enquête entre juin et septembre 2012 sous forme d'un questionnaire adressé à cinquante et une maisons de santé pluri-professionnelles de la région Pays de la Loire.
- Par la suite, nous avons complété cette enquête par la réalisation de trois focus group au sein de trois maisons de santé de la région. L'objectif était de comprendre le cheminement des professionnels de santé dans leurs actions de prévention au sein de la MSP.

Après la présentation des modalités de l'étude et de ses résultats, nous discuterons des principales données de cette enquête pour tenter de mieux comprendre comment la prévention s'articule au sein des MSP, afin de dégager et d'identifier des pistes d'aide à la réalisation d'actions de prévention au sein de MSP.

## GÉNÉRALITÉS

### 1 Définition de la prévention

Tout au long de ce travail, nous avons choisi de parler de la prévention au sens large, sans différencier le type de prévention. Cette distinction n'a d'ailleurs jamais été spécifiée par les professionnels de santé interrogés ou rencontrés.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948(1) distingue trois types de prévention :

- Avant l'apparition de la maladie : La prévention primaire. Elle correspond à l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence<sup>1</sup> d'une maladie dans une population et donc à réduire l'apparition de nouveaux cas.
- Au tout début de la maladie : La prévention secondaire. Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence<sup>2</sup> d'une maladie dans une population. Agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou de faire disparaître les facteurs de risque.
- Une fois la maladie installée : La prévention tertiaire. Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Elle vise également la réadaptation du malade sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique.
- A noter qu'une autre prévention existe : La prévention quaternaire : Action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables.

---

1 L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée.

2 La prévalence d'une maladie est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population.

## **2 Définition des pôles et maisons de santé pluri-professionnels**

L'article L6323-3 du code de la santé publique(6) donne la définition suivante : « *la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens* ».

Une maison de santé pluri-professionnelle est un lieu où exerce une équipe de soins de premier recours composée d'au moins deux médecins généralistes et d'un autre professionnel de soins de santé de premier recours (infirmiers, kinésithérapeutes, podologues, diététiciens...). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les concerne. Celui-ci témoigne d'une activité coordonnée entre tous les professionnels de santé de la structure. A travers le projet de santé, les professionnels s'engagent à(7) :

- la permanence et la continuité des soins.
- des actions de santé publique et de prévention.
- la coopération en interne pour une prise en charge globale du patient.
- la coopération en externe (autres professionnels de santé et du secteur médico-social).
- la formation initiale et continue avec accueil des étudiants.

Les pôles de santé(8) « *sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale* ».

Sur le territoire français, on compte au 31 janvier 2013(9), 284 maisons ou pôles de santé pluri-professionnelles en fonctionnement, et 288 projets avec ouverture prévue en 2013 ou 2014.

## CONTEXTE DE LA THÈSE

L'ARS de la région Pays de la Loire a sollicité l'APMSL-PDL en 2012, et lui a demandé d'aborder la notion de prévention au sein des maisons de santé pluri-professionnelles dans le but de favoriser la mise en œuvre de projets de prévention au sein de ces structures. L'APMSL-PDL a réuni sur ce travail des professionnels de santé volontaires issus de différentes MSP de la région et deux chefs de clinique du département de médecine générale de Nantes. Trois internes de médecine générale ont rejoint ce groupe pour participer à cette étude et réaliser ainsi leur thèse.

Le travail a été orienté selon trois axes développés par chacun des internes :

- Un état des lieux des projets de prévention au sein des MSP des Pays de la Loire, complété par une rencontre sous forme de focus group de trois MSP de la région travaillant sur la mise en place des projets de prévention pluri-professionnels afin d'identifier et de comprendre leurs difficultés et leurs besoins. Ce travail est développé dans cette thèse.
- La recherche d'expériences par le biais d'un travail bibliographique: faire une revue de la littérature des essais contrôlés randomisés évaluant des actions de prévention menées en soins primaires mettant en jeu des intervenants pluri-professionnels. Ce travail a été développé par Mademoiselle Anne-Sophie Thibout dans la thèse(10) intitulée « *Actions de prévention en soins primaires pluri-professionnels : travail bibliographique à partir des thèmes de prévention identifiés en Pays de la Loire* ».
- La recherche d'expériences sur le terrain : recueillir l'expérience de professionnels travaillant dans deux MSP où les actions de prévention sont portés depuis plusieurs années : à Barvaux en Belgique et à Clisson en France, Loire-Atlantique. Ce travail a été développé par Mademoiselle Élodie Mabileau dans la thèse(11) intitulée « *Actions de prévention en maisons de santé francophones : retour d'expériences à partir de deux focus group* ».

L'objectif final de ce groupe de travail était la rédaction d'un rapport reprenant les trois travaux de thèses et synthétisant des pistes méthodologiques d'aide à la mise en œuvre d'actions de prévention en maison de santé pluri-professionnelle (cf annexe 8).

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour réaliser cette étude nous avons mené deux types d'enquêtes complémentaires :

- **Une enquête quantitative**, sous forme de questionnaire, qui nous a permis de dresser un état des lieux des activités de prévention des MSP de la région Pays de la Loire. Les réponses nous ont permis de générer des hypothèses, d'affiner nos recherches et nos questions pour la deuxième partie de l'étude.
- Nous avons ensuite complété ces données par une **enquête qualitative**, utilisant la méthode d'entretien collectif du focus group. Nous avons rencontré les professionnels de trois maisons de santé travaillant sur la mise en place d'actions de prévention.

### 1 Enquête quantitative

L'objectif de cette enquête était de dénombrer et de décrire succinctement les expériences en prévention menées de manière pluri-professionnelle dans les maisons de santé de la région Pays de la Loire.

Nous souhaitons faire l'état des lieux de ce qui avait été mis en place, avoir un aperçu des difficultés rencontrées, des thèmes abordés ainsi que des professionnels impliqués dans les projets de prévention.

L'enquête quantitative s'est déroulée entre juin et septembre 2012 sous forme d'un questionnaire adressé par courrier aux MSP de la région Pays de la Loire.

#### **1.1 Pôles et maisons de santé de la région Pays de la Loire**

La population étudiée était les MSP de la région Pays de la Loire.

La région Pays de la Loire regroupe les départements de Loire Atlantique (44), Maine-et-Loire (49), Mayenne (53), Sarthe (72), et Vendée (85).

La liste des MSP de la région Pays de la Loire a été fournie par l'Union Régionale des Professions de Santé des Pays de la Loire et complétée par celle de l'ARS, à la date de juin 2012.

Cette liste contenait les MSP ayant rédigé un projet de santé, soit un nombre total de cinquante et une maisons de santé.

Ce chiffre incluait aussi bien les maisons de santé en tout début de réflexion (7), en cours de projet (35), ou bien celles déjà ouvertes et fonctionnelles (9).

## **1.2 Questionnaire**

(Cf annexes 1 et 2)

Nous avons rédigé un questionnaire comprenant cinq questions. Nous avons délibérément choisi un format court pour obtenir un maximum de réponses. Il a été envoyé par courrier, accompagné d'une lettre d'explications rédigée par le Dr Barnabé (président de l'Association des Pôles et Maisons de santé Libéraux de la région Pays de la Loire) à cinquante et une maisons ou pôles de santé de la région Pays de la Loire.

Le questionnaire a été adressé à l'un des médecins de la structure, identifié comme personne référente ou non par les listes fournies. Pour l'envoi, il a été choisi d'identifier un nom plutôt que la structure afin d'obtenir un maximum de réponse.

Les cinq questions posées étaient les suivantes :

- La notion de prévention fait-elle partie du projet de santé de votre MSP ?
- Avez-vous mis en place des actions de prévention au nom de la MSP ?
- Quels sont les thèmes de prévention abordés ?
- Quels professionnels ont participé au projet de prévention ?
- Quelles principales difficultés avez-vous rencontrées (de l'élaboration à la mise en pratique) ?

Le questionnaire se terminait par un pavé d'identification.

Nous avons effectué des relances téléphoniques jusqu'en septembre 2012, date à laquelle nous avons clôturé l'enquête.

Le taux de réponse a été de 69 %.

Dans un second temps, les réponses aux questionnaires nous ont permis de repérer les maisons de santé ayant déjà mis en place des actions de prévention, afin de pouvoir les rencontrer pour l'enquête qualitative.

## **2 Enquête qualitative**

Nous avons rencontré les professionnels de maisons de santé ayant déjà mis en place des projets collectifs de prévention ou ayant des actions de prévention en cours au sein de leurs MSP. L'objectif était d'identifier et de comprendre plus concrètement leurs attentes, difficultés et représentations face à ces projets.

La méthode d'entretien collectif utilisée a été celle du focus group.

Nous avons rencontré plusieurs professionnels de santé de trois maisons de santé et réalisé ainsi trois focus group.

### **2.1 La méthode du focus group**

Le focus group(12) est une technique d'entretien de groupe qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Ici, les projets de prévention au sein des MSP de la région Pays de la Loire. Il fait partie des techniques d'enquêtes qualitatives permettant d'évaluer les attentes, motivations, et opinions des participants. Il permet une dynamique de groupe qui facilite l'émergence de différents points de vue et ainsi stimule la discussion.

L'échange est orchestré par un modérateur qui a pour mission de faire émerger les différents points de vue en donnant successivement la parole à chaque participant. Son rôle est de recentrer la discussion quand les participants s'écartent du sujet et de faire préciser certains points si nécessaire. Il doit pour cela utiliser les méthodes de reformulation, clarification, et synthèse. La trame de la discussion est prévue selon un guide d'entretien préalablement rédigé. Le modérateur est assisté d'un observateur chargé d'enregistrer le focus group et de noter les éléments non verbaux et relationnels qui apparaissent lors de la discussion. Ce dernier n'intervient pas dans l'échange.

### **2.2 Le guide d'entretien**

(Cf annexe 3)

Nous avons rédigé un guide d'entretien composé de six questions simples et ouvertes permettant d'orienter la discussion sur les thèmes choisis, et de plusieurs questions de relances permettant, si besoin, d'entretenir la dynamique d'échanges au sein du groupe. Il s'agit du fil conducteur du focus group.

Le guide d'entretien utilisé était le même dans les trois focus group. Les questions étaient connues de l'animateur et de l'observateur, mais pas des autres participants aux focus group.

Ce guide d'entretien a été élaboré avec la coopération des professionnels du groupe de travail de l'APMSL-PDL. Le travail en amont de sa rédaction a consisté à se poser la question de ce que nous attendions comme informations à l'issu des focus group, et comment nous souhaitions exploiter ces données. Ce guide d'entretien a également été utilisé pour les deux focus group réalisés dans le cadre de la thèse de Mademoiselle Mabileau Élodie(11), sur les actions de prévention menées dans les MSP de Clisson (Loire-Atlantique) et de Barvaux (Belgique).

Les questions posées avaient pour objectif de nous faire comprendre le cheminement de l'action de prévention au sein de la MSP.

Les six thèmes abordés étaient les suivants :

- La place de la prévention dans la MSP : « Parlez-nous de ce qui vous motive à faire de la prévention dans votre MSP ». Il nous semblait important pour débiter d'entendre les motivations des professionnels de santé à faire de la prévention. Nous souhaitions comprendre et faire ressortir quels intérêts ils trouvent à faire de la prévention au sein de leur MSP en collaboration et coordination avec d'autres professionnels de santé.
- La méthodologie employée en amont : « Parlez-nous de l'élaboration de vos projets de prévention ». Nous souhaitions reprendre la démarche suivie par la maison de santé lors de l'émergence du projet de prévention. Comprendre comment le thème a été choisi, quels professionnels ont participé et pourquoi, quel temps a été nécessaire à l'élaboration.
- Le projet de prévention en lui même : « Parlez-nous de la mise en œuvre d'un projet de prévention ». Concrètement comment a été construit ce projet de prévention : existe t-il un coordinateur, quels outils ont été utilisés, quel financement ?
- Les difficultés et les éléments facilitateurs rencontrés : Partie très importante de la discussion qui se découpait en deux étapes : « Parlez-nous des difficultés que vous avez rencontrées lors de l'élaboration ou de la mise en œuvre des projets »  
et « Parlez-nous de ce qui a facilité l'élaboration ou la mise en œuvre de ces projets ».

Nous cherchions à comprendre ce qui avait freiné la mise en place d'actions ou ce qui au contraire, avait été déclencheur et avait permis de se lancer dans une action.

- L'évaluation : « Parlez-nous de l'évaluation qui est faite de ces actions de prévention ». Cette question de l'évaluation nous paraissait importante à aborder. Lors de la mise en place d'un projet de prévention au sein de la MSP il peut être intéressant d'en connaître l'impact (financier, médical, auprès des patients, des professionnels...) pour éventuellement le poursuivre, l'interrompre, ou faire des ajustements. D'autre part, dans certains cas, pour trouver ou garder un financement il peut être important de pouvoir justifier son action. Nous souhaitions savoir si cette question d'évaluation avait été abordée, à quel moment et comment.
- Les attentes d'un guide méthodologique : « «Qu'aimeriez-vous trouver dans un guide méthodologique sur la prévention dans les maisons de santé ?» Cette dernière question moins ouverte permettait de recueillir directement les attentes et besoins des professionnels de MSP.

### **2.3 Recrutement des maisons de santé pour le focus group**

Le choix des trois maisons de santé pour la réalisation des focus group a été fait suite aux réponses aux questionnaires de l'enquête quantitative. Nous avons choisi de solliciter les MSP ayant déjà mis en place des projets de prévention collectifs (plus ou moins avancés), afin de recueillir et de profiter de leur expérience dans le domaine. Afin d'être le plus représentatif de la région nous avons essayé de varier les départements dans lesquels se trouvait la maison de santé.

Le contact avec les trois MSP a eu lieu par échanges téléphoniques et courriers électroniques avec l'un des médecin généraliste de la structure.

- Le focus group 1 a été réalisé le 6 décembre 2012 à 11 heures en Mayenne (53). MSP ouverte en novembre 2009.
- Le focus group 2 a été réalisé le 11 décembre 2012 à 20 h 30 en Loire-Atlantique (44). MSP ouverte en décembre 2008.
- Le focus group 3 a été réalisé le 31 janvier 2013 à 19 h 30 en Maine et Loire (49). MSP ouverte en juin 2010.

## **2.4 Les acteurs des focus group**

### **2.4.1 Les modérateurs**

Les modérateurs ont été différents dans chacun des trois focus group :

- Focus group 1 : Dr Pascal Gendry, médecin généraliste en MSP en Mayenne. Directeur de thèse.
- Focus group 2 : Dr Élise Reynier, médecin généraliste en Loire-Atlantique et chef de clinique au département de médecine générale de Nantes. Directrice de thèse.
- Focus group 3 : Dr Jean-François Moreul, médecin généraliste en MSP en Maine-et-Loire.

Ces trois modérateurs faisaient partie du groupe de travail sur la prévention mis en place par l'APMSL-PDL. Ils avaient pris connaissance du guide d'entretien et avaient été sensibilisé à la méthode du focus group au préalable. Cependant il s'agissait pour chacun des trois, de leur première expérience en tant que modérateur.

Les modérateurs ont été différents pour chaque focus group pour des raisons logistiques. Chaque modérateur est en effet resté dans son département ce qui a permis d'éviter certains trajets.

### **2.4.2 L'observateur**

Nous avons eu le rôle d'observateur au cours des trois focus group. Il s'agissait également de notre première expérience de focus group. Pour se préparer et se former à ce rôle nous avons contacté des internes de médecine générale ayant utilisé cette technique pour leur thèse. Nous avons également lu plusieurs documents sur la méthode du focus group(12) (13) (14) et de l'enquête qualitative(15).

### **2.4.3 Les participants**

(Cf annexe 4)

Les participants d'un focus group étaient tous des professionnels travaillant au sein de la même maison de santé et donc se connaissant déjà.

Les professions représentées étaient pluridisciplinaires :

Dans le focus group 1 étaient présents 4 médecins généralistes.

Dans le focus group 2 étaient présents 2 médecins généralistes, 1 psychologue, 1 orthophoniste, 1 pédopsychiatre, 1 kinésithérapeute.

Dans le focus group 3 étaient présents 1 médecin généraliste, 1 infirmière, 1 kinésithérapeute, 1 pharmacien.

Pour des raisons d'organisation, le contact a été pris chaque fois avec le médecin de la structure qui avait répondu au questionnaire de l'enquête quantitative. Ils ont été contactés par téléphone et courriers électroniques. Ils étaient chargés de réunir leurs collègues. Les participants étaient au courant du thème abordé : les projets de prévention mis en place au sein de leur MSP, et de la méthode utilisée : le focus group.

Ces professionnels ont participé sur la base du volontariat ou bien indemnisés dans le cadre des nouveaux modes de rémunération. En effet les maisons de santé pluri-professionnelles peuvent bénéficier, via l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008(16), de financements spécifiques qui complètent ou se substituent au paiement à l'acte. Ils visent à s'adapter aux nouvelles tâches incombant aux professionnels de santé exerçant de façon regroupée et pluri-professionnelle et à valoriser par une rémunération plus adaptée certaines missions (temps de coordination, management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle, nouveaux services aux patients dont l'éducation thérapeutique du patient, ou le suivi de pathologies chroniques).

## **2.5 Déroulement des focus group**

Les focus group se sont déroulés dans trois lieux différents, proposés par les MSP. Un focus group a eu lieu au sein des locaux de la maison de santé, dans la salle de réunion. Les deux autres focus group ont eu lieu dans des salles à proximité de la structure (salles de réunion prêtées par la mairie), lieux de réunion habituels des membres de la MSP.

Chaque focus group a été enregistré à l'aide de deux sources audio afin d'éviter les problèmes techniques.

Les participants étaient informés de l'enregistrement audio de la séance et ont donné leur accord.

Chaque séance a débuté par un accueil des participants suivi d'une brève explication sur la méthode du focus group et sur le déroulement de la séance.

Les participants étaient assis autour d'une table et identifiables par des petites affichettes placées devant eux comprenant leur prénom et leur fonction au sein de la MSP. Ceci permettait au modérateur de pouvoir interpeller chaque participant si besoin et de distribuer la parole.

Les durées des focus group ont été respectivement de : 01 h 10 min, 01 h 40 min et 1 h.

Les séances se sont clôturées par un temps d'échanges informels et le remerciement des participants.

## **2.6 L'analyse**

### **2.6.1 Transcription des verbatims**

(Cf annexes 5, 6 et 7)

La première étape de l'analyse a été la transcription intégrale et fidèle de ce qui a été dit lors des trois focus group à partir de l'enregistrement audio. Les commentaires des modérateurs ont été identifiés et les paroles de chaque participant ont été retranscrites mot à mot. Le texte issu de cette retranscription se nomme le verbatim. À cela s'ajoute les éléments non verbaux observés pendant les entretiens. Ceux-ci tentent de reproduire le plus finement possible ce qui s'est joué pendant les focus group.

Les enregistrements audio ont été de bonne qualité ce qui a facilité les transcriptions. Chaque transcription a été faite dans les jours qui ont suivi le focus group.

Par respect de confidentialité les participants ont été codé par la lettre M suivi d'un chiffre.

L'animateur est désigné par la lettre A, ses propos sont en gras.

Nous avons utilisé dans ce travail les conventions typographiques retenues par Michael Billig(14) :

=	Est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.
(.)	Indique une courte pause.
...	Signale une omission ou quelque chose d'inaudible.
{ }	Pour toutes formes de précisions, souvent relatives au ton ou à de gestes.
	On <u>souligne</u> les mots pour marquer une insistance et on met en lettres majuscules les moments où les voix se font particulièrement fortes.

### **2.6.2 Découpage des verbatims en unités de signification**

Il s'agit de la partie la plus importante de l'analyse. Elle doit être reproductible, c'est à dire que quelque soit la personne qui fait l'analyse, les conclusions doivent être les mêmes. Idéalement un focus group s'analyse à plusieurs afin de limiter la subjectivité de l'interprétation. Dans notre cas, les focus group ont été analysés par une seule et même personne pour des raisons logistiques.

Après plusieurs lectures, le verbatim est analysé, découpé, comparé et classé en unités de signification. Celles-ci peuvent être des phrases, des mots, ou des sentiments, et sont étiquetées et regroupées en fonction de l'idée ou du sous-thème qui leur correspond. Les sous-thèmes dégagés découlent des questions posées dans le guide d'entretien.

Ce travail permet d'éliminer les hors sujets et de pondérer les résultats en fonction de leur fréquence d'expression, de leur répétition ou des éléments non verbaux qui s'y rapportent.

## RÉSULTATS

### 1 Enquête quantitative

#### 1.1 Taux de réponse

Nous avons recueilli 35 questionnaires. **Le taux de réponse était donc de 69 %.**

- Vingt-huit pour cent (2/7) des MSP en début de réflexion ont répondu.
- Soixante pour cent des MSP (21/35) faisant état d'un projet de santé en cours d'élaboration ou de finalisation ont répondu.
- Soixante-dix-huit pour cent des MSP (7/9) ouvertes et fonctionnelles ont répondu.

#### 1.2 Données démographiques des réponses

Nous avons reçu 8 réponses de MSP dans le département Pays de la Loire (44), 10 dans le département de Maine-et-Loire (49), 5 dans le département de la Mayenne (53), 2 dans le département de la Sarthe (72), 7 dans le département de la Vendée (85), et 3 réponses anonymes.

Le stade d'avancé dans la structuration des projets de santé des MSP ayant répondu se répartissaient ainsi:

*Figure I: Degré de structuration des MSP ayant répondu au questionnaire*

Dans cinq questionnaires (soit 14 % des réponses) il n'a pas été possible d'identifier l'état d'avancé de la MSP du fait du manque de donné dans la pavé d'identification.

Dans deux questionnaires, plusieurs noms ont été indiqués dans le pavé d'identification concernant la personne référente (2 médecins et 1 orthophoniste ou 1 médecin et 1 diététicienne). Dans les autres cas une seule personne était identifiée : le médecin ayant rempli le questionnaire.

Pour des raisons logistiques les questionnaires étaient adressés aux médecins et ont donc été remplis principalement par des médecins (les listes de MSP fournies ne comprenaient que les noms des médecins généralistes des structures).

### **1.3 La notion de prévention dans le projet de santé des maisons de santé pluri-professionnelles**

La notion de prévention fait partie du projet de santé dans 91 % des cas (32/35). Une maison de santé a répondu négativement, deux maisons de santé n'ont pas répondu à cette question.

### **1.4 La mise en place d'actions de prévention au sein de la maison de santé pluri-professionnelle**

Quarante-neuf pour cent (17/35) ont répondu avoir déjà mis en place des actions de prévention pluri-professionnelles au nom de la MSP.

Quarante-trois pour cent (15/35) ont répondu n'avoir rien mis en place.

Huit pour cent (3/35) n'ont pas répondu à cette question.

<b>Mise en place de projets de prévention selon l'avancée de la structuration de la MSP</b>	<b>N=17</b>
- Sites ouverts	4
- Sites dont le projet est en cours	12
- Sites en début de réflexion	0
- Non classé	1

*Tableau 1: Mise en place de projets de prévention, selon l'avancée de la structuration de la MSP*

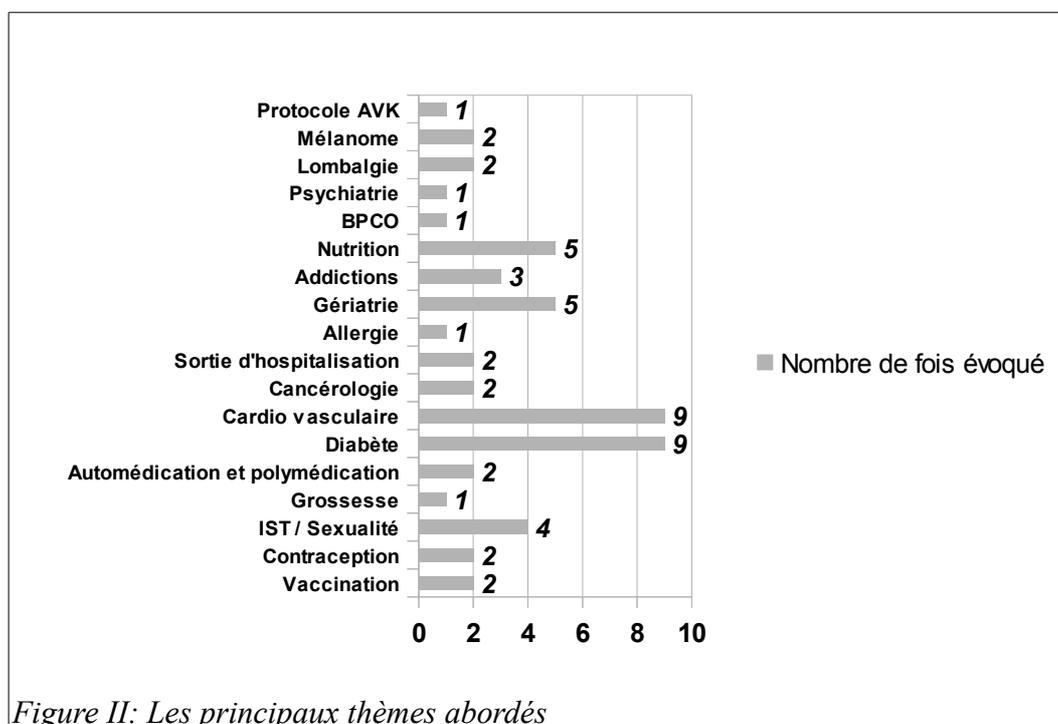
Des raisons de non mise en place d'action de prévention pluri-professionnelle ont été rapportées dans 11 cas : le fait que la maison de santé soit en début de projet (4/11) ; le manque de temps (3/11) ; les raisons financières (2/11) ; les raisons méthodologiques (1/11) ; les éléments juridiques (1/11).

### 1.5 La mise en place d'actions de prévention à titre individuel

En cas de réponse négative à la mise en place d'action de prévention pluri-professionnelle, était posé la question d'action de prévention à titre individuel. Sur les 15 réponses négatives, seulement deux déclarent avoir mis en place des actions de prévention à titre individuel ; onze déclarent ne pas avoir mis en place d'action de prévention individuel ; deux n'ont pas répondu à cette question.

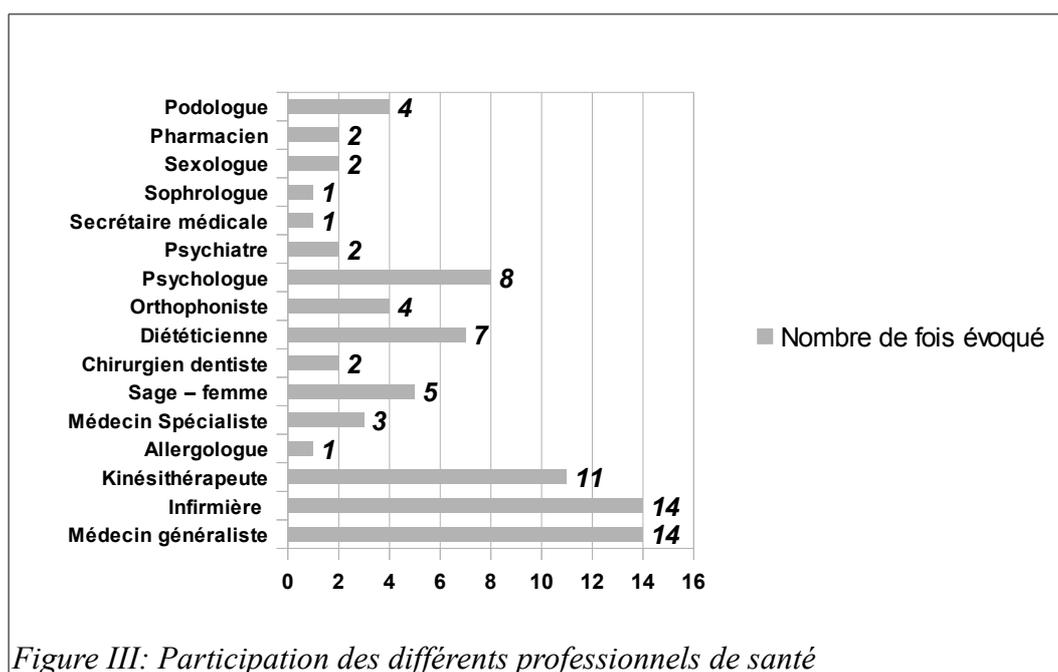
### 1.6 Les thèmes de prévention abordés

Les thèmes de prévention abordés sont variés. La prévention des pathologies cardiovasculaires, le diabète, la gériatrie et la nutrition étaient les thèmes les plus fréquemment retrouvés.



## 1.7 Les professionnels impliqués dans les projets de prévention

Les professionnels participant aux projets de prévention étaient le plus souvent les médecins généralistes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les psychologues et les diététiciens.



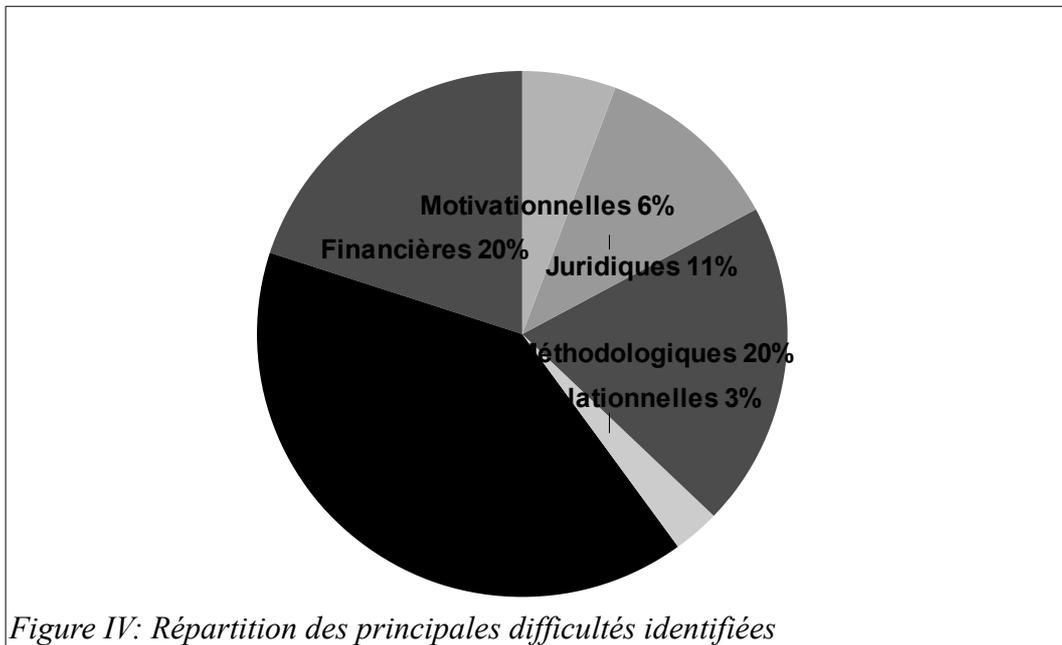
## 1.8 Les difficultés identifiées de l'élaboration à la mise en œuvre d'un projet de prévention

Il s'agissait d'une réponse à choix multiples avec possibilité de commentaires libres.

### 1.8.1 Les difficultés

Cette question à choix multiples comprenait 6 propositions de difficultés :

- Financières
- Juridiques
- Motivationnelles
- Liées au temps
- Relationnelles
- Méthodologiques



### 1.8.2 Commentaires libres

Voici les commentaires concernant les difficultés rencontrées dans l'élaboration et la mise en pratique d'actions de prévention au sein des MSP. On retrouve les aspects :

- Relationnels :

« Créer une dynamique d'équipe entre professionnels libéraux »

« Le ressenti de la patientèle »

- Juridiques :

« Le statut des MSP est flou, les contraintes territoriales qui intéressent les politiques sont parfois sans rapport avec un objectif de qualité de soins »

- Financiers :

« Difficile de proposer de s'engager dans un projet de soins avant de savoir s'il y aura des moyens. Les libéraux sont parfois réticents ».

- Administratifs et organisationnels :

« L'appropriation des protocoles »

« L'élaboration d'une réelle politique de santé locale ou feuille de route cohérente, motivante, légale, faisable, qui puisse apporter une amélioration des soins en plus de tout »

« Les relations avec l'ARS qui trouve les projets bons mais malgré les rencontres met des bâtons dans les roues au fur et à mesure de la mise en place des projets, que ce soit juridiques, financiers (suppression de subventions accordées...). Bref jeunes collègues méfiance car l'ARS vous vend du vent quand elle parle de MSP pour vous inciter à vous installer, aucune n'est opérationnelle, et ce sont les médecins qui doivent tout faire ».

## **2 Enquête qualitative**

### **2.1 Les motivations à faire de la prévention au sein de la maison de santé**

#### **2.1.1 L'apport du travail collectif et pluridisciplinaire**

Cet aspect est très présent dans les trois focus group et apparaît comme enrichissant et porteur à l'action.

*« Je crois que ce qui nous motive au départ c'est le fait [...] de créer un projet ensemble, avec plusieurs professionnels, peu importe le thème ».*

*« l'idée de se retrouver ensemble pour réfléchir, le fait que ça passe par le collectif pour être à l'écoute d'un certain nombre de difficultés dans notre patientèle en partant du principe qu'on est toujours plus observateur et plus intelligent à plusieurs ».*

*« Je trouve que ce qui nous motive c'est que tout seul on n'aurait jamais eu toutes ces idées, [...] le fait d'être en maison de santé, c'est d'avoir les avis de chacun sur la prévention, de ne pas être tout seul avec ce que chaque profession a normalement à devoir faire selon certains critères. »*

### **2.1.2 La prévention est une part importante du travail en tant que professionnel de santé**

On retrouve la conviction des professionnels de santé de l'intérêt de faire de la prévention dans leur travail quotidien et de leur rôle dans ce domaine en tant qu'acteur de santé.

*« la prévention c'est indispensable, c'est acquis, c'est inné, on en fait, on en fait tout le temps ».*

*« on a toujours défendu ça euh que la prévention faisait partie intégrante de notre travail, enfin moi ça me paraît évident ».*

### **2.1.3 Améliorer la qualité de vie du patient**

L'adage « mieux vaut prévenir que guérir » fait consensus.

*« c'est que c'est plus intéressant, c'est évident d'ailleurs, d'arriver avant une maladie que de la soigner après ».*

*« et puis d'aller plus dans la santé, la qualité de vie, la préservation de la qualité de vie ».*

### **2.1.4 Responsabiliser le patient**

Les actes de prévention donnent l'opportunité d'impliquer le patient dans sa santé.

*« Ce qui me paraîtrait important de rajouter aussi c'est que pour moi c'est redonner un rôle beaucoup plus actif, d'acteur aux personnes qui prennent en charge justement leur santé, et qui ne sont pas simplement des consommateurs de consultations médicales ou de traitements. »*

*« effectivement c'est de ne pas attendre le symptôme en fait pour que les personnes deviennent actrices de leur santé effectivement ».*

### **2.1.5 Avoir un discours commun auprès des patients**

L'élaboration collective du projet de prévention permet de s'accorder entre professionnels de santé pluridisciplinaires et d'avoir une ligne de conduite commune.

*« ça permet [...] de parler tous d'une même voix sur des sujets très différents aux patients. »*

*« élaborer quelque chose de commun au niveau de la prévention et de le diffuser dans tous les cabinets, donc de s'entendre sur quelque chose ».*

### **2.1.6 Donner du sens à son travail**

Élargir son champ de travail à de la prévention permet à certains professionnels d'obtenir une satisfaction dans leur travail.

*« et je trouve qu'en fait aujourd'hui moi je me fais super plaisir à travailler car j'ai l'impression de donner du sens à mon exercice. »*

### **2.1.7 Le financement n'est pas toujours la principale motivation**

Pour certains professionnels rencontrés, l'envie de faire de la prévention a émergé avant les propositions de financements visant à faciliter les actions.

*« On n'attendait pas le paiement pour le faire. Tout ce qu'on a mis en place là on n'attendait pas le paiement. Maintenant si on est payé c'est bien mais on n'allait pas attendre d'être payé, d'avoir la carotte pour faire quelque chose. »*

*« Mais voilà, voilà ce que je veux faire comprendre c'est que si vous faites bien votre travail vous allez être payé, nous c'est pas notre politique, on a un travail à faire on le fait. Euh du coup je pense que cette politique de si vous faites bien votre travail vous allez avoir des sous, voilà moi ça me gêne profondément. »*

Pour autant, d'autres professionnels assurent que le financement a quand même été le déclic à l'action comme cela est pointé par la suite.

*« Enfin on a surtout été sollicité par l'ARS pour rentrer dans le cadre du protocole ENMR, des nouveaux modes de rémunérations et c'est à partir de là qu'a découlé en fonction des contraintes des actions de prévention. »*

## **2.2 L'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de prévention**

### **2.2.1 Le choix du thème de prévention**

Plusieurs possibilités pour le choix du thème ont été exprimées :

- Guidé par les ENMR (exemples des soirées de formation sur le BPCO ou le diabète).
- Après discussion collective entre professionnels de la maison de santé et propositions spontanées de certains professionnels (exemple de la réunion publique sur le thème des toxiques dans l'environnement de la maman et du petit enfant).

- En lien avec un appel à projet de l'ARS (exemple de l'action de prévention sur l'aide aux aidants).
- Partir de difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne, d'une envie d'approfondir un sujet mal maîtrisé (exemple : « *on se sent mauvais dans la prise en charge en addictologie, parce qu'en fait on était un peu à cours de ce qu'on peut proposer aux gens qui viennent nous voir pour arrêter une addiction quelle qu'elle soit* » et mise en place d'une action en lien avec le secteur psychiatrie).
- Du souhait de coordonner des prises en charges dans certains domaines avec des acteurs locaux (CLIC, RIAM).

### **2.2.2 La méthodologie en amont**

La méthodologie utilisée est très variable en fonction des maisons de santé et n'est pas standardisée.

- Contact des structures locales existantes autour (CLIC, SIAD, RIAM, secteur psychiatrique) pour créer des temps de coordination avec les professionnels de la maison de santé.
- Organisation en sous-groupes de travail sur un thème avec recherche documentaire et présentation du travail lors de réunions publiques. Communication autour de la soirée pour la faire connaître.
- Organisation de soirées de formations pour les professionnels de la maison de santé avec interventions de spécialistes extérieurs rencontrés préalablement.
- Rédaction d'un journal sur la prévention avec des informations (exemple du journal EPIS crée par une MSP : Éducation Prévention Information Santé).

### **2.2.3 Les professionnels de santé impliqués**

Les projets de prévention sont ouverts à tous les professionnels des maisons de santé, avec une participation plus ou moins importante de chacun, en fonction par exemple des thèmes, de la disponibilité, de l'entente, ou de l'envie de travailler ensemble.

#### **2.2.4 Le temps alloué aux projets de prévention**

Il est variable en fonction de la forme utilisée. Il s'agit pour certains professionnels de temps en plus de leur temps strictement professionnel. Dans ce cas-là, le temps passé sur la prévention est difficile à évaluer et souvent non comptabilisé. Pour d'autres il est inclus dans le temps professionnel et rémunéré notamment par le biais des ENMR.

Quelques exemples illustrant le temps alloué aux projets de prévention :

- Préparation d'une réunion publique sur un thème de prévention : pour chaque participant cela consiste en un travail de documentation « *en moyenne une heure par jour [...] je dirais ça sur les deux trois mois de préparation* », plus plusieurs soirées de mise en commun.
- Organisation de soirées de prévention pour les professionnels de la MSP : Un mois de préparation avec deux, trois soirées de trois heures, et plusieurs échanges de courriers électroniques.
- Les temps de coordination avec les structures locales : environ tous les trois mois, pendant « *deux bonnes heures* ».

#### **2.2.5 Le financement**

Tous sont d'accord pour dire que le financement est globalement insuffisant. Trois modes de financement ont été évoqués :

- L'aide des mutuelles privées.
- L'ARS : « *il y a eu une formation par rapport à l'aide aux aidants qui était en partie financée par l'ARS mais avec des financements qui sont à l'évidence beaucoup trop bas.* »
- Indemnisation des temps de coordination ou de formation par les ENMR.

#### **2.2.6 La coordination du projet de prévention**

- Soit, l'existence d'un « leader » du projet (souvent un médecin) qui amène un thème, et la décision de poursuivre est collégiale : « *M1 amène pleins de projets et après on voit si ça nous intéresse ou pas, on en discute.* »

- Soit, une décision dès le départ collégiale, avec un travail horizontal, des décisions prises en équipe et une répartition des responsabilités.

## **2.3 Les difficultés rencontrées**

### **2.3.1 Le manque de temps**

Il est identifié dans les trois maisons de santé. Difficulté à définir des temps de prévention en plus de l'emploi du temps chargé consacré aux soins curatifs. Ceci transparait pour chaque profession.

*« C'est pas les idées qui manquent, c'est plutôt le temps, la disponibilité. »*

*« C'est sûr que c'est du temps en plus de notre temps professionnel strict donc pour certains il y a certaines périodes où c'est très difficile d'en trouver suffisamment. »*

*« on est tous investis professionnellement, moi j'ai le sentiment qu'on arrive à se centrer sur un j'allais dire un petit projet ou un projet, mais ça nous prend quand même des mois parce que on n'a quand même pas assez de temps. »*

### **2.3.2 Les lacunes en organisation**

Certains professionnels soulignent un manque de connaissance, des lacunes en organisation et un besoin d'aide dans ce domaine. Certains souhaiteraient pouvoir se former, d'autres évoquent la possibilité de déléguer la partie administrative, de se faire aider par un tiers.

*« Bon c'est aussi parce qu'on n'a pas d'aide logistique [...] c'est vrai qu'il nous manque un métier qui serait une coordinatrice administrative ou quelque chose, quelqu'un, il manque certainement une profession dans notre organisation pour aller plus vite. »*

*« ce qui est lourd c'est pas tant de penser à ce qu'il y a à faire, enfin si on avait juste à faire ce qui nous motive entre guillemet et qu'on n'avait pas l'organisation, voilà le côté plus administratif. »*

*« Moi je suis toujours preneur de méthodes de formation c'est clair. Un coaching en préparation. Mais j'ai l'impression qu'à chaque fois qu'on prépare une réunion on repart à zéro c'est pas facile quoi. »*

### **2.3.3 L'insuffisance de financement**

*« il y a un moment quand même où on n'était pas sûr d'avoir [notre financement] et on s'est dit soit on a quand même un financement minimum soit on laisse tomber, on ne fait pas quand même dans le processus de donner beaucoup de temps sans rémunération. »*

*« il est possible que ça s'essouffle à cause de détails de ce genre aussi [en parlant du manque de financement]. »*

*« on est obligé de faire ce travail-là bénévolement. »*

### **2.3.4 Les lourdeurs administratives de l'ARS**

*« l'ARS qui nous demande quand même de mieux formaliser encore et de détailler de façon beaucoup plus écrite et beaucoup plus concrète »*

*« on a eu des rencontres avec l'ARS [...], alors ça, ça n'a pas duré très longtemps mais ça nous a épuisé moralement beaucoup plus que de se retrouver à travailler. »*

*« On est dans la forme beaucoup quand même. Tout le temps dans la forme. »*

### **2.3.5 Entretenir la motivation de l'ensemble des acteurs par des thèmes fédérateurs**

Certains mettent en avant la difficulté à réunir tous les professionnels autour des projets de prévention. Trouver un thème fédérateur.

*« et on s'aperçoit que tous les professionnels ne se sentent pas impliqués et ça c'est un petit peu en fait [...] la déception. »*

*« bon brancher tout le monde et les faire travailler c'est pas évident. »*

*« Ça n'a pas été au top pour tout le monde. Certains ne se sentaient pas concernés [en parlant de certaines soirées de formations] »*

### **2.3.6 Se former et développer ses compétences pour faire de la prévention**

Un des médecins parle de « *professionnalisation de la prévention* », comme une spécialité à part entière et une nécessité de formation particulière.

*« Je ne me sens pas forcément la fibre de me présenter devant une assemblée et de faire un speech de prévention et ça je pense que c'est quelque chose qui se travaille et qui demande du temps. »*

*« Oui déjà maîtriser le sujet dont on parle [...] et être capable de répondre à des questions des intervenants. »*

### **2.3.7 Difficulté à travailler avec des structures non locales**

Pour certains professionnels de santé, les relations sont parfois difficiles avec les hôpitaux qui ne comprennent pas toujours les problématiques du terrain. Ils notent une différence entre les prises en charges hospitalières proposées et les possibilités réelles de prise en charge du patient.

Leur souhait est surtout de travailler avec des professionnels locaux plus à même de connaître leurs problématiques et d'y apporter une réponse. Ils considèrent, de par leur expérience, que ceci est plus difficile avec les structures au niveau départemental ou régional.

## **2.4 Les éléments facilitateurs**

### **2.4.1 Le lieu de la maison de santé**

Le regroupement géographique et concret des professionnels de santé en maison de santé.

*« Je pense que oui le fait d'avoir créé la maison de santé ça nous a donné un lieu d'accueil là où on s'est dit on va concrétiser. »*

### **2.4.2 La dynamique de groupe et les relations au sein de la maison de santé**

*« Ce qui est facilitateur aussi et moi je dirais surtout c'est le fait qu'on se connaisse bien maintenant et qu'on puisse s'interpeller facilement les uns les autres dans un réseau de proximité. »*

*« je trouve quand même qu'il y a une dynamique [au sein de la maison de santé]. »*

### **2.4.3 La possibilité de voir un résultat concret**

Travailler avec des structures qui connaissent la réalité du terrain.

*« c'est pas ceux qui vont être du niveau départemental et régional qui ne vont pas être sur le terrain qui vont nous apporter des choses. »*

*« Les interlocuteurs qu'on a ils ont vu la personne ils ont vu le domicile. »*

*« Moi je veux vraiment du concret »*

### **2.4.4 L'aide financière**

*« Les mutuelles, heureusement qu'on a cette aide logistique [...] déjà financièrement on n'aurait pas pu forcément éditer les affiches, les flyers, mine de rien c'est déjà un soutien réel, ça c'est facilitateur. »*

*« financièrement ça a un coût et heureusement qu'on avait les mutuelles pour financer ça. »*

### **2.4.5 Les ENMR comme déclic à l'action**

*« Il faut le reconnaître les ENMR ça nous a obligé à faire quelque chose ensemble »*

*« Ça [en parlant des ENMR] a été le catalyseur ça c'est sûr. »*

*« Ça [en parlant des ENMR] avait un côté pratique, ça nous filait des objectifs. »*

## **2.5 L'évaluation des projets de prévention**

La question de l'évaluation a montré que celle-ci n'avait pas été réfléchie avant la mise en place des actions de prévention. Lorsqu'une évaluation a eu lieu il s'agissait plutôt d'une évaluation informelle, un ressenti personnel et une impression globale des professionnels de santé de la maison de santé sur les résultats de leur action. Dans l'une des maisons de santé, des questionnaires de satisfaction ont été distribués aux participants des réunions publiques.

Deux pistes ont cependant été appréciées :

### **2.5.1 L'impact sur les usagers**

Des retours positifs, et une ouverture aux professionnels de la MSP.

*« les retours de nos patients étaient plutôt encourageants et plutôt demandeurs [...] d'autres thèmes, d'autres réunions. »*

*« Moi le changement que j'ai pu aussi constater c'est que du coup les gens osaient nous poser des questions, ils se sont dit tiens ils s'intéressent à d'autre chose que leur métier [...] ça à ouvert du dialogue. »*

## **2.5.2 L'impact sur les professionnels de santé de la maison de santé**

L'enrichissement de sa pratique et du dialogue au sein de la maison de santé.

*« Moi je trouve que ça [faire de la prévention] enrichit aussi beaucoup, beaucoup notre pratique. »*

*« La kiné qui parle de diététique! »*

## **2.6 Les attentes des professionnels de santé**

De prime abord, certains professionnels semblaient réticents à l'idée d'un guide méthodologique. Ils mettaient en avant la crainte de ne pas pouvoir adapter les actions à par exemple, un gros pôle de 100 personnes et à une maison de santé de 13 personnes.

Chaque fonctionnement est différent. Leur avis est qu'on ne peut pas adopter le même système à tous les pôles et à tous les territoires. Les professionnels de santé le disent bien, ils sont en permanence dans l'adaptation.

Dans l'ensemble, ils ne souhaitent pas un guide « froid » avec des listes « d'items administratifs ». Ils reconnaissent cependant qu'il peut être intéressant afin de garder une trame commune.

Les éléments qui leur semblent utiles:

- Des exemples de fonctionnement de maisons de santé permettant de connaître et de comparer les différentes organisations. Des exemples concrets de mises en place de projets de prévention.
- Faire un lien entre les maisons de santé, mutualiser les actions dans le même territoire.
- Un outil organisationnel, des méthodes concernant la prévention.
- Des techniques et des outils d'évaluation.

## DISCUSSION

### 1 L'enquête quantitative

#### 1.1 *La méthode : forces et limites*

##### 1.1.1 Forces

Le questionnaire a été envoyé par courrier à toutes les MSP de la région Pays de la Loire ayant formalisé un projet de santé à la date de juin 2012. Il n'y a pas eu de sélection ou d'échantillonnage réalisé, toutes les MSP de la région ont reçu un questionnaire.

Nous avons obtenu un bon taux de réponse de 69 %.

Les questions étaient, par choix, peu nombreuses et amenaient des réponses rapides, ce qui a sans doute participé au taux de réponse.

##### 1.1.2 Limites

Il s'agissait d'un questionnaire déclaratif, basé sur les dires de la personne qui le renseigne. Ce type d'enquête entraîne un biais dû aux déclarations de celui qui remplit le questionnaire. Si celui-ci peut faire des oublis, il peut surtout avoir tendance à surévaluer le nombre d'actions menées. La personne qui remplit le questionnaire peut répondre ce qu'elle veut, il n'y a pas de vérification, d'autant plus que nos questions amenaient des réponses succinctes sous forme de listes, sans demande de description particulière. Les questionnaires ont principalement été remplis par des médecins référents de la structure préférant probablement montrer un travail sur le sujet. Des actions de prévention ont pu être notées alors que celles-ci n'avaient été qu'évoquées ou imaginées et pas réellement abouties.

L'envoi des questionnaires a été fait sans tenir compte de l'ancienneté du projet de MSP et du degré d'avancement de celui-ci. Parmi les 51 maisons de santé ayant reçu le questionnaire, on pouvait compter aussi bien des maisons de santé opérationnelles que des maisons de santé en tout début de réflexion. L'expérience et les moyens ne sont donc pas les mêmes. On s'attend à ce que le travail sur les projets de prévention ne soit pas à des stades équivalents. Cependant, l'intérêt était aussi de voir si même au tout début du projet, un travail sur la prévention avait déjà été évoqué ou imaginé.

## **1.2 Les résultats**

Nous avons obtenu 35 réponses de MSP de la région Pays de la Loire.

Dans 91 % des réponses, la prévention était inscrite dans le projet de santé de la MSP. Le projet de santé doit répondre à un cahier des charges établi par l'ARS pour permettre à la MSP de bénéficier d'un soutien financier(17). Proposer des actions de prévention fait partie des critères et des missions de la MSP imposés par l'ARS. En pratique, notre enquête a montré que seulement 49 % des MSP avaient mis en place ces actions de prévention, et nous avons vu que ces résultats étaient peut-être surévalués. L'écart entre ces deux chiffres atteste que la prévention pluri-professionnelle inscrite dans le projet de santé de la MSP, ne suffit pas à la faire exister. On peut supposer que pour certains, le fait de l'avoir inscrit dans le projet de santé aura seulement permis d'obtenir les subventions nécessaires, sans désir de travailler et de développer des actions de prévention par la suite. Peut-être que pour d'autres, au contraire, cette obligation a permis une réflexion entre professionnels qui n'aurait pas eu lieu sinon.

Dix-sept MSP ont déclaré avoir mis en place des actions de prévention pluri-professionnelles. Si l'on regarde ce chiffre en fonction du degré d'avancement de la structuration de la MSP, on note que :

- Aucune MSP en début de réflexion n'a mis en place de projet de prévention. Ceci semble logique car il paraît difficile de lancer une action de prévention pluri-professionnelle alors que tous les aspects logistiques et organisationnels ne sont qu'aux stades d'ébauches.
- Toutes les MSP ouvertes et fonctionnelles n'ont pas mis en place d'action de prévention. Seulement 4 sites sur les 7 ayant répondu ont affirmé avoir déjà mis en place des actions de prévention. Ce résultat pose la question de ce qui peut à ce stade, freiner ces MSP à se lancer dans des projets de prévention.
- Un peu plus de la moitié des sites dont le projet est en cours (12 sur 21) ont répondu avoir déjà mis en place des actions de prévention collectives. Ces actions ont pu être menées avant l'aboutissement complet du projet de maison de santé.

Ces résultats montrent la disparité entre les structures dans la mise en place d'action de prévention. Le degré de structuration de la MSP (hormis le tout début de réflexion) ne semble pas être le principal frein à l'élaboration de projets de prévention puisque plusieurs structures

fonctionnelles n'ont pas encore mis en place de tels projets.

Les thèmes de prévention choisis sont nombreux. Les plus fréquemment cités sont ceux en rapport avec : les pathologies cardiovasculaires, le diabète, la nutrition, la gériatrie, les infections sexuellement transmissibles (IST), la sexualité, les addictions, la contraception, les vaccinations.

L'étude « Baromètre santé 2010 » menée par L'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé)(18) abordait les différents comportements et attitudes de santé des Français. Cette enquête sous forme de questionnaire traitait plus de 25 thèmes de santé parmi lesquels on retrouvait : les maladies chroniques, la nutrition, les addictions (alcool, tabac, drogue), la santé mentale, la sexualité (contraception, IST), la maladie d'Alzheimer, la vaccination. Ces thèmes font échos à ceux évoqués par les professionnels des MSP. Les principaux thèmes choisis par les professionnels de santé pour mener leurs actions de prévention sont en accord avec les réalités et les besoins sanitaires actuels.

Les professionnels les plus cités pour participer aux projets de prévention étaient tout d'abord les médecins généralistes et les infirmiers. Ces deux professions en lien direct avec les patients peuvent en effet avoir un regard sur de multiples thèmes de prévention. Les autres professions fréquemment cités étaient les kinésithérapeutes et les psychologues, ces deux professions sont également des recours fréquents pour les patients. D'autres professions plus spécialisées telles que podologue, sophrologue, sage-femme ou orthophoniste ont également réussi à s'intégrer dans des projets de prévention. La participation du ou des médecins généralistes était notée dans tous les questionnaires sauf dans trois. Ceux-ci ayant été remplis par des médecins, on peut se poser la question de savoir s'ils ne s'incluaient pas implicitement.

La secrétaire médicale a été citée une fois comme participante aux actions de prévention. Son rôle n'a pas été décrit mais on peut imaginer qu'il s'axe autour de la circulation de l'information aux patients et entre les différents professionnels, de l'accueil ou de l'organisation logistique. Dans le focus group numéro 2, la secrétaire médicale a participé à une réunion publique en tant qu'intervenante, après préparation, sur un thème sur lequel elle était sensibilisée.

Les difficultés évoquées pour la mise en place de projets de prévention nous permettent de mieux comprendre les freins à leurs instaurations. Le manque de temps revient nettement en

première position (évoqué dans 40 % des cas). Il s'agit malheureusement d'un facteur peu modulable. Il implique que dans l'idée de chacun, faire de la prévention demande du temps. D'après une étude sur le temps de travail des médecins généralistes menée par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Santé Publique) en juillet 2009(19), le temps de travail moyen déclaré par les médecins généralistes en France variait entre 52 et 60 heures par semaine. Chaque profession médicale ou para-médicale est touchée par cette augmentation du temps de travail, souvent consacré aux soins curatifs ou à l'administratif, d'où la difficulté de dégager du temps pour la prévention et notamment lorsqu'il s'agit d'une coopération entre professionnels. Pour décharger les professionnels, certaines tâches logistiques pourraient être facilitées par une secrétaire ou une coordinatrice : aider à animer les réunions sur la prévention, préparer les compte-rendus, réserver les salles, aider à la communication sur les actions. Jouer sur toutes ces tâches qui ne sont pas au cœur du métier de soignant. Des aides financières de l'ARS peuvent être prévues dans ce cadre(7).

Les autres difficultés sont les aspects financiers et méthodologiques. Ce dernier nous conforte dans l'idée que monter un projet de prévention au sein d'une MSP est le plus souvent une démarche totalement nouvelle pour les soignants. La réalisation d'un guide pratique contenant des pistes méthodologiques à l'intention des professionnels de santé de MSP trouve ici sa place. Les professionnels nous ont tous relaté les difficultés administratives rencontrées avec l'ARS. Notre objectif n'est donc pas de soumettre des listes d'items administratifs, mais de proposer au maximum des aides concrètes et d'être au plus près de la pratique quotidienne des professionnels.

L'aspect financier est développé dans le chapitre de discussion sur l'enquête qualitative qui suit. Il soulève la question du paiement à l'acte des professionnels libéraux des MSP. Dans le principe, les MSP restent des structures libérales avec paiement à l'acte pour les soins, même si rien n'interdit un exercice salarié. Le manque de moyen financier est une difficulté empêchant les professionnels de se lancer dans des actions de prévention pluridisciplinaires.

L'aspect juridique est évoqué. Dans les commentaires libres sur les difficultés, le « *statut flou* » des MSP est mis en avant, ainsi que la difficulté à trouver une place entre les contraintes territoriales intéressant les politiques et la mise en route d'un projet de soins de qualité. Quelle est la liberté d'action des professionnels des MSP qui s'engagent dans un projet en lien avec l'ARS ? Peut-il y avoir des oppositions dans le choix des thèmes ou dans

l'évaluation et les objectifs des actions de prévention ? Entre par exemple les bénéfices attendus en terme d'économie de santé et l'indépendance des professionnels à mener leur travail comme ils le souhaitent.

Le manque de motivation a été évoqué deux fois et les problèmes relationnels une fois. Créer une MSP(20) ne met pas à l'abri de divergences d'opinions, cela ne construit pas un groupe homogène. Les finalités poursuivies par les uns ou les autres ne sont pas forcément les mêmes, malgré l'adhésion déclarée par tous au projet de santé. La coopération entre professionnels suppose de connaître le cadre d'exercice de chaque professionnel, de reconnaître les compétences de chacun et d'acquérir un minimum de savoir-faire pour coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle.

## **2 L'enquête qualitative**

### **2.1 La méthode : forces et limites**

#### **2.1.1 Forces**

Cette méthode du focus group nous a permis de réunir en une fois plusieurs professions de santé. De part notre sujet sur la prévention pluri-professionnelle, l'intérêt de notre étude était d'avoir les avis des différents professionnels de santé d'une MSP, et pas seulement des médecins généralistes. Des entretiens semi-directifs individuels de chaque professionnel sur le sujet auraient demandé beaucoup plus de temps et auraient été contraire à l'esprit interprofessionnel.

La dynamique de groupe engendrée par ce type d'entretien collectif permet d'exprimer des idées auxquelles les participants n'auraient pas forcément pensé dans un entretien individuel ou en remplissant un simple questionnaire sur le sujet.

Dans les trois focus group, les participants se connaissaient tous déjà, ce qui a pu aider à libérer plus rapidement la parole.

Le temps dédié (de 1 heure à 1 h 40 min pour nos focus group) entièrement sur le sujet de la prévention au sein de la MSP permet d'aller au fond du sujet. Le fait qu'il y ait un cadre formel à cette discussion, qu'il y ait un modérateur et que cela soit enregistré a permis une certaine concentration des groupes.

Enfin, les focus group se sont tenus dans des lieux choisis par les professionnels et à proximité de leurs lieux d'exercices. Ce sont les modérateurs et l'observateur qui ont fait le déplacement à chaque fois. Ceci a permis de limiter le biais de recrutement des participants en ne perdant pas ceux qui n'auraient pas souhaité participer à cause de la distance pour se rendre sur le lieu du focus group.

### **2.1.2 Limites**

Les limites du focus group sont liées aux conséquences de l'interaction des personnes dans un groupe. Certaines personnes dans cette situation peuvent avoir plus de difficultés à s'exprimer spontanément et à défendre leur opinion, quand d'autres justement peuvent chercher à imposer leur point de vue. Le rôle du modérateur est de limiter au maximum l'émergence d'un « leader » et de faire participer ceux qui ne prennent pas spontanément la parole.

Concernant les temps de paroles il est à souligner que dans les focus group 1 et 3 certains participants se sont moins exprimés que d'autres. Il s'agit d'un médecin généraliste dans le focus group 1 et d'une infirmière et d'une kinésithérapeute dans le focus group 3.

Dans le focus group 1 le modérateur connaissait l'un des médecins participant ce qui a pu perturber le déroulement du focus group en créant une ambiance moins formelle et plus détendue.

Les données de cette étude par focus group ne peuvent être généralisables à l'ensemble de la population car les groupes n'ont pas été constitués dans un but de représentativité ni choisis de façon randomisée.

Le focus group ne permet pas d'établir un consensus sur le sujet car son but est de recueillir et de faire émerger toutes les données possibles sur un thème.

L'analyse des données et le découpage en unités de signification ont été réalisés par une seule personne ce qui favorise la subjectivité et oriente l'interprétation, même si celle-ci s'attache à en minimiser au maximum l'effet.

### **2.1.2.1 Biais de recrutement des participants**

Dans chacun des focus group, tous les professionnels de la maison de santé n'étaient pas présents. Le thème était connu à l'avance et on peut donc supposer que ceux qui étaient présents se sentaient concernés et motivés par le sujet de la prévention au sein de leur maison de santé.

D'autre part comme nous l'avons déjà exprimé, certains focus group ont été rémunérés dans le cadre de l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunérations, ce qui peut ajouter un biais de motivation entre les professionnels participant de manières bénévoles et ceux étant indemnisés.

Dans le focus group 1, seulement quatre médecins généralistes étaient présents, la pluridisciplinarité n'était donc pas représentée, et nous avons perdu dans la diversité des échanges et des points de vue.

Dans les trois focus group, les participants étaient des personnes se connaissant déjà et travaillant ensemble. Le risque était que les interactions et les éventuels rapports hiérarchiques (liés à la profession ou à l'ancienneté dans la structure) déjà ancrés dans la vie quotidienne se répercutent durant le focus group. Malgré cela, il nous a semblé que tous les participants ont pu exprimer leur point de vue sans réticence et sans crainte du regard de l'autre. Pour autant, il est possible que certains professionnels n'aient pas souhaité participer aux focus group du fait de mésententes avec l'un ou l'autre des participants. Ceci a pu entraîner une fausse bonne entente et limiter les divergences d'opinions durant les entretiens.

Enfin, lors de l'organisation des focus group, il n'y a eu qu'un seul interlocuteur pour chaque MSP. Il s'agissait d'un médecin dans les trois cas. Celui-ci avait pour mission de réunir ses collègues pour le focus group. Ainsi, chaque professionnel n'a pas été contacté directement. Le fait de passer par un médecin pour faire circuler l'information a pu entraîner l'absence de certains professionnels, surtout ceux ayant un contact moins facile avec le médecin.

### **2.1.2.2 Biais liés au manque d'expérience des modérateurs et de l'observateur**

Il s'agissait pour chacun de sa première expérience dans ce domaine. Deux des modérateurs n'avaient jamais assisté au déroulement d'un focus group, le troisième avait déjà assisté en tant que participant. Durant le focus group les modérateurs doivent rester le plus neutre possible, cela peut paraître difficile à mettre en œuvre car leurs points de vue peuvent transparaître dans

la formulation ou le ton donné aux questions. Dans notre cas, deux modérateurs étaient des médecins généralistes travaillant en structures de maisons de santé et donc concerné par le sujet. Deux d'entre eux avaient également la casquette de directeur de thèse.

Le rôle de l'observateur est moins marquant car il ne participe pas à l'échange, pour autant sa technique s'est affinée au cours des trois focus group, et le repérage des éléments non verbaux était plus affûté lors du troisième focus group. L'observation n'a donc pas été strictement équivalente entre les trois focus group.

## **2.2 Les résultats**

Dans ce chapitre, nous discuterons des résultats des focus group pour tenter de comprendre ce qui aide les professionnels de santé de MSP à mettre en place des actions de prévention pluri-professionnelles. D'autre part, nous tenterons d'identifier des pistes concrètes et pratiques visant à aider les professionnels à élaborer des actions de prévention en MSP.

### **2.2.1 Analyse de l'observation**

Nous allons discuter de la dynamique de groupe qui a pu se dégager dans les trois focus group à travers ce qui a pu être observé.

Dans le focus group 1 : C'est le seul focus group où il n'y a pas eu de pluridisciplinarité dans les participants. Seuls les quatre médecins généralistes de la structure étaient présents. L'ambiance était détendue, sans gêne identifiée, les participants semblaient bien se connaître et s'apprécier. Ils s'interpellaient facilement, n'hésitant pas à blaguer. Les propos ont été nombreux, chaque participant prenait la parole facilement. Cependant, il y a eu beaucoup de coupures de paroles entre les participants et peu de silence. Chacun voulait intervenir. Plusieurs caractères forts sont ressortis (M1, M2, M3) qui intervenaient plus souvent et avec des opinions tranchées. M3 élevait souvent la voix. Il y a eu plus de hors-sujets que dans les autres focus group. Durant la discussion, il a été question plusieurs fois des autres membres de la MSP, puisque notre sujet était en lien avec la pluri-professionnalité. Nous n'avons pu recueillir que l'avis des participants présents et donc des quatre médecins généralistes de la structure. Les propos tenus ont souvent été assez durs envers les autres professionnels, que ce soient les infirmières, ou le kinésithérapeute. Les tons employés étaient hautains, les exemples

évoqués avaient une connotation moqueuse. Alors que cette MSP est fonctionnelle et que tous les professionnels sont regroupés sous le même toit, le résultat est que, concrètement, tous les professionnels de la structure ne participent pas aux actions de prévention, et que l'entente, hormis le noyau médical, semble peu amicale. Le fonctionnement pluri-professionnel au sein de la structure n'est pas facile ni respectueux et cela retentit sur les actions de prévention qui sont proposées par les médecins qui n'arrivent pas à fédérer les autres soignants. Les médecins ont évoqué plusieurs raisons à la non-participation des autres soignants, sans remise en cause personnelle et en rejetant souvent la faute sur les non participants. Ces propos donnaient l'impression d'un bloc médical qui s'entend bien et qui décide d'une ligne de conduite sans tenir compte des avis extérieurs. Les actions de préventions présentées étaient principalement des temps de coordination qui ont été organisés et formalisés avec certains acteurs locaux. Ces temps de coordination ont été orchestrés à l'initiative des médecins de la structure. Ces réunions sont indemnisées dans le cadre des ENMR. Ceux-ci n'ont pas été le moteur à l'action puisque ces temps de coordination existaient avant la mise en place de ce nouveau mode de rémunération.

Dans le focus group 2 : Les participants étaient les plus nombreux, et nous avons le plus de professions différentes représentées. Au sein de la MSP, des temps de réunions pluridisciplinaires sont prévus mensuellement et organisés en plus du temps de travail, puisqu'elles ont lieu le soir. Sur un temps d'échange informel, nous avons été informé que tous les professionnels impliqués dans la structure participaient à ces réunions (hormis absence exceptionnelle) et que même la secrétaire médicale était habituellement toujours présente. Ceci montre un investissement et une adhésion de tous les soignants. De manière informelle également, un des médecins nous a relaté l'historique et le cheminement de leur projet de MSP : ce n'est pas l'idée d'une maison de santé qui a permis le regroupement des professionnels, mais le regroupement des professionnels qui s'est fait spontanément qui a abouti à l'idée du projet de MSP. Ils se sont rendu compte que de manière informelle et spontanée, ils cheminaient vers une collaboration pluri-professionnelle avec l'envie d'un projet de soins commun. Une grande partie du travail relationnel avait été fait en amont. Les professionnels exerçaient à proximité, et avaient créé des liens dans le cadre de leurs exercices. Une entente s'est imposée avec l'envie de formaliser les liens et de travailler concrètement ensemble. De là est venu l'idée d'un regroupement en maison de santé. Celui-ci

n'est pas encore aboutit, le regroupement géographique n'est pas fait, et l'appellation maison de santé n'est pas encore officielle.

Durant les échanges nous avons pu en effet constater une entente et un respect entre les professionnels présents. A aucun moment il n'a été noté de tension entre les participants. Les interventions étaient à chaque fois respectueuses de l'avis de chacun, tout en osant compléter avec bienveillance par sa propre vision. Chaque participant était attentif à ce qui était dit, et dans l'écoute de son collègue. Nous pouvions sentir une cohésion. Il n'y a quasiment pas eu de conversation en parallèle. Le ton global était doux, il y a eu peu d'élévation de voix. Chaque participant a montré son intérêt pour les questions, le modérateur a utilisé peu de questions pour relancer le débat. Chacun a exprimé ses motivations sans hésitation, nous sentions que la réflexion avait déjà eu lieu, et que chacun savait où il allait, où le groupe allait, quels étaient leurs objectifs et pourquoi ils travaillaient ensemble.

Les actions de prévention mises en place dans cette MSP sont celles qui sont les plus abouties des trois focus group. Beaucoup de choses ont été mises en place de manière variée et avec une implication très importante des participants, notamment en plus de leur temps de travail strict. Pourtant, il s'agit de la seule MSP qui ne bénéficie pas des ENMR. Les professionnels participant aux actions de prévention ne sont pas rémunérés pour cela. Les financements (des mutuelles privés ou obtenus suite à un appel à projet de l'ARS) ont été utilisés principalement pour les supports logistiques ou pour payer les intervenants extérieurs éventuels.

Dans le focus group 3 : La dynamique du groupe était encore différente. Les échanges ont été moins nombreux. Les réponses ont été souvent courtes, comprenant une ou deux phrases répondant brièvement à la question. Le modérateur a dû relancer plusieurs fois la conversation pour faire participer chacun. Tout le monde ne s'est pas exprimé autant, notamment M1 et M2 dont les temps de paroles sont inférieurs à M3 et M4. Souvent M1 et M2 acquiesçaient à ce qui était dit. La question sur ce qui motivait à faire de la prévention a demandé un temps de réflexion, de silence, et il a été difficile pour certains d'y répondre. Les réponses ont été très courtes sur ce sujet contrairement aux deux autres focus group. L'ambiance générale n'était pas tendue, mais nous n'avons pas senti de cohésion au sein du groupe. Ils étaient ouverts aux questions, mais l'impression globale était que les participants n'avaient jamais clairement réfléchi entre eux à leurs objectifs, leurs attentes, et à la ligne de conduite de leur MSP. Notre thème a amené peu d'entrain, et les propos sont restés creux, en surface, sans réelle réflexion

de fond sur un projet commun de prévention.

Les participants ont expliqué avoir été sollicité par l'ARS pour rentrer dans le cadre des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération. C'est à partir de là qu'ils se sont posé la question d'actions de prévention. La réflexion sur la prévention lors de la rédaction du projet de santé ne semble pas avoir été faite, même si elle y était inscrite. Les projets de prévention qui ont été cités correspondaient surtout à des formations pluridisciplinaires avec des intervenants spécialistes extérieurs. Les thèmes étaient choisis en fonction des ENMR et ces formations étaient rémunérées. On peut se poser la question de l'impact préventif de ces réunions de formations qui, comme leurs noms l'indiquent, correspondent surtout à de la formation de soignant, même si le coté pluridisciplinaire est intéressant.

Dans ces trois focus group, la dynamique du groupe et les interactions entre les participants étaient très différents. La réalisation d'autres focus group aurait probablement mis en évidence d'autres fonctionnements et d'autres enjeux. Ce qui ressort de ces trois dynamiques est intéressant, surtout en les reliant aux résultats en termes d'actions de prévention. C'est la MSP qui est la moins structurée en terme juridique et géographique, qui propose le plus d'actions de prévention pluri-professionnelles concrètes. L'entente entre les professionnels de cette structure permet un investissement considérable des soignants : plusieurs heures de travail pris sur leur temps personnel, et non rémunérées. Même si comme l'ont signifié certains professionnels de la MSP, il existe certainement un risque d'essoufflement et qu'il ne s'agit probablement pas d'une solution pérenne. Mais l'énergie, l'envie et la volonté de réussir à travailler ensemble au service des usagers, les ont fait dépasser de nombreux obstacles. Dans cette MSP, les freins financiers, méthodologiques, juridiques ou liés au temps ont été surmontés. Le moteur a surtout été relationnel, le projet s'est construit petit à petit sans pressions extérieures. Réussir à construire un projet commun, tout en respectant le rôle de chacun et en considérant chaque professionnel comme ayant la même importance (du médecin à la secrétaire médicale) a permis de mener à bien plusieurs actions de prévention. Cependant on peut se demander si ces professionnels ont une reconnaissance appropriée de la part de l'ARS. Ils ne rentrent pas forcément dans les bons critères mais leur travail mérite une reconnaissance et un encouragement. Comment repérer et aider de telles structures à poursuivre leurs actions sans s'essouffler ?

On pourrait penser que le regroupement géographique des professionnels de santé sur un même site permettrait de favoriser la mise en route d'actions de prévention, en facilitant la communication, les échanges et la coopération. Mais l'exemple du focus group 1 montre que cela ne suffit pas à créer une dynamique cohérente entre les professionnels puisque dans ce cas-là, le regroupement a permis de renforcer un noyau médical dur sans fédérer la majorité des autres professions. Dans le focus group 3, ce n'est pas l'entente des professionnels qui semblent en cause, mais plutôt le manque de réflexion menée sur le projet initial de la MSP. Sans réflexion profonde sur le sens du projet commun, il semble difficile de fédérer des actions de prévention pluri-professionnelles. Les professionnels de cette MSP répondent sans se poser de question aux nouvelles demandes inscrites dans les ENMR. Cela permet en effet un déclic et peut-être un début de réflexion, mais puisque le fond de la motivation n'est pas solide, ces actions vont-elles durer dans le temps ?

L'observation des dynamiques de groupes de ces trois focus group a montré que l'entente et le respect entre les professionnels de santé de la MSP favorisent la qualité des actions de prévention. D'autre part, le fait d'avoir réfléchi et identifié personnellement et collectivement les objectifs de son travail au sein de la MSP, aide à la mise en place d'actions pluri-professionnelles.

Dans la thèse intitulée « *Actions de prévention en maisons de santé francophones: retour d'expériences à partir de deux focus group* »(11) développée par une interne du groupe de travail de l'APMSL-PDL, est relaté l'expérience d'une MSP en Loire-Atlantique qui est ouverte et fonctionnelle et qui met en place des actions de prévention pluri-professionnelles qui fonctionnent.

Avec cette enquête, nous avons cherché à comprendre et à faire ressortir les étapes clés à l'initiation et à la mise en route d'actions de prévention au sein de la MSP. L'idée n'est pas d'aboutir à un guide méthodologique qui devra être suivi à la lettre pour mener une action de prévention parfaite, mais de synthétiser les pistes communes qui ont été évoquées par les professionnels dans nos focus group et de critiquer les éventuelles différences méthodologiques au sein des trois MSP.

## **2.2.2 Pourquoi conduire une action de prévention au sein de la MSP ?**

Les professionnels rencontrés nous ont parlé de leurs motivations à faire de la prévention ensemble. C'est probablement le point de départ avant de se lancer dans un projet de prévention qui sera forcément chronophage. Une des idées principales est le désir de redonner au patient une place majeure dans la prise en charge de sa santé. En intégrant une MSP, les professionnels savent que la coopération va être au cœur de leur travail. Dans nos focus group, l'aspect pluridisciplinaire qu'offre une MSP fait partie des motivations pour se lancer dans le projet de prévention. Le fait de pouvoir partager, de ne pas être seul, de faire ensemble, de pouvoir se servir de compétences diversifiées et de pouvoir croiser les regards est un moteur à l'action. La mobilisation commune de différents professionnels sur un sujet de prévention donne du poids à ce message envers les usagers. Dans un des focus group il a été question de la valorisation personnelle apportée par les actions de prévention quand celles-ci entraînent une amélioration de la qualité de vie des patients. Enfin, faire de la prévention fait partie intégrante de la conception du métier de professionnel de santé. Aucun professionnel n'a remis en cause cet aspect.

## **2.2.3 Comment choisir un thème de prévention ?**

Le diagnostic territorial réalisé lors de l'écriture du projet de santé identifie les besoins de la population et fait l'état des lieux des ressources locales présentes (hôpital local, associations, structures médico-sociales existantes...). Il peut permettre d'aider à recenser et prioriser les principaux problèmes constatés dans l'environnement de la MSP. Il peut également aider à identifier les axes d'intervention en prévention possibles ou souhaités au sein de la MSP. Plusieurs critères peuvent aider à prioriser le domaine d'intervention choisi :

- le critère épidémiologique : est-ce que le thème de prévention choisi est fréquent sur le territoire, d'une gravité particulière, ou ayant des conséquences importantes ? Quelles sont les actions sur le même thème déjà menées dans le territoire ? La perception des professionnels de santé sur l'importance des problèmes doit également être prise en compte.
- Le critère de faisabilité : peut-on agir de manière efficace ? Quels sont les partenaires locaux mobilisables ? Quelles sont nos connaissances sur le sujet ? Quelles sont les possibilités de financements ?

- Le critère relationnel : le thème peut-il être mené de manière pluri-professionnelle ? Est-ce un thème fédérateur qui peut regrouper et impliquer le plus grand nombre de professionnels ? Est-ce que le groupe se sent à l'aise dans ce champ ? Est-ce que cette action va favoriser la cohésion de l'équipe de la MSP et être « préventive » d'éventuels dysfonctionnements en son sein ?

#### **2.2.4 Comment préparer une action de prévention ?**

L'étape de préparation est cruciale avant de se lancer dans le concret de l'action de prévention. Il est important de se donner un cadre de travail et de bien choisir les acteurs. Dans nos focus group, les actions de prévention étaient ouvertes à chaque professionnel, avec une participation plus ou moins importante en fonction de la disponibilité, de l'intérêt pour le sujet, ou de son implication dans la MSP. L'intérêt est quand même de pouvoir regrouper un maximum de personnes autour du projet. Va-t-il y avoir un ou plusieurs coordinateurs au projet ? Il peut y avoir un « leader » du projet, ou un travail en sous-groupes avec répartition des tâches. Puis il s'agit d'avoir une vision d'ensemble sur le projet :

- Évaluer le budget prévisionnel comprenant le matériel et les outils qui seront nécessaires ainsi que le financement humain (indemnisation des réunions).
- Chercher les éventuelles aides possibles (matérielles, financières, logistiques, partenariat avec des réseaux locaux...).
- Évaluer et planifier le temps qui va être dédié à l'élaboration, puis donner une durée à l'action. Le temps de préparation de l'action allait de un à trois mois selon les focus group.
- Il est intéressant de réfléchir aux objectifs de l'équipe de les écrire et de les formaliser.

Par la suite, il s'agit de traduire l'objectif spécifique en objectif opérationnel, à savoir comment mettre en œuvre ce projet ?

La forme utilisée est à élaborer. Notre enquête proposait différentes méthodologies telles que des réunions publiques d'informations/formations, des journaux, des soirées de formation, des affiches, des flyers, des mails communs d'informations aux usagers... Dans un des focus group, les actions de prévention passaient par les temps de coordination entre les professionnels de la MSP et les structures locales (CLIC, réseau psy, RIAM). Le fait de

discuter et de travailler ensemble régulièrement était pour eux un moyen qui permettait d'articuler les rôles de chacun dans la santé de leurs patients. Ils ressentait dans cette coopération un impact préventif.

Durant l'élaboration du projet, une des conditions de mise en œuvre peut être la nécessité de formation des soignants sur le sujet : celle-ci peut passer par des recherches documentaires, ou l'intervention préalable d'un spécialiste.

### **2.2.5 Quels impacts attendre ? L'évaluation**

Les résultats des trois focus group ont montré que l'évaluation de l'action de prévention n'avait pas été réfléchi avant sa mise en route. Il n'y a jamais eu de mesure de résultats sur la morbi-mortalité car cela est quasiment impossible à mettre en place. L'évaluation, quand elle a été évoquée, a été faite de manière informelle, sur le ressenti global des professionnels de la MSP. Plus spontanément les soignants se sont tournés vers une évaluation qualitative plutôt que quantitative. Quelques chiffres peuvent aider à avoir un retour plus concret : le nombre de participants aux réunions publiques, le nombre d'intervenants aux soirées de formations, le nombre de journaux distribués, ou bien le ressenti des usagers par des questionnaires de satisfaction. Ceci permet une certaine remise en cause des actions de prévention en fonction de ce qui a « marché » ou non. Même si les professionnels de MSP reconnaissent un besoin d'aide concernant l'évaluation de leurs actions et sont demandeurs d'outils, l'évaluation chiffrée médico-économique n'est pas consensuelle.

Les impressions sur les actions menées ont surtout souligné deux points : un impact positif sur les usagers avec de nombreux retours encourageants, et un impact positif sur la MSP, et sur les soignants.

Quelques pistes peuvent aider les professionnels à réfléchir à l'évaluation avant la mise en route de l'action : Que souhaitons-nous évaluer ? Quels sont nos critères de réussite (est-ce la participation, l'impact sur la morbi-mortalité ou l'implication des structures locales...) et quels sont les résultats escomptés ? Après s'être posé ces questions et les avoir formalisé sur papier, on peut réfléchir à une méthode d'évaluation qui permettra de juger en quoi les critères sont remplis. Il peut s'agir d'une évaluation quantitative, qualitative ou les deux.

L'évaluation des actions de prévention permet un retour sur son travail et son investissement, une éventuelle remise en cause, et l'amélioration des futures actions.

Dans toute question d'évaluation se pose la question de l'indépendance. Si l'évaluation est faite par la MSP, les professionnels sont alors les meneurs de l'action et leurs propres évaluateurs. Une évaluation indépendante par un tiers est-elle envisageable ? Concrètement cela semble difficile à mettre en place, et les professionnels rencontrés ne l'ont pas évoqué. Pour éviter les conflits d'intérêts une évaluation indépendante des éventuels financeurs devraient être privilégiée. Une double évaluation est également possible, réalisée à la fois par les professionnels de la MSP et par les principaux bénéficiaires des actions, les usagers.

### **2.2.6 Le financement des projets de prévention pluri-professionnels**

Les professionnels rencontrés considèrent le financement de cette forme d'exercice qu'est la coopération pluri-professionnelle en prévention en soins primaires, comme logique. Cela demande du temps, « *c'est du temps de consultation en moins* », et de l'investissement. Certains parlent même d'un besoin de reconnaissance de leur travail vis à vis de la collectivité qui passerait par une rémunération.

Cependant dans certaines MSP, les professionnels n'ont pas attendu le financement pour s'investir et construire des projets de prévention et certains se disent prêt à poursuivre leurs actions si le financement devaient s'arrêter. Comment expliquer cela ? L'explication pourrait être que tout d'abord les soignants considèrent que faire de la prévention fait partie de leur métier, et d'autre part qu'il retirent de cette expérience une certaine satisfaction. Sinon pourquoi continuer ? Ils y trouvent une gratification et une reconnaissance de leurs patients, et le sentiment de bien faire leur travail. Pour autant, la reconnaissance financière de la prévention pluri-professionnelle en MSP aiderait à pérenniser l'envie, la motivation et l'investissement des professionnels.

Au vu de ces éléments, se pose la question du caractère ponctuel du paiement à l'acte qui est peu favorable à une prise en charge interprofessionnelle et qui n'encourage pas les initiatives pluri-professionnelles. Le paiement à l'acte est un des principes de la médecine libérale, mais ne paraît pas forcément la modalité la plus appropriée au nouveau mode de fonctionnement qu'est la maison de santé pluri-professionnelle.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008(16), les pouvoirs publics ont lancé une expérimentation sur une rémunération alternative pour palier aux limites du

paiement à l'acte dans les structures pluri-professionnelles : les ENMR. Ceux-ci ont pour objectif d'adapter les modes de rémunérations aux nouveaux modes d'organisation des professionnels libéraux en MSP, d'encourager une meilleure coopération entre professionnels de santé et de développer des services innovants pour les patients. Ces expérimentations sont en cours d'évaluation pour tester dans quelle mesure ces modes de rémunération alternatifs favorisent la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients. Ils ne sont actuellement conduits que dans des structures pluri-professionnelles ayant un projet de santé formalisé.

Concrètement, ils comprennent 4 modules(21) dont 2 sont opérationnels en Pays de la Loire :

- Module 1 : « forfait missions coordonnées ». Il consiste au versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs. Il s'ajoute au paiement à l'acte. Il est versé à la structure et non directement aux professionnels, et est conditionné en partie à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité. Actuellement 9 sites(22) en Pays de la Loire testent ce module.
- Module 2 : « nouveaux services aux patients ». Rémunérer la mise en place de séances et de programmes d'éducation thérapeutique pluri-professionnels pour les patients (pathologies prioritaires : diabète de type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, obésité).

Dans nos focus group, deux MSP expérimentaient depuis 2011 ces nouveaux modes de rémunérations. Cependant, entre le focus group 1 et le focus group 3, la démarche a été différente. Dans le premier, les actions de prévention avaient été réfléchies et mises en place avant ce nouveau mode de rémunération. Dans le second cas, les ENMR ont été le déclic qui a permis aux professionnels de se pencher sur la mission de prévention. Dans le premier focus group les ENMR permettent de rémunérer les professionnels lors des temps d'échanges et de coordination, ce qui correspond au module 1, dans le second cas, ils rémunèrent les professionnels participant aux temps de formations pluridisciplinaires. On peut se demander alors, si dans ce cas-là les nouveaux modes de rémunérations sont bien employés.

Les autres sources de financement pour les projets de prévention évoqués étaient : l'ARS, les mutuelles, et le conseil général. De l'avis des professionnels, ces financements restent insuffisants, et peuvent bloquer la mise en route de projet malgré la motivation des participants. D'autre part, les demandes de financements, peuvent entraîner des démarches

laborieuses en raison de lourdeurs administratives.

Si l'on regarde ce qu'il se passe à l'étranger, on voit que plusieurs pays utilisent déjà des alternatives au paiement à l'acte. En Finlande et en Suède, où le taux de regroupement des médecins généralistes est largement majoritaire (plus de 90 % en Finlande et 98 % en Suède(23)) en centre public de santé, le mode de rémunération principal des médecin est le salariat ou la capitation. La capitation(24) correspond au versement d'une somme forfaitaire annuelle par patient inscrit auprès du médecin. Son montant peut varier selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, maladie chronique, milieu socio-économique...), et ne dépend pas de la fréquence des consultations et du volume de soins prodigués.

Les essais de nouveaux modes de rémunération en MSP en France vont permettre d'évaluer si une alternative au paiement à l'acte, notamment dans le domaine de la prévention, est un bon soutien et permet une meilleure reconnaissance du travail des professionnels. On pourra par la suite se poser la question d'une généralisation aux professionnels de santé libéraux.

## CONCLUSION

La prévention est reconnue comme mission à part entière des soins primaires. Pour répondre à différents besoins (déserts médicaux, désir de regroupement des professionnels, permanence des soins, souplesse des professionnels), les maisons de santé pluri-professionnelles se développent dans la région Pays de la Loire. Ces nouveaux modes d'organisations en soins primaires permettent d'aborder les actions de prévention de manière pluri-professionnelle. Cependant, notre étude a montré que seulement 49 % des MSP avaient mis en place des actions de prévention pluri-professionnelles, quand 91 % déclarent que la prévention fait partie de leur projet de santé. Cette différence entre le papier et le terrain s'explique par les principaux freins identifiés à la mise en place de projets de prévention : les aspects financiers, méthodologiques, liés à la motivation et au manque de temps. Le financement est un des freins à l'élaboration d'actions de prévention pluri-professionnelles sur lequel il est possible de jouer. La reconnaissance du travail pluri-professionnel des soignants libéraux exerçant en MSP passe par la recherche d'alternatives à la rémunération au paiement à l'acte. Dans ce sens, les ENMR s'ils sont bien employés peuvent contribuer à améliorer et à favoriser le développement d'actions de prévention au sein des MSP.

Les professionnels de santé reconnaissent un manque d'évaluation de leurs actions de prévention. Une évaluation en terme d'efficacité médico-économique n'est néanmoins pas consensuelle et semble difficile à mettre en place. Les avis penchent plus vers une évaluation qualitative sur les conséquences attendues ou inattendues de leurs interventions.

Notre enquête par focus group a montré que l'entente et le respect entre les professionnels de santé de la MSP participaient fortement à la réalisation d'actions de prévention de qualité. Le cheminement et la réflexion autour du projet de MSP sont également des étapes préalables importantes. L'idée de la maison de santé construite sans projet, clé en mains, ne favorise pas l'envie des professionnels de faire de la prévention et n'est donc pas la solution. Mener des actions de prévention pluri-professionnelles renvoie donc au cœur même de la décision de créer un projet de MSP, lors de la réflexion et du travail de cohésion réalisés autour du projet de santé qui doit recueillir l'adhésion de tous les membres de la structure.

Les résultats de cette enquête développés dans cette thèse, ainsi que les travaux des deux

thèses associées(11) (10) ont permis, avec le groupe de travail de l'APMSL-PDL, la réalisation en avril 2013 d'un rapport intitulé « Mettre en œuvre des actions de prévention en maison de santé pluri-professionnelles : besoins, expériences modélisantes et perspectives ».

## BIBLIOGRAPHIE

1. Flajolet A. Rapport Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaires. Annexe 1: La prévention: définitions et comparaisons [Internet]. Avril 2008. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
2. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article 79. Code Santé Publique mars 4, 2002 p. article L1417-1.
3. OMS. Déclaration d'Alma-Ata 6-12 septembre 1978 sur les soins de santé primaires. Chapitre VI [Internet]. 1978. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/113882/E93945.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf)
4. ARS Pays de la Loire. Dossier de presse ARS - Pacte territoire santé [Internet]. 26 février 2013. Disponible sur: [http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F\\_espace\\_presse/dossiers/2013/2013-02-26/2013-02-26-DP-ARS.pdf](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_espace_presse/dossiers/2013/2013-02-26/2013-02-26-DP-ARS.pdf)
5. Observatoire régionale de la santé, Union régionale des professions de santé des médecins libéraux. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire [Internet]. Février 2013. Disponible sur: [http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/panelMG/2013\\_4\\_exercicegroupe\\_Panel2MGpdl.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2013_4_exercicegroupe_Panel2MGpdl.pdf)
6. Code de la santé publique - Article L6323-3 modifié par la loi n°2011-940 du 10 août 2011. Code Santé Publique.
7. ARS Pays de la Loire. Maisons de santé. Soutien aux projets en Pays de la Loire [Internet]. Mai 2013. Disponible sur: [http://www.paysdelaloire.fr/uploads/tx\\_oxcsnewsfiles/RPDL-ARS\\_Maison\\_de\\_sant%C3%A9.pdf](http://www.paysdelaloire.fr/uploads/tx_oxcsnewsfiles/RPDL-ARS_Maison_de_sant%C3%A9.pdf)
8. Code de la santé publique - Article L6323-4 créée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Article 40. Code Santé Publique.
9. Santé.gouv.fr. Les maisons de santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 4 décembre 2012. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html>
10. Thibout A-S. Actions de prévention en soins primaires pluri-professionnels: travail bibliographique à partir des thèmes de prévention identifiés en Pays de la Loire. Nantes; Septembre 2013.
11. Mabileau E. Actions de prévention en maisons de santé francophones: retour d'expériences à partir de deux focus group. Nantes; Décembre 2013.
12. Moreau A, Villars PD, Grenoble CHU. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat - Médecine Générale. 15 mars 2004;18(645):382-84.

13. Commission européenne. Le focus group [Internet]. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too\\_fcg\\_res\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_fcg_res_fr.pdf)
14. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes - L'entretien collectif. Nathan. Nathan Université; 2004. p.86
15. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. Rech Qual. 2009;28(1):133-48.
16. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008- Article 44. 2007-1786 déc 19, 2007.
17. URPS Pays de la Loire. Recommandations pour le projet de santé des maisons de santé pluri-professionnelles [Internet]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/images/pdf/5%20Annexe%20III.pdf>
18. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé 2010 [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
19. Le Fur P, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Quest Déconomie Santé [Internet]. juill 2009;(144). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
20. Coutant D. Construire des maisons de santé. Prat - Cah Médecine Utop. janv 2013;Déserts médicaux: où est le problème?(60):50-3.
21. ARS. Présentation des nouveaux modes de rémunération [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Modes-de-remuneration.101645.0.html>
22. ARS. Liste des sites expérimentateurs dans la région Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur: [http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers\\_DSS/mise\\_en\\_oeuvre\\_DSS/Paysdel aLoire.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/mise_en_oeuvre_DSS/Paysdel aLoire.pdf)
23. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec □: état des lieux et perspectives dans le contexte français. Santé Publique. 29 mars 2009;Vol. 21(hs1):27-38.
24. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins? Regards Croisés Sur L'économie. 2009;(1):144-58.

## Annexe 1: questionnaire

---

### ÉTAT DES LIEUX DES PROJETS DE PRÉVENTION DANS LES PÔLES ET MAISONS DE SANTE PLURI- PROFESSIONNELS.

1. La notion de prévention fait elle partie du projet de santé de votre maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ?

Oui

Non

2. Avez-vous mis en place des actions de prévention au nom de la maison de santé pluriprofessionnelle ?

Oui

Non

***Si NON*** : Avez-vous mis en place des actions de prévention à titre individuel au sein de la MSP ?

Oui

Non

***Si OUI***, merci de répondre aux questions 3 à 5

3. Quels sont les thèmes de prévention abordés ?

4. Quels professionnels ont participé aux projets de prévention ?

**5. Quelles principales difficultés avez-vous rencontrées (de l'élaboration à la mise en pratique) ?**

- Financières
- Motivation
- Juridiques
- Relationnelles
- Liées au temps
- Méthodologiques
- Autres : .....

**Pavé d'identification:**

Nom de la personne référente de la MSP:.....

Téléphone : . . . . .

Localisation de la MSP : .....

Votre département (entourer la réponse) :    44        49        53        72        85

Merci sincèrement d'avoir participé à notre enquête

## Annexe 2 : lettre accompagnant le questionnaire

---

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

L'APMSL-PDL (Association des Pôles et Maisons de Santé libéraux des Pays de Loire) a entamé, depuis quelques mois, **un travail d'audit et de promotion des actions de prévention réalisées dans les Pôles et Maisons de Santé des Pays de Loire**, en lien avec l'ARS et le département de médecine générale de Nantes.

L'objectif de ce travail est de **proposer un guide de recommandations pour les pôles et maisons de santé, souhaitant mettre en place des actions de prévention**, dans le cadre de leur projet de santé.

Dans ce cadre, nous vous proposons une courte enquête destinée à recueillir :

- les **actions** déjà menées ou imaginées, au sein de votre MSP actuelle ou future
- les **professionnels** concernés
- la **méthodologie** employée
- les **difficultés** que vous avez rencontrées
- les **résultats et l'évaluation** de ces actions

Cette enquête s'intègre dans le **projet de thèse de Mademoiselle Noémie MAISONNIER**, interne en médecine générale, sous la forme d'un court **questionnaire**. Elle sera éventuellement amenée par la suite à vous recontacter pour vous proposer un **entretien collectif** avec des représentants de votre maison de santé.

Nous comptons sur votre participation à cette enquête et vous donnons rendez-vous en fin d'année pour la Journée régionale des Pôles et Maisons de Santé, dont la thématique principale sera la Prévention en exercice pluri-professionnel.

Bien cordialement

Dr Gilles Barnabé, Président de l'APMSL

## **Annexe 3 : guide d'entretien**

---

**QUESTION 1 : Parlez-nous de ce qui vous motive à faire de la prévention dans votre MSP.**

*Relances :*

Qu'apporte une équipe pluridisciplinaire dans un projet de prévention ?

À votre avis, pourquoi faire de la prévention ?

De manière personnelle, quel intérêt trouvez-vous à faire de la prévention ?

**QUESTION 2 : Parlez-nous de l'élaboration de vos projets de prévention.**

*Relances :*

Comment et pourquoi le thème a-t-il été choisi ?

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez décidé de participer ou non au projet de prévention ?

A combien de temps évaluez-vous la mise en place du projet de prévention ?

Avez-vous mis des conditions au démarrage de l'action ?

**QUESTION 3 : Parlez-nous de la mise en œuvre d'un projet de prévention.**

*Relances :*

Existe-t-il un coordinateur du projet ?

Quels outils utilisez-vous ?

Quel est le temps alloué au projet de prévention dans votre pratique quotidienne ?

Êtes-vous soutenu financièrement pour votre activité de prévention ?

**QUESTION 4 : Parlez-nous des difficultés que vous avez rencontrées lors de l'élaboration ou de la mise en œuvre des projets.**

*Relances :*

Y a-t-il eu des difficultés rencontrées lors de la préparation du projet de prévention ?

Y a-t-il eu des difficultés rencontrées depuis la mise en place du projet de prévention ?

**QUESTION 4 bis : Parlez-nous de ce qui facilite l'élaboration et/ou la mise en œuvre d'une action de prévention.**

**QUESTION 5 : Parlez-nous de l'évaluation qui est faite de ces actions de prévention.**

***Relances :***

Avez-vous ressenti un impact pour vos patients dans vos actions de prévention ?

Avez-vous des retours de la part de vos patients ?

Avez-vous des objectifs précis à atteindre ?

Vos actes de prévention ont-ils déjà été remis en question ?

Quels changements cela a-t-il entraîné dans votre MSP ?

**QUESTION 6 : Qu'aimeriez-vous trouver dans un guide méthodologique sur la prévention dans les maisons de santé ?**

## Annexe 4 : caractéristiques des focus group

### CARACTÉRISTIQUES DU FOCUS GROUP 1

Maison de santé ouverte en novembre 2009.

Réalisé en Mayenne (53) le 6 décembre 2012.

Durée 1 h 10 min.

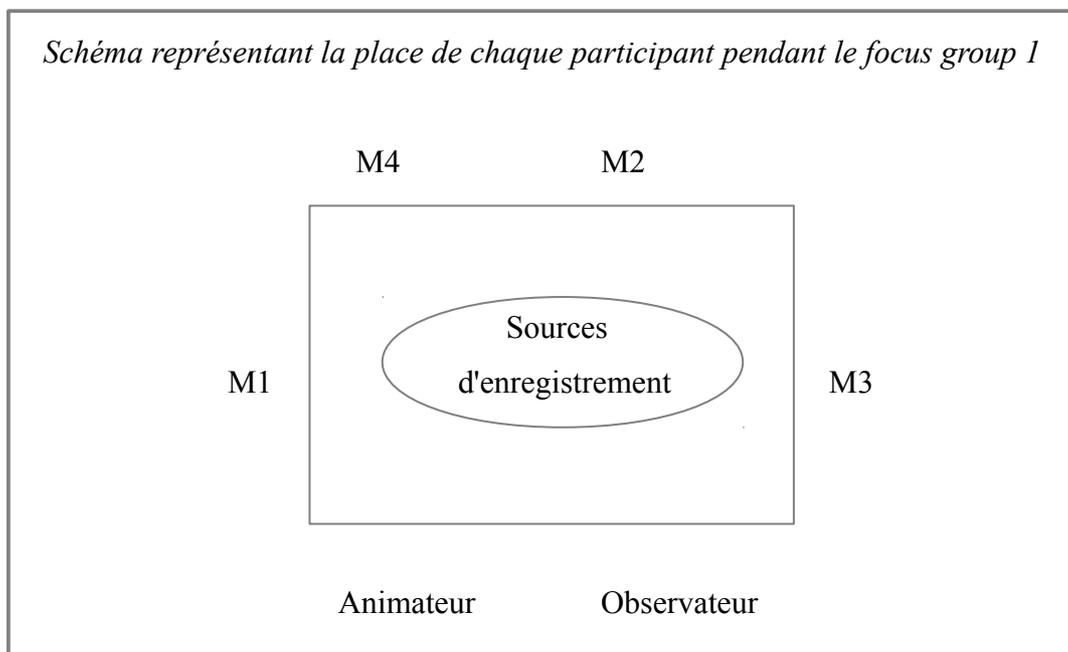
Quatre participants: 3 femmes et 1 homme.

- M1 : Homme, 58 ans, médecin généraliste, dans la MSP depuis novembre 2009.
- M2 : Femme, 32 ans, médecin généraliste, dans la MSP depuis mars 2010.
- M3 : Femme, 39 ans, médecin généraliste, dans la MSP depuis novembre 2009.
- M4 : Femme, 30 ans, médecin généraliste, dans la MSP depuis novembre 2010.

Animateur : Dr Pascal Gendry, médecin généraliste.

Observateur : Noémie Maisonnier.

*Schéma représentant la place de chaque participant pendant le focus group 1*



## CARACTÉRISTIQUES DU FOCUS GROUP 2

Maison de santé ouverte en décembre 2008.

Réalisé en Loire Atlantique (44) le 11 décembre 2012.

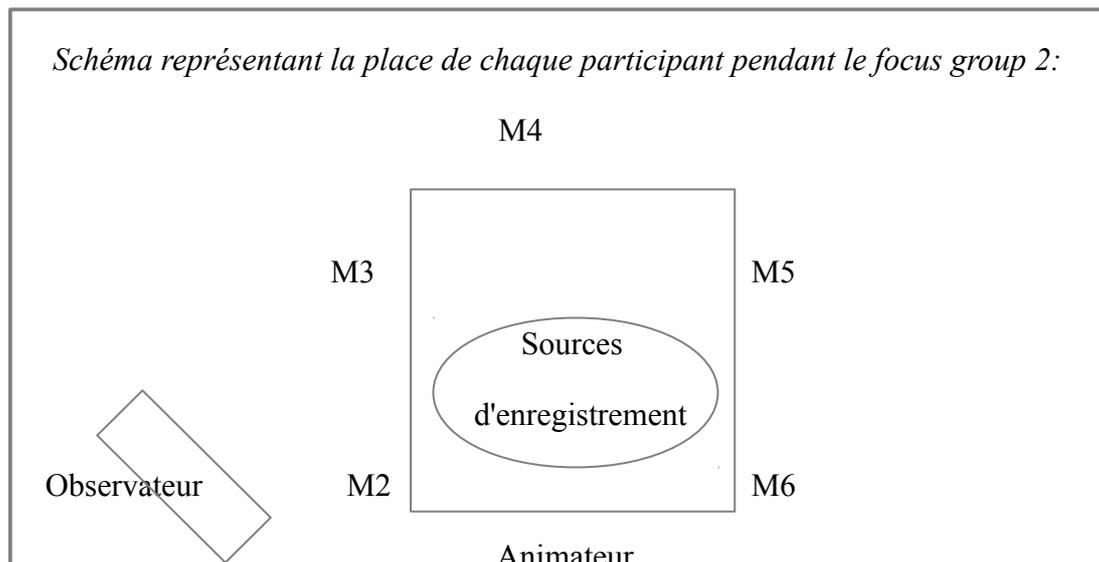
Durée : 01 h 40 min.

Six participants : 5 femmes, 1 homme.

- M1 : Homme, 62 ans, médecin généraliste, dans la MSP depuis décembre 2008.
- M2 : Femme, 51 ans, psychologue, dans la MSP depuis janvier 2011.
- M3 : Femme, 33 ans, orthophoniste, dans la MSP depuis décembre 2008.
- M4 : Femme, 63 ans, pédopsychiatrie, dans la MSP depuis décembre 2008.
- M5 : Femme, 42 ans, kinésithérapeute, dans la MSP depuis décembre 2008.
- M6 : Femme, 36 ans, médecin généraliste, dans la MSP depuis décembre 2008.

Animateur : Dr Élise Reynier, médecin généraliste.

Observateur : Noémie Maisonnier.



## CARACTÉRISTIQUES DU FOCUS GROUP 3

Maison de santé ouverte en juin 2010.

Réalisé en Maine-et-Loire (49) le 31 janvier 2013.

Durée 1 heure.

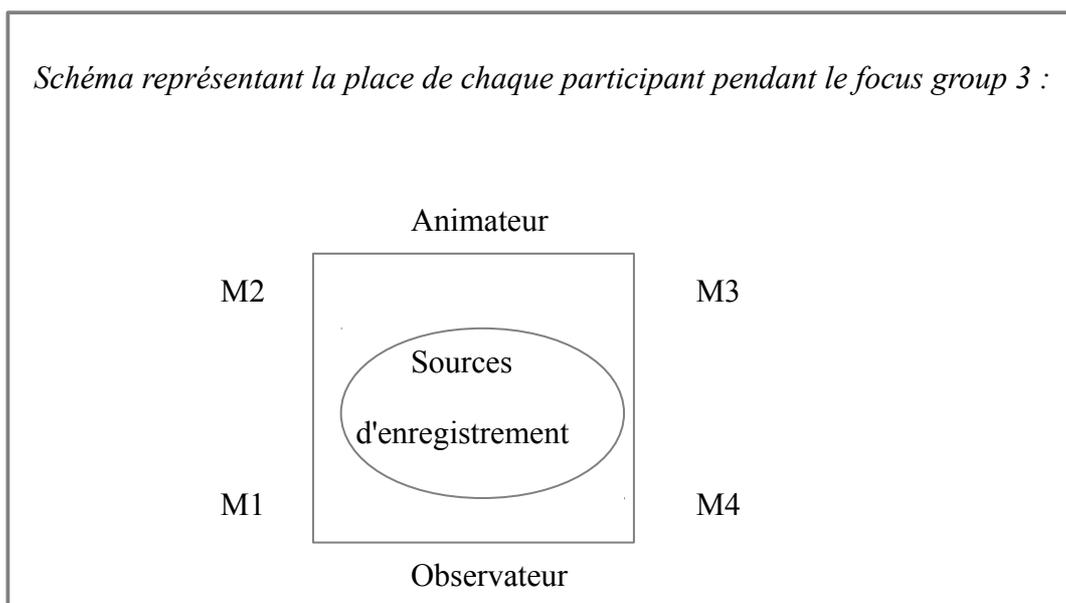
Quatre participants : 2 femmes, 2 hommes.

- M1 : Femme, 52 ans, infirmière libérale, dans la MSP depuis juin 2010.
- M2 : Femme, 27 ans, kinésithérapeute, dans la MSP depuis juin 2010.
- M3 : Homme, 55 ans, médecin généraliste, dans la MSP depuis juin 2010.
- M4 : Homme, 59 ans, pharmacien, dans la MSP depuis juin 2010.

Animateur : Dr Jean-Francois Moreul, médecin généraliste.

Observateur : Noémie Maisonnier.

*Schéma représentant la place de chaque participant pendant le focus group 3 :*



## Annexe 5 : verbatim focus group 1

---

### **Animateur (A) : Qu'est ce qui vous a motivé pour faire des actions de prévention au sein de la maison de santé ?**

M1 : Nos motivations, bah je crois qu'en fait au départ c'était induit, j'ai l'impression, par euh par le fait en fait qu'on travaille tous ensemble et on ne voyait pas en fait quand on a commencé à travailler ensemble, on a rapidement vu qu'il fallait qu'on étende un petit peu le champ d'action à de la prévention, déjà d'emblée en essayant de ramener autour de nous les professionnels du domicile. Alors ça a été en fait la première étape où on s'est dit bon on est dans notre maison de santé aujourd'hui et puis bon bah il va falloir qu'on ne soit pas isolé si on veut que notre action de médecin généraliste elle ait du sens. Donc on a rapidement contacté les différentes associations autour du domicile: donc l'ADMR, le CLIC, le SIAD, les EHPAD qui ont répondu mais très vite présents. Et en fait on s'est aperçu qu'ils étaient vachement demandeurs. Donc je veux dire ça a été la toute première, ça s'est fait très très vite.

*{Arrivée de M4 à 06 minutes du début de l'enregistrement}.*

### **A : Depuis que vous êtes dans les murs ou avant d'être dans les murs?**

M1 : Depuis qu'on est dans les murs.

M3 : Parce que avant on avait par exemple des coups de fils séparément d'une infirmière du SIAD ou du CLIC pour des patients sauf qu'on réglait ça par téléphone sans se voir. Alors que là maintenant on fait des réunions régulières avec tous les médecins, tous les professionnels paramédicaux pour discuter et du coup on met directement dans le dossier, voilà c'est moins informel, et c'est plus constructif.

M1 : C'est très constructif, c'est même en fait des échanges parce qu'en fait ils ont le retour éventuellement de la prise en charge qu'ils font eux à domicile et ça nous permet en fait de faire des actions de prévention sur les aides à mettre en place, sur l'évolution des aides à mettre en place, sur la réévaluation des (.) et puis ça nous permet aussi de faire toute la prévention des sorties d'hôpital local, de XX, avec les gens de l'hôpital mais aussi bon avec tout ce qui est les ADMR, et puis à l'inverse ça nous permet aussi de voir un petit peu si des situations de maintien à domicile sont toujours pertinentes ou si il ne faut pas en fait essayer de voir un petit peu les ressources qu'on peut avoir sur le plan local par les hébergements temporaires. C'est à dire qu'en fait on a une responsable de l'EHPAD là, et on essaye de gérer au mieux et de prévenir en fait les risques d'hospitalisation euh qui ne seraient pas (.) d'hospitalisations qui seraient délétères pour les patients dans les périodes de crises.

M3 : Je pense que oui le fait d'avoir créé la maison de santé ça nous a donné un lieu d'accueil là où on s'est dit on va concrétiser plutôt que d'être par téléphone, on va pas dire à l'infirmière du SIAD vous venez à telle heure dans l'ancien cabinet qui était morose et tout. Et là du coup, je pense que d'avoir les lieux ça nous a permis de bien concrétiser avec le CLIC.

M1 : Ah ouais.

M3 : Ce qu'on faisait mais (.) Et avec tout le monde, y a tout le monde de réuni. On n'appelle pas l'infirmière du SIAD, on n'appelle pas l'ADMR. tout le monde est là.

M1 : Tout le monde, je mets des bémols, je mets des bémols quand même *{rires de M1, M2, M3, M4}*, je mets des bémols parce qu'en fait on a bien sûr ouvert toutes ces réunions de travail à l'ensemble des professionnels de la maison de santé et on s'aperçoit que bah tous les professionnels ne se sentent pas impliqués et ça c'est un petit peu en fait le (.) comment ça

s'appelle le =

M2 : = La déception. *{rires de M2, M3}*

M1 : *{hésitant}* La déception, pas vraiment, mais je dirais en fait la frustration.

M3 : Oui oui c'est ça.

*{acquiescement de M2}*.

M1 : Bon on a par exemple très souvent la podologue qui vient, on a une bonne participation de la psychologue, hein, on a très peu de participation des infirmières.

M3 : T'es gentil très peu. [Elles ne sont pas venues depuis 1 an. *{ton et expressions dubitatifs}*]

M2 : [Quasiment aucune. *{Acquiescement M3}*].

M1 : Ouais ouais, et on a kiné rien et dentiste rien.

M2 : La dentiste s'est intéressée à quelques réunions du RIAM.

M1 : Oui. On en parlera du RIAM.

**A : Là c'est plus la démarche de groupe qui vous a motivé qu'une démarche personnelle pour faire de la prévention ?**

*{Acquiescement M1, M2, M3, M4}*

M3 : Ah oui !

**A : Il n'y en a pas un qui a dit je voudrais amener une action de prévention à titre individuel et puis qui l'a exporté au groupe ?**

M3 : Si M1 est toujours un peu le porteur. *{sourire complice}*

*{rires de M3, M2, M4, M1}*

M2 : M1 amène toujours pleins de projets et après on voit si ça nous intéresse ou pas, on en discute.

M3 : On a un petit peu l'épée de Damoclès sur la tête quand même, hein? *{sourire}*. Non non non, c'est projet de groupe mais=

M2 : = Là pour le coup l'avantage, enfin moi en tant que jeune médecin qui ne connaissait pas tellement les structures à disposition pour les maintiens à domicile des personnes âgées. Et on se rend compte qu'ici en rural c'est hyper important le maintien à domicile des personnes âgées, moi j'étais complètement paumé dans toutes les structures et il m'a bien fallu un an de réunions de CLIC pour vraiment voir les personnes, ce qu'elles faisaient, à quoi ça correspondait et comment fallait lancer les choses et dans quel ordre.

M3 : Et maintenant on a les interlocuteurs directs, on sait que c'est Mme Untel qui est l'infirmière du SIAD et on l'appelle directement.

M4 : Ça permet de mettre une tête sur les rôles de chacun.

*{Acquiescement de M3}*.

**A : Cette rencontre est identifiée ?**

M3 : Oui tous les trois mois.

M1 : Oui oui il y a un procès verbal. Il y a un ordre du jour pré établi =

M3 : = [Par le CLIC.

M1 : [Avec des dossiers que l'on prépare. C'est-à-dire qu'en fait c'est la responsable du CLIC qui a pris ça en charge, elle nous dit on se réunit normalement tel jour, elles sont fixées. Là par exemple pour 2013 elles sont déjà actées. Quinze jours ou trois semaines avant elle nous envoie un petit mail en disant on se réunit est ce que vous avez des dossiers à présenter. Et nous on prépare les dossiers. Il y a un temps dossier et un temps aussi je dirais d'informations mutuelles entre des actions qui sont menées par telle ou telle association, hein il n'y a pas simplement que le CLIC, sur le territoire de santé. Et nous aussi on dit un petit peu par exemple ce qu'on a pu faire, des petites modifications de fonctionnement à la maison de santé, ce qui peut les intéresser et après on passe aux dossiers.

**A : D'accord.**

M3 : Et les dossiers alors c'est souvent (.) eux mettent une liste de gens qui leur posent problèmes et qu'ils veulent revoir avec nous mais souvent moi en fin de séance je dis bah aussi on peut peut-être reparler de telle personne, de choses mises en place qui se passent bien. Par exemple les ADMR comment elles se retrouvent avec ce petit monsieur qui était agressif et tout ça. Et je trouve que parler toujours des choses ou des gens qui ne se passent pas bien, et là dire oui ça se passe bien avec tel maintien à domicile, juste cinq minutes mais refaire le point sur des choses positives.

**A : Donc ce qui a été facilitant, ça a été le lieu ?**

M3 : Oui et la dynamique parce que avant on n'était que deux à travailler là-bas avec les filles que je ne voyais jamais qui travaillaient les jours où je ne travaillais pas. Donc du coup ici le fait d'avoir trois cabinets et de travailler plus ouais c'est =

**A : = Qui a eu l'idée ? C'est M1 qui a toujours les idées c'est ça ?**

*{rires de M2, M3, M4}.*

M3 : Oui c'est son bébé ! *{sourire}* Mais avec notre soutien, s'il n'avait pas amené ça moi je ne serais pas installé là. S'il n'y avait pas la maison de santé je ne serais pas installé là *{ton ferme}*.

**A : Oui la maison de santé mais sur l'action de prévention sur la personne âgée ?**

M3 : Ça s'est fait naturellement

M1 : [Naturellement oui.

M2 : [Oui en fait toi t'as eu l'idée tout de suite avant même que la maison de santé ne soit ouverte. Tu voulais créer =

M3 : = La dynamique avec les autres.

M2 : Enfin proposer la coordination avec le CLIC. Et en fait le CLIC, eux, enfin dans tous les autres CLIC, ils ont une réunion trimestrielle avec l'ensemble des acteurs au domicile et simplement en fait on leur a proposé de faire la réunion ici de façon à y participer.

M1 : Et avec les médecins. Sur tous les autres territoires il n'y a pas de médecin qui souhaite euh qui sont présents.

M3 : Et ce qui est marrant c'est que quelquefois elles nous posent des questions sur des patients suivi par d'autres médecins en disant qu'est-ce que vous feriez parce que là on a un souci et on n'arrive pas à se coordonner avec le médecin.

**A : Ça déborde , se sont les dégât collatéraux !**

M3 : Voilà. *{rires}*.

**A : C'est vous qui avez eu l'idée, mais l'organisation logistique de cela c'est le CLIC ?**

M1 : C'est le CLIC et nous.

M2 : Oui enfin c'est le CLIC qui met les dates, c'est elles qui font les comptes-rendus.

M4 : L'ordre du jour et les comptes-rendus.

**A : C'est pluriprofessionnel parce qu'il y a le secteur médico-social, les médecins, et puis les psychologues ?**

M3 : Psychologue pas tout le temps mais oui elle est là de temps en temps.

M1 : Oui de temps en temps.

M2 : L'évaluatrice APA, l'assistante sociale de la MSA.

M1 : Ça fait des réunions riches !

**A : Oui ça je me doute oui.**

M1 : C'est intéressant.

**A : Alors c'est vous qui fournissez les dossiers ou c'est dans l'autre sens ?**

M2 : [Les deux.

M3 : [Les deux.

*{M4 acquiescement}*

M3 : Moi j'avais le problème d'un petit monsieur qui était agressif envers l'ADMR, donc elles me l'ont signalé on en a parlé on l'a réglé. Et après quelquefois nous on dit, on a vu quelqu'un qui sort de l'hôpital et on voudrait vous en parler. Donc les deux proposent des noms. La liste souvent est complétée de l'ordre du jour, parce qu'on pense à des gens.

M4 : Souvent quand même ça se recoupe. Les problèmes qu'on a nous sont les mêmes.

M3 : Oui les problèmes qu'ils ont sont ceux qu'on a.

**A : Ça dure combien de temps ?**

M3 : Deux bonnes heures.

M1 : Oui, moi souvent je termine avec eux, vous êtes repartis en consultation. L'horaire bloqué est 14h -16h, mais moi je ne travaille pas généralement cet après-midi là et je suis souvent avec elles encore à 16h30 parce que bon on a des petits trucs à régler.

**A : Je suppose que c'est des réunions que vous indemnisez avec les nouveaux modes de rémunérations ?**

M1 : Dans le cadre des nouveaux modes de rémunérations oui.

M3 : Oui sauf que avant on avait le projet de faire ça sans connaissance des ENMR. Du coup c'est notre travail qu'on faisait =

M1 : = En 2009 on le faisait déjà, quand on a commencé en 2009 on le faisait déjà mais à ce moment là on n'avait pas signé le =

M4 : = C'est pas ça qui a changé les choses.

M3 : On n'attendait pas le paiement pour le faire. Tout ce qu'on a mis en place là on n'attendait pas le paiement. Maintenant si on est payé c'est bien mais on n'allait pas attendre d'être payé, d'avoir la carotte pour faire quelque chose.

M1 : Tout a été fait, tout a été acté avant les ENMR, les différentes réunions de coordination et de prévention qu'on a mises en place. On les a faites avant.

**A : Ce que tu veux dire c'est que si y avait pas les ENMR vous le feriez encore ou pas ?**

*{Acquiescement M1, M2, M4}*

M1 : Bah c'est clair.

M3 : Mais voilà, voilà ce que je veux faire comprendre c'est que si vous faites bien votre travail vous allez être payé, nous c'est pas notre politique, on a un travail à faire on le fait. Euh du coup je pense que cette politique de si vous faites bien votre travail vous allez avoir des sous, voilà moi ça me gêne profondément, mais voilà moi ce que je veux insister c'est que voilà tout était mis en place et que même si on n'avait pas les ENMR on le ferait.

M1 : Et si demain on n'a plus les ENMR on le continuera.

M2, M3, M4 : [oui].

M4 : Et puis c'est confortable aussi de pouvoir régler les problèmes.

**A : Est-ce que vous avez l'impression que ça a un impact sur votre travail à vous, qu'est-ce que vous y gagnez ?**

M3 : Un gain de temps.

M4 : De temps oui.

M3 : Parce que quand l'infirmière dit j'ai un petit problème avec tel patient et qu'il faut rappeler, passer un quart d'heure et tout, et bah voilà là c'est réglé là.

M1 : Il y a un gain de temps et puis il y a un gain de qualité, en fait moi je trouve très intéressant d'avoir le retour du domicile sur les choses que j'ai pu mettre en place. Moi je

trouve que je donne du sens à ma prescription.

M3 : Oui mais du coup souvent on parle des choses qui vont pas bien, mais c'est bien aussi de dire là ce que j'ai fait là est-ce que vous sentez que c'est mieux.

M1 : Oui oui justement peut être que je suis passé à côté de quelque chose ou peut être que les auxiliaires de vie vont me ramener des choses que je n'avais pas vues avec la famille. C'est souvent la famille que je n'avais pas appréhendé qui sont des choses aussi importantes.

*{Acquiescement M3}*

M1 : Donc moi comme je connais un petit peu les gens je peux leur ramener aussi des choses par rapport aux familles. Je trouve qu'en fait, j'ai l'impression que ce que je fais maintenant dans la prise en charge à domicile ça a ouvert des champs.

M2 : Moi ça m'a permis de faciliter la prise en charge des personnes dans le sens où avant j'avais tendance à leur dire il faut vous renseigner au CLIC sur toutes les aides que vous pouvez avoir, sauf qu'il y a des personnes âgées qui ne vont pas faire la démarche d'y aller. Donc maintenant je prends mon téléphone, j'appelle la responsable du CLIC et je lui donne le nom et le numéro des patients et elle me dit je vais les contacter, je vais leur envoyer les papiers, je vais les rencontrer.

M1 : Ça a facilité beaucoup de choses.

**A : Oui c'est ça, ça a un impact, vous n'attendez plus trois mois maintenant?**

M3 : Ah bah non, on leur donne une réponse rapide aussi donc, en général ils essayent de nous donner une réponse rapide aussi.

M1 : Ils apprécient beaucoup, il n'arrêtent pas de dire que =

M3 : = Ils aimeraient la même chose ailleurs. *{rires}*

M2 : Ils apprécient aussi qu'on prenne les devants. Avant elles arrivaient sur des situations où c'était dans l'urgence qu'il fallait mettre les aides à domicile et elles voient bien qu'on essaye d'anticiper un peu et ça elles apprécient beaucoup.

M1 : C'est de la prévention.

**A : Est-ce que vous avez pu mesurer l'impact que cela a auprès des gens ?**

M3 : Oui. Moi quand il y a des choses qui sont mises en place pour un de mes patients comme souvent c'est soit le conjoint qui amène soit les enfants, systématiquement je demande au fait comment ça se passe et je fais plus attention à demander comment au niveau des aides ou social ça se passe, s'ils ont une aide et tout ça et maintenant on le marque dans le dossier aussi, aide-ménagère 2 heures par semaine, et du coup ils sentent quand même qu'on ne s'intéresse pas que sur le plan médical mais aussi sur le plan social et on leur dit vous nous dites si vous avez besoin de plus d'aides et moi je crois que je fais plus attention depuis ce temps-là.

M2 : Oui moi aussi.

M3 : Et on note dans le dossier si il y a des inscriptions en maison de retraite de faite.

**A : Vous avez modifié l'outil ?**

M3 : Non on met ça dans le volet médical avec les antécédents. Par contre le bémol à ça c'est que comme les infirmières libérales ne viennent pas et qu'elles interviennent chez certains patients souvent elles viennent grogner *{ton d'imitation}* j'ai une prescription de l'hôpital pour la préparation des médicaments. Si elles étaient venu en discuter là, on peut peut-être faire des efforts en tant que prescripteur, mais voilà le bémol c'est qu'elles interviennent chez certains patients et elles ne savent pas comment ça se passe et ça grogne plus facilement.

**A : Et vous ne leur avez pas renvoyé ça ?**

M1 : Je pense que le problème de la participation des infirmières est générationnel.

M3 : Oui.

M1 : Elles sont là depuis très très très longtemps, elles sont dans un fonctionnement =

M2 : = Elles ont l'impression d'être déjà débordé de travail et que ça serait encore quelque chose en plus.

**A : Elles n'ont pas vu l'aspect gain de temps et qualitatif ?**

M2 : Elles estiment que pour gagner du temps c'est à nous de prescrire moins. Parce que aller changer la poche pipi de Monsieur untel tous les jours elles estiment que la famille pourrait le faire et que ce n'est pas le travail de l'infirmière et franchement elles ne voient pas pourquoi le médecin le fait *{attitude montrant son désaccord}*.

M3 : Mais si elles venaient l'exprimer ici, il pourrait y avoir des solutions de trouvées peut-être avec tous les gens de l'ADMR. Je ne sais pas.

M1 : Moi je les avais amenées au moment de la création de la maison de santé, on a eu de longues discussions sur comment on allait organiser le fonctionnement de la maison de santé, et moi j'ai vu tout de suite, tout de suite que si je voulais les mettre sous le même toit fallait pas que je les viole. Donc je leur ai dit vous rentrez dans la maison de santé avec votre petite organisation, votre mode de fonctionnement, en me disant que le fait qu'on soit à coté d'elles, au fur et à mesure elles vont trouver les passerelles elles même pour faire de la coordination et de la prévention et elles le trouvent parce qu'en fait elles viennent nous voir dès qu'elles ont un petit souci.

M2 : Elles utilisent beaucoup le secrétariat.

M1 : Elles utilisent beaucoup le secrétariat comme passerelle vis à vis de nous, elles passent devant régulièrement, donc en fait il s'est créé des choses même informelles et moi je pense que c'est en évoluant comme ça qu'on arrivera à un moment à les mettre autour de la table pour discuter des prises en charge mais pour le moment on en est là. On a avancé très vite avec d'autres professionnels comme la podologue. La podologue par contre elle est dans une autre dynamique. Elle a fonctionné par contiguïté. Je me rappelle la fois où elle t'a appelé pour un monsieur qui s'est retrouvé hospitalisé le soir même =

M3 : = Oui une ischémie aiguë.

**A : Qu'est-ce qu'elle y trouve la podologue comme intérêt dans les réunions de prévention de maintien à domicile ?**

M3 : Par exemple quand elle va voir des gens à domicile qui ont des problèmes de pieds, de cors et tout le bazar ou qu'il y a des plaies à surveiller, maintenant on essaye de (.) elle a une réponse tout de suite. Par exemple j'ai vu un Monsieur hier pour un cor mais il est diabétique, je voulais vous prévenir, elle prend des photos pour qu'on voit l'évolution. L'autre fois le petit Monsieur qui avait une ischémie aiguë, elle le voyait comme ça et puis elle m'a appelé. Avec les infirmières c'est pareil quand il y a des pansements à surveiller on dit vous venez voir l'infirmière le jour où on consulte, elle toque, on va voir le pansement. Un gain de temps.

M2 : Pour la podologue aussi je pense que ça la soulage car c'est quelqu'un de très consciencieux et si elle a un doute sur une affection sous-jacente sur un cor ou quoi =

M3 : = Elle nous appelle.

M2 : Elle dit faudrait peut-être quand même le mettre sous antibiotiques. Je pense que ça la soulage aussi si elle reste dans son coin ou si elle disait au patient il faut aller voir le médecin, elle sait qu'il y a des patients qui n'iront pas voir le médecin.

M3 : Ou le rendez-vous est dans 2-3 jours, là c'est fait, l'ordonnance est faite.

**A : Donc si je comprends bien pour elle le fait de participer à ce temps de concertation basé sur la prévention ça la soutient dans son exercice individuel et puis ça la met dans l'exercice collectif ?**

M3 : Oui tout à fait.

M2 : Elle est très ouverte au partage du dossier informatique. On aurait la possibilité d'élargir le dossier informatique aux paramédicaux. C'est une des paramédicaux qui est la plus intéressée par le fait de pouvoir consulter le dossier et éventuellement de pouvoir y noter des petites choses.

**A : Vous avez quoi comme outil informatique ?**

M1 : Axisanté. La nouvelle version, on en discute il y a des gens motivés comme la podologue mais d'autre pas comme les infirmières.

M2 : Elles le voient plus comme une surcharge.

M1 : Alors qu'en fait elles sont à même de devoir préparer les médicaments des gens, et avoir les modifications des prescriptions des médecins c'est quelque chose qui peut être intéressant.

M3 : On a quand même une réticence avec la kiné et le dentiste plus d'ordre relationnel. Le kiné moi j'ai peur qu'il critique nos prescriptions parce qu'il sait mieux que tout le monde et moi j'ai pas envie d'avoir en retour pourquoi t'as mis ça, moi j'aurais mis ça et ça *{ton hautain}*. Moi c'est plus de ce point de vue là.

**A : Mais est ce qu'il s'inscrit dans des actions de prévention ? Est-ce qu'il pourrait s'inscrire dans des actions de prévention ?**

*{Non de la tête M4 et M2}*

M2 : Le problème c'est qu'on n'a aucun contact avec le kiné. Normalement on est censé avoir un retour au moins sur le travail effectué, les problèmes du patients, ça c'est en théorie *{rires}*. Là, même de façon informelle il n'y a rien.

M3 : Il ne vient pas te dire dans le couloir tiens j'ai vu un de tes patients ça va beaucoup mieux au niveau de son épaule. Non il n'y a pas ça.

M2 : Ou bien pour ton patient moi j'aurais plutôt fait ça.

**A : Il n'y a pas sur le curatif donc il n'y aura pas sur la prévention c'est ça ?**

M2, M3 : Oui.

M4 : Il n'y a que quand eux ont un problème, qu'ils ont besoin d'un avis médical rapidement pour être rassuré qu'ils demandent *{sourire complice avec M2 et M3}*.

M2 : Le problème médical en général c'est qu'ils font de la kiné respiratoire et qu'en fait la petite dame est en grosse décompensation cardiaque et ils l'amènent à M4 *{ ton ironique}*.

*{Rires M2, M3, M4}*

M3 : Après ça serait bien qu'ils soient plusieurs kinés parce que là les rendez-vous il y a trois semaines de délai.

**A : Ce que vous voulez dire là, c'est que la thématique prévention, si les échanges ne fonctionnent pas dans la vie de tous les jours ça changera pas sur la prévention non plus ?**

M2, M3, M4 : oui, oui.

**A : Donc ça a amélioré la qualité de votre prise en charge mais à titre personnel c'est bien de mener des politiques de prévention, est ce que ça vous épanoui ? Est-ce que ça vous frustre ?**

M2 : Moi ça fait partie de ma formation alors ne pas le faire ça serait oublier une grande partie de ma formation. J'ai terminé il n'y a pas très longtemps l'internat et la prévention c'est quand même une grosse partie de ce qu'on apprend dans le deuxième cycle.

*{M1 acquiesce}*.

**A : Tu as ce sentiment là, donc ça a évolué alors ?**

*{Rires M2, M1}*

M3 : Moi je n'ai pas le même sentiment que toi !

M2 : Notamment pour tout ce qui est nutrition diabète. En tout cas moi je l'ai ressenti comme ça, et ne pas l'appliquer dans ma pratique ça serait =

M4 : = C'est pour ça que tout ce qui nous est demandé, les critères de l'ARS ça nous paraît.. si on fait bien notre travail on est censé de toute façon faire ça donc il y a des choses qui nous paraissent =

M2 : = Ça nous paraît dérisoire que cela soit payé .

**A : Les modalités de rémunération actuelles vous paraissent adaptées pour développer une action de prévention à titre personnel ou collectif ?**

M2 : Moi je trouve que c'est pas si mal parce que effectivement cela prend quand même du temps, c'est du temps de consultation en moins donc effectivement sur un plan financier que ce soit rémunéré cela me paraît logique, après comme le disent M1 et M3 si c'était pas rémunéré on continuerait à le faire parce que c'est notre travail, mais c'est un plus.

M3 : C'est le bon versant.

*{Acquiescement M1 et M4}*

M2 : Dans le développement de la prévention et dans le développement des maisons de santé je pense que c'est important quand même que cela soit rémunéré.

**A : S'il n'y avait pas la structure maison de santé c'est un projet qui ne serait pas possible ?**

M3 : Si, ce serait fait mais individuellement, on n'aurait pas les rencontres physiques avec les gens ça serait un rapport téléphonique.

**A : Vous ne vous seriez pas déplacé au siège du CLIC.**

M1 : Non ça serait impossible.

M3 : Surtout pour un seul patient, là on se réunit pour plusieurs patients, et puis on n'a pas que cela en prévention. Le problème c'est que parfois tout se retrouve les mêmes semaines on a quelque fois tous les après-midis de pris pour la prévention.

**A : Vous avez l'impression d'avoir gagné en formation, en connaissances sur le sujet grâce à cela ?**

M3 : Plus sur le plan administratif.

M4 : Oui administratif et social.

*{M2 acquiesce}*

M2 : Elles nous transmettent pleins d'infos. Il y a toute la première partie de la réunion qui est dédié aux informations.

**A : Je parle de la formation, informations ça c'est évident que vous avez gagné, mais je parle des connaissances que vous avez gagné sur les structures.**

M3 : Oui oui, ça on n'apprend pas à la fac. Même si il y a des fois elles me parlent chinois, je ne comprends rien avec les sigles et tout ça.

M4 : Mais au moins on peut poser la question et on a la réponse tout de suite.

M1 : Oui tout de suite.

M2 : Ne serait ce que par rapport aux aides financières, moi je ne savais pas que les complémentaires ou les caisses de retraite pouvaient apporter une aide financière en sortie d'hospitalisation pour les aides à domicile par exemple.

M4 : On a une réponse quand même à donner en consultation quand on a le patient ou sa famille qui nous interroge ou qui soulève des problèmes.

M2 : Quand le patient nous dit comment ça se passe, ah bah je ne sais pas moi j'y connais rien. *{rires}*

M3 : Et puis quand je remplis les dossiers APA je le fais avec plus de conviction qu'avant où j'avais l'impression qu'on nous déposait le dossier APA de la dame au secrétariat, déjà moi je ne remplis pas sans voir les gens, mais je trouve qu'avec les explications un peu j'ai plus de conviction à les remplir.

M2 : Et on les remplit mieux.

M3 : Mieux et même avec plus de conviction.

M2 : On fait plus attention à certaines choses parce qu'on sait que cela va avoir un impact, on a l'évaluatrice APA qui est là et qui nous dit en fonction de quoi les aides vont être données, on va faire plus attention à certaines pertes d'autonomie.

**A : Donc il va y avoir un gain qualitatif au remplissage de ces grilles ?**

M2 : Exactement. Ça nous prend du temps, mais on prend le temps quand même parce qu'on sait que c'est important.

**A : Alors il y a cette réunion trimestrielle, le temps que vous y mettez en off sur la politique de prévention du maintien de la personne âgé au domicile et cette coordination, vous estimez cela à combien de temps ?**

(.)

*{Silence. Se regardent entre eux}.*

M3 : En dehors des réunions ? Aucune idée.

M1 : Difficile à dire.

M2 : Difficile à dire, ça passe par les rencontres avec les familles, les dossiers APA.

**A : On vous a donné des retours en disant c'est bien ce qui se passe chez vous ça serait bien que ça se passe ailleurs, cela n'a pas été franchement évalué leur gain au CLIC, au SIAD ? Ils continuent à le faire donc c'est probablement qu'ils y trouvent un intérêt .**

M3 : Oui ça c'est clair. Il faudrait leur poser la question à eux. Elles aimeraient bien transposer cela à d'autres secteurs ce qui n'est pas possible car il n'y a pas de projet médical et pas de volonté des autres intervenants.

M1 : On pourrait leur demander.

**A : Vous parlez de combien de patient en une réunion ?**

M3 : Quatre, cinq et on en rajoute un ou deux.

M2 : Quatre, cinq.

M3 : Mais comme disait M4 ça se rejoint, les problèmes que eux ils ont rencontrés c'est les problèmes qu'on a eu avec la famille ou le maintien à domicile, mais moi j'aime bien parler des choses où cela se passe bien.

M1 : Entre cinq et six.

**A : Donc une trentaine par an. Est-ce que vous pensez que le fait que ce soit avec des acteurs locaux c'est un facteur favorisant ou pas ?**

M3 : OUI OUI OUI *{appuyé}*, c'est pas ceux qui vont être du niveau départemental et régional qui ne vont pas être sur le terrain qui vont nous apporter des choses donc c'est hyper important que ce soient des gens qui agissent et pas seulement à XX, mais qui agissent à X et les petites communes autour. C'est pas la peine de faire venir des gens qui sont de d'autres trucs qui ne savent pas comment cela fonctionne. On s'est assez battu pour ça. Moi je suis monté assez au créneau comme ça, il faut des gens du local. *{ton et attitude ferme et sûr de soi}*

*{Rires de M1, M2, M4}*

M3 : Ah non, ça me met hors de moi *{sourire}* ! LOCAL, LOCAL, LOCAL *{appuyé}*

**A : Pourquoi ça te mets hors de toi ? Vous avez cette expérience là avec des gens qui ne sont pas du coin pour les actions de prévention ?**

M2 : Ne serait ce que rien que la différence entre la vision de l'hôpital et la vision de XX. Les gens qui sortent de l'hôpital de X par exemple, ils sortent avec comme prescription aide à la toilette, aide à la préparation du semainier, aide à ceci à cela. On se rend compte que dans les faits, on manque de personnel à XX et que les infirmières sont débordées et qu'elles n'ont pas le temps de passer tous les jours pour préparer les médicaments, ou pour mettre les bas de contention. Du coup nous on doit s'arranger avec cela, c'est à dire qu'à un moment donné il faut qu'on rencontre tous les intervenants pour savoir qui peut aider à mettre éventuellement les bas de contention parce que l'infirmière n'a pas le temps de passer tout le temps.

M3 : Ou c'est les conclusions d'hospitalisations où on a l'impression que l'interne ou le médecin remet les conclusions de tout ce qu'on a appris: faire marcher, faire perdre du poids. Et nous on lit cela et on se dit ils ne sont pas venus voir comment est la dame, qui est dialysé qui ne sort pas de son fauteuil. Faire de la marche.. Voilà. On se dit certes ils ont leur point de vue de l'hôpital eux ils mettent vu les pathologies ce qu'il faut faire mais ils ne viennent pas à domicile. Et moi quand je reçois des comptes rendus comme cela je me dis ils ne sont pas chez la personne, ils ne sont pas au niveau local, et il y a des choses certes qu'on peut essayer de faire mais on ne peut pas tout faire. Il y a des comptes rendus qui quelque fois sont assez chargés, il faut faire ça ça ça, et bah non c'est pas possible on ne peut pas tout faire, donc ils ne savent pas à domicile comment ça se passe.

**A : Justement ça vous semble pertinent ces actions parce qu'elles sont concrètes, elles sont du terrain, elles sont à proximité, quand c'est plus éloigné, quand c'est du deuxième recours, ça n'a pas trop de sens ? C'est plus compliqué ? C'est ça que ça veut dire ?**

M3 : Oui.

M4 : Les interlocuteurs qu'on a ils ont vu la personne ils ont vu le domicile.

M2 : Ne serait-ce que dans l'organisation du domicile il y a des infirmières ou des aides qui vont nous dire le logement n'est pas adapté, on ne peut pas circuler, la petite dame est censée marcher mais elle n'a pas la place de marcher chez elle, le fauteuil ne passe pas, le déambulateur ne passe pas, et ça c'est des choses que l'hôpital ne va pas voir.

*{Acquiescement M4}*

M3 : Ils vont nous mettre amélioration des conditions de vie mais voilà quelque fois on ne peut pas tout améliorer.

**A: Je pose la question parce qu'il y a un petit mouvement avec la création de structures nouvelles départementales type MAIA qui va faire que la coordination va peut-être être un peu plus décentralisé ou plutôt centralisé justement. Est ce que ça peut coller avec ce que vous faites comme réunion de prévention ?**

M1 : J'attends, parce que je rencontre la MAIA la semaine prochaine.

M2 : On ne sait pas trop à quoi ça correspond pour l'instant.

M1 : Je vous en dirais plus.

M2 : Sans savoir ce qu'ils proposent c'est difficile de répondre.

M1 : Je crois qu'en fait la MAIA peut être intéressante si on continue à travailler =

M3 : = Dans notre coin.

M1 : Comme on le fait avec le CLIC. Parce qu'en fait la MAIA 53 ce que j'en sais c'est que la MAIA c'est un échelon un petit peu supérieur par rapport au CLIC pour la prise en charge des maladies Alzheimer et apparentées et c'est les cas qui vont remonter des différents CLIC mais les cas sur lesquels le CLIC ne peut pas amener de solutions. Ils vont définir ce qu'on appelle des cas complexes à partir d'un référentiel et ces cas complexes sur lesquels on n'arrivera pas à avoir de réponse je dirais locale seront transmises à une table stratégique de la MAIA au

niveau de l'arrondissement où il y aura ce qu'on appelle un gestionnaire de cas.

M2 : Le temps qu'on ait une réponse la petite dame sera mise en maison de retraite.

*{Rires M3}*

M1 : Non non faut espérer =

M2 : = Ça va mettre des mois à remonter.

M1 : Non justement comme on a nous le CLIC qui est là et que vous avez un confrère qui fait partie de l'organisation de la MAIA *{rires}* euh =

M3 : = On aura des passes droits !

M1 : Vous aurez en fait des informations *{rires}*.

M4 : Concrètement quelles réponses ça pourraient apporter que le CLIC ne peut pas apporter. Je ne vois pas concrètement ce que =

M1 : = Alors justement il faudra voir parce qu'en fait il y aura sûrement des cas qui sortiront de ce que peut faire l'antenne du CLIC sur éventuellement de l'accueil de jour, de l'accueil de nuit et sur des choses comme ça.

M2 : L'accueil de nuit ça peut être intéressant, l'accueil de jour on en a un sur XX le problème c'est qu'il faut décider les patients à y aller.

M1 : Ou sur des problèmes de gestion de moyens, etc, etc.

**A : Il faut que ça débouche sur du concret, c'est ça ?**

M1, M2, M3, M4 : oui.

M3 : Oui c'est ça, moi les paroles en l'air. Le problème c'est qu'il y a déjà un manque de personnel au niveau local alors si on décentralise pour gérer un truc plus gros. Moi je veux vraiment oui du concret.

**A : Donc une des conditions pour faire de la prévention il faut que ce soit local, concret et que vous vous sentiez impliqué ?**

M3 : Tout à fait.

*{Acquiescement M2, M4, M1}*

M3 : Et puis pas de paroles en l'air, du concret.

**A : On sort un peu de l'action sur la prévention avec les personnes âgées, est ce que vous avez d'autres thèmes de prévention sur lesquels vous travaillez ?**

M1 : La santé mentale. Rapidement là aussi, derrière la prise en charge de la personne âgée, on était un petit peu nous, moi personnellement en tant qu'ancien praticien j'ai toujours été choqué que entre les domaines de la médecine générale et de la psychiatrie c'était extrêmement cloisonné, sectorisé et avec des cloisons étanches. Tu t'apercevais que tu avais des acteurs de santé par exemple les infirmières psy qui passent chez tes patients sans que tu sois au courant.

M3 : Faire des injections.

M2 : Du coup ça fait des doublons dans les prescriptions.

M1 : On s'est dit attendez il faut arrêter, il faut qu'on se mette autour de la table pour discuter de ces patients là. Donc on a fait la démarche et au début ça a été un petit peu long à se mettre en place mais rapidement ils ont décidé de venir. On a autour de la table le psychiatre et une ou deux infirmières psy, la psychologue. A la fréquence d'une fois par trimestre.

**A : Et vous parlez de situations de patients ?**

M1 : Voila, je dirais pour qu'il y ait une cohérence et quand nous on n'est pas forcément bien dans nos prises en charge, qu'on puisse en discuter avec les intervenants et ça nous permet dans des situations où les attentes en CMP sont longues de pouvoir argumenter pour qu'il y ait éventuellement des prises en charge plus rapides.

**A : Ça vous implique en tant que médecins, est ce que ça implique d'autres professionnels de la maison de santé ?**

M3 : La psychologue vient. Moi le bémol que je mets à ces réunions là, c'est que certes ça permet d'avoir une réponse plus rapide pour certains patients. On exprime ce que nous on a déjà fait, là on a dit on envoie le jeune à la maison des adolescents, on l'envoie au CMP, et puis à la maison des adolescents ils appellent le CMP et puis du coup on tourne en rond. Et du coup quand on expose ces dossiers là, bah ah bah oui on n'a rien d'autre à proposer, bah oui les rendez-vous sont longs avec les psychiatres.

M4 : On n'a rien d'autre à proposer.

M3 : Le bémol c'est qu'on fait nous en amont et on se dit on va leur en parler parce qu'on ne sait plus quoi faire, sauf que leur réponse est exactement la même et qu'on n'a pas d'autre solution à proposer. Après le point positif c'est certes on a des patients aussi où quelquefois je rappelle plus facilement le CMP pour dire cette petite dame devait être vu une fois par semaine par l'infirmière psy c'est pas fait, il faut le remettre en place et s'est remis en place.

**A : Je vous ai posé la question de savoir si vous faites d'autres actions de prévention et vous me parlez d'un temps de coordination, est-ce que pour vous ça a un impact préventif et lequel ?**

M3 : Oui bien sûr.

M1 : Je prends un exemple typique l'autre jour j'ai un patient en foyer logement qui est suivi par le CMP et l'infirmière psy du CMP, qui vient me voir ici pour son renouvellement de traitement et l'infirmière du CMP m'a prévenu, et ça dans la qualité de la prise en charge c'est hyper important, que les rendez-vous avec le psy il n'y avait pas été et que les médicaments n'étaient pas pris et que ce que je renouvelais passait directement (.) Je pense qu'en fait un, dans la prise en charge et dans la prévention des risques c'est totalement indispensable, je pense qu'elle ne l'aurait pas fait si on ne se connaissait pas. Elle l'a fait parce que c'est un Monsieur qu'on a déjà discuté en réunion ici, donc elle n'a pas eu de difficulté à prendre son téléphone pour dire vous voyez Mr S. la semaine prochaine je tenais à vous dire qu'en fait il n'a pas été à ses deux derniers rendez-vous avec le psychiatre et que ses médicaments on les retrouve, l'infirmière qui passe au foyer logement les retrouve n'importe où.

M2 : En fait je trouve que dans le domaine psychiatrique, le fait d'avoir une coordination et de pouvoir poser directement la question au psychiatre ou au psychologue, on tombe rapidement dans la prévention du risque suicidaire chez le dépressif du risque psychotique chez le psychotique qui ne veut pas suivre son traitement, donc l'aspect préventif en psychiatrie il est quasiment omniprésent.

M3 : Et moi ce qui m'a beaucoup apporté, enfin je le savais peut-être déjà mais peut-être pas consciemment, ils disent bien c'est une prise en charge de psychologue, de psychothérapie, les médicaments ne vont pas tout faire, mais quand on est confronté au patient qui vient faire son renouvellement de traitement psy et qu'on discute et que rien ne sort et que ça ne va pas, du coup ça n'avance pas. Mais l'autre fois ils l'ont dit clairement, si le patient ne veut pas voir de psychologue on n'avancera pas, parce que ce n'est pas les médicaments qui vont tout faire. Du coup ça déculpabilisait un petit peu pour certains patients où je ne savais plus quoi faire mais s'ils n'acceptent pas d'aller voir la psychologue, on continue de renouveler le traitement mais on ne peut pas faire plus pour l'instant tant qu'il n'y a pas le déclic. Donc de savoir ça, c'est aussi de faire que les conversations avec les patients soient plus opté sur la psychothérapie et d'essayer de les décider un jour ou l'autre à =

M4 : = Ça prévient notre propre démotivation.

{Rires}

M3 : Voilà tout à fait. Et je pense que du coup quand on appelle au CMP et qu'on à l'infirmière, et qu'on les connaît, elles essaient d'avoir une réponse, mais avec n'importe quel médecin aussi, mais elles savent de qui on parle, elles nous ont vu, j'ai l'impression d'avoir une réponse plus rapide.

M1 : Plus personnalisée.

M3 : Oui, le fait d'avoir l'appui du médecin et que le médecin appelle je trouve que (.) Comme on fait les réunions elles nous sentent plus impliqué.

**A : Ça a combien de temps de recul ces réunions ?**

M1 : J'ai dû avoir la réponse du psychiatre à l'été 2010, et on a du faire la première avant la fin de l'année 2010.

**A : Il y a un compte rendu aussi ou c'est plus informel ?**

M4 : Non.

M3 : C'est plus dans le dossier informatique. S'il y a un médecin qui n'a pas pu être là et qu'on parle d'un de ces patients, on note réunion CLIC, réunion psy. Voilà ce qui a été proposé.

**A : Il y a une action aussi avec le RIAM sur les addictions ?**

M1 : Ça c'est un dernier travail qu'on a mis en place un petit peu parce que, en tout cas moi personnellement, mais je pense qu'on partage ça, on se sent mauvais dans la prise en charge en addictologie, parce qu'en fait on était un peu à cours de ce qu'on peut proposer aux gens qui viennent nous voir pour arrêter une addiction quelle quelle soit. Je dirais que c'est le manque de référent et le manque de connaissance des référents plutôt =

M2 : = Et des structures.

M1 : Et des structures et de ce qu'on peut proposer dans un parcours de soin, dans lequel tu englobes bien sur ta prise en charge élargie, qui fait qu'on s'est dit faut qu'on demande au RIAM de venir.

**A : C'est vous qui leur avez demandé de venir ou c'est le RIAM qui est venu ?**

M2 : Ils sont venus se présenter.

M1 : Nous on les a reçus, on a discuté mais après ils sont partis et c'est qu'après qu'on a fait la démarche de dire on serait intéressé pour essayer de travailler autour de patients qui nous posent problèmes.

M2 : Et de là on est rapidement passé sur de la prévention parce que on s'est rendu compte que finalement le dépistage de l'addictologie c'était quelque chose qu'on ne faisait pas forcément bien dans nos consultations, et ils nous ont donné les outils pour dépister les conduites addictives.

**A : Donc là vous vous êtes servis d'une structure existante pour répondre à vos besoins ?**

M2, M4, M1 : Oui.

M3 : Pour répondre à nos questions.

**A : Ils ne seraient pas venus se présenter est ce que vous auriez été les chercher?**

M1 : Bah on a été les chercher dans un deuxième temps. Je crois qu'on aurait essayé de trouver quelque chose.

M3 : Avant on en discutait entre nous. Parce que là après on à notre réunion de médecins jusqu'à 15 heure où on parle de l'organisation du cabinet mais aussi des patients. Entre nous on en parlait, mais du coup c'est vrai qu'on n'avait pas d'avis spécialisé et d'aides sociales. Donc le fait d'avoir le RIAM oui ça tombait bien.

**A : Oui c'était une opportunité. C'est intéressant parce que dans le domaine de la prévention il y a pas mal de choses qui se font mais qui ne sont pas forcément utilisées par les maisons de santé parce que méconnues ou non adaptées, ou parce qu'on n'ose**

**pas. Là vous vous êtes servis de cette compétence là . {Acquiescement M4}. Ça s'est traduit comment ? Formation à des outils ?**

M1 : Avec le RIAM ? Il y a souvent un ou deux médecins qui viennent, un responsable d'association, la psychologue et là aussi nous on prépare des dossiers.

M4 : Ils nous font aussi des mini topos quand on n'est pas à l'aise sur quelque chose.

M1 : Oui ils nous font des topos sur des prises en charge et puis il y a beaucoup de discussions, c'est assez marrant parce que c'est là aussi =

M4 : = Pour nous.

M1 : Oui, {rires} c'est une discussion autour de nos prises en charge et nos difficultés quasiment personnelles de prises en charge et ils nous déculpabilisent.

M3 : Oui oui.

**A : Vous avez une groupe Balint avec le RIAM ! {rires}**

M2 : C'est un peu ça.

M1 : Et bien c'est de la prévention du burn out !

M2 : Au niveau de la prévention, elle nous apporte, celle qui fait le compte rendu à la fin, elle nous apporte toujours des petites plaquettes de prévention, pour mettre dans la salle d'attente, sur l'usage de la drogue.

**A : Vous avez signé une convention ?**

M1 : Non

**A : C'est complètement informel.**

M3 : Ces réunions elles sont intéressantes mais moi je reste toujours sur ma faim. Oui ça nous déculpabilise en disant on ne peut pas faire plus mais on n'a pas toujours plus de solutions à apporter, mais c'est pour tout le monde.

M4 : Mais parce qu'en fait il n'y en a pas.

M3 : Oui.

M1 : C'est que toi tu en voudrais une.

M3 : Oui voilà.

**A : Ça aussi c'est que médecins ou c'est pluridisciplinaire ?**

M3 : Alors euh, la dentiste est venu et je ne voyais pas le lien mais en fin de compte si parce qu'elle a un interrogatoire quand elle examine les gens et parfois en fonction de la dentition , des signes de toxicomanie, des signes de prises, donc elle vient quelquefois oui.

M2 : Elle elle se rend bien compte parfois qu'il y a des conduites addictives et elle ne sait pas quoi en faire et elle n'osait pas forcément nous en parler ou dire au patient de nous en parler mais à la fois sur l'interrogatoire qu'elle fait avant elle a des réponses que nous on n'a pas forcément parce que les patients ont peur qu'il y ait des interactions avec son anesthésie locale. Donc elle a des meilleures réponses que nous on va avoir quand on interroge le patient sur la prise de toxiques et puis sur l'état dentaire elle a aussi d'autres arguments pour dire qu'il y a des conduites addictives. Du coup maintenant elle nous en parle. Elle m'a parlé d'un patient dans le couloir en disant ce Monsieur là a un souci est ce que c'est repéré.

**A : Ce sont des réunions périodiques ?**

M1 : Réunions périodiques je dirais là aussi on s'est aperçu qu'au début on a démarré par une réunion trimestrielle mais on s'est vite rendu compte qu'on n'avait moins de matière donc maintenant on est plutôt sur tous les six mois.

M3 : Et on est invité à leurs réunions, leurs formations. Comme tout le monde, mais on y fait plus attention parce qu'on les connaît.

**A : Vous avez l'impression qu'avec ça vous avez amélioré vos compétences, vos connaissances sur le sujet, votre facilité à aborder le sujet en consultation avec des**

**patients ? Est ce que ça a un impact sur vos patients ?**

M3 : *{dubitative}* Je dirais moi pas encore.

*{M2, M4 dubitatifs}*

M1 : De connaissances je dirais. *{hésitante}*

M3 : Oui connaissances mais après =

M1 : = Et déculpabilisation peut être.

M4 : Oui.

M3 : Mais on n'a pas le sentiment d'être vraiment plus à l'aise depuis ces réunions là qu'avant.

M1 : Mais elles sont plus récentes aussi.

M2 : Si moi j'ai peut-être pu apporter plus de réponses à un ou deux patients notamment en les orientant vers les structures et les réseaux, parce que du coup ils nous ont donné une petite plaquette avec toutes les adresses donc ça te rappelle qu'il n'y a pas que le CCAAT il y a aussi toutes les associations qui interviennent beaucoup finalement en campagne parce que le CCAAT ne va pas pouvoir se déplacer sur Laval ou sur Mayenne, ils n'ont pas tous le permis de conduire puisqu'ils se l'ont fait retirer pour conduite en état d'ivresse. Donc on a aussi nous ce problème de transport en campagne et là aussi le RIAM apporte des solutions parce qu'ils proposent un transport.

M4 : Ou des visites à domicile.

**A : Vous avez parlé de trois actions de prévention comment vous les validez entre vous ? On va faire quelque chose, vous en discutez entre vous? C'est collégial ou c'est toujours M1 qui décide ?**

*{rires collectifs}*

M2 : C'est toujours M1 qui amène. La seule chose que tu n'as pas amené c'est le réseau diabète.

**A : Le réseau diabète qui intervient pour des bilans éducatifs je suppose, des groupes d'éducatifs thérapeutiques ?**

M3 : [Oui et le bilan annuel. Il y a des patients qui apprécient beaucoup de ne pas avoir à se déplacer à l'hôpital.

M2 : [C'est toujours M1 qui amène parce que =

**A : = Donc le réseau diabète c'est aussi une action de prévention ?**

M2 : Prévention secondaire. Tout le côté nutrition, diète qui est important dans le diabète on ne pourrait pas le gérer tout seul si le réseau diabète n'intervenait pas.

**A : Donc c'est quand même une décision validée de manière collégiale ?**

M2 : Il apporte l'idée et on valide ou pas. On aura le temps, ça va être intéressant ou pas.

M3 : On peut dire non aussi, parce que M1 il est multi casquettes, il pourrait être ministre de la santé ça changerait tout mais le problème c'est qu'il ne se rend pas compte qu'on est à mi-temps qu'on a une famille à côté, qu'on n'a pas que la médecine, parce que je pense que les anciennes générations ils n'avaient que la médecine, du coup on essaye de le freiner un peu parce que sinon on passerait notre vie à la maison de santé. *{interpellant M1}*

**A : L'action de prévention primaire est ce que c'est un espace, la maison de santé, qui peut y contribuer ?**

M2 : Ça pourrait le devenir le problème c'est que ça demande beaucoup de temps, on avait essayé avec la MSA de mettre en place une action de prévention sur le risque cardiovasculaire chez des patients à risques et en fait le problème c'est que déjà on se rend compte qu'il faut trouver des patients, les faire venir et du coup celui qui mène la réunion si il a l'impression de se déplacer pour rien il a l'impression de perdre son temps, ça c'est la première chose, ensuite

là c'était la MSA qui dirigeait les réunions donc ils avaient un petit peu l'habitude de diriger des réunions. Moi en tant que médecin je ne me sens pas forcément la fibre de me présenter devant une assemblée et de faire un speech de prévention et ça je pense que c'est quelque chose qui se travaille et qui demande du temps.

**A : Donc ça veut dire que pour faire des actions de prévention il faut être formé ? Il faut avoir un niveau de compétences particulier ?**

M2 : Il faut être formé et il faut être à l'aise.

M4 : Il faut maîtriser le sujet.

M2 : Oui déjà maîtriser le sujet dont on parle ce qui n'est pas toujours le cas même si on va maîtriser en surface mais pas forcément en profondeur et être capable de répondre à des questions des intervenants. Donc déjà bien maîtriser son sujet et puis être à l'aise face à un auditoire.

**A : Ça serait une condition pour mener à bien des actions de prévention sur certains sujets, il faut bien maîtriser le sujet et aussi avoir un niveau de compétence sur l'animation de cette action ?**

M2 : Oui.

**A : C'est presque une professionnalisation ?**

M1 : Oui en fait je pense qu'il faut avoir quelqu'un qui a du temps dédié pour ça et suffisamment de temps pour ça et qui soit rémunéré pour ça.

**A : Un professionnel de santé ou quelqu'un d'autre ?**

M1 : Un professionnel de santé mais pas forcément médecin.

**A : Compétences qu'on va chercher ailleurs ou pour la prévention c'est des compétences internes ?**

M1 : Moi j'aimerais bien que cela soit quelqu'un d'ici parce que ça nous permettrait de pouvoir travailler sur plus de prises en charge de base. On l'a fait quand on a été chercher la MSA pour le faire ou le RIAM, mais je pense que sur l'amélioration de nos prises en charge et dans la prévention de soins primaires ça serait intéressant que ça soit quelqu'un qui se motive à l'intérieur de la structure.

M2 : Je ne pense pas que c'est pas forcément une absolue nécessité. Après ça dépend de quel style d'intervention de prévention on parle. On pourrait très bien se dire si l'un d'entre nous était intéressé pour faire de la prévention dans les lycées sur de l'addicto ou sur la sexualité, si quelqu'un se sentait intéressé et assez à l'aise sur le sujet pour le faire je pense que ça serait intéressant mais du coup est ce que ça a besoin d'être quelqu'un d'ici absolument ça peut très bien venir de quelqu'un de l'extérieur.

**A : Est-ce que vous pensez que c'est justement dans les missions des maisons de santé de contribuer à ce genre d'intervention sur le territoire ?**

M1 : Y contribuer sûrement.

*{Acquiescement M4}*

M2 : Y contribuer, c'est à dire que si quelqu'un animait par exemple une intervention de prévention peut être que le fait qu'il y ait un médecin qui puisse répondre à certaines questions plus pointues ça pourrait être quelque chose d'intéressant.

**A : En tant qu'expert ou référent local ?**

M1 : Oui référent local.

**A : Pas forcément l'animateur, mais qu'il y ait un lien ?**

M2 : Oui savoir que les médecins ont leur rôle à jouer là dedans et que on peut venir en parler au médecin.

**A : Que ça permette de faire le relais vers le professionnel ?**

M2 : Oui, je pense aux étudiants, aux lycéens qui veulent parler de leurs problèmes d'addictologie ou de sexualité, savoir qu'on en parle dans les lycées c'est bien mais savoir qu'on peut en parler aussi dans le cabinet du médecin et savoir que c'est quelque chose qui concerne le médecin et que ça fait partie aussi de son travail au médecin, c'est peut être important qu'ils le sachent.

**A : Est ce que pour la mise en place des actions ou des actions futures est ce que vous pensez que vous avez les outils suffisants pour le faire, est ce que vous seriez intéressé par la mutualisation avec d'autres expériences régionales ou nationales ? Est ce que l'idée de la production d'un guide méthodologique pour mettre en place une action de prévention ça peut être intéressant ou ça vous paraît inutile ?**

M3 : Alors l'outil qui nous manque c'est le temps, *{catégorique}* les guides moi je veux bien sauf que les actions ne vont pas s'adapter particulièrement à un gros pôle de 100 personnes et à une maison de santé de 13 personnes, voilà, le problème c'est ça c'est qu'à chaque fois on essaye de faire une unité mais chaque fonctionnement est différent, chaque médecin est différent et du coup on ne peut pas faire adapter au niveau national le même système à tous les pôles et toutes les maisons de santé. Donc un guide où après on retravaille et on se dit oui peut être qu'on peut faire ça, on change ça.

M1 : Les guides ont leur tord souvent le cou. *{sourire moqueur}*

M3 : Oui bah c'est vrai, c'est vrai.

M1 : En fait, ça peut être intéressant à =

M2 : = Garder la trame.

M1 : A garder une trame, mais en fait on est dans l'adaptation en permanence au territoire =

M2 : = On adapte.

M3 : Au mode de fonctionnement, aux gens présents, à notre patientèle.

M1 : Au mode de fonctionnement, de toute façon c'est la même chose avec les conférences de consensus, on passe notre temps à leur tordre le cou, et c'est bien d'ailleurs, parce qu'on s'aperçoit qu'en fait il faut les adapter à la réalité du quotidien.

**A : Mais est-ce que ça vous a manqué pour mettre des choses en place ici ?**

M2 : Ça ne nous a pas manqué puisqu'on a mis pas mal de choses en place *{rires}*. Alors peut être que M1 avait des choses dans son placard qui l'on aidé à mettre tout ça en place. *{rires}*

M1 : Non moi je pense vraiment que ça c'est plutôt l'expérience de médecin généraliste et la frustration au cours des années d'exercice de ne pas pouvoir élargir le champ de l'exercice de la médecine générale et je trouve qu'en fait aujourd'hui moi je me fais super plaisir à travailler car j'ai l'impression de donner du sens à mon exercice.

M3 : Les gens se posent quand même des questions quand France 3 était venu aussi nous filmer : comment ça se fait qu'il y ait quatre jeunes femmes qui vont venir s'installer ou prévoir de venir travailler en campagne à 25 kilomètres de la plus grosse ville et de toute structure hospitalière, je veux dire ça c'est un questionnement pour beaucoup. Ils se disent mais elles sont complètement malades, non on n'est pas complètement malade pas plus que quelqu'un qui va s'installer à XX tout seul qui n'aura pas de lien avec d'autres. Voilà ça c'est à part.

**A : Bon je crois qu'on a fait le tour. Avez vous d'autres choses à dire sur la thématique prévention ?**

M2 : Non. On a tout vu.

M1 : Moi ce que j'allais proposer, un truc qui m'intéresserait ça serait de faire de la prévention sur les conjugopathies. De plus en plus on a des soucis et on gère des trucs à n'en plus finir=

M2 : = Ça c'est parce que t'as fait ta formation sur les violences conjugales.

M3 : Mais voilà, il ne faut plus que tu ailles en formation, parce qu'après il a un élan de vigueur ! *{rires M2, M3, M4}*

## Annexe 6 : verbatim focus group 2

---

### **Animateur (A): Parlez-moi de ce qui vous motive à faire de la prévention ?**

M1 : Je crois que ce qui nous motive au départ c'est le fait euh d'être, euh de créer un projet ensemble, avec plusieurs professionnels, peu importe le thème que ce soit sur l'alimentation ou l'environnement toxique, et l'idée de se retrouver ensemble pour réfléchir, le fait que ça passe par le collectif pour être à l'écoute d'un certains nombres de difficultés dans notre patientèle en partant du principe qu'on est toujours plus observateur et plus intelligent à plusieurs.

M6 : Moi je veux bien enchaîner, moi je trouve qu'effectivement la prévention il faudrait en reparler par rapport à la définition et puis de ce que chacun met derrière, parce que à mon avis chacun y met des choses différentes, mais au niveau de la maison de santé enfin en tout cas du groupe de santé qu'on est ça nous a permis de discuter de choses beaucoup plus intéressantes que ce qu'on peut, que ce que nous on peut imaginer comme prévention individuelle juste avec chaque personne et que la discussion collective et le fait de la proposer à un collectif aussi, soit au public soit à des groupes, ça permet d'aller plus loin que des choses très ciblées effectivement du dépistage ou le cholestérol ou je ne sais quoi, et d'aller sur des thèmes plus vastes, tel que ce qu'on a fait, l'alimentation, et puis d'aller plus dans la santé, la qualité de vie, la préservation de la qualité de vie plutôt que de déterminer les choses effectives.

M5 : Ce que tu dis c'est vraiment les mots justes quant à la définition que notre groupe a de la prévention, je pense qu'on est tous justement dans cette idée de qualité de vie plutôt que d'aller chercher des choses de dépistage donc c'est là où ça a fonctionné assez rapidement parce que la sauce a pris si je puis dire et on s'est retrouvé dans cette idée-là de prévention qui n'est pas forcément l'idée qu'on a de nous imposer via les grandes campagnes d'informations quoi.

*{Acquiescement M1 et M3}.*

M4 : Ce qui me paraît important de rajouter aussi c'est que pour moi c'est redonner un rôle beaucoup plus actif, d'acteur aux personnes qui prennent en charge justement leur santé, et qui ne sont pas simplement des consommateurs de consultations médicales ou de traitements.

M3 : Euh oui moi j'étais justement sur le terrain (.) Enfin je pensais à ce que vient de dire M4, par rapport à tout ce qui a été dit, effectivement c'est de ne pas attendre le symptôme en fait pour que les personnes deviennent actrices de leur santé effectivement, voilà sinon tout a été dit déjà.

M2 : Moi ce que ça m'a inspiré dans ce que j'ai entendu c'est euh cette idée de prévention, ça a été dit d'ailleurs il faudrait définir ce qu'on y met euh d'où l'intérêt d'y réfléchir à plusieurs parce que dans certains domaines, alors en particulier dans le domaine psy, la prévention ça peut être la meilleure et la pire des choses c'est à dire qu'on peut vouloir dépister à tout prix dans le développement d'un enfant par exemple un petit retard ou un petit quelque chose qui n'est qu'un, comment dire, une péripétie de développement normale *{acquiescement M5 et M6}*, je dis ça parce que j'ai travaillé en milieu scolaire auparavant et on a beaucoup été là-dessus quoi, dès qu'il y avait un petit quelque chose, tout de suite ça peut être un signe, bon laissons le temps au temps, je parle notamment pour les enfants, mais euh, méfions de ce qu'on peut mettre derrière la prévention, ça peut être beaucoup de choses.

M1 : Justement on avait prévu, on n'a pas encore eu le temps de le faire, ça c'est un des

problème on en reparlera peut-être du temps par rapport à ça, d'espaces et puis de financement de nos réunions, on avait prévu de faire notre prochaine action de prévention sur la relation dépistage prévention et sur tout un tas de dépistages qui nous sont imposés euh, dont la pertinence n'est pas forcément prouvé déjà, et puis qui mettent chacun un peu dans un carcan d'obligations, et je rejoins effectivement sur le fait de la prise en charge. L'autre chose que je voudrais rajouter parce que c'est quelque chose qui est relativement nouveau je trouve dans notre spontanéité, en particulier avec la pharmacienne, l'autre jour, puisqu'on travaille aussi avec le CLIC par rapport à la personne âgée, le fait qu'on ait rencontré la personne du CLIC, qu'on ait débattu sur différents sujets de personnes âgées, l'autre jour il y a une personne qu'elle a senti en difficulté et elle a appelé directement le CLIC, et c'est une personne qu'on va prendre maintenant en charge, on se retrouve prochainement pour en parler et voir collectivement comment prendre en charge ses différentes difficultés, ça cela me paraît une action de prévention par exemple *{acquiescement M2, M3, M4, M5, M6}* pas attendre que cette situation se soit dégradé, avec un signe d'alerte qui vient de la pharmacie. Ça c'est quelque chose que je trouve motivant dans le terme de prévention aussi à l'échelle de différents acteurs qui se connaissent et qui peuvent intervenir sans que cela soit forcément dans le schéma d'alerte avant que des troubles arrivent, avant qu'une situation dégénère, avant qu'elle devienne trop difficile et aussi bien pour des personnes qui sont possiblement en difficulté en fin de vie, en difficulté avec l'alcool, des difficultés avec les souffrances, pour pouvoir aussi, comment dire, être à plusieurs pour les (.), se donner la possibilité d'un travail de coordination. C'est pas très bien dit tout ça, mais voilà cet exemple me paraissait témoin de ce que veut dire la prévention par rapport au dépistage.

M2 : Finalement la prévention ça serait une goutte, ça serait donc ça dans ce que tu disais là, être disponible *{acquiescement M1}* pour entendre la souffrance sous différents spectres plutôt que d'avoir à traiter après coup *{acquiescement M5}* quelque chose qui aurait dégénéré.

M1 : Sûrement, tout à fait.

M6 : La question qui était qu'est ce qui nous motive, qu'est-ce qui vous tire, je trouve que ce qui nous motive c'est que tout seul on n'aurait jamais eu toutes ces idées qu'il faut aussi, le fait d'être en maison de santé, enfin pas tout à fait mais en tout cas en réflexion pluridisciplinaire, c'est d'avoir les avis de chacun sur la prévention, de ne pas être tout seul avec ce que chaque profession a normalement à devoir faire selon certains critères, et que en prenant ce temps de réflexion à plusieurs on peut prendre un peu de recul.

M5 : A plusieurs on est meilleurs ! *{sourire}*

M3 : C'est l'idée de relais en fait quand on parle de motivation, en fait du coup nous en étant dans cette pluridisciplinarité on a vraiment cette idée de relais et la prévention selon moi ne peut pas se faire sans cette possibilité de relais et vu que le relais est vraiment facilité par les échanges, ça motive.

*{Rires}*.

M1 : Oui ça motive et on trouve un plaisir de communication aussi, on n'est pas isolé, moins isolé par le fait déjà de travailler à plusieurs chacun dans nos fonctions pour la plupart, et d'une façon horizontale c'est motivant et c'est un plaisir de communication qui est quand même direct et facile, un coup de fil, on passe entre deux, c'est l'inverse de la normalisation par internet qui a peut-être des aspects positifs mais qui ne va pas dans l'échange direct, dans le plaisir de la communication, dans le plaisir de se retrouver aussi, voyez il faut parler de plaisir aussi à mon avis dans la prévention, moi ça fait partie d'un plaisir qui me motive, d'un travail collectif.

M6 : Sinon on ne serait pas là, pour travailler !

*{Rires}*

**A : Je crois que vous nous avez bien dit l'intérêt de la pluridisciplinarité dans la prévention, est-ce que maintenant vous pourriez nous dire un peu de manière personnelle quel intérêt vous trouvez à faire de la prévention ?**

M1 : Je veux bien commencer, euh, personnellement c'est une conception de la santé qui a toujours été un peu la mienne c'est que c'est plus intéressant, c'est évident d'ailleurs, d'arriver avant une maladie que de la soigner après. C'est plus intéressant parce que les déterminants de la maladie, ça c'est une conviction je pense qu'on partage, ne viennent pas par hasard mais sont sociales, alimentaires, économiques, affectifs et que c'est en maniant aussi tout ça qu'on peut être plus prêt dans l'idée de pouvoir éviter des maladies. On le voit en médecine environnementale en particulier et c'est le fait d'en être intimement persuadé qui me motive aussi.

M5 : Moi la prévention à titre personnel c'est évident bien sûr que la qualité de vie est préservée quand on n'est pas malade parce que souvent la maladie laisse des séquelles on le sait, moi en tant que kiné je peux le voir quand on va trop loin, il y a des cicatrices sur la peau quand on se blesse mais il y en a aussi musculairement parlant, neurologiquement parlant il y a des schémas qui se prennent, et si on peut essayer d'éviter qu'ils ne se prennent dans des mauvaises positions de travail, il y a moult raisons ou des mauvais usages lors d'un sport, d'une pratique sportive, et bah derrière c'est très dur de revenir en arrière. Donc si on peut essayer au travers de nos soins de prévenir tout ça c'est intéressant mais il est vrai que c'est appuyé toujours par nos réflexions communes, on est plus fort quoi, on y arrive mieux, du coup cet objectif qu'on a tous personnellement on le sert mieux je trouve aussi en discutant aussi avec les collègues. Mais c'est une évidence la prévention tous les jours. Même si c'est difficile, par contre je tenais à appuyer sur ça, parce que là où je rencontre beaucoup de difficultés c'est que tant que les gens n'ont pas mal, en tant que kiné c'est souvent la douleur qui est le déterminant, et bien les gestes de prévention ne passent pas. Ou ont beaucoup plus de mal à passer, donc il faut parfois donner des exemples. On n'aime pas faire peur mais à la fois des fois il faut un petit peu faire passer le message, c'est compliqué, c'est une notion compliquée parce que nous aussi on en discute beaucoup de cette notion de faire peur, on n'aime pas, mais parfois on est un petit peu obligé de jouer avec cette frontière qui est un petit peu sensible.

M6: Ouais moi je pose des questions là aussi effectivement sur (.), on est bien d'accord qu'arriver avant une maladie ça peut être intéressant, mais y a aussi voilà cette notion de liberté de chacun aussi quand on a je pense une mission qui est d'informer, de là à aller effectivement faire peur pour pouvoir convaincre de quelque chose ça c'est pas du tout ma conception c'est sûr. Et du coup, du coup, voilà, je pense aussi que ça fait penser à une certaine limite à devoir garder en fonction des personnes, alors ce qui est compliqué quand on s'adresse à un groupe ou à un public, mais oui je sais que ça me pose, personnellement c'est mon problème actuel *{sourire}* avec la prévention.

M2 : Je suis contente de l'intervention de M6 parce que je pensais un peu ça avant qu'elle ne parle, encore une fois, définir ce qu'on entend par prévention, on peut pas aider les gens contre eux même, contre leurs propres désirs d'être aidé, contre leurs propres souffrances ou, donc notamment en matière psy, parce que je parle de mon domaine, on ne va pas (.)deux personnes peuvent vivre des situations considérés comme traumatiques à priori, il y a en a une qui ne va pas du tout être traumatisé et l'autre qui va l'être donc on ne peut pas faire de prévention a priori, on est obligé de tenir compte à la limite d'un début de souffrance ou d'un

début de mal être, et à mon avis là on est encore dans la prévention c'est-à-dire que si on intervient rapidement par rapport à cette première souffrance, ce premier mal être, à condition qu'il y ait une demande c'est forcément bien plus intéressant que d'attendre que la situation se soit enkystée et dans ce domaine-là aussi c'est plus difficile de s'en sortir quand on est installé dans un système de défense bien bétonné, c'est pour ça que la prévention c'est pas forcément éviter d'avoir mal mais c'est intervenir assez rapidement, le plus rapidement possible, quand il y a une demande qui surgit donc il faut qu'il y ait un début de mal être quand même.

**A : Est ce que M3 ?**

M3 : Oui alors moi je réfléchissais en même du temps, du coup euh moi je me disais que ça allait au-delà, peut être carrément la notion de prévention rejoignait aussi la motivation première d'avoir choisi un métier dans le soin en fait, et que du coup effectivement je pense que tout le monde l'a dit à sa manière mais on se sent d'autant plus efficace en allant prendre soin de la personne avant que les symptômes soient vraiment établis, tout le monde l'a dit mais ouais je sentais que peut être très personnellement ça rejoignait vraiment le choix de départ en fait.

M4 : Je pense que, j'ai une place un petit peu à part, un petit peu extérieure dans le groupe parce que je ne travaille pas directement sur la commune, ce qui me paraît intéressant dans le travail collectif c'est qu'il y ait une possibilité de travailler entre collaborateurs très différents mais peut être plus des personnes qui s'occupent plus du corps peut-être, un peu plus l'aspect somatique et puis ceux qui sont plus voilà et les apports qu'on a respectivement et comment on peut aussi dans un but de prévention, quelque fois dépasser simplement le symptôme corporel et pouvoir par nos échanges, donner une ouverture, et puis voir vraiment la personne globalement dans sa dynamique parce que ça interfère tellement dans la santé, dans le bien vivre, ça me paraît vraiment très riche de pouvoir avoir cette collaboration c'est ce qui me motive dans le travail commun.

M1 : J'adhère à tout ça, je viens de reprendre un peu sur le fait de remettre en confiance globalement et effectivement c'est la limite, et c'est pas facile parce que actuellement on voit qu'on est inondé par la peur, la peur globalement tout fait peur dès la grossesse, dès la naissance, dès la petite enfance et il y a euh un climat anxigène qui vit sur la santé euh qui est nocif parce qu'il ne prend plus en confiance les propres possibilités de guérison de chacun et ça je crois qu'on a un travail de remise en confiance *{acquiescement de M6}* et c'est vrai que quand on est moins bloqué aussi personnellement, c'est pas des thérapies de groupe mais ça permet quand même d'avoir d'autres visions, on a moins tendance à enfermer l'autre dans sa propre projection d'un système quoi, et ça, ça me paraît être pratiquement le plus important dans ce climat actuellement qui me paraît extrêmement délétère et qui est entretenu aussi par un certain nombre de relais institutionnels de la peur et de l'obligation d'un certain nombre d'actes qui sont dit prévention et qui ne sont là que pour faire peur et qui ne mettent plus en cause, euh qui ne mettent plus en avant la bonne santé qui est la façon d'être normale *{sourire}*.

M2: Une forme de bon sens.

M1 : Et une forme de bon sens oui oui, je pense que ça permet aussi de retrouver un bon sens collectif, une façon de voir complémentaire.

**A : On va rentrer dans le concret maintenant, est ce que vous pourriez nous parler de l'élaboration de un ou de vos projet de prévention, en amont ?**

M6 : On a fait plusieurs formes en fait et plusieurs thèmes depuis qu'on a commencé, alors il y a plusieurs façons, du coup selon les formes il y a eu plusieurs modes d'action on va dire. On a fait la forme réunion publique sur certains thèmes, les thèmes ont été choisis comme les

thèmes qui semblaient importants au groupe pour la prévention, ceux qu'ont été cités auparavant, et on fait assez rapidement des groupes et à partir du choix des thèmes il y a eu plusieurs =

M1 : = Sous-groupes.

M6 : Plusieurs sous-groupes qui ont travaillé différents items pour le présenter personnellement le soir de la réunion publique, donc c'est un travail par sous-groupe une fois que le thème a été choisi. C'est pas des thèmes où on était des spécialistes, où chacun était spécialiste, et du coup ça a demandé une part de recherches documentaires de chacun, un investissement personnel qui était important mais en général positif et puis, ça c'est ceux qui ont participé aux sous-groupes, après il y a la mise en place de la réunion, coté on va dire communication autour de la réunion, informer le public que cette réunion va avoir lieu, le coté flyers, interviews, articles de journaux, affichages. Ça aussi c'était un autre sous-groupe on va dire, et puis l'évaluation aussi de la soirée avec un questionnaire d'évaluation à la fin, voilà ça c'est un peu le mode d'élaboration d'une réunion publique. J'ai oublié quelque chose ?

M1 : Oui il y a eu les réunions publiques et puis il y a eu aussi le journal.

M6 : Ah voilà.

M1 : Un journal qui s'appelle EPI : éducation, prévention, information santé qui est fait avec une collaboration financière des mutuelles de Loire Atlantique, qui permet quand même par rapport à la mise en page, enfin financièrement ça a un coût et heureusement qu'on avait les mutuelles pour financer ça. Après là on se posait la question, il va falloir qu'on en reparle encore de ce petit journal, c'est bien parce qu'il est dans tous les cabinets, c'est un fil rouge aussi, il y a des petites informations qui sont données, euh on a du mal à s'astreindre entre guillemet à faire des articles, etc etc etc, c'est un travail quand même, le temps passe, tiens on va faire un numéro, c'est pas les idées qui manquent, c'est plutôt le temps, la disponibilité et puis peut-être qu'il faudrait qu'on ait un cadre organisationnel euh qui définirait bon dans l'idéal il faudrait qu'il y ait un sous-groupe qui soit plus sur le journal, on en avait parlé un petit peu, qui se retrouve de temps en temps et qui puisse proposer des thèmes, collecter les articles etc, alors on a un petit peu de mal avec ça quand même, euh ce qui a été le plus intéressant en forme écrite je trouve, il y a deux formes, un petit flyer de quatre pages avec des informations qui sont quand même, sur la kiné en particulier, c'était vraiment intéressant sur différents aspects et puis sur les réunions etc, mais on a fait un grand dossier, enfin grand dossier, plus grandes pages sur naître, vivre et mourir =

M6 : = Qui était un compte-rendu de réunion publique.

M1 : Qui était un compte-rendu de réunion publique, et qui a eu beaucoup d'échos en fait parce que c'était des réflexions plus longues, plus élaborées que des petites informations, et des gens nous en redemandent encore, et je ne sais pas si vous avez les mêmes échos, retours par rapport à =

M3 : = Oui, si si.

M5 : Moi on me redemande quand est ce qu'on fait une nouvelle soirée, j'ai régulièrement des demandes mais tu as raison c'est le temps qui pêche beaucoup.

M3 : Je dirais que sur l'élaboration des projets de prévention on est quand même enfin, comme le disait M1, on n'a pas pour l'instant une organisation très élaborée, une élaboration très élaborée {sourire}, on est hyper intuitifs, {acquiescement M1} on a quand même un fonctionnement assez intuitif c'est voilà.

M6 : Mais quand on reprend, à posteriori on peut voir quand même qu'il y avait =

M3 : = Oui.

M6: On peut en tirer quand même une certaine méthodologie, c'est ça qui est derrière c'est de trouver aussi une méthodo, et du coup que c'est en parlant ensemble qu'on fait émerger un thème, qu'après on distribue un peu le travail, et qu'on y arrive au bout d'un moment. Mais il y a eu d'autres choses aussi du coup qu'on a oublié, mais on a fait des trucs intéressants, il n'y avait pas que l'Épi justement on a mis des documents communs dans toutes les salles d'attente sur le bisphénol A par exemple, et ça c'était d'élaborer quelque chose de commun au niveau de la prévention et de le diffuser dans tous les cabinets, donc de s'entendre sur quelque chose qu'on pensait =

M5 : = Ça a été fait avant que ça n'apparaisse publiquement en fait on était déjà d'accord *{rires}*.

M1 : Et puis on devait, on doit encore faire un numéro spécial qui est la traduction un petit peu de la soirée du (.) sur tout ce qui était perturbateurs endocriniens et produits chimiques il est dans les papiers il faut qu'on ait le temps de finaliser ça.

M6 : C'était sur les toxiques dans l'environnement de la maman et du petit enfant et donc c'était très intéressant, il y avait quatre intervenants non spécialistes entre guillemet qui avaient fait leurs recherches méticuleuses avec une bibliographie à la fin importante. Et c'est vrai, je pense que si on arrive rapidement à boucler ce numéro spécial on aura autant de demande que pour l'autre numéro.

M1 : On a aussi le projet, mais il va falloir qu'on en rediscute avec les mutuelles, de faire une petite plaquette d'informations sur les produits toxiques en particulier pendant la grossesse, à éviter quoi, et sans que ça fasse peur mais en même temps c'est une réelle problématique actuelle, et le problème des perturbateurs endocriniens est un des éléments dont on connaît maintenant de plus en plus les conséquences en terme de santé publique, et on a tous les éléments pour faire quelque chose d'informatif par rapport à tout ce qu'on connaît, qui pourrait être pertinent à mon avis, maintenant il faut aussi pouvoir à la fois faire la maquette, faire comme une petite plaquette qui pourrait être dans les différents cabinets, c'est pas très dur à faire on a tout ce qu'il faut pour le faire, c'est aussi une question de temps, d'organisation et de revoir peut être avec les mutuelles le financement pour l'année prochaine.

M6 : Pour repartir de la question, euh je pense aussi, on a eu récemment une formation, on a reçu une formation pluridisciplinaire *{acquiescement M4}* sur la prévention du suicide et, donc ça c'est une action de formation enfin de prévention à destination des professionnels de santé mais qui forcément rejait sur, sur la population, et je pense que c'est certainement quelque chose à travailler ces formations pluridisciplinaires, c'était très intéressant qu'on ait justement la même formation chacun et avoir des outils communs en tout cas pour parler des choses, c'est important.

M4 : On a beaucoup axé là autour de l'information, mais je pense que déjà rien que par le fonctionnement pluridisciplinaire, le fait qu'on partage les informations, qu'on partage des ressources, enfin des lieux ressources, qui font que ça ralentit, enfin que ça raccourcit beaucoup le moment où si on est isolé, qu'on est confronté à un problème on n'a pas euh, on a tous élargi énormément nos gammes de ressources.

M6 : = De ressources possibles oui.

M4 : Et ça, ça me paraît aussi être, alors comment on l'a élaboré ça peut être difficile à lire, la période de travail, on s'aperçoit que c'est vrai chacun a pu énormément développer c'est vrai une ouverture sur une sorte de ressource. *{Acquiescement M6}*

M1 : Je voulais continuer par rapport à ce que tu disais, euh sur en particulier les réseaux et on a eu une réunion par rapport, faudrait peut-être en refaire une autre, sur tout ce qu'il y a dans notre secteur de possibilités d'aides psychologiques, pour la difficulté psychologique par

exemple, il y avait des gens du pôle de santé publique qui étaient venu pour commencer à parler de ça et à nous donner un petit peu, pas un guide, mais on est un peu perdu des fois dans nos relais de liens d'informations. Le CLIC nous a beaucoup aidé *{acquiescement M4}* par rapport à ça aussi =

M4 : = Nous a beaucoup appris.

M1 : Nous a beaucoup appris, et là, il va falloir en parler, il y a une proposition de l'équipe de RESPAVIE de Nantes là, de soins à domicile et de prises en charge des fins de vie, aussi bien au point de vue éthique, physique, etc, et puis d'organisation, qui pourrait venir faire une soirée d'informations ici si on est d'accord donc =

M5 : = Volontiers.

M6 : Ça serait intéressant.

M1 : Ça serait intéressant oui, et puis voilà par rapport à, là encore c'est une autre question, mais pouvoir garder à la maison des personnes en grandes difficultés et de pouvoir aider aussi ceux qui sont confrontés à ces difficultés de fin de vie ou de deuil après. On a eu aussi des réunions avec l'équipe d'infirmières de XX et (.) où on s'est retrouvés parfois à être à plusieurs suite à une fin de vie pour partager nos émotions tout simplement, je pense que c'est des choses qui peuvent être de notre fonctionnement, plus facilement, de la même façon qu'une personne en difficulté ou maladie d'Alzheimer on se dit bon on va se retrouver pour en parler, on se donne rendez-vous et puis voilà on se fait une petite réunion entre nous. On a du oublier pleins de choses.

M6 : C'est pas mal.

**A : Alors, au niveau de l'élaboration au niveau des différents professionnels qui ont été impliqué dans ces projets de prévention, tout le monde n'a peut-être pas été impliqué ? Quels sont les raisons pour lesquelles vous avez décidé de participer ou non au projet ?**

M5 : Ça c'est décidé euh (.), on m'aurait dit il y a dix ans tu vas faire ça j'aurais dit certainement pas *{rires}*, ça va pas la tête, et puis finalement déjà de participer au choix du sujet, on est déjà acteur dans le choix et ça nous anime donc du coup on sent que voilà c'est un sujet qui va nous plaire aussi à travailler donc afin de restituer il faut déjà emmagasiner, faut digérer, faut (.) donc c'est aussi ça qui va faire qu'on décide ou non d'être impliqué dans ces différentes actions. Personnellement c'est comme ça que ça a un peu fonctionné.

M3 : Je dirais que c'est à la fois le choix du sujet où parfois on se sent impliqué professionnellement, la disponibilité du moment aussi, *{acquiescement M5}*, très concrètement je pense qu'on l'a tous vécu, il y a des moments où on se sent plus ou moins disponible et puis le besoin, et tout le monde a participé.

*{acquiescement M6,M5,M1}*

M1 : Tout le monde a participé.

M5 : Ça c'est fait un peu naturellement, on s'est pas dit bah tiens untel n'a rien fait jusqu'à maintenant on va lui coller *{rires}*, non ça c'est fait =

M3 : = On ne compte pas.

M5 : Oui.

M2 : Ça a dépendu des thématiques quand même aussi, *{acquiescement M5}* par rapport à l'aide aux aidants, par rapport aux malades d'Alzheimer moi quand je suis arrivé sur le groupe, parce que je suis arrivé après les autres, c'était déjà en cours, moi de par l'expérience professionnelle que j'avais avant je n'avais jamais eu à faire de près ou de loin à des personnes âgées, c'était une problématique qui ne m'a pas parlé, et à titre personnel j'étais pas confronté non plus, donc je me suis tenu à l'écart de ça, mais par contre d'autres thèmes m'ont tout de suite intéressés, voilà en fonction des thématiques certains s'impliquent plus que d'autres.

M4 : Par contre mon ressenti par rapport au groupe, c'est vrai que pratiquement tout le monde a participé mais euh je sais pas comment dire, je pense que dans notre fonctionnement on a tous effectivement des formations dans différents domaines mais il y a un engagement vraiment de chacun et comment je dirais ça (.), chacun euh peut prendre sa place enfin, je ne sais pas comment dire ça, essayez de m'aider.

M5 : Il n'y a pas de hiérarchie.

M4 : Voilà c'est un fonctionnement très =

M5 : = Horizontal.

M4 : Très horizontal, très (.), où chacun a quelque chose à apporter, chacun a sa place et chacun la prend, je trouve que c'est ça qui est intéressant c'est que chacun la prend, on n'est pas en train de soutirer =

M1 : = Tout à fait, je vais aller dans ton sens en prenant un exemple disons quand même assez intéressant de deux personnes qui ne sont pas là mais qui auraient pu parler, c'est la diététicienne donc qui a participé à un débat mais entre guillemet qui était morte de trouille, comme on peut l'être aussi, on est passé aussi à travers des peurs et c'était pour certains et pour nous pas évident de s'exposer en public par rapport à des thèmes qui sont un peu transversaux et qui ne sont pas de notre spécialité. Ça a bien passé en plus par rapport à notre patientèle et ça a été même important je trouve, et puis bah notre secrétaire aussi qui s'est investi d'une façon complète dans toutes les dates de formation à la fois en relais d'informations et puis en participant ou même en préparant aussi des interventions, bah elle était sensibilisée elle aussi à l'aspect environnemental et a une connaissance importante à la fois des plantes et des produits de la maison qui ne sont pas toxiques, et elle est intervenu en public en ayant préparé quelque chose qui apportait aussi à tout le monde, ça il faudrait pouvoir (.), qu'on puisse le garder et l'avoir en fiche aussi parce que les alternatives aussi à des produits chimiques avec une réflexion, c'est une réflexion qui est très importante dans l'espace public de la qualité de l'air intérieur et qui passe par des recettes aussi, par des possibilités de prendre en charge par soi-même, question toute bête de ménage, quand on voit le nombre de produits qui va dans ces pièces là ou dans les crèches qui sont utilisés de façon, moi je dirais honteux en ce moment, qu'il y a des organismes officiels qui s'en occupent, et puis qu'il n'y a pas un réel relais d'informations intelligent entre guillemet.

M6 : Alors j'ai vu justement que ça faisait partie l'année dernière, on aurait pu postuler, d'un appel à projet de l'ARS justement sur les thématiques « prévention et promotion de la santé » et notamment en santé environnementale, et dans ces items là il y a « sensibiliser par rapport à la qualité de l'air intérieur en milieu scolaire ou milieu petite enfance » et par l'intermédiaire notamment du conseil médical en environnement du CHU.

*{acquiescement M1}*.

M6: Donc faut qu'on se tienne aussi à l'affût quoi probablement des appels à projets de l'ARS pour l'année prochaine en promotion de la santé, prévention, parce qu'il y avait des choses, voilà des items dans lesquels =

M5 : = On se retrouverait.

M6: Donc il y avait santé environnementale donc bon il y avait différentes choses de ciblé mais moi je trouvais que ça on pouvait se positionner là-dessus, et puis développer des actions et d'éducation à la santé environnementale et la réflexion sur les risques émergents, là aussi du coup nos réunions publiques pouvaient se positionner, se positionner là-dedans, donc voilà faudra probablement quand même (.) et y avait même aussi un item sur l'alimentation chez les ados ou chez les personnes âgées et alimentation pratique d'activité physique, ça ça pourrait

être intéressant d'avoir la diététicienne qui monte ça chez les personnes âgées. Enfin bon on a des choses à faire *{rires}*.

**A : A combien de temps évaluez-vous la mise en place d'un projet de prévention ?**

*{Silence. Se regardent}*.

M1 : Oula, c'est difficile à dire parce que entre la première réunion, euh je vois sur l'alimentation le nombre de petites réunions qu'il y a eu =

M5 : = Deux, trois mois.

M1 : Trois mois.

M5 : Trois mois.

M4 : La question c'est ?

**A: Combien de temps pour l'élaboration, la mise en place du projet ?**

M4 : Mais du projet ? De quel projet ?

**A : Par exemple vous avez fait une réunion publique, combien de temps ça vous a mis de la préparer ?**

M4 : D'accord, sur un projet de prévention.

**A : Voilà, pour mettre en place un projet.**

M1 : Après il y a le temps, ça dépend ce qu'on appelle le temps, entre le début du projet et puis l'aboutissement ou le temps qu'on y a consacré entre deux. C'est deux questions différents, je ne sais pas laquelle =

**A : = On peut dire les deux, les deux sont intéressantes.**

M1 : Donc trois mois c'est le temps de l'élaboration.

M5 : Pour le calendrier trois mois, et le temps personnel de recherche euh =

M2 : = Et de réflexion enfin aussi on rédige un petit peu quand même le temps de présenter quelque chose.

M5 : Oui, enfin de recherches, rédaction.

*{Silence}*

M6 : On n'a pas compté mais c'est probablement quelques heures, *{rires}*, peut-être qu'on aurait dû *{rires M6, M5, M4, M3, M1, M2}*.

M1 : C'est des heures et des heures oui ! *{sourire}*

M4 : En général les trois quatre personnes qui préparaient à peu près, combien vous diriez ?

M1 : Oui.

M4 : A peu près trois quatre, donc ça veut dire que ces trois quatre personnes elles font un travail en amont important de lecture, de ce que tu disais de documentation donc c'est déjà ça à chiffrer c'est (.), bah chais pas chacun pourrait dire, moi je sais que j'y ai passé des heures de lectures.

M5 : Oui.

M4 : Des jours.

M1 : Je ne sais pas s'il faut compter dans le thème alimentation le temps où on a mangé ensemble et où on a préparé des bons petits trucs.

*{rires collectifs}*

M6 : Ça c'est pour la forme réunion publique, la forme petit journal EPI c'est pareil j'ai l'impression à peu près trois mois avant de se dire voilà on va sortir le journal, le temps que chacun fasse un article qu'on le collecte et qu'on les reprenne une fois en réunion pour dire on est tous d'accord ou pas, et qu'on les envoie à l'impression, on n'arrive pas trop à faire moins de trois mois, des fois on voudrait écrire des articles d'actualité et du coup il peut y avoir un petit délai là je crois. Bon c'est aussi parce qu'on n'a pas d'aide logistique, je veux dire on a les mutuelles, mais c'est vrai qu'il nous manque un métier qui serait une coordinatrice

administrative ou quelque chose, quelqu'un, il manque certainement une profession dans notre organisation pour aller plus vite.

M1 : C'est pour certaines actions ça a été la secrétaire qui a fait un petit peu le relais mais bah c'est pareil avec une activité plus importante, elle n'aura plus le temps de faire ça, beaucoup moins tout du moins, alors c'est une vraie question ça pouvoir avoir euh libérer du temps d'organisation par rapport à cela, à ces actions, ces réflexions.

M2 : C'est sûr que c'est du temps en plus de notre temps professionnel strict donc pour certains il y a certaines périodes où c'est très difficile d'en trouver suffisamment, enfin, c'est quand même, c'est lourd parfois quand même de tout, de tout faire. *{ton interrogatif}*

M6 : Moi je trouve que ça enrichi aussi beaucoup, beaucoup notre pratique et que ce qui est lourd c'est pas tant de penser à ce qu'il y a à faire, enfin si on avait juste à faire ce qui nous motive entre guillemet et qu'on n'avait pas l'organisation *{acquiescement M3}* voilà le côté plus administratif, ou alors communication sur les (.) je ne sais pas si ça serait pas juste que quelque chose d'intéressant et de profitable en fait pour nous et pour les gens. Moi je trouve que ce qui est compliqué oui c'est l'organisation, je ne sais pas comment le qualifier cette part un peu =

M5 := Pesante.

M6 : Administrative alors que la réflexion elle est là et que peut être qu'écrire un article c'est pas si long quand on a le thème et qu'on peut le faire après, enfin je sais pas.

M4 : En même temps si on essaye de voir un petit peu le déroulement des années là, on s'aperçoit que comme dit M2 qu'on est tous investis professionnellement, moi j'ai le sentiment qu'on arrive à se centrer sur un j'allais dire un petit projet ou un projet, mais ça nous prend quand même des mois parce que on a quand même pas assez de temps, parce qu'il faut faire vivre l'association par ailleurs, qui a d'autres sollicitations, on arrive, enfin j'ai l'impression qu'on met des choses en place mais on a l'impression que le temps manque et que voilà, c'est évident.

M2 : Moi je reviens sur cette question de temps, au-delà de l'intérêt très important que ça peut avoir malgré tout quand il faut rédiger quelque chose même sur un thème qui nous intéresse beaucoup et ça nous a donné aussi beaucoup de, procuré beaucoup de plaisir et d'intérêt à faire les recherches, c'est que c'est quand même du temps, moi j'avoue que bon c'est, je trouve que c'est lourd dans ce sens-là, le temps que ça demande, au-delà de l'intérêt que ça peut avoir.

M4 : Ça devrait pouvoir faire partie de notre temps de travail pour qu'on puisse s'y consacrer vraiment plus pleinement.

M6 : Ça je suis d'accord.

M4 : On a l'impression là quand même qu'on bataille pour y arriver quoi, hein.

M6 : Bien sûr.

M1 : On l'a vu en particulier avec le projet d'aides aux aidants où malgré tout, ça nous a demandé beaucoup d'énergie, il y a eu une formation par rapport à l'aide aux aidants qui était en partie financé par l'ARS mais avec des financements qui sont à l'évidence beaucoup =

M2 : = Ridicule !

M1 : Oui ridicule, bien trop bas, et puis en même temps tout un travail administratif de (.) qui est aussi du boulot. Là depuis qu'on a fait ce projet-là on a été surtout branché là-dessus, on n'a pas eu beaucoup de temps *{acquiescement M4 et M6}*, si il y a eu la prévention par rapport au suicide. Chaque fois il y a eu une discussion un peu informelle, on arrive quand même à quelque chose, la question que je me posais c'est effectivement, depuis la question qui a été posé par l'ARS et qui n'est pas complètement à rejeter, c'est en fonction des priorités, est ce

qu'il faudrait plus, bon chaque réunion par exemple bon voilà on la cadre plus en faisant une demi-heure sur tel thème, une demi-heure sur le journal, voilà j'ai peur que ça perde aussi de la spontanéité et en même temps on a besoin un petit peu de structurer peut être, c'est une réflexion à avoir, euh on s'était dit à un moment qu'une personne s'occuperait plus de quelque chose ou d'autre, on n'est pas si nombreux que ça non plus pour faire ça, quand il y a une action on est un peu tous mobilisé, c'est un questionnement quand même, c'est intéressant qu'on ait cette soirée ici pour se la poser plus que d'habitude. Je n'ai pas de réponse pour l'instant c'est intéressant que la question soit déjà posée.

**A : Une dernière petite question pour finir sur élaboration, est ce que vous avez mis des conditions au démarrage de l'action ?**

*{Silence}*

M1 : Non, les conditions c'est d'avoir suffisamment d'aides, on les avait par rapport à euh (.) technique quoi pour qu'on puisse informer quoi mais on n'a pas mis d'autres conditions, c'était pouvoir avoir les affiches, les flyers, le bon nombre de personnes suffisantes pour pouvoir faire l'action =

M2 := La salle.

M1 : La salle.

M3 : On ne s'était pas donné non plus de conditions de participation minimum, d'inscriptions de pré inscriptions, de choses comme ça en fait, jamais.

M1 : Non.

M3: Non il n'y a pas de condition, on se lance.

M6 : Qu'est-ce que ça veut dire condition, j'arrive pas à =

**A : = La question c'est par exemple, est ce que nous on veut que ce soit une soirée, ou on veut que ce soient des actions dans le temps ou un instant donné ?**

M5 : Alors ça dépendait de l'action. La condition venait, quand c'était un thème on se disait voilà ça serait mieux sous la forme d'une soirée débat, d'autres thèmes donnaient soirée débat avec des groupes, on faisait participer le public entre guillemet par petits groupes et hop on se remettait en plénière pour voir ce qui émergeait de ces groupes-là. Donc tout dépendait du sujet, je pense que c'était un peu tributaire du sujet au départ.

M1 : En gros quand même c'est partir sur une réunion publique ou deux réunions publiques par an pour des actions plus emblématiques entre guillemet qui correspondent à un moment plus à un débat, comme on a fait l'assemblée générale un peu par rapport à la maladie d'Alzheimer ou comme on le refera à l'occasion de la prochaine assemblée générale il y aura un thème aussi qu'on discutera, plus quelques mois après une autre assemblée générale, et puis entre deux des informations qui circuleront par le petit journal quoi, mais on va pas dire voilà on fait de façon formelle tant de réunions, ça dépend de nos disponibilités là on sait qu'on va refaire la deuxième formation Alzheimer là parce qu'on a suffisamment de financement, et puis d'énergie et puis que ça nous a bien plu et puis =

M4 : = Il me semble quand même que justement par rapport à la formation Alzheimer, vous me direz si je me trompe, il y a un moment quand même où on n'était pas sûr d'avoir et on s'est dit soit on a quand même un financement minimum soit on laisse tomber, on ne fait pas quand même dans le processus de donner beaucoup de temps sans rémunération, on s'est dit quand même, on demande un minimum de (.), enfin on avait pris une position un peu commune de cet ordre-là.

M1 : Et puis oui là on a eu on a reçu tout récemment un financement du conseil général, donc suffisant pour pouvoir, enfin suffisant, pour pouvoir sans nous rémunérer nous mais au moins ne pas être gêné par rapport à l'intervenant, par rapport au psychologue quoi, mais euh nous

c'est du plaisir, que du plaisir.

*{Rires}*.

M6 : Jusqu'à quand ?

M4 : En fait oui, ça reste (.) pour la deuxième session c'est quand même juste.

M1 : Et oui. Mais ça va pouvoir se faire quand même.

M4 : On ne pose pas beaucoup de conditions !

*{rires collectifs}*

M2 : Moi je trouve quand même, enfin c'est bien hein, mais ça avait été évoqué qu'on n'allait pas non plus faire du bénévolat jusqu'au bout et combien d'heures à y consacrer etc, et finalement euh ça c'est fait quand même, le financement n'est quand même pas (.) Tu viens de dire M1 qu'on est content parce que on arrive à rémunérer les intervenants extérieurs mais que du coup vous, moi je ne suis pas concerné là-dessus pour l'instant, mais vous vous n'êtes pas du tout payé là-dessus, donc on est quand même dans le bénévolat, enfin je veux dire, c'est une condition qu'on s'était mise au début de pas aller complètement là-dedans. Donc on ne tient pas nos conditions. *{Rires}*.

M1: Je crois pour une raison, enfin pour moi, c'est que la formation telle qu'elle a été faite, m'a appris beaucoup de choses aussi *{acquiescement de M2}*, et dans la relation à la personne atteinte de maladie d'Alzheimer, dans le groupe tel qu'il a fonctionné, faudra qu'on en reparle d'ailleurs.

M6 : M3 aussi, *{sourire}* j'interpelle M3, par rapport au vécu de ces ateliers en matière d'aide aux aidants, tu avais l'air d'avoir bien vécu cette formation.

M3 : Ah oui oui complètement, prête à repartir.

M6 : Malgré le bénévolat.

M3 : Non mais c'est vrai comme le dit M2, dans le temps ça fait déjà des années qu'on le dit finalement, mais dans le temps il est possible que ça s'essouffle à cause de détails de ce genre aussi.

*{Acquiescement M1 et M6}*.

**A : Donc on va passer, mais on y a déjà passé un peu de temps, sur le projet en lui-même de prévention, par exemple au niveau de la mise en œuvre du projet de prévention, déjà, vous nous avez parlé des outils que vous avez utilisé, quel est le temps alloué dans votre pratique quotidienne ? Même si ce n'est pas facile à dire car il s'agit plutôt de projets sur des actions de soirées, ce ne sont pas des actions que vous faites quotidiennement dans vos cabinets.**

M5 : Évidemment que ça va transparaître quotidiennement au travers de ce qu'on va pouvoir dire à nos patients et il y a plusieurs types, plusieurs niveaux de prévention entre guillemets, plusieurs façons de la pratiquer donc personnellement je ne peux pas répondre le temps quotidien que je passe à la prévention, je ne sais pas.

**A : Non des projets de prévention, que vous avez mis en place.**

M1 : C'est difficile à (.), d'abord c'est difficile à mettre en écart les projets et la pratique de tous les jours, parce que ce n'est pas d'un seul coup on fait un projet sans que ce soit intégré à aussi une information dans la pratique de tous les jours euh et là si on peut dire, en terme des projets de prévention aussi et je crois que c'est un peu tout le monde, c'est le temps qu'on passe pour chaque consultation qui permet aussi d'intégrer ces éléments-là dans la consultation, donc ça fait partie du temps aussi donc dans le temps après de réflexions de recherches de documents chez soi, sur internet, surtout que alors là quand on commence à chercher sur internet on en a pour un petit moment, je sais que je perds beaucoup de temps sûrement on a énormément d'informations, de documents qu'il faut trier aussi, évidemment on

ne calcule pas ce temps-là, on en parlait tout à l'heure, euh =

M6 : = En moyenne, je pense qu'on peut pratiquement dire, enfin je ne sais pas si(.), vu le temps cumulé puis le temps qu'on a passé, je pense qu'une heure par jour =

M5 : = En phase de préparation d'une soirée par exemple je pense que quand on est un des participants, oui en moyenne une heure par jour parce que des fois ça peut être deux heures, mais le week-end on ne bosse pas donc je dirais ça sur les deux trois mois de préparation.

*{Acquiescement M6}*.

**A : Au niveau du soutien financier, au niveau de vos projets de prévention, est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?**

M1 : Oui, puis je vais laisser la parole à M6, bah on voit bien quand même qu'il y a un risque d'essoufflement, et il y a besoin quand même (.), ça demande beaucoup de temps, d'investissements, on est content de le faire, dans la façon dont on voit un certain nombre de financement, c'est pas qu'on est jaloux, qui sont fait pour à droite à gauche, le fait de pouvoir être reconnu *{acquiescement M4}* par la collectivité pour ce travail-là serait un élément quand même qui bon permettrait de se dire bon bah voilà, en même temps et ça fait partie de notre travail donc c'est logique qu'on soit rémunéré pour ça et on a toujours défendu ça euh que la prévention faisait partie intégrante de notre travail, enfin moi ça me paraît évident, mais elle n'est pas du tout reconnue, donc ça c'est un combat qui serait, un combat politique si on veut, un combat syndical aussi, et puis là malgré tout une interpellation de l'ARS par rapport à ça qui ne l'entend pas toujours parce que il y a des protocoles parce qu'il y a l'administration qui est quand même un peu lourde c'est le moins qu'on puisse dire, on a eu des rencontres avec l'ARS qui nous ont, alors ça, ça n'a pas duré très longtemps mais ça nous a épuisé moralement beaucoup plus que de se retrouver à travailler, et bon là on a une petite avancé dont tu peux parler M6 par rapport à la rencontre avec (.)

M6 : Oui on a eu des contacts assez récents, une rencontre assez récente avec une interlocutrice de l'ARS euh qui nous demande quand même de voilà de mieux formaliser encore et de détailler de façon voilà beaucoup plus écrite et beaucoup plus concrète, beaucoup plus(.)bon d'écrire encore ce qu'on fait, c'est pas d'écrire, c'est de décrire ce qu'on fait.

M2 : On est dans la forme beaucoup quand même. Tout le temps dans la forme.

M6 : Tout à fait. Retravailler la forme encore un peu.*{ton lassitude}*

M2 : Il ne s'agit pas du tout du fond mais encore et encore de la forme, c'est ubuesque!  
*{sourire}*

M6 : *{rires}* Oui, mais j'ai vu le nom du fond qui pourrait peut-être nous être (.) *{rires}* dans lequel peut être on pourrait correspondre puisque a priori on répond à tous les items, donc on devrait peut être avoir un fond, alors pas tant pour la prévention, parce que pour la prévention justement il faudrait s'inscrire aux appels à projets de l'ARS exactement comme pour l'aide aux aidants et on voit la difficulté là aussi de temps de monter, de répondre à un cahier des charges d'un appel à projet de l'ARS, voilà si c'est pas une charge administrative qui dépend de je ne sais quel type de corps de métier d'ailleurs mais voilà, euh mais ce financement serait plutôt pour la coordination et pour le fait de nos rencontres mensuelles, mais je pense que ces rencontres mensuelles elles peuvent être mise dans la prévention parce que ça rejaillit sur les patients de chacun le fait que la clientèle de chacun sait qu'on se voit qu'on se rencontre régulièrement, ça crée quelque chose d'un sentiment de sécurité déjà chez les gens qui est en lui-même de la prévention sans qu'on lui ait mis de mot dessus et déjà ça c'est très important, ils savent qu'on se rencontre que s'ils disent quelque chose au kiné qui bah voilà a repéré quelque chose ça va venir à l'oreille du médecin, enfin si ils le disent bien sûr, après on a le secret professionnel mais que c'est une équipe quand même qui est derrière eux au niveau

patient. Et ça je pense que c'est une dimension prévention qui est hyper importante donc les fonds de l'ARS seraient peut-être dans ce créneau là si on écrit bien notre copie.

M4 : Il y a quelque chose tu disais ubuesque, je dirais simplement paradoxal, il y a (.), alors déjà bon normalement l'ARS met en avant la nécessité, l'intérêt de développer les actions de prévention bon ça c'est un discours, face à ça il y a des professionnels qui sont, enfin qui sont comment dire, non seulement déjà ce qu'on témoigne c'est qu'on est obligé de faire ce travail-là bénévolement et en plus au lieu que l'administration apporte un soutien, une aide, pour arriver à avoir la moindre subvention il faut encore redoubler, je dirais que ça multiplie le travail peut être par trois, pour arriver à(.) enfin c'est épuisant quoi et c'est complètement =

M5 := Contre-productif.

M6 : L'argument était de dire peut être qu'en décrivant mieux nos actions ça peut faire émerger des choses qui vont vous aider encore plus dans la cohérence de votre groupe. Il y a des choses qui peuvent être positives moi je dis pas, mais c'est sûr c'est malheureusement ça qui risque de nous épuiser, mais je crois qu'il ne faut pas s'arrêter à ça.

M4 : Oui.

M4 : Si on pouvait être quand même un peu entendu ! *{rires}*

M6 : C'est vrai.

**A : Alors est ce qu'il existe un coordinateur du projet quand vous faites un projet de prévention ?**

*{M5 : non de la tête}.*

M1 : Travail en équipe.

*{rires}.*

M4 : Oui. C'est des groupes de trois, quatre.

**A: On va continuer sur les difficultés dont vous avez déjà pas mal parlé, notamment du financement, de la lourdeur administrative, tout ça, est ce que vous voyez d'autres difficultés que vous avez rencontré que ce soit dans l'élaboration ou dans la mise en œuvre du projet de prévention?**

M6 : Souvent on a rencontré, enfin ça rejoint peut être l'administratif, par rapport à la communication aussi sur les actions donc le fait de déterminer aussi le territoire à qui l'action peut s'adresser, si on veut s'adresser à un territoire plus grand il faut aller un peu plus loin dans la communication, et là oui on manque d'outils, on manque d'aides pour le faire, de temps aussi, mais oui d'outils, de repérages vers qui se tourner pour communiquer.

M1 : Oui moi je voudrais rendre hommage à MR X, et en même temps un des outils de communication c'est quand même le rapport de chaque réunion euh et alors là on a été mis à mauvaise école parce que comme Mr X, représentant des mutuelles, venait en tant que coordinateur un petit peu et dans les projets, nous faisait des compte-rendus régulièrement et puis on n'a pas repris un peu c'est vrai que ça a été assez facile pour nous et on s'est jamais attelé vraiment à avoir après un compte-rendu euh je trouve que là on manque un petit peu de compte-rendu et puis peut-être d'organisation de quelqu'un à tour de rôle qui prend des notes d'avoir un suivi par rapport à ce qui a été dit ou même des informations qui passent, ça c'est moi le premier, c'est de pouvoir, qu'il y en ait un à chaque séance qui puisse euh noter tout ce qu'on a dit et qu'on transmette après, ça c'est peut-être quelque chose à faire qui permette aussi de relier la communication et puis parce que c'est vrai qu'on est toujours un peu pressé par le temps c'est (.) même ce soir on a envoyé un petit mot, mais ça aurait peut-être pas changé grand chose par rapport à ceux qui sont malades, mais d'informer un peu plus sur nos soirées euh donc là c'est des difficultés d'organisation et de temps sûrement je pense. Mais bon on peut sûrement s'améliorer beaucoup, oui l'organisation.

M4 : Je pense qu'en même temps, moi je préfère tourner ça en positif, je pense qu'on diversifie quand même beaucoup, nos intérêts sont très divers, quand on a une proposition généralement on répond positivement, c'est vrai que on fait un petit peu comme on peut, enfin je trouve quand même qu'il y a une dynamique.

M3 : Moi je pense quand même que la dynamique naît aussi de ce manque d'organisation =

M4 : = Faut pas que ce soit parfait.

M3 : Parce que je me dis s'il y a une secrétaire dédiée ou pas, enfin tu l'es plus ou moins M6 {rires}. Parce que je me dis peut être que si les rôles sont hypers définis au départ chacun se range dans une case et finalement la dynamique serait moins, enfin oui on se repose pas sur =

M4 : = Et le fait qu'on soit malgré tout un petit groupe et avec un centre géographique ça circule assez bien quand même l'information et puis je pense qu'on rebondit sur beaucoup de choses on pourrait dire on n'a pas les conditions, enfin souvent on est assez partant quoi.

**A : Est-ce que vous pouvez nous parler de ce qui facilite l'élaboration ou la mise en œuvre d'une action de prévention, donc quels sont les éléments facilitateurs ?**

M5 : Les mutuelles {rires}, heureusement qu'on a cette aide logistique parce que ça ça a été une belle épine déjà financièrement on n'aurait pas pu forcément éditer les affiches, les flyers, mine de rien c'est déjà un soutien réel, ça c'est facilitateur, ce qui est facilitateur c'est les salles, la logistique de salles ça la mairie nous le fait quand même.

M3 : Ce qui est facilitateur c'est d'être monté en association.

M5 : Oui.

{Acquiescement M6}.

M1 : Ce qui est facilitateur aussi et moi je dirais surtout c'est le fait qu'on se connaisse bien maintenant {acquiescement M5} et qu'on puisse s'interpeller facilement les uns les autres {acquiescement M6, M2} dans un réseau de proximité, la question a été posée, les projets actuellement tels que le veut l'ARS en particulier c'est pour les plus grands, qui regroupent plusieurs communes, bon là y aurait une volonté que ce soit avec d'autres communes à côté, pourquoi pas mais je crois qu'on a déjà du mal, enfin on a réussi à créer une facilitation de communication euh aussi amical et de proximité avec des gens avec lesquels au début c'était pas forcément évident, je pense à la pharmacienne on ne se connaissait pas beaucoup, on a appris à se connaître et bon un petit coup de fil la situation est vite débloquée et avec les infirmières on se connaissent déjà plus parce qu'on travaillaient ensemble, enfin la question du secteur est une question qui est débattu et =

M5 : = Pour le moment on n'a pas trouvé que ça faciliterait mais que ça alourdirait.

M1 : Voilà.

M5 : C'est ce qu'on essaye de nous faire croire que ça faciliterait mais =

M2 : = D'étendre notre secteur tu veux dire ?

M5 : Ouais, ils voulaient absolument qu'on se mette à travailler avec XX qui n'ont absolument pas de désir ni de temps donc voilà ils essayent de nous présenter ça comme étant facilitateur mais =

M2 : = Peut-être aussi que justement tous les éléments facilitateurs qu'on a nommé là euh le côté amical le côté un peu j'allais dire bonne franquette, finalement pas si organisé que ça c'est peut être ça qui est facilitateur et que si c'était plus structuré, alors il faut que cela le soit un peu structuré sinon bah c'est n'importe quoi, mais si c'était plus structuré et justement plus formel comme ce dans quoi on voudrait nous entraîner finalement, et à une échelle plus grande, peut être que ça ne fonctionnerait pas? J'en sais rien.

M6 : Peut-être que nous ça peut nous apparaître comme un frein le côté froid d'une plus grande organisation avec des gens qui se connaissent moins.

M5 : Je crains que ça crée des obligations et que ça efface un peu le plaisir, c'est un petit peu en fait ce qu'on craint avec tout ça. Sinon je ne vois pas d'autre chose facilitatrice.

**A: Pouvez-vous nous parler de l'évaluation qui est faite de ces actions de prévention ? On a effleuré le sujet tout à l'heure.**

M6: On se sent pas très professionnel de l'évaluation, on a quand même mis des questionnaires, alors pour les réunions publiques en tout cas, des questionnaires de (.) enfin ça s'appelle pas de satisfaction c'est pas vraiment ça, de fin de réunion pour savoir ce qu'avaient perçu les gens et puis avec leurs ressentis, les côtés négatifs et positifs et ce qu'ils avaient pu attendre et qu'est-ce qu'ils pouvaient attendre d'une prochaine réunion voilà, des questionnaires on a récupéré quelques questionnaires mais c'est vrai que vis à vis de l'évaluation on a peut-être besoin d'être accompagné là-dessus s'il faut qu'il y ait une évaluation de manière précise à un moment donné.

M1 : Disons que sur, à part l'évaluation subjective du ressenti des gens par un questionnaire, l'évaluation après quand on a mené une formation sur la nutrition ou sur les produits toxiques est très difficile à faire, on a notre évaluation nous sur la façon dont le ressenti a été fait, la participation des gens, le nombre de gens, le nombre de brochures qui sont vendues ou données, voilà c'est une forme d'évaluation.

M2 : Des retours spontanés aussi.

M1 : Tous les retours. Mais on voit qu'il y a des thèmes qui sont beaucoup plus porteurs à débats, questionnements, comme je disais tout à l'heure naître vivre et mourir, on n'a pas compté combien de personnes naturellement =

**A : = Mais vous avez eu des retours des usagers, vous avez ressenti =**

M1 : = Bien sûr.

M2 : Ne serait-ce que l'affluence, c'était une soirée où il y avait beaucoup de monde.

M1 : Des centaines de personnes !

*{rires}*

M6 : On a oui, on a eu des retours, alors tous les participants n'étaient pas des patients donc mais heureusement d'ailleurs que ce n'était pas que des patients, enfin le but était quand même de toucher un grand public et ne pas cibler une patientèle. Mais du coup les retours de nos patients étaient plutôt encourageants et plutôt demandeurs justement comme tu le disais tout à l'heure M5 d'autres thèmes, d'autres réunions, à tel point nous ça faisait partie aussi des motivations de départ c'était aussi d'intégrer le citoyen entre guillemet dans l'association en se disant effectivement que chacun doit être acteur de sa santé et que c'est peut-être d'eux que doivent venir les thèmes à venir après c'est comment organiser ça, mais c'est aussi souvent venu dans la discussion, après la forme de l'association ne nous permettait pas a priori de faire rentrer des usagers ou des oui des usagers on va dire comme ça mais c'est quelque chose qui nous, enfin voilà qui vient souvent dans la discussion de les faire participer.

M1: Le lieu de débat par rapport à ça , mais il y en aura d'autre, c'est l'assemblée générale quand même où un certain nombre de questionnements sont plus relayés, moins relayés, la thématique Alzheimer c'est quand même quand on a vu le fait d'en parler un petit peu avec un représentant de France Alzheimer et la façon dont ça s'est enchaîné et de voir à un certain moment le, le manque d'aide de proximité dans notre coin qui a fait qu'on a fait cette action-là quoi, ça va elle était un peu plus évaluée, on a envoyé des questionnaires à tout le monde, faut qu'on renvoie un questionnaire d'ailleurs euh après c'est =

M6 : = Je reparlais juste par rapport aux usagers parce que ça me revient maintenant, mais ils ne font pas partie de l'association mais ils sont soutiens, ils peuvent être soutien de l'association donc ils donnent une petite cotisation financière pour être soutien donc par ce biais là on a aussi les mails par lesquels on peut envoyer des informations aussi collectives, ou de la prévention, par ce biais là on a eu des retours positifs aussi.

M1 : Alors le problème, ça c'est un vrai débat c'est le mail, parce que on peut faire passer des informations intéressantes, on a beaucoup de retours après il faudrait avoir du temps, il faudrait avoir une personne pour concrètement trier etc techniquement on ne peut pas, on avait commencé, on a eu une action euh qui était importante parce qu'on avait quand même plusieurs, beaucoup, c'était dans certains cabinets ça c'est pas fait chez tout le monde, c'était par rapport à l'épidémie de grippe où il y avait des questions, des angoisses etc et on a fait un petit papier d'informations qu'on avait envoyé par mail à tout le monde, qui a été très très bien reçu et qui a permis d'éviter à l'évidence un vent de panique par chez nous et éviter des consultations. Il y a pas mal de réponses aussi et bon ça fait du travail, on n'est pas assez organisé pour ça, ça ne répond pas totalement à la question de l'évaluation.

**A : Est-ce que vous aviez des objectifs précis à atteindre ?**

M1 : C'était les objectifs qu'on voulait bien se mettre.

**A : Est ce que les actes de prévention ont déjà été remis en question ?**

M1 : Par qui ? *{rires}*

M6 : Par nous, on peut toujours se remettre en question ça c'est sûr, de se dire est ce que ça à un impact, est ce que ça sert à quelque chose, bah oui je crois qu'on en parle effectivement, si on continue c'est =

M5 := C'est qu'on y croit.

*{Rires M5 M6}*

M2 : Si ce n'est ce que tu disais tout à l'heure mais c'était de s'interroger sur ce qu'on fait quand on fait de la prévention.

M6 : Et justement cette remise en question on en parle ensemble.

M1 : Ce qui a été intéressant et moi j'ai trouvé ça à chaque fois très bien, c'est le dialogue qu'il y a eu, parce que quand on est trois ou quatre à préparer un thème forcément on en discute et on réfléchit chacun sur la pertinence de ce qu'on fait c'est une remise en question qui est à la fois permanente mais du coup qui est intéressante parce que ça ne remet pas tout en question mais ça remet en question, ça donne des éclairages différents sur notre façon de voir aussi quand on est à plusieurs à réfléchir sur un domaine de prévention, du coup l'aspect à plusieurs, avec des aspects différents, avec des points de vus différents, euh bah de toute façon enrichi donc ne remet pas en cause notre prévention à chaque fois, il y a eu un enrichissement à chaque fois pour nous de l'apport des autres, ce qui fait que ça nous a enrichi c'est pour ça qu'on est prêt à en refaire après, enfin j'ai l'impression que c'est aussi pour ça.

M2: Je pensais tout d'un coup à autre chose, je ne sais pas si c'est une remise en cause, mais par rapport aux différentes interventions des thématiques moi je me suis interrogé, enfin j'ai eu le sentiment quand même que finalement les gens qui venaient, qui étaient présents c'étaient plus ou moins des gens qui étaient convaincus *{acquiescement M6}* du message qu'on voulait faire passer, plus ou moins je crois que les gens apprennent toujours des choses, qu'il y a des échanges très intéressants et très positifs, mais que ce soit sur la soirée la médicalisation de la vie ou sur l'environnement toxique, bon par les interventions des gens présents on a bien vu que c'était pas, enfin les gens à la limite ajoutaient des témoignages autant qu'ils posaient des questions quoi, c'est pas négatif pour autant, on était dans, moi j'ai eu le sentiment qu'il y avait pas mal aussi de, c'était un échange entre personnes qui déjà

étaient assez d'accord sur le fond du problème quoi, hein, c'est pas forcément négatif, mais =

M6 : = Ah non non, moi aussi je me suis beaucoup questionné avant de faire, de proposer la forme réunion publique c'est vrai malgré tout qu'on voit des gens déjà sensibilisé, après bien souvent on peut se dire aussi que ces gens-là reviennent chez eux et en parlent autour de chacun, mais =

M4 : = On peut vaguement sentir que c'est quelque chose qui nous intéresse et là le fait de collectivement en débattre ça donne de la force, du stimuli, ça assoit, alors que ça peut être des gens déjà sensibilisé mais c'est pas pour ça que (.) on voit bien comment ça (.) pour nous aussi de partager ces conceptions.

M4 : Moi je dirais aussi dans la façon assez collective qu'on a de préparer je pense que ça se joue aussi après dans la rencontre qu'on a avec les personnes c'est pas docte, c'est pas, chacun émet aussi un peu de soi, de son expérience et automatiquement je pense que ça fait beaucoup plus écho chez les participants aux réunions que quelque chose de magistral ou de bien bouclé.

M2 : C'est pas des conférences de spécialistes.

M4 : Parce que oui y a du oui =

**A : = Quels changements ces actions de prévention ont-ils entraîné dans votre pôle santé? Est-ce que ça a entraîné des changements le fait de mener ces actions de prévention ?**

M1 : Je (.) c'est évident que ça a entraîné des changements mais qui sont encore à mûrir et qui sont de plus en plus forts, c'est la richesse du travail horizontal, c'est à dire d'avoir les réseaux qu'on peut contacter pour différentes choses, savoir où on va, d'avoir un autre avis à un moment, un autre point de vue, de ne pas être dans sa tour d'ivoire médicale telle qu'elle est souvent, aussi bien dans notre pratique dans le cabinet, dans la richesse des réseaux, alors moi s'il y a quelque chose que je ressens d'autant plus avec le travail sur la fin de vie, d'autant plus sur différentes choses sur tous les niveaux, et qu'est-ce que je veux dire, ça donne aussi envie de de pouvoir avoir, on va discuter un petit peu des sous-groupes ou avec entre orthophonistes médecins, médecins scolaires, psychologues scolaires etc, pouvoir avoir des réunions sur des cas compliqués ou sur des cas emblématiques où il y a besoin de plusieurs intervenants qui pas pour penser dans un système mais au contraire pouvoir s'ouvrir à plusieurs points de vue, pour moi c'est évident c'est une richesse très forte.

M5 : Moi le changement que j'ai pu aussi constater c'est que du coup les gens osaient nous poser des questions, ils se sont dit tiens ils s'intéressent à d'autre chose que leur métier, déjà d'une part, enfin que le cœur de notre métier, mais ça a ouvert du dialogue en fait, ça a permis de la part des patients de poser des questions qu'ils n'auraient pas pensé à poser s'ils n'étaient pas venus s'ils n'avaient pas entendu parler qu'on faisait ça, tout simplement, tout le monde n'est pas venu aux réunions, mais beaucoup en ont entendu parler. Tiens ils font ça, pourquoi vous le faites.

M1 : La kiné qui parle de diététique !

*{rires collectifs}*.

M5 : Oui, tout peut arriver !

M2 : De toute façon c'est tout l'intérêt, enfin la grande richesse du travail d'équipe, alors après, sauf que c'est pas un travail institutionnel donc elle est où la limite entre les deux quoi, parfois moi je regrette presque que ça soit pas encore plus poussé c'est-à-dire que ça puisse être un travail institutionnel, bon c'est pas le cas et sans doute tant mieux mais c'est un travail d'équipe sans en être un de manière institutionnalisé, donc euh ça freine un petit peu aussi, ce que tu disais M1 c'est toute la richesse des regards pluriels et des, sur une même situation avec

des professions différentes c'est évident que ce travail-là d'équipe est beaucoup plus intéressant et je pense efficace =

M5 : = Pertinent.

M2 : Que d'être tout seul dans son coin c'est sûr mais pour être tout à fait concret parce que la question c'était en quoi ça a modifié nos pratiques. Alors par exemple après cette soirée, enfin formation par rapport à la prévention du suicide, il se trouve que le surlendemain j'ai eu un appel de quelqu'un qui était dans cette situation, ça tombait très bien *{rires}*, enfin c'est pas ce que j'ai dit au monsieur, mais je me suis dit enfin ça m'a interpellé quel hasard deux jours après bon, c'était précisément ce type de demande et ça a été, ça m'a énormément aidé d'avoir eu deux jours avant un approfondissement de ces questions.

M3 : Moi je dirais que, parce que la question c'était par rapport au pôle de santé.

M1 : Oui moi je croyais que c'était individuellement.

**A : La question est large en fait.**

M3 : J'ai l'impression que ça a juste permis de donner une sorte de réalité en fait je ne sais pas si, parce que le fonctionnement en pôle oui on a des réunions tous les mois, il y a des choses très, très impalpables qui se passent, mais du coup ces réunions là ou ces actions de prévention qu'on a mené ont donné une forme de réalité à notre groupe, on fait exister en tant qu'entité, enfin je ne sais pas trop comment expliquer. Sans toutes ces actions là j'ai l'impression que ça serait beaucoup moins palpable en fait.

M4 : L'existence.

M3 : L'existence oui, la réalité.

M4 : A la fois pour nous et tu disais aussi pour l'extérieur.

M3 : Oui nous en tant qu'identification, nous en tant que participant. L'extérieur le voit aussi ouais et aussi de ressenti personnel, je ne sais pas si tout le monde le ressent comme ça.

M1 : Oui je crois que c'est ça à l'échelle individuelle enfin pour ma part c'est cette ouverture là, mais elle est individuellement aussi pour on a l'impression pour nos patients qui ont une visibilité aussi d'un fonctionnement dans lequel ils ont confiance parce qu'ils sentent la confiance aussi des uns des autres et y a des raccourcis qui se font plus rapides et du coup aussi des possibilités d'éviter un certain nombre d'actes, ça c'est évident parce qu'on a besoin, on s'arrange on cherche un papier aussi bien avec la pharmacienne, y a pas d'ordonnance entre deux comme ça en fait quoi, mais qui ne sont pas des actes, parce que c'est arrangé on en a discuté, on se connaît et le patient sait que ça fonctionne qu'il y a une intelligence du groupe collective.

*{Rires}*

M2 : Ça peut avoir ses limites d'ailleurs, parce qu'on peut imaginer que des personnes, l'idée de la transparence absolue mais j'en parle parce que ça m'a interpellé plusieurs fois, on peut imaginer qu'il y a des personnes qui ne souhaitent pas forcément qu'il y ait une communication si intense que ça même quand une personne est adressée.

M1 : Juste elle ne se fait qu'à la demande du patient, c'est pour faciliter cette demande justement c'est pas, en dehors de la demande.

*{Acquiescement général}*

M2 : Non non je ne l'ai pas vécu comme tel c'est une réflexion plus théorique que je me faisais, il y a peut-être des situations où les gens ne souhaitent pas forcément que cela se sache tant que ça, qu'ils sont allés voir untel ou untel, le secret professionnel il y a ça aussi qu'il faut réussir à articuler avec ce travail en commun.

**A : Alors pour finir, qu'aimeriez-vous trouver dans un guide méthodologique sur la prévention dans les maisons de santé ?**

M1 : Pas l'ARS *{rires}*. Déjà le guide méthodologique, moi ce que j'aimerais bien trouver c'est des exemples de fonctionnement avec les... Pour pouvoir comparer aussi d'autres fonctionnements mais pas des items tels qu'on peut le voir, cette espèce de froideur administrative et de machine administrative qu'on ressent comme lourde et on l'a vu plusieurs fois dans les différentes réunions, c'est quand même assez extraordinaire que (.) On a des gens quand même qui sont dans des positions de relais, de réflexions par rapport à ça et tout ce qu'ils font c'est se méfier de ce qu'on fait et puis mettre des empêchements plutôt que de dire ah ça c'est intéressant, et puis ça se passe là-bas eux ils ont fait intervenir quelqu'un vous pourriez les contacter. Au niveau des institutions ARS etc, zéro, zéro, *{ferme, insistant, déterminé}* on n'a jamais eu quelqu'un, on a rencontré des gens c'était toujours oui mais il faudrait que vous écriviez votre projet un petit peu mieux puis *gnagnagna. Excusez-moi !*

M6 : Et quand vous aurez fini de l'écrire peut être qu'on pourra prendre votre mail pour vous diffuser les informations qu'on voudrait bien diffuser à pleins de groupes.

M1 : Alors qu'on demanderait à un organisme qui a la possibilité justement de prendre un peu de hauteur, de mettre en lien aussi de faire le même travail en réseaux voilà telle association fonctionne sur ça et a peut-être des documents il faut comparer, c'est ça qu'on demande, c'est pas des items administratifs.

M4 : On n'a pas vraiment besoin d'un petit guide.

M1 : On a eu aussi un espèce de QCM de la MSA.

M5 : Ahhhh.

*{Rires}*.

M4 : C'est plutôt toutes sortes de ressources.

M6 : Oui des ressources c'est vrai qu'on perd beaucoup de temps à aller récupérer, chercher des informations donc nous on est vraiment pour le coup à une échelle trop petite.

**A : Et quoi comme informations par exemple ?**

M6 : Des informations effectivement d'associations, d'informations de =

M1 : = De relais locaux.

M6 : Ouais de relais locaux de ce qu'on pourrait voilà, on peut imaginer que pour des réunions on ait besoin de soutien =

M3 : = Des ressources.

M6 : De personnes ressources en fait aller chercher des personnes ressources sur des thèmes de prévention des gens qui sont un peu experts et du territoire aussi.

M4 : Parce que sinon si on revient à cette réunion de la dernière fois, on a dû passer huit dixième du temps à comprendre déjà, enfin les arcanes du fonctionnement de l'ARS dont on avait un peu rien à faire, pour arriver en bout de course parce qu'on l'a poussé, repoussé et repoussé à ce que quand même, enfin c'est infernal, qu'enfin elle nous dise cette personne qu'elle pouvait être un peu ressource et nous aider à faire quelque chose, elle nous l'aurait dit dès le départ. *{Rires}*

M1 : C'était quand même assez caricatural parce que elle-même était, c'est pas par rapport à elle, elle était très gentille, elle était dans son schéma avec des tas de mots =

M4 : On s'en foutait ! *{sourire}*

M1 : Mais à un moment quand même on lui a demandé mais est-ce que ce qu'on fait ça va dans votre truc, alors elle a regardé dans son schéma et elle a dit ah bah oui ça va, en gros c'était ça, ah bah oui maintenant on peut parler, il fallait d'un seul coup, il fallait une espèce de transformation là.

M4 : Il a fallu quand même euh tourner un peu pour arriver à cet échange.

M6 : Moi je voulais dire par rapport à quand on veut monter un projet, il y a aussi la cohérence de se dire voilà peut-être qu'il y a un truc à côté qui se fait il faut pas faire la même chose et de savoir un peu ce qui se passe, parce que nous on peut aussi exporter notre façon de faire sur certains thèmes sur un territoire un peu plus grand, comme on le disait l'autre jour pour la formation d'aides aux aidants, effectivement pourquoi pas aller sur le territoire complet du CLIC c'est à dire se déporter un peu plus vers la Vendée, mais du coup qu'on sache un peu ce qui se fait à côté que ce soient des choses qui puissent, enfin qu'il y ait beaucoup plus de liens pour savoir ce qui est fait de façon complémentaire et pas effectivement développer les trucs les uns à côté des autres, et par rapport à quand on a monté l'atelier d'aides aux aidants on a quand même passé un temps fou à repérer le réseau de, au niveau maladie d'Alzheimer de ce qu'il y avait sur le secteur, alors peut être que c'était juste répertorié dans le site France Alzheimer, mais ça on savait pas ou alors des choses à mon avis où on perd beaucoup de temps à aller chercher des informations sur où on pourrait peut-être avoir déjà, là je pense qu'on va perdre beaucoup de temps à repérer tous les CMP du coin, juste à aller chercher les numéros de téléphones du secteur c'est un frein, c'est un truc hyper compliqué, mais il y a pleins de choses comme ça. C'est sur la connaissance du territoire on a beaucoup beaucoup de manque.

M2 : Moi je pensais aux soirées thématiques, le boulot qu'on a fait il serait à actualiser sans doute et puis peut être à développer mais plutôt que, enfin le temps qu'on y a passé ça a abouti à produire des documents, ça aussi ça pourrait être mutualisé, et inversement du coup ça serait dommage de le perdre.

**A : Est ce qu'il y a d'autres choses à rajouter ?**

M1 : On a fait un bon tour.

## Annexe 7 : verbatim focus group 3

---

M3 : Nous sommes une SISA en cours de constitution, on travaille essentiellement sur des sujets de pluri-professionnalités pour le moment. On travaille surtout sur des sujets de construction de l'association, enfin de la société maintenant.

**Animateur (A): Sur le plan du projet de soins, vous avez quand même écrit un projet de soins ?**

M3 : Oui. Il a été rédigé. C'est un projet de soins classique qui a été fait au départ.

**A : Et les choix des thèmes vous les avez élaborés comment, vous avez organisé comment l'écriture du projet de soins initial, c'était parti d'analyses ?**

M4 : Ah non mais il y a un état des lieux qui a été fait par une société qui s'appelle XX au départ.

M1 : Oui c'est ça.

M3 : Au départ.

M4 : Il a reçu tous les professionnels, il a fait son étude sur l'ensemble du canton pour recenser les besoins.

M3 : Oui les besoins.

M4 : Et puis à partir de là ça a été écrit, population, évolution de cette population.

**A : Et puis attentes de chaque professionnel aussi, il y avait un questionnaire où il demandait vos attentes ?**

M4 : C'est ça, et il a aussi reçu ce que j'appellerais, comment on appelle ça, enfin les directeurs de maison de retraite, d'hôpitaux locaux.

M1 : Des institutions.

M4 : Enfin des institutionnels.

M3 : Le maire, le conseil général, les députés =

M4 : = Les maires ouais.

M3 : Du coin pour voir comment ils voyaient l'état des lieux dans les années à venir.

**A : D'accord et partant de là vous vous êtes ensuite réunis autour de ce projet de soins ou vous n'avez pour l'instant pas encore beaucoup mis en œuvre d'action de pluridisciplinarité ?**

M1 : Bah si.

M3 : On s'est réuni au niveau du projet de soins, mais maintenant ça date d'il y a plus de deux ans, donc le projet de soins on ne l'a plus trop en tête, on n'a plus trop en tête les démarches ultérieures quoi.

M4 : Enfin on a surtout été sollicité par l'ARS pour rentrer dans le cadre du protocole ENMR, des nouveaux modes de rémunérations et c'est à partir de là qu'a découlé en fonction des contraintes des actions de prévention en fonction des niveaux.

**A : Donc ça ça a été un peu le déclic d'une action pluridisciplinaire ?**

{Acquiescement M1, M2}

M3, M4 : Oui, oui.

M3 : Tout à fait.

M4 : Telle qu'elle existe actuellement. Ça a été le catalyseur ça c'est sûr.

**A : Et vous n'avez pas fait de lien forcément entre le projet de santé et les ENMR, il n'y avait pas forcément de, vous n'avez pas réutilisé le projet de santé, il n'y avait pas de points communs de doublons de choses que vous avez réutilisées ?**

*{Silence}*

(.)

M1 : Non.

**A : D'accord, il y a eu le projet de santé d'abord, il y a eu ensuite les ENMR, et ensuite les ENMR ça a été vraiment le catalyseur pour faire des actions.**

M2 : C'est ça qui a le plus déclenché.

*{Acquiescement M1}*

M3 : Ça avait un côté pratique, ça nous filait des objectifs.

M2 : Oui voilà.

M3 : Et puis on est parti sur ces objectifs. On avait travaillé quels objectifs dans les ENMR ? On avait travaillé tout ce qui est la prévention donc euh =

**A : = Il y a cancéro.**

M3 : Cancéro tout ça, ça il y a une démarche et une motivation de tous les partenaires. Le diabète on a fait une réunion pluridisciplinaire.

**A : Là par exemple si on prend le thème diabète donc tu dis M3 qu'il y a eu une réunion pluri-professionnelle donc ça s'est organisé comment cette réunion, est-ce que vous pouvez nous dire comment ça s'est mis en place, qui l'a organisé ?**

M3 : Bah c'est nous.

**A : En fait ce qui m'intéresse c'est un peu qui ont été les professionnels impliqués ?**

M3 : Pour le diabète c'est nous qui avons été à l'initiative. On l'a fait avec un endocrino Dr X d'Angers et une diét' comme intervenants. Dr X qui est entre autre professeur d'éducation thérapeutique ou ingénieur en ETP. Et le troisième c'était le chirurgien vasculaire. Donc on avait pris un public un privé, quelqu'un de chez nous la diététicienne qu'on fréquente peu car elle n'est là qu'un dixième de temps. On s'était réunis déjà au départ à deux reprises avant avec eux pour essayer de voir qu'elle était la forme la plus, la plus sympa pour faire travailler un groupe de 28 personnes là-dessus. Euh =

**A : = Qui a organisé cette réunion, quand tu dis nous, c'est qui ?**

M3 : Ce jour-là c'était moi.

*{Rires collectifs}*

M4 : Nous, moi M3.

M3 : Zlatan moi ! *{rires collectifs}*. Et puis moi ce qui m'intéressait c'était surtout de préparer ça=

M4 : = Oui et puis la diététicienne.

*{Acquiescement M1, M2}*

M3 : Oui, et dans les réunions de préparation avec l'endocrino on a essayé de voir comment on voulait faire, et en fait on voulait essayer de faire travailler(.) Sur vingt-huit faire une FMC comme ça ça n'a aucun intérêt, le diabète tout le monde peut être intéressé, mais on a des infirmières, des sages-femmes, des orthophonistes, bon brancher tout le monde et les faire travailler c'est pas évident. Donc on a fait des petits groupes à qui on a donné des sujets d'évaluation, voilà vous avez tel sujet on ne vous demande pas une question d'internat on vous demande de réfléchir sur ce que vous vous pouvez faire face à ça chacun.

M1 : C'est une démarche de soin, nous on appelle ça finalement.

M3 : Voilà c'est une démarche de soin infirmier, et chacun a sorti un petit peu ses idées. Qu'est-ce que le pharmacien peut apporter là-dessus, qu'est-ce que la kiné peut apporter là-dessus, la sage-femme, et on a fait bosser là-dessus et on a fait rapporter le travail, après on s'est arrangé pour que les groupes soient homogènes.

**A : Dons ça, ça a été fait avant la soirée ?**

M1 : Ah non.

M3 : La préparation on a réfléchi, on s'est réuni deux fois avec le groupe pour voir si on pouvait essayer de trouver quelque chose de, d'essayer de recréer quelque chose.

**A : Et donc les petits sujets d'évaluation ça a été distribué après, pendant la soirée ?**

M3 : Pendant la soirée.

M4 : Il y avait deux groupes.

M3 : On a fait des groupes homogènes, on s'est assuré qu'il y avait autant de médecins d'un côté que de l'autre, autant d'infirmières et de kinés.

**A : Il y avait combien de personnes ?**

M3 : Bah tout le monde était là.

M2 : Oui.

M1 : Oui presque, environ 25 personnes.

M3 : On a présenté le sujet et les deux groupes sont allés bosser chacun de leur côté, et ensuite on a fait rapporter quelqu'un euh non médecin, j'avais insisté pour que ce soit quelqu'un de non médecin et ensuite très intelligemment, enfin j'insiste parce que moi j'ai trouvé ça très très bien, il a ramené tous les sujets un petit peu en fonction des professions de chacun. Je pense que tout le monde en a apporté, enfin au niveau de la synthèse, on a fait une synthèse. Pour retrouver ce que tu retrouves sur le site de l'ARS et on a fait un débriefing avec une fiche.

M4 : Elle n'a pas été trop diffusée. On l'a pas eu.

M1 : Non pas encore.

**A : Donc vous avez sorti en fait de la soirée, un outil, une fiche synthétique ?**

M3 : Par rapport à ce qui a été fait.

M2 : On s'est retrouvé en petit comité 5, 6, et on a sorti après(.)On s'est retrouvé avec un représentant de chaque profession, et on a refait une synthèse de ce qu'on avait vu pendant la soirée pour que ce soit un peu plus clair et un peu plus =

**A : = D'accord, avec un objectif avec cette synthèse ?**

M2 : Que après chaque profession puisse le retrouver et si on se retrouve dans ces cas-là puisse redécouvrir la démarche thérapeutique.

**A : Faire une sorte d'outil de travail qui puisse servir à chaque professionnel.**

M2 : Voilà.

**A : Donc ça, c'est un vrai outil de prévention en fait, d'une soirée de FMC vous avez sorti un outil de travail qui est un vrai outil de prévention dans le diabète.**

*{Acquiescement M1, M2, M3}*

M3 : On espère.

*{Rires M1, M2}*

M3 : Non, il faudrait qu'on réadapte parce que tel que je l'ai présenté comme ça à l'ARS ils ont trouvé ça très très bien mais il faudrait que ce soit formaté avec des mots ARS. Nous on l'avait fait avec des mots qu'on comprenait tous, mais maintenant il faut le traduire en ARS.

**A : Donc une fois que l'outil a été fait, par contre le souci c'est qu'il n'a pas encore été diffusé.**

M1 : Bah non.

M2 : Parce qu'il faut encore qu'on le réadapte.

M3 : Il est sorti en pièce jointe.

**A : Est-ce qu'il y avait une sorte d'objectif à partir de là ? Est-ce que vous aviez prévu une utilisation, une évaluation des conditions de mises en place ?**

M3 : D'utilisation ce qu'on voulait c'était ou faire un espèce de classeur ou une fiche

informatique sur notre système d'informatique, mais notre système informatique commun n'est pas encore sorti. Donc normalement c'était prévu pour qu'on en fasse une fiche qui intervienne dans le logiciel.

**A : Donc une des conditions au démarrage c'est en gros que vous ayez l'outil informatique commun ?**

M3 : Oui oui.

M2 : Oui ça sera plus simple.

**A : Ce qui fait que pour l'instant ça bloque le démarrage de cette action-là.**

M3 : Tout à fait.

**A : Il a fallu à-peu-près combien de temps entre l'idée de faire la soirée et puis le temps pour sortir l'outil ?**

M4 : Du temps.

M3 : La soirée c'était un mois de préparation avant, et après, un mois après elles étaient sorties.

**A : Donc en deux mois vous avez pu mettre en place l'outil ?**

M3 : Oui c'est parce qu'on avait un rendez-vous d'étape avec l'ARS. *{rires}*.

**A : Et en fait cet outil-là a été bloqué par le manque d'outil informatique.**

M3 : Bon il est là. Faut qu'on pioche dedans.

M1 : Oui il est prêt.

**A : Vous financez les réunions, comment vous faites le financement ?**

M3 : Avec les ENMR basé quasiment sur le même principe que ce qu'on avait vu à l'association régionale. Nous on se base, alors nous on a pris le principe que tous les intervenants c'étaient sur la même base, sur 6C pour une demi-journée ou une soirée, bon 6C. Euh bon ça correspond, il y avait plusieurs types, ici c'est comme ça, c'est le principe.

**A : La transition est vite trouvée, vous allez me parler maintenant de ce qui motive l'équipe à faire de la prévention, donc on est dans la prévention, qu'est-ce qui motive l'équipe actuellement à aller vers des actions de prévention pluridisciplinaires ?**

*{Silence}*

*{Rires}*

**A : Allez-y chacun son tour. M2 t'es motivé toi. *{rires}***

M2 : *{rires}* Non je cherche.

*{Rires}*.

**A : La prévention est-ce que c'était naturel ?**

M4 : C'est de la motivation induite si je puis dire, à partir du moment où on est rentré dans un protocole ARS, c'était déjà un état d'esprit qu'on voulait établir au sein des professionnels de santé de X, comme je vous le disais tout à l'heure ça a été un catalyseur pour que tout ça soit formaté si je puis dire, écrit. Donc il y a un besoin réel de se rencontrer, de parler, de connaître les préoccupations de chacun dans sa profession *{acquiescement M2}* et d'essayer de parler tous de la même voix par rapport au patient *{acquiescement M1}* et qu'il n'y ait pas des non-dits.

**A : Ma question n'est pas bonne à la limite c'est pas la prévention qui vous motive, c'est le travail en équipe et vraiment le (.), la pluridisciplinarité avec le discours commun.**

M4 : Moi oui, mais c'est peut-être par la motivation du groupe, moi c'est ma motivation que je vous transcris.

M3 : Si ça débouche sur un projet de prévention qui soit utile au patient, c'est quand même lui le principal bénéficiaire, mais ça permet quand même de parler tous d'une même voix sur des sujets très différents aux patients.

M1 : Non mais le fait de se retrouver c'est vrai comme tu dis =

M4 : = Ah oui.

M1 : Permet de se connaître un peu plus au niveau professionnel, déjà de se voir.

M4 : On ne se parle pas du tout de la même manière.

M1 : Voilà.

M4 : Dont on se parlait avant, ça a resserré les liens je trouve.

M1 : Quand on se voit ponctuellement c'est différent tandis que là on parle toujours d'un thème, on a quelques cas aussi.

M3 : Avant on courait chacun de notre côté, maintenant on court ensemble. *{rires}*

M1 : Voilà, dans la même direction.

**A : Donc ça c'est vraiment la pluridisciplinarité, et puis il y a quand même ce volet, là on essaye de faire un outil sur la prévention, est-ce que ça ressort de temps en temps dans vos actions, enfin dans vos discussions en groupe est ce que ça ressort de temps en temps autour des ENMR de monter des actions, donc il y avait celle du diabète là, est-ce qu'il y en a eu d'autres ?**

M3 : Il y a eu les vaccinations on s'est quand même motivé sur les vaccinations antigrippales, mais bon on a un peu les pieds attachés, ça c'est clair. Il y a la prévention du cancer du sein, il y a la prévention euh, tout ça ça fait partie, on rappelle nos objectifs de prévention, on les rappelle, bon après c'est vrai que par exemple pour la prévention du cancer de sein c'est un contact individuel entre le médecin et sa patiente mais c'est aussi et ça on le répète à tous les intervenants c'est clair, quand on parle de ces projets de prévention on ne parle pas, on ne cible pas que les professions qui sont intéressées par ça, mais on cible, on en parle à tout le monde, voilà pourquoi on fait ci pourquoi on fait ça, euh, et après chaque professionnel s'il peut intervenir, il peut des fois nous aider un petit peu. Pour les chiffres du diabète ou =

M4 : = Ça le diabète c'est vraiment l'exemple ou nous (.) concernant le cancer du sein c'est plus dur pour nous de relayer mais au niveau du diabète on peut nous à notre petit niveau de pharmacien relayer en parlant de l'HbA1c, maintenant que M3 m'a dit que c'était obligatoire tous les trimestres, enfin obligatoire, préconisé tous les trimestres, et depuis que je sais que tu fais l'ordonnance pour un an, quand je vois le patient =

M3 : = L'infirmière sait que l'ordonnance est faite pour un an, le labo aussi.

M4 : A quand remonte votre dernière hémoglobine glyquée ? Ah oui c'est vrai. Après il fait ou il ne fait pas c'est autre chose. Bon l'utilité de se tester tous le matins en fonction de ce qu' a demandé le médecin, de lui donner le carnet, de le noter, euh voilà, de vérifier l'appareil.

**A : Et les patients ont des retours par rapport à ça ? Par rapport aux actions que vous menez, par rapport aux discours éventuellement qui est assez modifié ? Alors peut être en pharmacie ou dans le cabinet infirmier, si vous mettez plus l'accent sur est-ce que vous avez fait vos dépistages, la mise en place d'un calendrier d'hémoglobine glyquée, est-ce que les patients s'expriment, est-ce qu'ils disent des choses ?**

*{Silence}*

M3 : Concernant la grippe la vaccination contre la grippe, c'est pas un aussi gros fiasco que l'année dernière je pense que c'est un peu mieux, mais là c'était la deuxième année qu'on turbinait tous ensemble qu'on motivait des gens pour se vacciner contre la grippe que les infirmières, il y a eu des affiches partout chez le pharmacien, chez l'infirmière, partout ailleurs en disant les infirmières font une journée porte ouverte.

M1 : Oui des permanences.

M4 : Et t'as vu du monde quand même.

M1 : Oui mais cette année, ils sont venus trop tard, même en janvier. J'en ai fait il y a une

semaine quinze jours.

M4 : Si on prend les sorties par rapport à l'année dernière =

M3 : = On a répété le message. On retrouve la même affiche chez l'infirmière, chez le kiné, et chez le pharmacien, ils se sentent, c'est un mauvais exemple la grippe parce qu'il y a une grosse réticence euh, mais ceci dit je pense qu'elle est moindre cette année que les autres, euh pour les autres sujets de prévention je pense que ça peut être un bon plan, faut réfléchir un petit peu sur une communication là-dessus.

**A : Est-ce que vous avez l'impression que du coup ça a eu un impact au niveau efficacité, est-ce qu'il y a eu plus de vaccinations ou est-ce que les patients suivent plus leur hémoglobine glyquée ?**

*{M3 dubitatif}*

M4 : Si on prend les vaccins contre la grippe euh, les sorties sont de 5% supérieures à l'année dernière.

M1 : Je pense qu'on en a fait plus que l'année dernière.

M4 : Est-ce que c'est beaucoup, est-ce que c'est peu ? Ce que j'aimerais savoir c'est évaluer quelle est la tranche d'âge, le nombre de personnes, puisque normalement le nombre de vaccination contre la grippe doit augmenter tous les ans en fonction de l'allongement de la durée de la vie, c'est à partir de 65 ans le vaccin gratuit ?

M1 : Oui.

M4 : Donc quel est dans cette tranche de population, combien on a de personnes en plus qui y accèdent ? Parce que s'il y a 5 % bah c'est égal à zéro ce qu'on a fait cette année. Mais ça c'est la sécu qui devrait nous le dire pour l'évaluer de manière précise. Voilà.

*{Rires}*

M3 : Concernant l'hémoglobine glyquée je pense qu'il y a une amélioration.

M1 : Ah bah oui ils le savent. Nous on leur dit.

M4 : Et puis ça a été relayé par les médias.

M1 : Les médecins mettent pour un an donc nous on suit. Si je pense que ça c'est (.) à moins que le patient dise non.

M3 : Le cancer du sein, ça c'est personnel, je pense qu'il y a une amélioration, mais bon c'est aussi un peu les campagnes médiatiques qui jouent. Euh les autres thèmes de prévention qu'on avait pris c'était(.)la BPCO

M1, M2, M4 : Oui.

M3 : Qui a fait un tabac cette réunion.

M4 : Ah bah c'est le cas de le dire.

*{Rires}*

M3 : Tout le monde est sorti euh, il y avait une tabacologue du CHU de XX.

M1 : Qui était très très bien.

M3 : Oui, même des gens de ce soir ont arrêté de fumer. Un charisme.

**A : Donc la prévention a commencé sur vous.**

M3 : Ouais, mais c'est bien quoi.

**A : Qu'est-ce qui vous motive personnellement pour faire de la prévention ? M2 ?**

M2 : Euh déjà dans l'intérêt du patient c'est très important, on va limiter beaucoup de choses par ça, et puis le fait de mener la réflexion en commun avec toutes les professions de santé je trouve ça très important et très intéressant aussi comme réflexion.

M1 : Motivations personnelles alors j'ai un groupe de prévention et puis aussi voir avec tous les professionnels ce qu'on peut faire pour un patient type enfin et pour éviter après de tomber dans la maladie, enfin de la prévention quoi.

**A : Oui mais il y a différents niveaux de prévention.**

M3 : Ah bah je pense que si on faisait, nous médecins, si on faisait que de la prévention ça serait génial, pas s'embêter avec les maladies, la prévention c'est indispensable *{acquiescement M1}*, c'est acquis, c'est inné, on en fait, on en fait tout le temps quoi.

M4 : Euh, qu'est-ce qui nous motive, bah vous l'avez entendu c'est une obligation qui est arrivé dans notre profession avec la loi hôpital santé territoire où euh on souhaite donner une autre orientation au métier de pharmacien qui soit un peu différente de celle de distributeur de médicaments, voilà donc il faut bien qu'on s'immerge dans tout ça. Quoiqu'on n'a pas attendu la loi pour faire de la prévention je vous rassure *{rires}*, voilà.

M3 : Tu faisais quoi alors ?

M4 : Qu'est-ce que je faisais bah j'estime que quand je dis à quelqu'un qu'un anti-inflammatoire ça se prend au milieu du repas, c'est de la prévention, euh quand on explique tous les oublis de pilule et comment ça se passe les oublis de pilule je fais de la prévention parce que ça en France, c'est un sacré problème, très peu de ces dames savent comment réagir face à un oubli de pilule. Entre celles qui prennent quand elles y pensent, euh quand on en discute.

**A : Merci pour vos réponses, ensuite on va parler des difficultés que vous avez rencontrées lors de l'élaboration ou de la mise en œuvre des projets. Donc lors de la préparation quelles difficultés avez-vous rencontrées pour mettre en œuvre par exemple les réunions diabète, BPCO, ou d'autres actions ?**

M3 : Bah difficultés, c'est chronophage.

M1 : Oui oui.

M3 : Ça prend énormément de temps, c'est de trouver les intervenants, j'avais mis un point d'honneur à essayer qu'il y ait plusieurs intervenants de milieux différents pour essayer d'avoir des messages différents. Diabète c'était un endocrino de ville libéral, avec un hospitalier et une diététicienne libérale. Là d'un autre côté on avait un médecin tabacologue pour la BPCO, on avait deux pneumologues ingénieurs. Les difficultés c'est trouver des intervenants, essayer de trouver des intervenants d'abord qui soient intéressés pour cette présentation parce que trouver un intervenant pour venir nous parler nous en FMC, c'est relativement facile mais de venir parler à une assemblée où les médecins sont une minorité et où il y a une population très différente, pour le moment c'est pas encore trop dans les mœurs.

**A : Donc trouver des référents ça c'est pas facile ?**

M3 : Trouver des référents qui sont capables de parler et de nous présenter un sujet sans rentrer dans (...) Comme la pneumologue elle nous a fait un topo, c'est un topo médical, ça n'avait, nous ça nous a un peu apporté, mais ce topo en lui-même ça n'avait pas d'intérêt.

**A : Là tu parles à la limite presque de coordination de ta soirée, de préparation des interventions.**

M3 : C'est ça qui est difficile, la préparation est très importante, elle avant était bien briefée, je lui avais bien expliqué, c'était bien calé et puis au dernier moment elle a dit quand même il faut que je parle des complications des machins des trucs. Foutu *{rires}*. Il y a ça, il y a la préparation et les interventions euh bon ça prend du temps. A un moment où on en a de moins en moins c'est clair que c'est pas facile. Après on a de la chance qu'il y ait du répondant dans nos réunions..

**A : L'équipe répond bien aux sollicitations ?**

M3 : Ouais.

M1, M2 : Oui.

M3 : Ça participe. Ce que je voulais c'est que celui qui ne participe pas d'habitude parle,

intervienne, que ce ne soit pas tout le temps les mêmes, les médecins tout ça. Parce que la prévention c'est une équipe, c'est un match pluri-professionnel, et tous les joueurs de l'équipe marchent.

**A : Et sur le plan des non préparateurs, est-ce que vous avez trouvé des difficultés dans la mise en place du projet, alors là on parle de la réunion mais on peut aussi parler de la suite, des outils qui en découlent on peut aussi parler des difficultés pour mettre en place les actions de prévention cancer du sein, choses comme ça. Est-ce qu'il y a eu des difficultés autour de vos projets, de vos actions ?**

M3 : Je crois qu'on aimerait bien en faire plus.

*{Rires}*

M1, M2 : Oui.

M3 : En faire plus ça veut dire passer plus de temps à les préparer, euh les préparations de réunions ça met quand même du temps, il y a toute la logistique à côté euh, c'est surtout trouver les intervenants, trouver aussi un sujet qui soit à la fois porteur =

M4 : = Fédérateur.

M2 : Qui puisse intéresser tout le monde.

M3 : Il y a eu des réflexions de certains.

M1 : Bah la dernière fois c'est vrai que c'était plus compliqué pour tout le monde.

M3 : C'était traitement des douleurs.

M2 : C'était très médical.

M1 : Ah bah oui, il y a des professions qui n'étaient pas vraiment =

M3 : = C'était un peu trop médical.

**A : Donc difficultés à trouver des thèmes qui soient, qui concernent tout le monde.**

M3 : Oui.

M2 : C'était vraiment la seule fois où on se sentait vraiment paumés.

M3 : C'est pas ce qu'on voulait.

M1 : Ça ne touchait pas tout le monde.

**A : Quand tu dis on aimerait en faire plus, et trouver des thèmes qui intéressent tout le monde, est-ce que tu penses qu'il peut y avoir des solutions pour vous aider à mettre en place des choses comme ça ou alors voilà, vous avez déjà entendu parler de méthodes dont vous pourriez bénéficier ?**

M3 : J'ai entendu parler de méthodes oui.

M2 : Bah c'est toujours le problème des intervenants enfin oui on ne ferait pas la réunion que nous, je pense qu'il faudrait des intervenants pour compléter l'intervention. Après la méthode, non je ne sais pas trop comme méthode quoi utiliser en plus.

M3 : Moi je suis toujours preneur de méthodes de formation c'est clair. *{Silence}*. Un coaching en préparation. Mais j'ai l'impression qu'à chaque fois qu'on prépare une réunion on repart à zéro c'est pas facile quoi. Ça dépend, ça dépend des intervenants.

*{Silence}*

M1 : Il faut toujours du temps enfin je pense que ça prend aussi du temps sur le reste, c'est ça aussi.

*{acquiescement M3, M2}*.

M2 : Et puis on est obligé de repartir à zéro quand on change d'intervenant automatiquement.

M1 : Quand on change de thème aussi.

**A : En parlant de temps ça représente quoi à peu près ?**

M3 : Pour la préparation ?

**A : Alors pour la préparation et ensuite pour ceux qui ne préparent pas mais qui**

**participent.**

M3 : Pour la préparation c'est très aléatoire, ça dépend, c'est surtout essayer de rencontrer les intervenants et d'être sûr qu'ils pigent bien où ils mettent les pieds quoi, savoir que le message, ce que je veux c'est qu'on aborde un thème mais que sur le thème on débouche sur une fiche pratique ou qu'on débouche sur un thème particulier euh ou une conduite à tenir ou des idées qui nous restent quoi. Euh ça ça dépend des intervenants, l'intervenant sur la douleur je n'étais pas très satisfait car il ne voulait pas, la BPCO, le diabète c'était bien. Donc ça c'est la préparation, c'est plutôt, je crois que les médecins spécialistes vont avoir de plus en plus d'occasions d'intervenir dans des lieux pluri-professionnels je pense qu'il vont avoir de plus en plus aussi une formation pour intervenir là-dessus, je ne parle pas de ceux qui ont passé leur diplôme d'ingénieur en ETP mais parce que là-dessus il y a quand même une formation sur comment s'adapter au différents milieux professionnels ou au mélange, je crois que là y a du boulot à faire là-dessus. Aussi bien pour nous que pour les spécialistes.

**A : Donc en temps de préparation, tu ne saurais pas évaluer ?**

M3 : Le diabète, euh deux soirées de 3 heures. Il y a eu des échanges de mails. *{silence}*. Sept, huit heures à peu près.

**A : Et ensuite en temps de synthèse ?**

M1 : Une soirée.

M2 : Oui une soirée. Deux bonnes heures.

**A : Et le rythme des soirées comme ça, c'est à peu près tous les combien ?**

M1 : C'est pas régulier.

M3 : Là on est parti sur une fois par mois sauf les vacances d'été. On espère en faire =

M2 : = Non on avait dit un tous les deux mois.

M4 : Tous les deux mois. Hors période d'été.

M1 : C'est suffisant.

M3 : Si on en fait six dans l'année ça sera bien.

M4 : Oh oui ça sera très bien. Ça sera un record.

**A : Qu'est-ce que vous aimeriez trouver dans un guide méthodologique sur la prévention dans les maisons de santé ? Question ouverte.**

M4 : Moi pour l'instant joker.

*{Rires collectifs}*

*{Silence}*

M4 : J'aimerais bien savoir ce qu'on attend de nous déjà *{rires}*, aussi bien que ce soient les autres professionnels de santé que le patient, que la population. Globalement le stagiaire que l'on a qui vient nous voir, euh personne ne connaît notre profession. C'est sortir la boîte d'EFFERALGAN®, pour eux c'est ça, et la mettre sur le comptoir, et tout ce qui tourne derrière, autour.

**A : Donc savoir ce qu'on attend quoi d'un pharmacien ?**

M4 : Oui tout à fait, oui savoir ce qu'on attend de, qu'est-ce que le patient attend de nous quand il rentre? Est ce qu'on doit lui expliquer par exemple, c'est un exemple hein, s'il nous parle de REVAXIS® pourquoi il faudrait mieux faire un REPEVAX®. Est-ce que si dans sa famille proche les enfants viennent d'avoir un bébé est-ce qu'on doit lui suggérer de vérifier si il est bien vacciné ou pas. Est-ce que c'est ça qu'on attend de nous, ça c'est de la prévention par contre. Voilà.

**A : Qu'est-ce qu'on attend de nous et est-ce que ça pose la question aussi, qu'est-ce que l'ARS ou qu'est-ce que le concept prévention veut dire, c'est ça un peu? Qu'est-ce que je peux faire comme prévention, qu'est-ce qu'éventuellement on peut me proposer, ça va**

**au-delà d'un guide méthodologique à la limite, c'est ça ? C'est aussi comment aller plus loin dans la prévention en collant mieux aux attentes des patients ?**

M4 : Ouais en collant mieux aux attentes des patients. Et de quelle manière est ce que, de quelle manière on la pratique la prévention? Entre guillemets et vraiment entre guillemets est-ce qu'on doit violer la personne en la, en lui disant attends t'es diabétique avec ce que tu m'expliques tu bouffes un croissant tous les jours, est-ce que ça doit être fait comme ça ou bien est-ce que ça doit être amené de manière plus soft ? Est-ce que c'est ça votre question, méthodologie prévention ?

**A : C'est pas tout à fait ça {rires} mais ça c'est presque en amont de ma question. M1, M2, qu'est-ce que vous attendez d'un outil qui pourrait =?**

M2 : = Des modèles de fiches de synthèses justement puisque apparemment ils attendent quelque chose de bien précis donc, peut-être qu'ils décrivent bien ce qu'ils attendent de ça, ce qu'ils veulent retrouver dans les fiches, enfin je pense qu'après c'est, nous justement ce qu'on veut c'est les conduites à tenir, vraiment la démarche thérapeutique, eux ils attendent des termes bien précis.

**A : Donc un peu comment formater vos fiches de synthèse et à les rendre utilisables ?**

M2 : Nous ça ça irait mais apparemment c'est pas ce qu'ils attendent, quelque chose de plus précis peut être.

**A : D'accord, M3 ?**

M3 : Moi ce que j'en attends c'est un outil organisationnel.

M1 : Oui voilà.

M3 : Les fiches de synthèse on les retrouve les fiches types sur le site de l'HAS.

M2 : Oui c'est vrai.

M3 : C'est surtout l'outil, les méthodes de préparation, tout ça je crois que c'est important et savoir comment évaluer un petit peu tout ce qui a été fait sur la prévention parce que on fait des trucs de prévention très bien mais comment l'évaluer ?

**A: Ça c'est pas prévu chez vous les méthodes d'évaluation de vos actions ? Pour l'instant il n'y a pas de=**

M4 : = Si les actions que vous faites les médecins c'est quand même évalué par la sécurité sociale.

M3 : Nous la prévention on les a sur nos chiffres.

**A : Voilà ça c'est des objectifs chiffrés.**

M3 : Oui des objectifs chiffrés, on n'est pas toujours d'accord avec ce qui est marqué mais c'est évalué, mais moi ce que je cherche à évaluer c'est l'impact de ce que l'on fait nous en tant que professionnel, l'activité de chaque professionnel, est-ce que ça nous sert à quelque chose ou pas. Alors on peut faire un questionnaire de satisfaction, mais c'est souvent sympa les questionnaires de satisfaction, surtout quand on les remet après avec de la bouffe en même temps, donc si elles sont bonnes c'est pas, rechercher, peut être travailler un peu l'impact de ce que l'on fait, savoir si on=

M4 : = Mais est-ce qu'il faut forcément obligatoirement chiffrer tout ?

M3 : Ah non non, pas chiffrer tout.

M4 : Non mais c'est un peu la question comment tu veux évaluer, alors moi je pense que c'est très difficile à mettre en équation.

M3 : C'est ouais.

M4 : Tout ce que je peux dire c'est que ça améliore quand même l'exercice quotidien.

M3 : Je pense, mais je suis peut-être le plus mal placé pour le savoir.

M4 : Tu reprends par exemple la réunion pluridisciplinaire qu'on a eu sur la BPCO et bah euh

je pense que sur la sensibilisation des gens que nous on peut voir concernant l'arrêt du tabac, je pense qu'on en parle beaucoup mieux euh que ce qu'on a fait. Ayant eu la chance d'être dans le groupe de cette tabacologue. Son discours, qu'il fallait vraiment écouter le patient la personne sur ses ressentis que de toute façon c'était jamais perdu, qu'il fallait recommencer et moi pour mon exercice si tu veux, quelque soit le patch qu'elle prescrivait on pouvait le changer il n'y avait pas de problème à partir du moment où on respectait le dosage, que quand même ce qui marchait le mieux c'était l'association du patch et des comprimés et des pastilles ce qui est quand même important pour nous, enfin je trouve. Parce que là sur l'arrêt du tabac on est quand même en première ligne.

M2 : C'est vraiment difficile à évaluer parce que la prévention on en fait vraiment en permanence donc l'évaluer c'est vraiment subjectif.

M4 : Moi ce qui serait intéressant ça serait combien de personnes arrêtent vraiment suite à ça.

**A : Donc des outils d'évaluation ?**

M4 : Oui, et comment le savoir ?

*{Acquiescement M1, M2}*

M3 : Moi je parlais plus de l'évaluation sur les professionnels de santé, ce qu'ils ressentent, si ça sert à quelque chose pour eux.

M2 : Si on avait l'impression d'avoir une action.

M1 : Bénéfique oui.

M4 : Enfin on te répond quand même un peu sur la satisfaction des réunions, enfin moi j'étais pas sur la douleur mais apparemment ça n'a pas été au top.

M1 : Ça n'a pas été au top pour tout le monde. Certains ne se sentaient pas concernés.

M4 : Ça s'appelle la culture générale. Je ne suis pas persuadé que la première séance sur les troubles statiques du pied par la podologue ça ait passionné le dentiste. *{rires}*.

M2 : Mais là c'était vraiment précis sur les médicaments, sur les dosages, c'était très très médical.

M3 : Je pars du principe que même pour la sage-femme ça fait partie de la culture générale.

M4 : Bah ouais.

M3 : De savoir que telle chose ou telle chose ça existe. Garder l'esprit ouvert sur tout ça.

**A : Donc un guide méthodologique éventuellement des méthodes d'évaluation, un guide pour améliorer les fiches de synthèse.**

M3 : Ça me paraît adéquat.

**A : Et en termes de guide méthodologique ça va de comment trouver les idées, tout à l'heure tu disais comment trouver des thèmes qui fédèrent tout le monde, enfin un grand nombre, donc comment trouver les idées et puis ensuite ?**

M3 : Comment les mettre en place, comment rechercher les intervenants.

**A : Voilà on a fait le tour. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le domaine de la prévention ?**

M3 : La prévention on en fait tous, tous les jours.

M1 : Moi ce qui me plaît bien c'est le fait d'être tous ensemble.

M3 : Il faut le reconnaître les ENMR ça nous a obligé à faire quelque chose ensemble, de s'arrêter un moment, d'être ensemble pendant un moment et de les faire.

## **Annexe 8 : guide méthodologique**

---

Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux des Pays de la Loire

### **RAPPORT**

**Mettre en œuvre des actions de prévention en  
maisons de santé pluri-professionnelles :  
Besoins, expériences modélisantes et perspectives.**

**Avril 2013**

## Remerciements

*A l'ensemble des professionnels de santé qui ont bien voulu participer à cette aventure.*

*Le challenge n'était pas évident. Il a été relevé avec enthousiasme, permettant de faire de vraies rencontres entre des acteurs de terrain qui se côtoient trop souvent sans toujours se connaître.*

*Que les professionnels investis dans le groupe de travail comme ceux qui ont bien voulu nous accueillir soient remerciés pour le temps et la disponibilité dont ils ont fait part.*

*A l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire qui nous a sollicité, nous a fait confiance, et nous a porté son soutien financier.*

*Merci au Dr Jean Laperche qui a permis notre escapade belge.*

*Merci à Anne Sophie Le Bonniec qui s'est saisie de "l'intendance" avec vigueur et bonne humeur. Je lui exprime encore une fois toute ma gratitude pour son soutien indéfectible et mon amitié.*

*Je souhaite que ce document apporte un soutien et une réflexion à tous ceux qui souhaitent s'impliquer dans la prévention en exercice pluri-professionnel. Si chacun y trouve les idées et la dynamique nécessaire à son projet, notre but aura été atteint.*

*Gilles Barnabé, président de l'APMSL-PDL.*

## **Membres du groupe de travail**

Dr Gilles Barnabé, médecin généraliste

Soizic Boutin, orthophoniste

Emmanuelle Chaidron, diététicienne

Stéphanie Dorner

Charlotte Dubois-Hervé, diététicienne, éducatrice sportive

Julien Gauthier, médecin généraliste

Dr Pascal Gendry, médecin généraliste

Carole Guerin-Lefevre

Dr Didier Kiene, médecin généraliste

Élodie Mabileau, interne en médecine générale

Noémie Maisonnier, interne en médecine générale

Dr Jean-Francois Moreul, médecin généraliste

Dr Cédric Rat, médecin généraliste, chef de clinique des Universités

Dr Élise Reynier, médecin généraliste, chef de clinique des Universités

Anne-Sophie Thibout, interne en médecine générale

Nolwenn Vandenbergue, orthophoniste

## PRÉAMBULE

L'article L6323-3 du code de Santé Publique modifié par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2 définit ainsi l'une des missions des maisons de santé :

*« Les maisons de santé sont des personnes morales constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.*

*Elles assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12. Elles peuvent **PARTICIPER A DES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE, DE PREVENTION, D'EDUCATION POUR LA SANTE ET A DES ACTIONS SOCIALES** dans le cadre du projet de santé qu'elles élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »*

L'Agence Régionale de Santé des Pays de Loire (ARS) a sollicité fin 2011 l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libérales des Pays de Loire (APMSL-PDL). La mission visait à aborder la prévention au sein de nos structures en déclinant les thèmes du projet de santé régional.

*De nombreuses questions se posaient : Peut-on faire de la prévention en exercice pluri-professionnel ? Doit-on s'inscrire dans la démarche ? ou bien déléguer ? Quels objectifs se fixer ? Comment s'y prendre ? Quels thèmes choisir ? Quels professionnels de santé impliquer ? Quelles procédures mettre en place ? Quelle organisation mettre en place ? Quelle évaluation prévoir ?*

L'APMSL a réuni des professionnels de santé volontaires (issus de différentes maisons de santé existantes ou en projet) et deux médecins généralistes chefs de cliniques des universités. Trois internes ont rejoint ce groupe, réalisant leurs thèses sur le sujet de la prévention en pôles et maisons de santé.

Développer des actions de prévention va devenir une mission prioritaire des maisons et pôles de santé pour affronter les défis de santé publique de demain : développement des pathologies chroniques, vieillissement des populations, difficultés d'accès aux soins. Développer de telles actions de prévention reste toutefois un défi pour les équipes de ces structures. Ce rapport, associé aux éléments de synthèse et propositions qui le concluent, a été réalisé pour les aider.

## **TABLE DES MATIERES**

### **I - INTRODUCTION**

**La prévention**

**Un paysage des soins primaires en mutation**

**Projets de santé en maisons de santé : quelle place pour la prévention ?**

### **II – PROJETS ET ACTIONS MENEES EN REGION**

#### **1. Une enquête adressée aux pôles et maisons de santé de la région**

**Objectif**

**Méthode**

**Résultats**

. Quelles maisons de santé ont un projet de prévention dans la région ?

. Thèmes abordés dans les projets de prévention de ces maisons de santé

. Professionnels impliqués dans les projets de prévention de ces maisons de santé

#### **2. Des entretiens de groupe pour comprendre les besoins**

**Objectif**

**Méthode**

**Résultats**

. Difficultés rapportées

. Facteurs facilitants

### **III – IDENTIFIER DES EXPERIENCES REUSSIES**

#### **1. A partir de la littérature**

**Objectif**

**Méthode**

**Résultats**

**2. A partir des expériences de collègues et de confrères**

**Introduction**

**Méthode**

**Résultats**

- . Élaboration des projets de prévention et mise en œuvre
- . Facteurs facilitants
- . Difficultés
- . L'évaluation

**IV – SYNTHÈSE – ELEMENTS METHODOLOGIQUES**

# I - INTRODUCTION

## La prévention

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a proposé la distinction en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales.

La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle comprend le dépistage précoce et le traitement des premiers signes de la maladie.

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

Une dernière forme de prévention a été décrite plus récemment : la prévention quaternaire. Elle comprend l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, pour le protéger d'interventions médicales invasives, et finalement lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables.

## Un paysage des soins primaires en mutation

Depuis quelques années, la structuration des soins primaires est devenue une priorité pour la société. La volonté politique de créer des centres de soins primaires comparables à ceux des pays du Nord de l'Europe a favorisé la création de maisons et pôles de santé ayant un rôle structurant sur le territoire. En 2012, il y avait plus de 400 maisons et pôles de santé en France, et des centaines de projets sont identifiés chaque mois par les Agences Régionales de Santé.

Dans ces structures, l'exercice des soignants repose sur une coordination entre les professionnels. Il s'inscrit dans un projet de santé centré sur le premier recours. Les soignants sont amenés à expérimenter et à formaliser des modalités de fonctionnement plus rigoureuses : protocolisation, coordination, délégation de tâches, articulation avec les

établissements et les réseaux de santé du territoire, formation et évaluation des pratiques parfois communes pour l'ensemble des soignants.

Par ailleurs, l'article L 63 23 – 3 du code de de santé publique précise que les maisons de santé peuvent participer à des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention et d'éducation pour la santé et des actions sociales.

Dans la région des Pays de la Loire, plus de 50 projets sont répertoriés sous la dénomination maison (ou pôle) de santé. Par contre la formalisation de projets de prévention et d'éducation dans ces structures reste mal connue.

Alors que la plupart des actions menées actuellement dans le champ de la prévention sont portées par des associations ou des réseaux de santé, alors que les professionnels de santé libéraux sont rarement associés à l'élaboration des actions, l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire a souhaité favoriser la mise en œuvre de projets de prévention au sein des pôles et maisons de santé.

### **Projets de santé en maisons de santé : quelle place pour la prévention ?**

L'ensemble des projets de santé soumis aux CATS comprennent un axe de réflexion sur le développement de la prévention.

La motivation est grande chez les professionnels exerçant dans les maisons de santé de la région que nous avons rencontrés. Dans le travail présenté ci-après, ils rapportent que la prévention est pour eux une activité très importante : « *c'est indispensable* », « *la prévention fait partie intégrante de notre travail, [...] ça me paraît évident* ». L'adage « Mieux vaut prévenir que guérir » fait ainsi consensus : « *c'est plus intéressant [...] d'arriver avant une maladie que de la soigner après.* » « *[c'est plus intéressant] d'aller plus dans la santé, [...] la préservation de la qualité de vie.* » L'opportunité d'impliquer le patient est aussi une caractéristique qui attire les professionnels « *donner un rôle beaucoup plus actif, d'acteur aux personnes [...] qui ne sont pas simplement des consommateurs.* » « *[pour] que les personnes deviennent actrices de leur santé.* »

Dans les maisons de santé, la pratique basée sur le regroupement pluri-professionnelle pourrait être favorable à la mise en œuvre d'actions de prévention, alors que les soignants de des structures ont fait le choix d'un exercice collectif et pluridisciplinaire : « *ce qui nous motive au départ c'est le fait de créer un projet ensemble, avec plusieurs professionnels, peu importe le thème.* » « *[c'est] l'idée de se retrouver ensemble pour réfléchir [...] en partant du principe qu'on est toujours plus intelligent à plusieurs.* » La prévention pourrait donner l'opportunité de porter un discours commun auprès des patients : « *parler tous d'une même voix.* » « *élaborer quelque chose de commun [...], le diffuser dans tous les cabinets, s'entendre sur quelque chose.* »

Mais des questions se posent au moment de la mise en œuvre effective d'actions sur le terrain : quelle thématique retenir ? quel niveau d'implication des professionnels de santé libéraux ? quelle articulation avec les partenaires ?

L'association des Pôles et Maisons de Santé des Pays de la Loire (APMSL) a proposé, en concertation avec l'Agence Régionale de Santé, de se saisir de ce sujet, au nom de son rôle d'impulsion et de facilitateur auprès des pôles et maisons de santé. L'APMSL en a fait un axe de travail à part entière.

- La première étape pour l'APMSL consistait à faire un état des lieux des actions déjà mises en place au sein des pôles et maisons de santé de la région, et à identifier les freins à leur développement.
- La seconde étape consistait à proposer une méthodologie pour permettre aux projets de prévention d'aboutir. A cet effet, le groupe de travail s'est fixé comme objectif d'identifier des expériences particulièrement démonstratives, d'équipes françaises ou étrangères, de façon que des expériences puissent être modélisantes pour les soignants des pôles et maisons de santé de la région. Cette recherche d'expériences modélisantes a été réalisée par le biais d'une recherche bibliographique et par le biais d'un travail d'enquête de terrain.

## II - PROJETS ET ACTIONS MENEES EN REGION

### 1. UNE ENQUETE ADRESSEE AUX POLES ET MAISONS DE SANTE DE LA REGION

- **Objectif**

Il s'agissait de **DECRIRE et DENOMBRER** : recenser les expériences - projets de prévention et actions de prévention en cours - menées dans la région Pays de la Loire : identifier ce qui avait été mis en place ou non, identifier les professionnels impliqués dans ces projets de prévention.

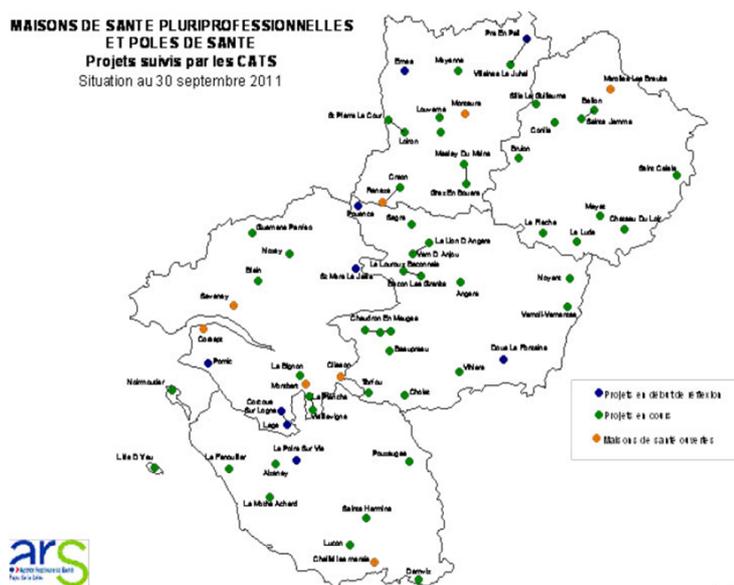
- **Méthode**

Une enquête quantitative a été menée auprès de 51 maisons de santé des Pays de la Loire, maisons identifiées par l'Union Régionale des Professions de Santé dans les départements de Loire Atlantique (44), Maine-et-Loire (49), Mayenne (53), Sarthe (72), et Vendée (85).

Parmi ces maisons de santé pluri-professionnelles nous avons fait le choix d'intégrer aussi bien les sites ayant finalisé leur projet de santé (au nombre de 9), que les sites faisant état d'un projet de santé en cours de finalisation (35), ou les sites faisant état d'un début de réflexion (7).

L'enquête a été réalisée entre juin et septembre 2012. Elle reposait sur un questionnaire court comprenant cinq questions.

**Figure 1. Répartition géographique des maisons de santé auxquelles l'enquête a été adressée**



- **Résultats**

**1. Quelles maisons de santé ont un projet « de prévention » dans la région ?**

Trente-cinq réponses ont été reçues, soit **un taux de réponse de 69 %**.

La notion de prévention faisait partie du projet de santé dans 91 % des cas. Une maison de santé a répondu négativement, et deux n'ont pas répondu.

**49%** (17/35) des maisons de santé ont répondu qu'elles avaient mis en place des actions de prévention de façon pluri-professionnelle. 15/35 ont répondu qu'elles ne l'avaient pas fait. (Trois maisons de santé n'ont pas répondu à cette question.)

<b>Mise en place de projets de prévention, selon l'avancée de la structuration en MSP</b>	N=17
• <b>Sites ouverts</b>	4
• <b>Sites dont le projet est en cours</b>	12
• <b>Sites en début de réflexion</b>	0
• <b>Non classée</b>	1

**Tableau 1: Mise en place de projets de prévention, selon l'avancée de la structuration en MSP**

Plusieurs raisons ont été rapportées pour expliquer la non formalisation d'un projet de prévention : le fait que la maison de santé soit en début de projet (4/11), le manque de temps (3/11), des raisons financières (2/11), des éléments méthodologiques et juridiques (2/11).

**2. Thèmes abordés dans les projets de prévention de ces maisons de santé**

<b>Thèmes</b>	<b>Forme utilisée</b>	<b>Préparation</b>	<b>Financement</b>	<b>Évaluation</b>
- Bisphénol A	Flyers		Mutuelles	
- Naître, vivre et mourir. - Perturbateurs endocriniens	Journal <i>Éducation Prévention Information santé</i>	Rédaction	Mutuelles	
- Les toxiques dans l'environnement de la maman et du petit enfant	Réunions publiques	Recherche bibliographique		Questionnaire de satisfaction
- Diabète - BPCO - Traitement de la douleur	Soirées de formation. Intervenants extérieurs		ENMR	

La prévention cardio-vasculaire, le diabète, la gériatrie et la nutrition étaient les thèmes les plus fréquemment abordés.

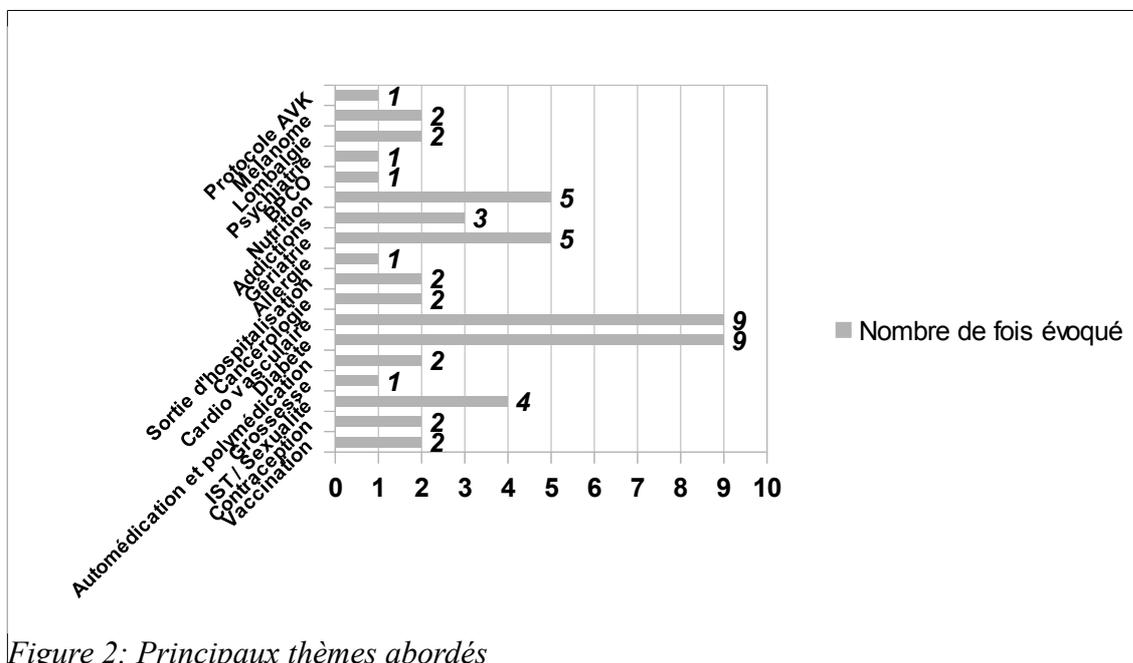


Figure 2: Principaux thèmes abordés

### 3. Professionnels impliqués dans les projets de prévention de ces maisons de santé

Les professionnels participant aux projets de prévention étaient le plus souvent les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes, les psychologues et les diététiciennes.

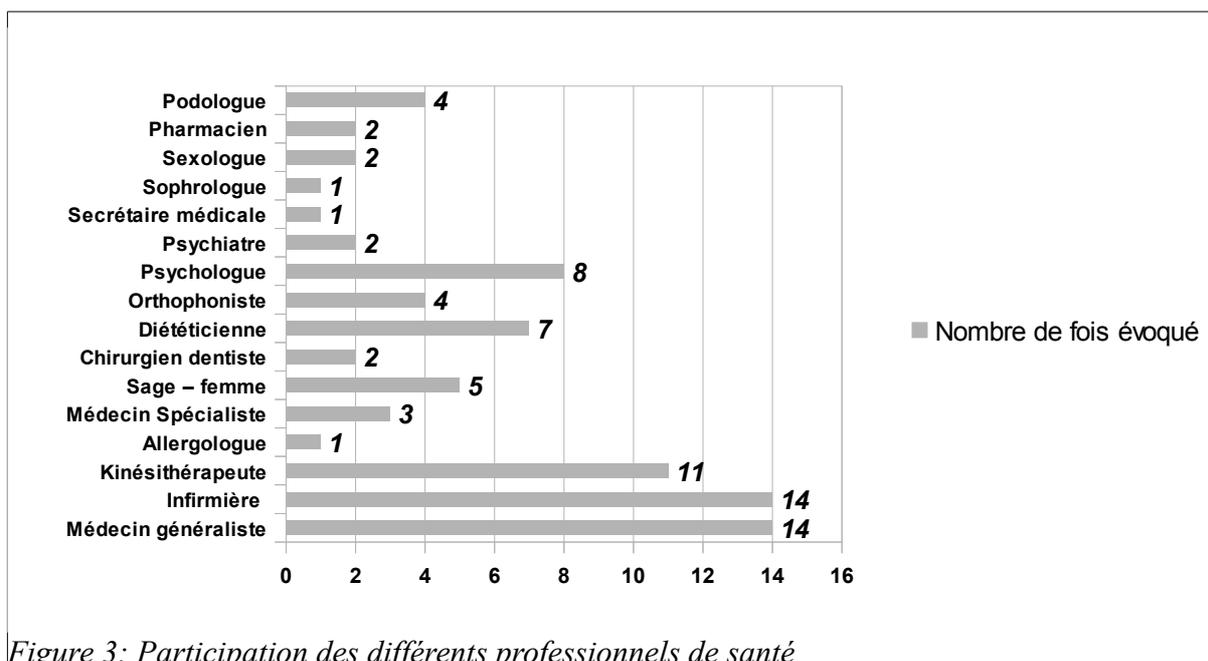
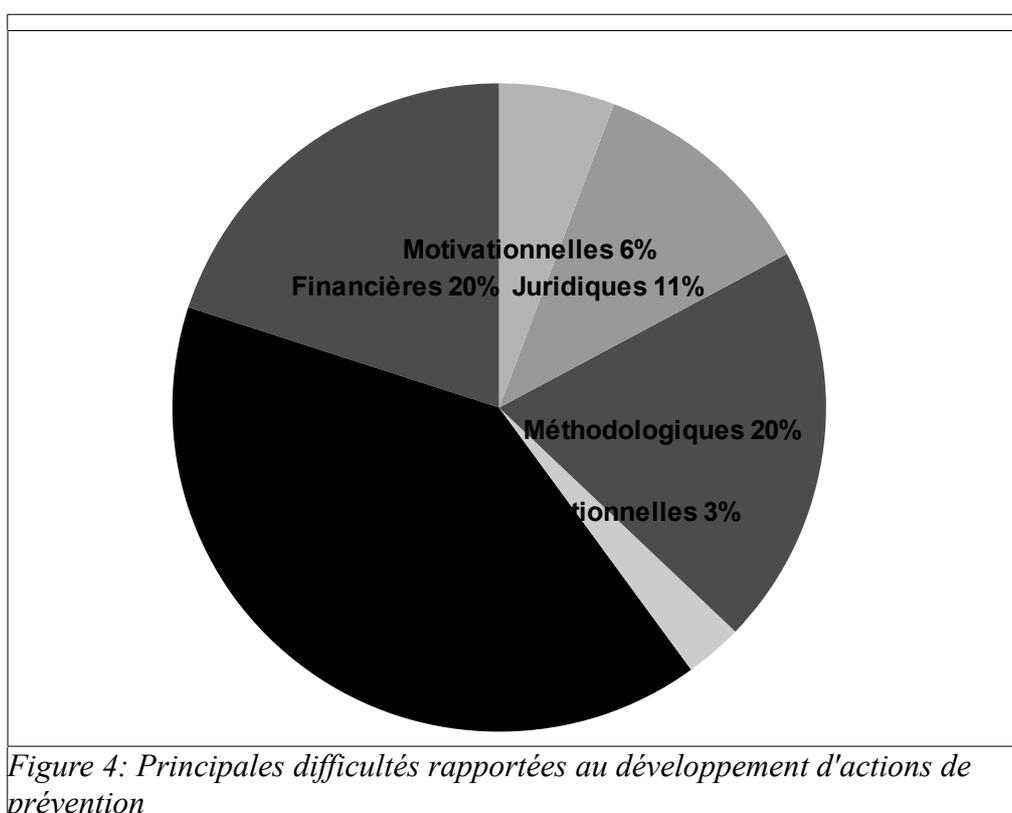


Figure 3: Participation des différents professionnels de santé

#### 4. Principales difficultés ressenties

L'enquête par voie postale demandait aux professionnels de rapporter leurs principales difficultés ressenties pour réaliser des actions de prévention, et proposaient 6 catégories. Les résultats ci-dessous sont un premier aperçu de ces difficultés.



Afin de recueillir plus d'information, nous avons complété les données de l'enquête postale.

## 2. DES ENTRETIENS DE GROUPE POUR COMPRENDRE LES BESOINS

- **Objectif**

### IDENTIFIER ET COMPRENDRE LES BESOINS

- identifier les difficultés rencontrées,
- comprendre les attentes des professionnels.

- **Méthode**

**Les données ont été obtenues au terme de l'analyse de trois focus groups.**

Le focus group est une méthode qualitative qui repose sur une technique **d'entretien de groupe**.

La parole est donnée successivement à une dizaine de personnes. La dynamique des échanges au sein du groupe facilite l'émergence de différents points de vue et stimule la discussion.

La séance est animée par un modérateur qui a pour mission de faire émerger les différents points de vue de chaque participant tout en orientant la discussion selon le guide d'entretien. Il est assisté d'un observateur chargé d'enregistrer le focus group et de noter les éléments non verbaux de la discussion.

**Un guide d'entretien** composé de six questions ouvertes permettait d'orienter la discussion sur les thèmes choisis, et plusieurs questions de relances permettaient, si besoin, d'entretenir la dynamique d'échanges au sein du groupe.

Le choix des trois maisons de santé pour la réalisation des focus groups a été fait suite aux réponses des questionnaires de l'enquête quantitative : seules les maisons de santé ayant déjà mis en place des projets de prévention ont été sollicitées.

La transcription des verbatims des trois focus groups a été faite intégralement.

Ont participé à ces entretiens :

. Focus Group 1: 4 médecins généralistes.

. Focus Group 2 : 2 médecins généralistes, 1 psychologue, 1 orthophoniste, 1 pédopsychiatre, 1 kinésithérapeute.

. Focus Group 3 : 1 médecin généraliste, 1 pharmacien, 1 infirmière, 1 kinésithérapeute.

**Le travail d'analyse** a consisté en un découpage des verbatims en unités de signification, permettant de regrouper les phrases, les expressions, ou les mots désignant une seule et même idée.

- **Résultats**

- . Difficultés rapportées**

- Le manque de temps :**

- « c'est pas les idées qui manquent, c'est plutôt le temps, la disponibilité. »*

- « C'est sûr que c'est du temps en plus de notre temps professionnel strict donc pour certains il y a certaines périodes où c'est très difficile d'en trouver suffisamment. »*

- « on est tous investis professionnellement. J'ai le sentiment qu'on arrive à se centrer sur un petit projet, mais ça nous prend des mois parce qu'on n'a pas assez de temps. »*

- Les lacunes en organisation :**

- « On n'a pas d'aide logistique. Il nous manque un métier qui serait une coordinatrice administrative. Il manque certainement une profession dans notre organisation pour aller plus vite. »*

- « Ce qui est lourd c'est l'organisation, [...] le côté plus administratif. »*

- « Moi je suis toujours preneur de méthodes, de formation, [d'un] coaching en préparation.»*

- L'insuffisance de financement :**

- « il y a un moment quand même où on n'était pas sûr d'avoir [notre financement]. On ne fait quand même pas le processus de donner beaucoup de temps sans rémunération. »*

- « on est obligé de faire ce travail bénévolement. »*

Cette problématique du financement avait aussi été rapportée dans l'enquête par voie postale<sup>3</sup>.

- Les lourdeurs administratives de l'ARS :**

- « l'ARS nous demande de mieux formaliser encore et de détailler de façon beaucoup plus écrite et beaucoup plus concrète, beaucoup plus.... »*

- « on a eu des rencontres avec l'ARS qui nous ont ... ça n'a pas duré très longtemps mais ça nous a épuisé moralement beaucoup plus que de se retrouver à travailler »*

- « On est dans la forme beaucoup quand même. Tout le temps dans la forme. »*

Ces lourdeurs associées au fonctionnement de l'ARS avaient aussi été rapportées sous forme de commentaires libres dans l'enquête par voie postale<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> « Difficile de proposer de s'engager dans un projet de soins avant de voir s'il y aura des moyens. Les libéraux sont parfois réticents ».

<sup>4</sup> « l'ARS trouve les projets bons mais, malgré les rencontres, met des bâtons dans les roues au fur et à mesure de la mise en place des projets, que ce soit juridiques, financiers (suppression des subventions accordées...)».

– **Entretenir la motivation de l'ensemble des acteurs par des thèmes fédérateurs :**

« on s'aperçoit que tous les professionnels ne se sentent pas impliqués »

« brancher tout le monde et les faire travailler c'est pas évident. »

« Certains ne se sentaient pas concernés. »

La difficulté à entretenir la dynamique entre professionnels libéraux avait aussi été pointée sous forme de commentaires libres dans l'enquête par voie postale.

– **Se former et développer ses compétences pour faire de la prévention :**

« Me présenter devant une assemblée et faire un speech de prévention, ça demande de la préparation »

« Bien maîtriser son sujet, être capable de répondre à des questions... »

– **Difficultés à travailler avec les structures non locales :**

« C'est pas ceux qui sont du niveau départemental et régional, qui ne sont pas sur le terrain, qui vont nous apporter des choses. »

« il faut des gens qui travaillent au niveau local. »

*. Facteurs facilitants*

– **Le lieu de la maison de santé :**

« le fait d'avoir créé la maison de santé nous a donné un lieu d'accueil. »

– **La dynamique de groupe et les relations au sein de la maison de santé :**

« Ce qui est facilitateur c'est le fait qu'on se connaisse bien et qu'on puisse s'interpeller facilement les uns les autres. »

– **La possibilité de voir un résultat concret :**

« Moi je veux vraiment du concret. »

« Nos interlocuteurs, ils ont vu la personne, ils ont vu le domicile. »

– **L'aide financière :**

« cette aide logistique [des mutuelles] ça nous a enlevé une belle épine du pied financièrement on n'aurait pas pu forcément éditer les affiches, les flyers, mine de rien c'est déjà un soutien réel, ça c'est facilitateur. »

« Enfin financièrement ça a un coût et heureusement qu'on avait les mutuelles pour financer ça. »

– **Les ENMR (Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération) comme déclic à l'action :**

« les ENMR : ça nous a obligé à faire quelque chose ensemble »

### III - IDENTIFIER DES EXPERIENCES REUSSIES

#### A PARTIR DES DONNEES DE LA LITTERATURE

Les expériences d'actions de prévention menées dans des structures pluri-professionnelles sont nouvelles en France. La possibilité de s'inspirer d'expériences étrangères a amené à rechercher des expériences menées dans des centres de soins primaires à l'étranger.

Les expériences menées dans les pays anglo-saxons pouvant être identifiées dans la base de données de la bibliothèque nationale américaine, le choix s'est porté dans un premier temps sur la consultation de publications en anglais.

Afin de sélectionner les expériences les mieux décrites et les mieux évaluées, le choix a été de ne sélectionner que les publications faisant état d'essais contrôlés randomisés.

- **Objectif**

Il s'agissait de faire une revue des essais contrôlés randomisés évaluant des actions de prévention ou programmes de « disease management » menés en soins primaires et mettant en jeu des intervenants pluri-professionnels.

- **Méthode**

La recherche a été réalisée sur **Pubmed** à partir de **l'équation de recherche** suivante :  
*[Therapeutic education OR health education OR health promotion OR prevention OR disease management OR prevention program OR primary prevention OR secondary prevention OR tertiary prevention] AND [General practitioner OR pluridisciplinaire OR pluri-disciplinary OR multidisciplinary OR multi-disciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR pluriprofessional OR pluri-professional OR interdisciplinary OR inter-disciplinary OR medical center OR patient-centered medical home OR medical home OR patient care team OR patient-centered care OR patient care management OR team OR case management] AND [Primary care]*

Nous n'avons sélectionné que les **essais contrôlés randomisés**, publiés ces 10 dernières années, soit entre août 2002 et août 2012. Nous n'avons gardé que les articles parus dans les « Core Clinical Journals ».

Nous avons concentré notre recherche sur **les thèmes** qui avaient été rapportés dans l'enquête menée au niveau de la région Pays de la Loire : diabète, hypertension, obésité, asthme, BPCO, tabagisme, addictions à l'alcool, dépistage des cancers, suivi vaccinal, prise en charge des patients lombalgiques, chute de la personne âgée.

- **Résultats**
- **43 ARTICLES SELECTIONNES**

L'équation de recherche a permis d'identifier 58978 articles.

Il y avait 4243 essais contrôlés randomisés.

647 essais étaient parus dans les « Core Clinical Journals » au cours des 10 dernières années.

408 concernaient nos thèmes d'intérêt : obésité (88), hypertension (85), diabète (54), asthme (34), BPCO (16), tabagisme (18), alcool (36), dépistage des cancers (41), prise en charge des lombalgiques (20), chutes chez la personne âgée (11), vaccination (5).

151 résumés d'articles ont été retenus en fonction de la pertinence du titre. Ils ont été lus et analysés par 2 chercheurs.

43 articles écrits en anglais ont finalement été lus et analysés, décrivant chacun en une dizaine de pages une intervention et son impact.

Ces 43 interventions décrites répondaient donc aux critères d'inclusion suivants.

#### **Critères d'inclusion contrôlés lors de la lecture des résumés**

- Étude menée en soins primaires.
- Étude concernant des actions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, ou programme de « disease-management ». Étaient également inclus des programmes de « care-management », « case-management », « self-management ».
- Intervention reposant sur plusieurs professionnels.
- Intervention ayant bénéficié d'une évaluation par essai randomisé contrôlé.
- Étude publiée entre août 2002 et août 2012
- Étude publiée dans un «Core Clinical Journal »
- Étude concernant l'un des 11 thèmes précédemment mentionnés

## *Cardiovasculaire*

L'étude de Murchie P.[1], publiée dans le BMJ en 2003, portant sur 1343 coronariens adultes, évaluait à 4 ans un programme dont l'objectif était d'améliorer la prévention secondaire, la mortalité et les accidents coronariens. Il consistait en des consultations individuelles de prévention menées par un infirmier, tous les 2 à 6 mois pendant 1 an. Ce programme a été par la suite évalué à 10 ans, par l'étude de Delaney EK.[2], publiée dans Heart en 2008.

A 4 ans, l'étude de Murchie montrait une diminution du nombre de décès (14,5% vs 19%,  $p=0,038$ ) et de SCA (14,2% vs 18,2%,  $p=0,052$ ), mais pas d'impact sur le tabagisme ni sur l'activité physique. A 10 ans, l'étude de Delaney ne confirmait pas ces résultats, les différences étant non significatives en ce qui concerne les décès et les SCA.

L'étude de Khunti K.[3], publiée dans le BMJ en 2012, portant sur 604 diabétiques de type 2 récemment diagnostiqués, évaluait un programme de « self-management » consistant en des sessions d'éducation en groupe menées par des éducateurs en santé. A 3 ans, l'étude montrait une amélioration de la connaissance du diabète, mais ne montrait pas d'impact sur l'HbA1c ni sur le tabagisme.

L'étude de Eriksson MK.[4], publiée dans Archives of Internal Medicine en 2010, portant sur 151 adultes à risque cardio-vasculaire, évaluait un programme mené par des kinésithérapeutes et diététiciens consistant en des séances d'entraînement physique et d'éducation diététique individuelles puis collectives. A 36 mois, l'étude montrait une amélioration de la qualité de vie (SF36,  $p=0,004$  pour le composant physique, non significatif pour le composant mental) et un Qaly additionnel de 0,20.

L'étude de Pape GA.[5], publiée en 2011 dans Archives of Internal Medicine, portant sur 6963 diabétiques de type 2, évaluait un programme de « disease management » du cholestérol par internet et téléphone mené par un pharmacien, aidé par un assistant médical. A 24 mois, l'étude montrait une baisse du LDL-cholestérol significative par rapport au groupe contrôle (0,12 g/l,  $p<0,001$ ). En ce qui concerne la satisfaction des patients, l'étude ne montrait pas de différence significative.

L'étude de Lawton BA.[6], publiée dans le BMJ en 2008, portant sur 1089 femmes inactives de 40-74 ans, évaluait un programme qui proposait 2 consultations individuelles par un infirmier et un accès facilité aux activités sportives de ville par un éducateur. A 24 mois, l'étude montrait une augmentation de l'activité physique (objectif  $> 2h30$ /semaine, 39% vs 33%,  $p<0,001$ ), qui était cependant associée à une augmentation significative des chutes (37% vs 29% ;  $p<0,001$ ) et des blessures (19 vs 14,  $p=0,03$ )

L'étude de Appel LJ.[7], publiée dans le New England Journal of Medicine en 2011, portant sur 415 adultes obèses présentant au moins 1 autre facteur de risque cardio-vasculaire, évaluait 2 interventions dont l'objectif était la perte de poids. Les interventions, menées par

des coaches en perte de poids, consistaient en des entretiens motivationnels individuels et en groupe menés en centre pour l'une des interventions (I), et en des entretiens individuels téléphoniques pour l'autre intervention (II). L'étude utilisait également un site internet auquel les patients des 2 interventions devaient se connecter 1x/semaine. A 24 mois, l'étude montrait une perte de poids de 5,1 kg pour l'intervention I, de 4,6 kg pour l'intervention II, toutes deux significatives par rapport au groupe contrôle ( $p < 0,001$ )

L'étude de Katon W.[8], publiée dans Archives of General Psychiatry en 2012, portant sur 214 diabétiques ou coronariens dépressifs, évaluait un programme mené par des infirmiers, menant des entretiens individuels réguliers au centre ou par téléphone, et reprenant les dossiers 1x/semaine avec des médecins (psychiatre, généraliste). A 12 mois, l'étude montrait +114 jours « sans dépression », maintenus à 24 mois. Le Qaly additionnel estimé était de 0,335 . En ce qui concerne les données biomédicales, l'étude montrait une amélioration modeste du LDL, de la PAS et de l'HBA1C à 12 mois, non maintenue à 24 mois.

L'étude de Heisler M.[9], publiée dans Circulation en 2012, portant sur 4100 diabétiques de type 2, évaluait un programme de « management » de l'hypertension par des pharmaciens (entretiens motivationnels trimestriels, encouragement à l'automesure de la PA à domicile, adaptation du traitement par les pharmaciens grâce à un programme informatique). A 14 mois, l'étude montrait une PAS 2,4 mmHg plus basse que le groupe contrôle ( $p < 0,001$ ), différence non maintenue à 20 mois.

L'étude de Krein SL .[10], publiée dans American Journal of Medicine en 2004, portant sur 246 diabétiques , évaluait un programme de « case-management », mené par un infirmier. Il consistait en des contacts individuels par téléphone, une adaptation du traitement par l'infirmier, une aide à la prise de rendez-vous, une autosurveillance de la pression artérielle. A 18 mois, l'étude montrait une absence de résultats significatifs en ce qui concerne les données biomédicales (HBA1c, PA, LDL), mais une amélioration de la satisfaction des patients concernant les soins de leur diabète ( 82% vs 64%,  $p = 0,04$ ).

L'étude de Kaczorowski J.[11], publiée dans le BMJ en 2011, portant sur 15889 patients de plus de 65 ans évaluait un programme mené dans des pharmacies par des éducateurs bénévoles, infirmiers, pharmaciens, avec transmissions des informations au médecin du patient. Des permanences étaient proposées 1x/semaine pendant 10 semaines. A 12 mois, l'étude montrait une baisse des hospitalisations pour SCA ( $p = 0,008$ ) et pour insuffisance cardiaque ( $p = 0,029$ ), mais pas de baisse des hospitalisations pour AVC.

L'étude de Wood DA.[12], publiée dans le Lancet en 2008, portant sur 2317 patients de 50 à 80 ans à risque cardio-vasculaire, évaluait un programme mené par des infirmiers, diététiciens, médecins consistant en des ateliers de groupe 1x/semaine. A 12 mois, l'étude montrait un impact sur la Pression artérielle (objectif PA<140/90, 58% vs 41%, p=0,03), sur le cholestérol total ( objectif CTT<5mmol/l, différence de 12,7% par rapport au groupe contrôle, p=0,04), et sur la consommation de fruits et légumes (objectif consommation>400g/j, 78% vs 39%, p=0,005).

L'étude de Khunti[13]publiée en 2007 dans Heart, portant sur 1163 coronariens ou insuffisants cardiaques, évaluait un programme de « disease management » , mené par des infirmiers spécialisés, qui tenaient une consultation hebdomadaire et faisaient des visites à domicile si besoin. A 12 mois, l'étude montrait un impact sur le Pression Artérielle (objectif PA<140/85, 56% vs 43%, p=0,0113), sur le cholestérol total (objectif CTT<5mmol/l, 74% vs 3,5%, p=0,03). L'intervention générant un Qaly additionnel de 0,03/an.

L'étude de Wister A.[14], publiée dans CMAJ en 2007, portant sur 315 adultes à risque cardio-vasculaire en prévention primaire et 296 en prévention secondaire, évaluait un programme consistant en des sessions individuelles menées par des « conseillers » en hygiène de vie. A 12 mois, en ce qui concerne le groupe prévention primaire, l'étude montrait une amélioration du score de Framingham (-3,1 vs - 1,3, p<0,01), du cholestérol total (-0,41 vs -0,14, p<0,05), de la PAS (-7,46 mmHg vs -3,58, p<0,05). L'étude ne retrouvait pas de différence significative en ce qui concerne la prévention secondaire.

L'étude de McManus RJ.[15], publiée dans le Lancet en 2010, portant sur 480 hypertendus, évaluait un programme de « self-management » de l'hypertension, avec auto-adaptation du traitement selon un protocole établi avec le médecin. A 12 mois, l'étude montrait une baisse de la PAS par rapport au groupe contrôle (-5,4mmHg, p=0,0004).

L'étude de McManus RJ.[16], publiée dans le BMJ en 2005, portant sur 441 adultes hypertendus, évaluait un programme d'autosurveillance de la pression artérielle, avec 2 sessions individuelles menées par infirmier ou médecin, et passages au cabinet 1x/mois sans rendez-vous pour automesure tensionnelle. A 6 mois, l'étude montrait une baisse de PAS significative ( -4,3 mmHg par rapport au groupe contrôle, p=0,004), non maintenue à 12 mois. L'étude ne montrait pas d'impact sur la PAD. Les coûts de l'intervention étaient de 251£/patient ( 240£ pour des soins classiques).

L'étude de Wake M.[17], publiée dans le BMJ en 2009, portant sur 258 enfants en surpoids, évaluait une intervention consistant en 4 consultations individuelles par des médecins, après évaluation par un questionnaire de 12 pages et remise d'un dépliant compréhensible par les enfants. A 12 mois, l'étude ne retrouvait pas d'impact sur le BMI, sur l'alimentation ni sur l'activité physique

L'étude de Rothman RL.[18], publiée en 2005 dans *American Journal of Medicine*, portant sur 217 diabétiques de type 2, évaluait un programme de « disease management » mené par des pharmaciens, dont l'objectif était d'améliorer les facteurs de risque cardio-vasculaire. Des sessions individuelles étaient menées , en pharmacie ou par téléphone, et des protocoles étaient utilisés pour l'adaptation des traitements par les pharmaciens. A 12 mois, l'étude montrait un impact sur la PAS ( -9 mmHg par rapport au groupe contrôle, p=0,008) et l'HbA1c (-0,8% par rapport au groupe contrôle,p=0,05). Les résultats étaient non significatifs en ce qui concerne le cholestérol total et l'utilisation des services cliniques.

L'étude de DeBar LL.[19], publiée dans *Pediatrics* en 2012, portant sur 208 adolescentes en surpoids, évaluait une intervention visant à améliorer le BMI et l'hygiène de vie des adolescentes. Diététiciens, éducateurs de santé, psychologues, médecins, menaient des réunions de groupe 1x/semaine pendant 3 mois puis 1 semaine sur 2 pendant 2 mois. Des réunions de groupes pour les parents étaient également organisées les 3 premiers mois. A 5 mois, l'étude montrait une amélioration significative du BMI z-score, maintenue à 12 mois (-0,15 vs -0,08, p=0,012)

L'étude de Wolf AM.[20], publiée en 2007 dans *Journal of the American Dietetic Association*, portant sur 147 diabétiques de type 2 en surpoids, évaluait un programme mené par des diététiciens comprenant des sessions individuelles et en groupe ainsi que des contacts téléphoniques mensuels. A 12 mois, l'étude montrait une baisse des admissions à l'hôpital (2,8% vs 22,5%, p<0,001). Les coûts totaux de l'intervention à 1 an étaient de 328\$/personne/an.

L'étude de McLean DL.[21], publiée dans *Archives of Internal Medicine* en 2008, portant sur 227 diabétiques de type 2 hypertendus , évaluait un programme mené dans les pharmacies par des pharmaciens et infirmiers, consistant en des sessions individuelles , dont l'objectif était une baisse de la pression artérielle. A 6 mois, l'étude montrait une baisse de la PAS par rapport au groupe contrôle de 5,6 mmHg (p=0,008)

### Ce qu'il faut retenir

- Kaczorowski: un programme de prévention mené dans des pharmacies par des éducateurs bénévoles, infirmiers, pharmaciens pendant 10 semaines auprès de plus de 15000 patients de plus de 65 ans, a montré une **diminution des hospitalisations pour syndrome coronarien aigu ou insuffisance cardiaque.**
- Murchie: consultations individuelles par des infirmiers auprès de coronariens, a montré une **diminution des décès et des SCA à 4 ans.**

- **5 autres études montraient des résultats à distance de l'intervention :**

. Lawton: augmentation de l'activité physique mais également des chutes et blessures,

.Katon: amélioration de la dépression mais absence d'impact sur les données biomédicales à distance,

. Wood et DeBar: amélioration modérées des données biomédicales à distance.

- Huit programmes (McLean, Rothman, MacManus 2010 et 2005, Wister, Khunti 2007, Heisler, Appel), avec intervenants variés (infirmiers, médecins, pharmaciens) montraient des **résultats modérés sur des données biomédicales (pression artérielle, LDL-cholestérol)** non maintenus à distance de l'intervention.
- Quatre programmes de «disease management» menés par des pharmaciens montraient des **résultats modestes sur des données biomédicales**: pression artérielle systolique (McLean, Heisler), pression artérielle systolique et HBA1c (Rothman), LDL-cholestérol (Pape). Ces résultats étaient mesurés au terme de l'intervention, aucune de ces études n'ayant montré de résultats significatifs à distance de l'intervention.
- Trois études (Katon, Ericksson, Khunti) montraient un **Qaly significatif**.
- Trois études (Khunti 2012, Ericksson, Krein) ne montraient **pas d'amélioration des données biomédicales mais une améliorations de la qualité de vie, de la satisfaction des patients ou de la connaissance de la maladie**.

## *Asthme et BPCO*

Parmi les 7 études sélectionnées, 6 portaient sur une population d'asthmatiques, et 1 portait sur une population de patients BPCO. Aucune durée de suivi n'était supérieure à 1an.

L'étude de Rice [22](American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine,2010), portant sur 743 BPCO à haut risque, évaluait un programme de « disease management » comprenant une **session d'éducation individuelle** par un éducateur, un **contact téléphonique** mensuel avec un « case manager », et un **plan d'action écrit** personnalisé. A 12 mois, les résultats montraient **une baisse de la moyenne des hospitalisations ou passages aux urgences** par patient (0,52 vs 0,48,  $p<0,001$ ).

L'étude de Griffiths [23](BMJ, 2004), portant sur 324 asthmatiques de 4 à 60 ans, évaluait une intervention menée par des infirmiers spécialisés. Ces infirmiers spécialisés délivraient d'abord une formation aux soignants du cabinet. L'intervention comportait ensuite une **session d'éducation individuelle** avec les patients avec **délivrance de protocole** de « self-management » et délivrance d'une réserve de corticoïdes oraux. Une deuxième session **d'éducation individuelle, au cabinet ou par téléphone**, complétait la stratégie d'intervention. A 12 mois, les résultats montraient une **augmentation du délai avant consultation pour crise d'asthme aigu** (194j vs 126j, HR=0,73, IC 95 % 0,54-1).

L'étude de Van Der Meer [24] (Annals of Internal Medicine, 2009), portant sur 200 adultes asthmatiques, évaluait un programme de self management de l'asthme par internet. Un site web fournissait **des plans de traitement et une communication par mail** avec un infirmier spécialisé. Les patients remplissaient une évaluation par internet 1 fois par semaine et bénéficiaient également de 2 sessions de groupe dans les 6 semaines après l'entrée dans l'étude. A 12 mois, **les résultats montraient un impact sur la qualité de vie** (0,38 points,  $p<0,001$ ) **et une amélioration du contrôle de l'asthme** ( $p<0,001$ ). L'étude ne montrait pas de différence significative en ce qui concerne les exacerbations.

L'étude de Rasmussen [25] (Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2005), portant sur 300 asthmatiques, évaluait un programme de **surveillance de l'asthme par internet**. Le site web permettait le remplissage d'un **agenda de l'asthme**, fournissait des **plans d'actions**, un **support décisionnel**. En fonction des résultats de l'agenda de l'asthme, le médecin fournissait des instructions aux patients électroniquement. **Un peak-flow était fourni au patient**. A 6 mois, les résultats montraient **une amélioration des symptômes de l'asthme**, par rapport à une surveillance classique par le spécialiste (OR 2,64,  $p=0,002$ ) ou par le généraliste (OR 3,26,  $p<0,001$ ). L'étude montrait également **une amélioration de la qualité de vie** par rapport à une surveillance par spécialiste (OR 2,21,  $p=0,03$ ) ou par le généraliste (OR 2,10,  $p=0,04$ ).

L'étude de Chan [26](Pediatrics, 2007), portant sur 10 asthmatiques entre 6 et 17 ans, évaluait un **programme de télésurveillance de l'asthme à domicile**. Le matériel (**ordinateurs, caméras**) était fourni et un site web spécifique fournissait une éducation à l'asthme et un agenda de l'asthme à remplir par les patients, permettait l'enregistrement vidéo de la mesure du peak-flow et des inhalations, et permettait de communiquer électroniquement avec le « case manager ». Les patients bénéficiaient de 3 consultations au cabinet, les autres consultations étant menées virtuellement par internet. Les vidéos étaient vues 2 fois par semaine pendant 6 semaines puis 1 fois par semaine par le case manager et étaient suivies de l'envoi d'instructions aux patients. A 12 mois, les résultats montraient une amélioration des scores techniques d'inhalation avec chambre ( $p<0,05$ ), une amélioration de la capacité à rapporter les symptômes ( $p<0,01$ ). En ce qui concerne la qualité de vie et la connaissance de l'asthme, les résultats n'étaient pas significatifs.

L'étude de Ryan [27](BMJ, 2012), portant sur 288 adolescents et adultes asthmatiques, évaluait une intervention dont le but était d'améliorer le contrôle de l'asthme grâce à une **surveillance par téléphone portable**. Une application à télécharger sur le téléphone portable permettait la transmission des symptômes, de l'utilisation de médicaments, du peak-flow. Des conduites à tenir en fonction du peak-flow étaient disponibles. Un infirmier spécialisé et le médecin du patient avaient accès aux données du patient. A 6 mois, les résultats ne montraient pas d'impact sur le contrôle de l'asthme, ni sur la connaissance de l'asthme, ni sur la qualité de vie, ni sur les exacerbations, ni sur les coûts.

L'étude de Pinnock [28] (BMJ, 2003) portant sur 278 adultes non bilantés durant les 11 mois précédents, évaluait une intervention qui avait pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des asthmatiques par un bilan de routine par téléphone. Ce bilan de routine était mené par un infirmier, avec appels supplémentaires ou consultations si nécessaire. A 3 mois, les résultats concernant la qualité de vie et la satisfaction des patients étaient non significatifs.

### Que faut-il retenir ?

- **Un programme de « Disease management » pour la BPCO mené par des éducateurs et infirmiers, avec session d'éducation individuelle et contacts téléphoniques mensuels, montrait une baisse modérée mais significative des hospitalisations ou passages aux urgences.**
  - Un programme d'éducation des asthmatiques, associant consultations individuelles au cabinet ou par téléphone, menées par des infirmiers spécialisés, a montré un **allongement du délai de consultation pour asthme aigu grave**.
  - Trois études évaluaient l'impact d'une **télésurveillance ou « self management » de l'asthme par internet**, dans lesquels la communication entre les patients et un « case manager » (infirmier spécialisé, médecin) s'établissait par le biais d'un site Web.
- Deux de ces programmes (Van Der Meer, Rasmussen) montraient une amélioration de la qualité de vie et des symptômes de l'asthme.**

**Le troisième (Chan) montrait une amélioration des techniques d'inhalation**, mais pas d'amélioration de la qualité de vie, ni de la connaissance de l'asthme.

### *Dépistage et prévention des cancers*

L'étude de Chaudhry [29](Archives of Internal Medicine, 2007), portant sur 6665 femmes de 40 à 75 ans, évaluait une intervention visant à améliorer le dépistage du cancer du sein. Elle utilisait un outil informatique qui identifiait les patientes éligibles pour une mammographie. Des **secrétaires envoyaient un mail** au patient les invitant à prendre rendez-vous pour une mammographie. En l'absence de réponse, un 2ème mail était envoyé 1 mois après. En l'absence de réponse au 2ème mail, **les secrétaires contactaient les patientes par téléphone**. **A 1 an, les résultats montraient un impact sur le taux de participation à la mammographie (64% vs 55%, p<0,001)**.

L'étude de Ling [30](publiée dans Archives of Internal Medicine, 2009), portant sur 599 patients de 50 à 79 ans, testait 2 interventions croisées visant à améliorer le dépistage du cancer colo-rectal : l'une des interventions (L) consistait en l'envoi d'une lettre au patient pour recommander une endoscopie. Cette **lettre était adressée de façon personnalisée au patient**, avec salutations personnelles, données spécifiques au patient et signée du médecin personnel du patient (L+). Cette intervention (L+) était comparée à l'envoi d'une lettre simple et impersonnelle (L-)

l'autre intervention (M) consistait en un « management » du patient : elle comprenait des **réunions d'éducation** en petits groupes, un « **tracking** » des patients, des **aides aux transports, la programmation des rendez-vous** (M+). Cette intervention (M+) était comparée à l'intervention M- , comportant uniquement des réunions d'éducation en petit groupe. A 1 an, les résultats montraient que le pourcentage de patients ayant participé au dépistage était pour chaque groupe de :L+/M+ : 53,3 %; L-/M+ :54,2 %; L+/M- : 43,6 %; L-/M- : 37,9 %. **Ainsi, le programme de management (M+) multipliait le taux de participation au dépistage par 1.63, p=0,01. En revanche, l'envoi d'une lettre personnalisée ne multipliait le taux de participation au dépistage que par 1,08, ce qui était non significatif (p=0,71)**

L'étude de Blumenthal [31] (Cancer, 2010), portant sur 257 afro-américains de 29 ans ou plus, évaluait l'efficacité de 3 programmes cherchant à améliorer le dépistage du cancer colo-rectal. Elles étaient menées par des éducateurs de santé.- la 1ère intervention proposait **3 sessions d'Education Individuelle** de 45 min sur 3 semaines (EI) ; - la 2è intervention proposait **4 sessions d'Education en Groupe** sur 4 semaines, par groupes de 4 à 14 (EG) ; - la 3è intervention proposait un **soutien financier aux patients** : remboursement des frais jusqu'à 500 dollars, un éducateur disponible pour assistance, proposition de transport (SF). **A 6 mois, le taux de participation était amélioré dans le groupe EG (34% vs 18%, p=0,039), mais pas pour les groupes EI ou SF**. Les résultats montraient aussi une amélioration de la connaissance du cancer colo-rectal pour les groupes EI et EG (p<0,001), mais pas pour le groupe SF.

L'étude de Norman [32](Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2007), portant sur 819 ados de 11 à 15 ans, évaluait une intervention qui visait à améliorer la protection solaire chez les adolescents. Elle comprenait des conseils brefs par le médecin (2-3 min), 2 sessions interactives par ordinateur, des évaluations téléphoniques à 3, 6, 15, 18 mois, des conseils par mail, et la remise d'un échantillon de crème solaire. **L'étude montrait une amélioration des comportements de protection solaire à 1 et 2 ans.**

### *Addictions*

L'étude de Joseph [33] (Archives of Internal Medicine, 2011) portant sur 443 fumeurs désirant arrêter, évaluait un programme de « disease management » pour l'arrêt du tabac. Il consistait en 5 appels téléphoniques en 4 semaines par un **conseiller en arrêt du tabac**. La fréquence des appels était ensuite adaptée au résultat (si abstinence, un appel par mois pendant 1 an, si non abstinente, 2 appels par mois). **Un psychologue clinicien et un médecin menaient des réunions de supervision hebdomadaire** pour les conseillers (avec écoute des enregistrements audio des appels aux patients). Des **substituts nicotiques étaient disponible gratuitement**. **A 18 mois, le taux d'abstinence était plus élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (30% vs 23%) mais la différence était non significative (p=0,13)**. Les patients du groupe intervention ont consommé plus de substituts nicotiques que le groupe contrôle (4,7 vs 2,4 boîtes de patch, p<0,001).

L'étude de Salize [34] (Archives of Internal Medicine, 2009) portant sur 587 fumeurs, évaluait 3 stratégies d'aides à l'arrêt du tabac :

- la première (F) proposait une formation pour les médecins et des encouragements financiers (130€ /participant abstinente à 12 mois),
- la deuxième (M) proposait la même formation, avec possibilité de prescrire des médicaments remboursés jusqu'à 130 euros,
- la troisième (F+M) associait les 2 premières stratégies

**A 1 an, le taux d'abstinence était de 2,7 % pour le groupe contrôle, 3,5% pour le groupe F (p=0,75), 12,1% pour le groupe M (p=0,05), 14,6% pour le groupe F+M (p=0,02).**

L'étude de Ellerbeck [35](Annals of Internal Medicine, 2009) portant sur 750 fumeurs, évaluait 3 niveaux de « disease management » pour l'arrêt du tabac. Ils étaient menés par des **conseillers en arrêt du tabac**.

- Un premier programme (M1) comportait uniquement un « management » du traitement : **mails d'éducation et information** sur les substituts à 0, 6, 12, 18 mois, avec substituts nicotiques gratuits.
- Un deuxième programme (M2) associait **2 sessions de conseils téléphoniques** sur 6 mois aux actions du programme M1.
- Le troisième programme (M3) associait **6 sessions de conseils téléphoniques** sur 6 mois aux actions du programme M1.

**A 24 mois, les résultats montraient un taux d'abstinence auto-rapportée de 28% dans le groupe M3 contre 23,5% dans le groupe M2, et 23% dans le groupe M0.**

**Le programme M3 semblait plus efficace sur l'abstinence que le programme M2 (OR= 1,33)**. Cependant, les résultats sont à relativiser puisque l'arrêt du tabac n'a pu être validé que

chez 58 % des abstinents auto-rapportés. A 24 mois, 37 à 59% des patients avaient discuté de l'arrêt du tabac avec leur médecin : il n'y avait pas de différence significative entre les groupes.

L'étude de Kypri [36](Archives of Internal Medicine, 2008), portant sur 576 étudiants consommant de l'alcool excessivement, évaluait une intervention pour diminuer la consommation d'alcool. Elle était menée par des assistants de recherche dans un service de soins primaires universitaires. Elle consistait en 3 sessions par internet (0,1,6 mois) : évaluation de la consommation d'alcool, éducation, envoi de statistiques aux étudiants sur leur consommation d'alcool (comparaison avec les consommations des autres étudiants et les consommations à ne pas dépasser). **A 6 mois**, l'étude montrait **une diminution de la fréquence de consommation d'alcool** ( $p=0,008$ ), non maintenue à 12 mois. **La baisse de la consommation totale d'alcool était significative à 6 mois** ( $p=0,02$ ) **et à 12 mois** ( $26$  vs  $30$ ,  $p=0,01$ ). **Une baisse des problèmes académiques était démontrée à 6 mois** ( $p=0,003$ ) **et à 12 mois** ( $p=0,02$ ).

### *Prévention des rachialgies*

L'étude de Hill [37](Lancet, 2011) portant sur 1573 adultes présentant des rachialgies, évaluait des « soins stratifiés » en fonction du pronostic estimé :

- en cas de risque faible : **1 session individuelle de kinésithérapie de 30 min, avec une vidéo de 15 min et un livre « the back book »**,
- en cas de risque modéré : cette session était suivie **d'autres sessions de kinésithérapie** additionnelles,
- en cas de risque élevé : les sessions de kinésithérapie additionnelles étaient associées à un **soutien psychologique de la part des kinésithérapeutes**. **A 12 mois**, les résultats montraient **un impact sur le score de handicap R.Morris (1,6 points,  $p<0,0095$ )**, **et un Qaly additionnel de 0,039**. L'intervention ne coûtait pas plus cher que les soins courants, voire suggérait des économies: les coûts totaux des dépenses de santé à 1 an étaient évalués à **240£/patient dans le groupe-intervention pour 274£ dans le groupe-contrôle**, la différence étant non significative ( $p=0,14$ ).

L'étude de Lamb [38](Lancet, 2010) portant sur 701 adultes lombalgiques, évaluait l'efficacité d'une intervention utilisant la thérapie cognitive : une **évaluation individuelle** suivie de **6 sessions de thérapie de groupe** de 1h30 par **kinésithérapeute, infirmier, psychologue, ergothérapeute**. **A 12 mois**, les résultats montraient **un impact sur le score de handicap R.Morris (1,3 points,  $p=0,0008$ )**, **le score de handicap Von Korff (8,4%,  $p<0,0001$ )**, **et sur le score de douleur Von Korff (8,4%,  $p<0,0001$ )**. Ils montraient aussi **un impact en terme de Qaly (0,099)**.

L'étude de Damush [39](Arthritis & Rheumatism, 2003) portant sur 211 adultes présentant des rachialgies aiguës, évaluait l'impact d'une intervention associant : **3 sessions de groupe** dans les centres communautaires **par des éducateurs** avec utilisation de **thérapie cognitive**, compte-rendu réguliers aux patients sur leurs progrès, remise d'un **polycopié contenant des exercices, lettre de soutien des médecins**, et **contacts téléphoniques à 4, 6, 8, semaines**

puis 1 fois par mois. A 4 mois, les résultats montraient une amélioration du retentissement émotionnel ( 3,6 vs 4,1 points /10,  $p<0,01$ ), une amélioration de la capacité à maîtriser ses douleurs (7,3 vs 6,7 points/10,  $p=0,03$ ), et une diminution de la peur de bouger (22,4 vs 23,3 points/40,  $p=0,05$ ).

### *Prévention des chutes chez la personne âgée.*

L'étude de Logan [40] (BMJ, 2010), portant sur 204 patients chuteurs de plus de 60 ans, évaluait l'efficacité d'une intervention comprenant : **6 séances individuelles à domicile** par un **kinésithérapeute, un ergothérapeute, un infirmier** (vérification PA et médicaments), et **12 sessions de groupe de 2 heures 2 fois par semaine** pendant 6 semaines, menées par **kinésithérapeute et ergothérapeute** dans les centres communautaires. A **1 an**, elle montrait **une diminution du taux de chutes annuelles (3,46 vs 7,68,  $p<0,001$ )**, **une amélioration de l'index de Nottingham (8 vs 6,  $p<0,001$ )**, **une amélioration du Falls Efficacy Scale (57 vs 76,  $p<0,05$ )**, **une baisse du nombre d'appels à ambulance pour chute (245 vs 365,  $p=0,018$ )**. Les résultats étaient non significatifs en ce qui concerne le nombre d'admissions à l'hôpital et le nombre de décès.

L'étude de Dubbert [41] (Archives of Internal Medicine, 2010), portant sur 224 patients de 60-85 ans avec limitations physiques, évaluait l'efficacité d'une intervention visant à faire travailler **la marche et le renforcement musculaire, menée par des infirmiers**. Elle comportait des **conseils individuels** initialement, renouvelés à 1 mois et 5 mois, des **contacts téléphoniques**, des **mails 2 fois par semaine**, **un agenda des exercices** à remplir par le patient. A 10 mois, elle montrait **une amélioration de la durée de marche par semaine (61 min vs 46 min,  $p<0,001$ )**, **de la fréquence de marche par semaine (1,7j vs 2,3j,  $p<0,001$ )**. Elle montrait également **une amélioration de la durée hebdomadaire des exercices de renforcement musculaire (41 min vs 15 min,  $p<0,001$ )** ainsi que de leur fréquence (2j vs 0,8j,  $p<0,001$ ).

### *Vaccinations*

L'étude de Szilagyi [42](Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2011), portant sur 7546 adolescents de 11-15 ans urbains, évaluait une intervention dont le but était d'améliorer la couverture vaccinale et les consultations de prévention chez les adolescents.

L'étude de Humiston [43](Public Health Reports, 2011), portant sur 3752 patients d'au moins 65 ans, évaluait une intervention dont le but était d'améliorer la vaccination anti-grippale dans une population âgée de quartiers défavorisés.

Les 2 interventions, menées par des travailleurs de proximité supervisés par des assistants sociaux, consistaient en un « **tracking** » des **patients non ou mal vaccinés**, identifiés à l'aide

d'un programme informatique. **Des travailleurs de proximité** contactaient **par téléphone et par mail** les patients afin de les inciter à prendre rendez-vous pour vaccination. L'intervention étudiée par de Szilagyi comprenait également des **visites au domicile** des adolescents en cas d'absence de réponse aux sollicitations par téléphone ou mail. Des **aides au transport** étaient proposées dans les 2 interventions. **A 12 mois**, l'étude de Szilagyi montrait **un impact sur la couverture vaccinale** (45% vs 32%, ARR 1,4), **sur les consultations de prévention** (68% vs 55%, ARR 1,2). **Le coût de l'intervention** était de 3,81\$/ado/mois, le coût par ado complètement vacciné de 465\$, le coût par ado recevant une consultation de prévention de 417\$. A 6 mois, l'étude de Humiston montrait un **impact sur le taux d'immunisation contre la grippe** (64% vs 22%,  $p < 0,0001$ ).

## A PARTIR DES EXPERIENCES DE COLLEGUES ET CONFRERES

### – Introduction

L'expérience de professionnels travaillant dans 2 maisons de santé où les projets de prévention sont portés depuis quelques années a été recueillie.

2 sites ont été sélectionnés :

. un à Clisson, en Loire-Atlantique : une maison de santé fonctionnant depuis 8 ans en milieu rural, composée de 5 médecins, 5 dentistes, 1 diététicienne, 1 infirmière, 5 kinésithérapeutes, 1 ostéopathe, 3 orthophonistes, 1 podologue et une secrétaire

. un à Barvaux sur Ourthe (Belgique) : une maison de santé fonctionnant depuis 30 ans en milieu rural, composée de 7 médecins, 3 kinésithérapeutes, 5 infirmiers, 1 psychologue, 1 assistante sociale, 3 accueillantes et une animatrice en santé communautaire.

Parmi les actions de prévention mises en place dans ces maisons de santé, on trouvait des actions déclinant des campagnes nationales (dépistages du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein, du cancer colorectal), et des actions de prévention issues d'initiatives locales (à Barvaux : campagne du Ruban Blanc, ballades Santé, Forum Santé magazine, Atelier mouvements du corps, panier fruits et légumes, Atelier culinaire, femmes autour de la cinquantaine, groupe tabac ; à Clisson : campagne de dépistage du mélanome, dépistage de l'obésité de l'enfant, atelier tabac).

### – Méthode

Deux focus groups ont été réalisés. Dans le focus group 1 participaient 3 médecins, 1 infirmière, 1 kinésithérapeute. Dans le focus group 2 participaient : 2 médecins, 1 diététicienne, 1 secrétaire.

Le guide d'entretien était semblable pour les 2 focus group et comportait 6 questions (annexe). Les entretiens étaient enregistrés puis retranscrits dans 1 deuxième temps dans leur intégralité de manière anonyme.

#### ○ Résultats

##### *. Élaboration des projets de prévention et mise en œuvre*

Certains thèmes de prévention étaient communs entre la France et la Belgique. Certaines actions de prévention sont inspirées de campagnes nationales et extrapolées à l'échelle de la maison de santé à destination des usagers (campagne de prévention du VIH, dépistage du

mélanome...). Au sein de chaque groupe était rapporté par ailleurs l'importance d'avoir des thèmes fédérateurs qui puissent « rassembler le plus de monde possible ».

La plupart des actions menées dans la maison médicale belge prennent naissance autour d'initiatives très simples: on parle de diététique autour du « panier fruits et légumes » en salle d'attente, on fait faire de l'exercice aux patients sédentaires via les balades Santé du dimanche... On remarque que la prévention est abordée via des activités de la vie courante, et qu'on utilise très peu-voire pas du tout- de termes ayant attiré au vocabulaire médical. La prévention trouve sa place au sein d'activités de la vie quotidienne, simples, modestes (qui ne nécessitent que peu de moyens physiques)et répétées.

#### – La formalisation du processus d'élaboration –

##### . Le choix des actions à mettre en place peut trouver son origine dans :

- . l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR),  
Ces derniers autorisent en effet davantage les professionnels de santé à inventer un mode différent d'exercice que celui du paiement à l'acte, peu favorable à une prise en charge globale et interprofessionnelle.
- . une discussion collective entre professionnels de la maison de santé, permettant à chacun d'exprimer ses souhaits et ses attentes dans le champ de la prévention, et de décider d'actions communes, validées par tous.
- . un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé,
- . l'identification de difficultés dans la pratique quotidienne, motivant un désir de changement. Des besoins spécifiques peuvent être identifiées après une "enquête" auprès des usagers de la maison de santé.
- . une motivation à coordonner des prises en charges en pluriprofessionnalité.

##### . Réunion hebdomadaire d'une cellule dite « de prévention »

En Belgique existe une « cellule prévention ». Elle regroupe quelques professionnels de santé (en fait un représentant de chaque profession) qui se réunissent de manière hebdomadaire sur des temps dédiés. Elle est chargée de réfléchir à des projets de prévention, qui seront ensuite soumis à l'approbation de l'ensemble des membres de la maison de santé.

Au sein du groupe français est rapportée la nécessité de se retrouver sur des temps spécifiques, sans que cela ne soit encore complètement formalisé, et la nécessité d'une personne ressource qui « sert à communiquer, relayer l'information, programmer les réunions ».

**. Projet élaboré en équipe sur des temps consacrés -**  
*« on doit à la fois informer nos collègues sans les saturer d'informations, [...] on a des réunions d'équipe. »*

**Exemples de modalités de préparation de projets :**

- . contact avec des structures locales (CLIC, SIAD, RIAM, secteur psychiatrique...),
- . organisation de soirées de formation avec des intervenants extérieurs,
- . création de sous-groupes de travail assurant une recherche bibliographique, présentant lors de réunions publiques.

**- La question du temps des actions -**

Certains projets sont menés au long cours. D'autres sont caractérisés par un début et une fin. L'identification d'un projet comme étant actuellement en cours nécessite parfois un effort spécifique de communication qui permet de savoir que le projet a démarré, ou est effectivement poursuivi.

Ceci évite aussi « l'embouteillage des projets ».

*« c'était pendant un temps bien délimité [...] de 3 mois »*

**- La question des porteurs de chaque action -**

**. Place centrale attribuée au patient : le patient est un acteur**

Dans le groupe belge, le patient est souvent acteur au sein de la maison de santé, participant par exemple à la préparation des ballades, rédigeant des articles pour le journal trimestriel de la maison médicale...

*« (...)dans le groupe ballade,(...)nous avons pu [...] passer le relais à un groupe de patients très actifs qui gèrent les ballades »*

*« c'est les gens eux-mêmes et ils se sentent valorisés d'être dans ce groupe préparatoire de ballades. »*

**. Relais des actions par l'ensemble des acteurs de la maison de santé (« actions communes coordonnées »);** chaque professionnel choisit de s'investir dans l'action qui lui correspond le plus.

**. Facteurs facilitants**

**- Une équipe dédiant un temps spécifique à la prévention -**

Il apparaît nécessaire d'avoir une structure qui soit en charge des thèmes de prévention. La maison médicale belge dispose de sa « cellule prévention », qui travaille à l'élaboration et au suivi des projets pour l'ensemble des professionnels. Les participants disposent d'un temps hebdomadaire financé de façon spécifique : leur travail est ainsi reconnu aux yeux des autres professionnels au même titre qu'un temps de consultation classique.

### **- La valorisation du temps de travail consacré à la prévention -**

Le temps passé est rémunéré, que ce soit un temps de réunion ou le temps passé en ballade le dimanche matin avec les patients. Cette rémunération est aussi une reconnaissance officielle aux yeux des autres professionnels du temps consacré à la prévention. Le groupe belge met en avant le mode de rémunération au forfait. Les Ligériens rapportent eux aussi que les initiatives ont été nettement facilitées par les ENMR (Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération).

### **- L'existence de patients leaders -**

Le fait de donner au patient un rôle d'acteur à part entière favorise la pérennité des projets. En Belgique, « *on lui donne des responsabilités* » et une place est laissée « *à la créativité et à l'expression* » de ce dernier. La maison médicale n'appartient plus seulement aux professionnels mais c'est un lieu de rencontre, d'échange, de partage et qu'on invite le patient à s'approprier. Les patients prennent part à la vie de leur maison médicale, en décorant les lieux par exemple ou en faisant vivre le journal trimestriel...

### **- L'utilisation d'outils -**

La possibilité de disposer d'outils concrets en tant que support physique pour accompagner les messages de prévention apparaît comme une aide non négligeable.

*« Je pense que c'est un élément important de la mise en œuvre qui fait partie de l'élaboration : [...] avoir des outils. »*

## **. Difficultés**

### **- Le caractère chronophage -**

- En l'absence de temps réservé, le groupe français rapporte qu'il faut pouvoir « *bloquer du temps de manière définie* ».

### **- La tentation de multiplier les projets concomitants -**

« *L'embouteillage de projets* » est rapporté comme un écueil qui peut épuiser la motivation des soignants. Il apparaît important de « *cadre les initiatives* » du groupe pour permettre à chaque projet d'aboutir et d'avoir une lisibilité suffisante aux yeux des soignants et des patients.

### **- Le financement -**

Le financement est globalement insuffisant. Les sources de financements identifiées étaient les suivantes : les mutuelles, l'ARS à travers la mise en place de financements spécifiques (« *il y a eu une formation par rapport à l'aide aux aidants qui était en partie financé par l'ARS mais avec des financements qui sont à l'évidence beaucoup trop bas* »), ou les ENMR pour l'indemnisation des temps de coordination ou de formation

Cette difficulté fait consensus dans les 2 groupes : « *il faut (y) mettre plus de moyens* », « *la problématique de ça c'est la budgétisation* », « *l'élaboration d'un projet coûte des sous et à l'heure actuelle, les fonds utilisés pour la prévention ne sont pas toujours fléchés...* ».

### **- L'adhésion des patients ne va pas de soi -**

Si le patient était décrit plus haut comme un facteur facilitant, il apparaît aussi parfois comme un frein lorsqu'il ne se mobilise autant que les professionnels avaient pu l'espérer. Il en va de même parfois pour les professionnels de santé lorsque le thème choisi n'est pas suffisamment fédérateur.

### **. L'évaluation**

Le principe fait consensus. Cependant tous les participants s'accordent pour dire qu'elle est souvent difficile.

L'impératif de contrôler que les fonds ont été destinés aux objets attendus fait l'unanimité.

L'objectif est d'aller plus loin que la satisfaction spontanément rapportée par certains professionnels des groupes français initialement interrogés (« *Moi je trouve que ça enrichit aussi beaucoup, beaucoup notre pratique* » ; « *ça donne des éclairages différents sur notre façon de voir* »)

Une évaluation en termes d'efficience médico-économique n'est pas consensuelle, notamment sur le principe.

En Belgique, l'évaluation est informelle. Elle est réalisée « au fil de l'eau », à travers les retours des patients. Les sites français rencontrés initialement rapportaient aussi ces retours spontanés.

*« Les retours de nos patients étaient plutôt encourageants... »*

*« Moi le changement que j'ai pu aussi constater c'est que du coup les gens osaient nous poser des questions, ils se sont dit tiens ils s'intéressent à d'autres choses que leur métier, déjà d'une part, enfin que le cœur de notre métier, mais ça a ouvert du dialogue. »*

Le groupe français pointe les différences existant entre auto-évaluation et évaluation par un tiers. L'évaluation par un tiers indépendant des éventuels financeurs devrait être privilégiée, afin d'éviter les conflits d'intérêts.

L'évaluation devrait être également davantage qualitative que quantitative. Elle devrait être double, réalisée à la fois auprès des soignants et auprès des patients. Une équipe avait ainsi évalué par questionnaires la satisfaction de personnes qui venaient à une soirée d'information grand public.

## **IV - SYNTHÈSE – ELEMENTS METHODOLOGIQUES**

Souvent évoquée comme axe essentiel de la santé, désormais reconnue comme une mission à part entière des soins primaires, la prévention doit désormais être intégrée dans les projets de santé des pôles et maisons de santé.

Le travail conduit par l'APMSL-Pays de la Loire, en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé et le Département de Médecine Générale de Nantes, a permis de :

- réaliser un audit régional sur les actions de prévention déjà mises en place dans la région,
- préciser l'impact potentiel d'actions de prévention modélisantes,
- de rapporter l'expérience de maisons de santé ayant une expérience en matière de prévention.

Au terme de ces travaux, l'ARS et l'APMSL ont formulé une synthèse de quelques idées forces et propositions sous une version très courte qui figure sur les 4 pages ci-dessous.

# MENER DES ACTIONS DE PREVENTION EN MAISONS ET POLES DE SANTE

- Éléments méthodologiques -

## 1. Pourquoi conduire une action de prévention au sein d'une MSP ?

*Apport du travail collectif, de la pluridisciplinarité*

*Travail de groupe*

*Améliorer la qualité de vie du patient*

*Responsabiliser le patient*

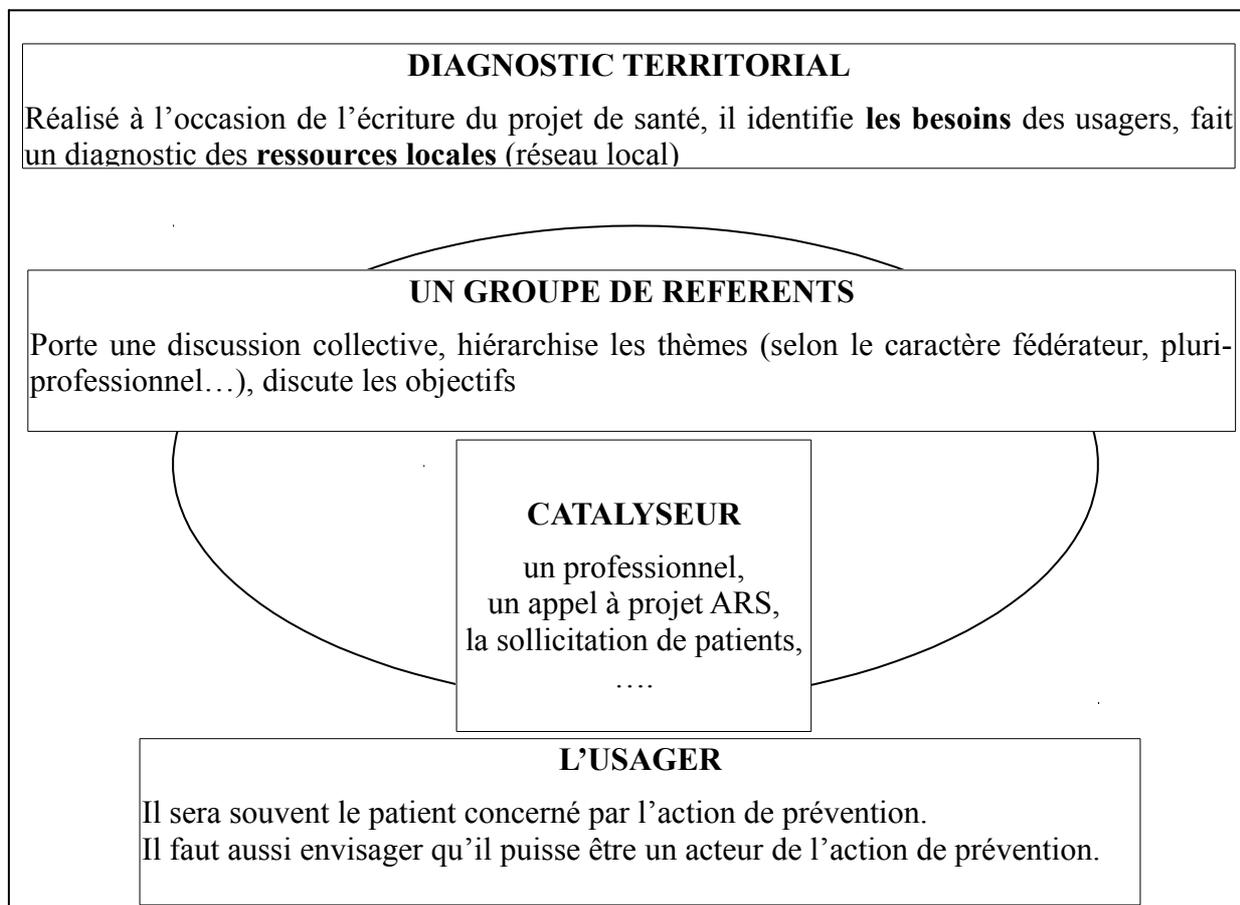
*Fédérer*

*Faire ensemble*

*La prévention fait partie du travail de chaque professionnel de santé*

*Avoir un discours commun auprès des patients*

## 2. Comment choisir un thème ?



### 3. Comment préparer une action de prévention ?

#### ▪ SE DONNER UN CADRE DE TRAVAIL

**Le temps** : planifier un temps dédié au projet de prévention

**Les ressources humaines** : identifier un coordinateur qui gère l'organisation

**Budget prévisionnel** : . budgéter le temps (indemnisation des réunions...)

. budgéter les outils (plaquettes, supports...)

... tout en gardant une souplesse de financement

*Des Interlocuteurs pour vous aider:*

- Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux (APMSL) -02 51 82 44 51

- Institut de Recherche en Education et Promotion de la Santé (IREPS) -02 40 31 16 90

- Les Mutuelles

- Les acteurs locaux

#### ▪ AU MOMENT D'ENTRER DANS LE CONCRET

Écrire sur le papier **le/les objectifs**

Anticiper une forme d'**évaluation**

Penser à l'**aide possible de structures extérieures**

Se doter d'**outils**, réserver une salle

Se préoccuper de la nécessité d'un temps de **formation**

Réflexion sur les supports de **communication** (réunions publiques, journal...)

Réflexion sur les aspects juridiques (assurances, salles...)

#### *Un exemple d'organisation: Vaccination*

*Thème choisi par des représentants de chaque profession de la MSP*

2 à 3 professionnels travaillant le sujet (2 à 3 réunions)

*Définition de l'objectif : promouvoir les vaccinations recommandées par l'ensemble des professionnels de santé du site (y compris les secrétaires)*

*Choix et obtention des outils*

*Planification des réunions (secrétaire –Mailing)*

*Validation consensuelle et distribution du tableau des vaccinations aux professionnels*

*Affichage dans la salle d'attente*

*Déroulement de l'action*

*Évaluation*

## 4. Comment mettre en place une action de prévention ?

### **Exemple 1: un dépistage du mélanome sur un temps déterminé**

Communication à l'attention des usagers (affichage...)

Fiche donnée systématiquement sur une population prédéfinie à remplir en salle d'attente

Durée de mise en place du dépistage (durée: 1 semaine)

Conduite à tenir en cas de découverte d'une lésion suspecte

Évaluation du dépistage (nombre de fiches données, nombre de lésions trouvées, nombre de consultation dermatologique, lésion à surveiller, lésions enlevées, résultat...)

Retour d'information à l'équipe

### **Exemple 2: un groupe de marche porté par les patients eux-mêmes**

Des balades-santé sont organisées tous les derniers dimanches du mois. Une des accueillantes de la maison médicale propose différents itinéraires possibles; ensuite la psychologue se rend sur le terrain en repérage pour valider l'itinéraire choisi; elle est alors accompagnée d'un ou plusieurs patients volontaires. L'information est relayée par tous les professionnels de santé de la maison médicale afin de recruter et de motiver les patients à s'inscrire. Un des patients a réalisé lui-même les dépliants explicatifs mis à disposition en salle d'attente; une autre patiente a réalisé des peintures aux thèmes des 4 saisons qui ont trouvées place en salle d'attente et où sont affichées les dates des prochaines balades. Les patients sont invités à s'investir dans les groupes préparatoires et ils se manifestent volontiers.

### **Exemple 3: une étude sur la prévention des chutes**

Patients de 60-85 ans avec limitations physiques participant au travail de la marche et du renforcement musculaire, mené par des infirmiers. Il comporte des conseils individuels initialement, renouvelés à 1 mois et 5 mois, des contacts téléphoniques, des mails 2 fois par semaine, un agenda des exercices à remplir par le patient.

A 10 mois, l'étude montre une amélioration de la durée de marche par semaine (61 min vs 46 min,  $p < 0,001$ ), de la fréquence de marche par semaine (1,7j vs 2,3j,  $p < 0,001$ ). Elle montrait également une amélioration de la durée hebdomadaire des exercices de renforcement musculaire (41 min vs 15 min,  $p < 0,001$ ) ainsi que de leur fréquence (2j vs 0,8j,  $p < 0,001$ ).

## 5. Quels impacts attendre ? – L'évaluation

La plupart des projets privilégieront une évaluation pragmatique. L'évaluation qualitative est une alternative à garder en tête.

### ▪ **Se référer préalablement à la littérature.**

L'analyse de la littérature mise à disposition par le groupe de travail doit aider les professionnels à identifier des actions dont l'impact est démontré.

La mise en œuvre d'une évaluation reposant sur des données de morbi-mortalité ne relève pas du fonctionnement habituel d'une MSP. Celle-ci nécessite des équipes de recherche : l'implication de chercheurs, d'attachés de recherche clinique, et l'obtention de financements spécifiques. L'évaluation sur des données de morbi-mortalité ne sera pas le mode le plus fréquent.

### ▪ **Mesure de la participation des usagers / recueil des retours des usagers**

.questionnaires de satisfaction, inscriptions aux ateliers ...

### ▪ **Mesure de l'implication des professionnels / recueil des retours des professionnels**

## **Listing d'actions de prévention identifiées sur le terrain ou dans la littérature**

- Temps de coordination avec les acteurs locaux: CLIC, SSIAD, ADMR, RIAM (Réseau des Intervenants en Addictologie) tous les trois mois dans les locaux de la maison de santé
- Temps de coordination pour la prise en charge des pathologies en santé mentale.
- Réunion publique : les toxiques dans l'environnement de la mère et du petit enfant
- Formation pluridisciplinaire d'une soirée sur le diabète
- Communication autour Vaccination anti- grippale (Médecins , Pharmaciens, IDE)
- Journal EPI (Éducation Prévention Informations santé)
- Plaquettes d'informations sur le bisphénol A
- « Vivre ensemble » : sensibiliser les patients aux facteurs de risque cardio-vasculaires
- « Femmes autour de la cinquantaine », groupe basé sur un partage d'expériences de vie de femmes entre 40 et 60 ans et délivrance d'informations « médicales »
- « Atelier culinaire les patients découvrent de nouveaux plats équilibrés, faciles à réaliser et peu onéreux.
- « Balade Santé », tous les derniers dimanches du mois, les participants sont sensibilisés à l'importance de l'activité physique.
- « Les lièvres et les Tortues », suite au succès des balades Santé, 2 groupes distincts ont été créés pour s'adapter au niveau physique des participants.
- « Forum Santé Magazine », journal trimestriel regroupant patients et soignants abordant des problématiques de santé proche des préoccupations et besoins de la population.
- « Saint Valentin, saint Capotin », à l'occasion de la Saint Valentin, fête de l'Amour, la maison médicale sensibilise les patients à la problématique de la séropositivité et du SIDA au moyen d'affiches et d'animations.
- « Ateliers mouvements du corps », séances d'exercice, animées par les kinésithérapeutes.
- « Panier de fruits et légumes en salle d'attente », achat, préparation et service en salle d'attente de fruits et légumes en salle d'attente, support d'échanges autour de l'alimentation.
- Programme de « disease management » pour BPCO (éducation individuelle, contacts téléphoniques)
- Programme de « self-management » de l'asthme par Internet
- Programme d'éducation des asthmatiques (consultations au cabinet /par téléphone par infirmier)
- Programme de prévention secondaire chez coronariens (consultations individuelles par infirmiers)
- Programme d'amélioration de l'hygiène de vie chez des patients à risque cardiovasculaire
- Programme d'amélioration du dépistage du cancer du sein (mails et appels aux patientes nécessitant une mammographie, par les secrétaires)
- Programme d'amélioration des lombalgies
- Programme d'aide à l'arrêt du tabac (conseils téléphoniques mensuels par conseillers)
- Programme de prévention des chutes chez les personnes âgées (séances individuelles à domicile)
- Programme d'amélioration de la couverture vaccinale antigrippale (incitations par mail ou téléphone )

### **Pour plus de renseignements,**

Contactez l'Association Régionale des Pôles et Maisons de Santé Libéraux des Pays de Loire :  
13 rue de la Loire-Parc de La Gibraye-Bât. C2  
44230 Saint-Sébastien-sur -Loire  
Tél : 02 51 82 44 51  
e-mail : [apmsl.pdl@gmail.com](mailto:apmsl.pdl@gmail.com)  
Site internet : <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/APMSL/>

**NOM : MAISONNIER**

**PRÉNOM: Noémie**

**Titre de Thèse : État des lieux des actions de prévention menées au sein de maisons de santé pluri-professionnelles de la région Pays de la Loire. Enquête réalisée en 2012-2013 sous forme de questionnaire et de focus group.**

---

### **RÉSUMÉ**

Les maisons de santé pluri-professionnelles qui se multiplient dans la région Pays de la Loire, ont la mission de développer des actions de prévention pluridisciplinaires. Cependant, une fois sur le terrain, que devient cette tâche ? L'objectif de notre travail était de dénombrer et de décrire les actions de prévention pluri-professionnelles mises en place et de comprendre les attentes et besoins des professionnels de maisons de santé sur le sujet afin de les aider à mener des projets de prévention pluri-professionnels. Notre enquête a été réalisée en 2012-2013 sous forme d'un questionnaire envoyé à cinquante et une maisons de santé de la région. Ces données ont été complétées par une enquête qualitative sous forme de trois focus group réalisés au sein de trois maisons de santé (une en Loire-Atlantique, une en Mayenne, et une en Maine-et-Loire). Seulement 49 % des maisons de santé interrogées ont déclaré avoir mis en place des actions de prévention collectives, quand 91 % affirment pourtant que la prévention fait partie de leur projet de santé. Les principaux freins identifiés pour la mise en route d'actions de prévention sont : financiers, méthodologiques, et liés au manque de temps. Une bonne entente entre les professionnels au sein de la maison de santé et une réflexion profonde sur le fond du projet de soins et sur la ligne de conduite de la maison de santé participent à la mise en place d'actions de prévention de qualité.

---

### **MOTS-CLÉS**

Prévention – Maison de santé pluri-professionnelle – Focus group – Soins primaires –  
Pays de la Loire.