

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Par **Laure BAVAY ROBERT**

Née le 6 Avril 1982 à Bourges (18).

Présentée et soutenue publiquement le 15 avril 2014

**LES FREINS A L'ADHESION DES MEDECINS GENERALISTES A UN
PROJET DE POLE DE SANTE PLURI-PROFESSIONNEL.
L'exemple du projet de pôle de santé du Canton de Saint-Savin en Gironde**

Thèse dirigée par Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Jury

Monsieur le Professeur Rémy SENAND	Président
Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE	Juge
Monsieur le Professeur Bernard GAY	Juge
Madame le Docteur Martine SENSEY	Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Professeur des Universités, médecine générale,
Directeur du département de médecine générale de Nantes,
Coordonnateur interrégional du DES de médecine générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE,

Professeur des Universités, médecine générale

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse à distance, et de m'avoir guidée dans ce travail. Merci pour votre enthousiasme, vos idées, vos critiques constructives et vos encouragements. Veuillez recevoir ici l'expression de ma gratitude la plus sincère et de mes sentiments les meilleurs.

A Monsieur le Professeur Bernard GAY,

Professeur des Universités, médecine générale
Directeur du département de médecine générale de Bordeaux,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. J'apprécie l'intérêt que vous avez manifesté pour ma thèse et le projet sur lequel elle s'appuie. Vous êtes à l'origine de l'idée d'un jury « mixte », moitié nantais, moitié bordelais, reflet de mes études médicales. Merci pour votre précieuse aide au cours du focus group. J'espère que le projet de pôle de santé du canton de Saint Savin aura un jour le rayonnement de celui de La Réole. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mes sentiments les plus respectueux.

A Madame le Docteur Martine SENSEY,

Directrice de l'offre de soins et de l'autonomie, ARS Aquitaine

Votre présence dans ce jury de thèse est un honneur pour moi et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

Aux médecins du canton de Saint Savin,

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré pour la réalisation des entretiens sans lesquels cette thèse n'existerait pas.

Je remercie particulièrement Fabrice Robin, François Claverie, Paule Cazaufranc et Olivier Darrigrand, ainsi que tous les membres de l'association du pôle de santé du territoire de Saint Savin pour leurs encouragements.

Fabrice, Sylvia, j'espère vous rejoindre dans quelques jours.

A Amandine, Cynthia, Maud, Maximilien et Samir,

Merci pour votre participation au focus group, pour votre sincérité, vos témoignages, votre enthousiasme. Je suis ressortie de cette soirée fière de ma profession et des confrères de ma génération.

A Virginie EVRARD,

Merci pour ton aide à l'élaboration de mon guide d'entretien individuel et pour nos conversations qui ont enrichi mon travail, j'espère vivement que nous irons présenter ensemble le pôle de santé à Nancy en septembre.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mon internat,

En particulier à mes maîtres de stage praticien, Brigitte Tregouet et Nathalie Bourdrel,

Vous m'avez donné le goût pour la médecine générale libérale, je n'oublie pas ces six mois de compagnonnage passés avec vous, vous m'avez montré que l'on peut concilier passion pour son métier et vie personnelle agréable, votre carrière est un exemple que j'espère pouvoir suivre.

Au Docteur Jean-Yves Prézeau

Et à toute l'équipe du service de médecine polyvalente-pneumologie du Docteur Aline Laurençon du centre hospitalier de Fontenay le Comte, j'ai beaucoup appris à vos côtés, tant sur le plan professionnel que sur le plan humain, je vous en remercie. Jean Yves et ta petite famille, vous avez égayé mon premier semestre d'internat.

A mon mari, Eric chéri,

Merci pour nos vives discussions, parfois enflammées, au sujet de cette thèse (dont tu entends parler depuis si longtemps), même si elles m'ont fait un peu râler, elles m'ont surtout fait avancer. Merci pour ta patience (oui oui), pour les brioches et le pain maison, et merci pour ton soutien depuis 7 ans.

A mon petit garçon Gaspard,

Tes sourires, tes éclats de rire, tes mimiques et tes petites manies égayent mon quotidien. Tu as été ma bouffée d'oxygène pendant ces derniers mois.

A mes parents,

Merci pour votre soutien inconditionnel depuis toujours, merci de m'avoir donné confiance en moi et confiance en la vie, c'est une force que j'espère réussir à transmettre à mon tour à Gaspard. C'est grâce à vous si je suis ici aujourd'hui. Papa, merci pour ta relecture et tes conseils, Maman, merci pour le soutien logistique pendant ces longs mois.

A Simon,

Mon génial petit frangin qui est maintenant un super tonton, merci pour ton soutien, à ta manière, pour tous les bons moments passés ensemble, les parties de coinche, les bons repas, les petits coups de fil.

Merci à toi aussi Marie, ma petite belle sœur, vous formez une super équipe tous les deux, et votre présence à mes côtés ces derniers mois a été d'un grand réconfort.

A ma famille,

Malgré la distance, vous comptez tous beaucoup pour moi.

A mes grands-parents, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, je sais que, d'une certaine manière, vous êtes à mes côtés en ce moment solennel.

Un merci particulier à Brigitte, tes messages et coups de fils réguliers depuis ma première année de médecine sont un précieux soutien.

Un petit clin d'œil à Wuja Edzui et Ciocia Guenia, la mémoire de la famille et des traditions polonaises.

A mes beaux parents et ma belle famille,

Merci pour les bons moments passés ensemble.

A Caro, Emeline et Marion,

Et vos « maris et marmots », notre amitié a grandi avec nous et s'est renforcée, merci pour votre présence à mes côtés dans tous les moments importants de ma vie, merci pour vos conseils, votre soutien et nos nombreux échanges. Que notre petite équipe dure encore de nombreuses années.

A Mab,

Juste à côté ou plus loin, sur terre ou en pleine mer, tu es toujours là, par un petit texto, un long coup de fil, une visite improvisée, et c'est toujours un plaisir.

A Aurélie et Jean-Philippe, Manon et Louise,

Que ça soit autour d'un bon repas ou d'un petit Mac Do, à 4 ou à 7, c'est toujours un vrai plaisir de partager du temps avec vous et nos rencontres régulières ont été un grand soutien ces derniers mois.

A Marie et Vincent,

Merci pour votre amitié depuis maintenant de si longues années. Et bienvenue à votre petit Baptiste.

A Estelle et ta jolie famille,

Merci pour les déjeunettes et les tea-time entre filles, les goûters avec les enfants, les sorties poussettes et toutes tes petites attentions. Nos rendez-vous réguliers ont été un réel soutien ces derniers mois.

A Manue, Nico et Constant,

Pas toujours facile de garder des liens d'amitié à distance, mais avec vous, à chaque fois qu'on se voit, c'est comme si on s'était quittés la veille.

A tous mes amis,

De longue date ou rencontrés plus récemment, merci pour tous les moments passés ensemble, un petit clin d'œil à Anne et Carine, mes plus vieilles amies, à Marianne, merci pour le magnifique cadeau que tu nous as fait, à Clairette, que je vois trop rarement, merci à tous mes co-internes et à mes coloc de l'internat de Saint Herblain et de Saint Nazaire.

Vous avez tous contribué, de près ou de loin, à construire le médecin que je suis aujourd'hui.

ABREVIATIONS

ALD : affection de longue durée

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : agence régionale de santé / ARS-DT : délégation territoriale

ASIP : agence des systèmes d'information partagée de santé

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

CODDEM : commission départementale de la démographie médicale

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DMP : dossier médical personnalisé

DPC : développement professionnel continu

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : éducation thérapeutique du patient

FFMPS : fédération française des pôles et maisons de santé

FMC : formation médicale continue

GPSPB : groupement des professionnels de santé du pays beunois

HAD : hospitalisation à domicile

Loi HPST : hôpital patient santé territoire

IDE : infirmier diplômé d'état

IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé

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

MG : médecin généraliste

MSP : maison de santé pluri-professionnelle

PS : professionnels de santé

PSP : pôle de santé pluri-professionnel

RSA : revenu de solidarité active

SCP : société civile professionnelle

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

TIC : technologies d'information et de la communication

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE	10
I. Qu'est ce qu'un pôle de santé pluri-professionnel ?	10
II. Contexte du Canton de SAINT SAVIN en Gironde	15
MATERIEL ET METHODES	19
I. Type d'étude.....	19
II. Définition de la population.	20
A. Choix de la population.....	20
B. Caractéristiques de la population.	21
III. Recueil des données	22
A. Réalisation des guides d'entretien	22
B. Lieu et déroulement des entretiens	24
C. Transcription des données	26
IV. Analyse des données.....	27
RESULTATS	28
I. Résultats de l'analyse des entretiens individuels des médecins installés sur le canton de Saint Savin.	28
A. Connaissances des médecins sur la démographie médicale et sur la population du canton...28	
B. Connaissances des médecins sur le projet de pôle de santé sur le canton	30
C. Définitions d'un pôle de santé et d'un projet de santé données par les médecins	31
D. Les réticences des médecins à l'adhésion à un pôle de santé	33
E. Ce qui ne freine pas à l'adhésion au projet	40
F. Leur analyse des freins à l'installation de leurs jeunes collègues en milieu semi rural	41
G. Les points positifs du projet de pôle de santé	44
H. Des perspectives d'évolution du mode de fonctionnement de la médecine générale au sein du canton	45
II. Résultats de l'analyse du focus group des jeunes médecins.....	46
A. Définition d'un pôle de santé pluri-professionnel.....	46
B. La philosophie d'exercice du jeune médecin	49
C. Les incontournables pour l'installation.....	51
D. Les avantages d'un pôle de santé pluri-professionnel.....	53
E. Les avantages de l'exercice en milieu rural	55
F. Les réticences à adhérer à un pôle de santé.....	56
G. Les craintes de l'exercice en milieu rural	57
DISCUSSION	59
I. Discussion sur la méthode	59

A. Limites de l'étude	59
B. Points positifs	62
II. Discussion sur les résultats	62
A. Comparaison des freins à l'adhésion à un PSP des médecins du canton et des jeunes médecins, et aux données de la littérature	62
B. Pôle de santé pluri-professionnel : l'avenir ? Des exemples qui fonctionnent	68
C. Analyse du projet de pôle de santé du territoire de Saint Savin sous l'angle des recommandations	73
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	81

INTRODUCTION

En septembre 2013, Madame la ministre de la santé et des affaires sociales, Marisol Touraine, présente la stratégie nationale de santé, elle parle alors de « révolution du premier recours » et place le médecin généraliste au centre de ce système [1]. Or, régulièrement dans l'actualité, on entend que la médecine générale, libérale, de proximité est en crise : déserts médicaux, vieillissement des médecins, désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale, désintérêt des jeunes médecins pour l'exercice libéral, charges administratives lourdes, exigences des patients, permanence des soins non optimale, burn-out des médecins font la une de la presse grand public et de la presse spécialisée [2].

Pourtant, depuis quelques années, des solutions émergent, avec notamment la loi HPST de 2009 qui a pour ambition d'aider à la préservation de notre système de santé, par la mise en place d'une offre de soins de qualité, accessibles à tous, satisfaisant l'ensemble des besoins du territoire [3]. Elle propose une réorganisation du système de soins notamment pour lutter contre les déserts médicaux, favoriser un décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, et proposer une meilleure coordination du système de santé [4]. Cette loi et les rapports qui ont suivi (rapport sur la médecine de proximité du Dr E. Hubert, rapport sur la médecine libérale du Dr M. Legmann) définissent et valorisent les regroupements des professionnels de santé, au sein de pôles et maisons de santé pluri-professionnels [6, 7].

Actuellement, ces « services de santé » apparaissent comme une solution pour répondre de manière optimale à la nécessité d'accès aux soins de premier recours de la population et aux exigences de qualité de vie professionnelle et de vie privée des professionnels de santé [8].

Si le concept de maison de santé évoque quelque chose de concret pour tous les professionnels de santé (un bâtiment regroupant médecins, infirmières, kinésithérapeutes, dentistes ...), celui de pôle de santé pluri-professionnel est plus abstrait (souvent assimilé à un rapprochement entre un centre hospitalier public et une clinique privée). Ils sont pourtant assez proches : constitués de professionnels médicaux et para-médicaux, ils assurent des activités de soins de premier recours, et peuvent participer à des activités de prévention, promotion de la santé et sécurité sanitaire. La notion de pôle de santé ne sous-entend pas de regroupement physique mais une coopération fonctionnelle entre les professionnels de santé d'un même territoire, autour d'un projet de santé pour la population.

En effet, dans certains territoires étendus, le regroupement physique des professionnels de santé n'est pas l'idéal, il peut, au contraire, éloigner les professionnels de certains usagers [9].

C'est le cas du Canton de Saint Savin, vaste canton de Gironde qui regroupe 16 communes, avec 15 médecins généralistes installés dans des cabinets de 1 à 3 médecins.

Le canton n'est pas à proprement parler un désert médical mais 14 des 16 communes ont été placées en zone d'accompagnement prioritaire par l'ARS [10]. Le vieillissement des médecins généralistes installés, associé à une croissance démographique positive et à une certaine précarité de la population, ont amené les élus locaux à réfléchir à des solutions pour assurer un accès et une continuité des soins durables et égalitaires. Un diagnostic local de santé [11] a alors été effectué et il a été proposé aux professionnels de santé du canton de participer à l'élaboration d'un projet de santé dans le cadre de la création d'un pôle de santé pluri-professionnel.

Un groupe de travail s'est constitué pour réfléchir à ce projet de santé, socle indispensable du pôle de santé.

Pour que le pôle de santé soit réellement une aide au maintien et à l'amélioration de l'offre de santé dans le canton, il est indispensable que la plupart des professionnels de santé installés adhèrent à ce projet de santé, notamment les médecins généralistes.

Quels sont les facteurs qui poussent les professionnels de santé d'un canton à adhérer à un projet de santé ? Quelles sont les réticences à changer leur façon actuelle de travailler ? Comment accompagner le changement des pratiques ?

Il nous faut tout d'abord tenter d'apporter une définition du concept de pôle de santé pluri-professionnel avec ses objectifs et les notions qu'il sous-entend.

Puis nous définirons le contexte du projet de pôle de santé dans l'exemple du canton de Saint Savin.

CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

I. Qu'est ce qu'un pôle de santé pluri-professionnel ?

Il est difficile d'apporter une définition exacte de la notion de pôle de santé pluri-professionnel, il existe en effet autant de définitions que de pôles de santé.

La fédération française des pôles et maisons de santé recense plus de 400 maisons et pôles de santé en France.

Si les regroupements entre professionnels existent depuis longtemps (exemple des unités sanitaires de base de St Nazaire, 1983), les maisons de santé pluri-professionnelles ne disposent d'une reconnaissance législative au sein du code de la santé publique que depuis 2007, définition modifiée en 2009 (loi HPST) puis 2011 (loi Fourcade) [3, 4] :

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Le concept de pôle de santé n'apparaît qu'en 2009 (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (art 40))

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

La loi HPST insiste sur l'importance de l'existence d'un projet de santé et sur la nécessité d'une coordination entre les différents acteurs de la maison ou du pôle de santé pour un exercice conforme aux orientations données par les schémas régionaux des ARS :

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé

par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

En effet, c'est à travers les objectifs et l'organisation décrits dans le projet de santé que se fait la distinction entre pôle ou maison de santé, et simple regroupement de professionnels de santé dans des cabinets de groupe.

L'ARS de la Lorraine a élaboré un cahier des charges des pôles de santé qui définit le concept de pôle de santé ambulatoire pluridisciplinaire comme une « coopération fonctionnelle » entre les professionnels de santé d'un territoire, « dimensionné au périmètre des relations patients-soignants, soignants-soignants » [9].

Le pôle de santé offre un modèle d'intégration souple des professionnels présents et récemment installés, tout en respectant leurs modalités d'exercice (cabinet de groupe, exercice seul ...) et leur statut (libéral ou salarié).

Il s'appuie obligatoirement sur une collaboration et une participation de tous à un projet de santé et à un projet professionnel, socles communs du pôle de santé.

Qu'est ce qu'un **projet de santé** ?

La fédération française des maisons et pôles de santé en apporte la définition suivante dans son lexique : « Le projet de santé est un texte qui définit le mode de réponse aux besoins de santé de la population concernée. Peuvent être abordés : les modalités de la réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie. Enfin, de tout autre projet local comme participation à des réseaux existants, etc... » [16]

Le projet de santé s'appuie sur le plan régional de santé établi par l'ARS, traduit dans le schéma régional d'organisation des soins, dans son volet ambulatoire [10].

Il doit être élaboré et validé par l'ensemble des professionnels de santé d'un pôle de santé.

Le **projet professionnel** définit l'organisation du travail en commun des professionnels de santé d'un pôle ou d'une maison de santé. Il traite par exemple des modes de coordination avec les autres professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, de la gestion des dossiers communs. [16]

Le développement des pôles et maisons de santé essaie de répondre à la problématique actuelle du manque d'installations des jeunes professionnels de santé, de l'augmentation des besoins de soins de la population (vieillesse, pathologies chroniques) et des nouvelles missions de la médecine, notamment de la médecine de proximité (éducation thérapeutique, dépistage, prévention...) [6, 14].

Même s'il existe de nombreuses formes de pôles de santé, on peut définir **plusieurs objectifs poursuivis par un pôle de santé ambulatoire** : [11]

- Favoriser et pérenniser l'accès aux soins de premier recours pour la population d'un territoire avec une prise en charge coordonnée la plus globale possible,
 - On entend par soins de premier recours :
 - « La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
 - La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
 - L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
 - L'éducation pour la santé. » [3]
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients (maladies chroniques notamment) et de la continuité des soins, par la coopération des professionnels des domaines sanitaire, médico-social et social,
- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé
- Favoriser le développement professionnel continu
- Développer la formation des futurs professionnels
- Etre un lieu de travail attractif pour les jeunes professionnels qui ne souhaitent plus travailler en solitaire.

Le regroupement des professionnels permet d'une part de pouvoir bénéficier d'un avis collégial sur des situations complexes, d'autre part de partager les contraintes de la continuité des soins.

Le pôle de santé permet ce regroupement tout en respectant le choix de chaque professionnel (exercer seul ou en cabinet de groupe).

Les jeunes médecins s'installeront plus volontiers s'ils ont l'impression d'être accueillis dans une dynamique de groupe. [15]

Ces regroupements de professionnels permettent également d'envisager la notion de **coopération entre professionnels de santé** et de **transferts/partage d'activités ou d'actes de soins**, solutions envisagées par la loi HPST pour permettre de redonner du temps médical aux médecins, et d'utiliser au mieux les compétences de chacun. [8]

Tout cela est désormais possible grâce aux nouvelles **technologies d'information et de communication (TIC)**.

Depuis la loi Fourcade [4], il est désormais possible pour une équipe de soins de premier recours de partager les données de santé de sa patientèle (avant, cela n'était possible qu'au sein d'un établissement) sous réserve de l'obtention du consentement du patient et de l'adhésion des professionnels de santé à un projet de santé.

L'ASIP (Agence des systèmes d'information partagée de santé) a produit un cahier des charges du système d'information nécessaire en MSP ou PSP. [17]

Ces systèmes d'information sont des outils qui permettent d'aider à l'organisation des professionnels de santé en proposant le partage des dossiers, des messageries sécurisées, le partage des agendas ...

Ces nouveaux systèmes de partage d'informations médicales rencontrent des obstacles techniques : nécessité d'un hébergement sécurisé des données, compatibilité des logiciels existants, droit d'accès aux informations par les différents professionnels de santé, surcoût. [18, 19]

Les TIC permettent également l'essor de la **télé médecine**. La loi HPST a reconnu la télé médecine comme une pratique médicale à distance facilitée par les télécommunications comme l'envoi de documents (ECG, imagerie), les consultations à distance par des médecins spécialistes d'organes, la surveillance médicale à distance (pace maker par exemple). La télé médecine est présentée comme une réponse aux défis rencontrés par le système de soins de premier recours (accessibilité aux soins, problème de démographie médicale) [13]

Ces nouvelles modalités d'exercice de la médecine favorisant les échanges et la coordination entre professionnels de santé dans le but d'une amélioration de la prise en charge globale des patients ne sont pas encouragées par la rémunération actuelle basée sur le paiement à l'acte.

C'est pourquoi des **nouveaux modes de rémunération** sont expérimentés depuis 2008, au sein de structures pluri-professionnelles ambulatoires qui ont formalisé un projet de santé.

Il s'agit d'un contrat avec une structure représentant un collectif de professionnels, portant sur des montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte, en contrepartie d'une amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, notamment en terme de coordination, de nouveaux services aux patients (éducation thérapeutique, prise en charge de patients complexes), coopération entre professionnels de santé et de protocoles de partage de compétences. La rémunération est basée sur la réalisation d'objectifs définis par la structure et par l'ARS.

Ces nouveaux modes de rémunération ont été en expérimentation jusqu'en décembre 2013 et sont reconduits et déployés pour l'année 2014. [21]

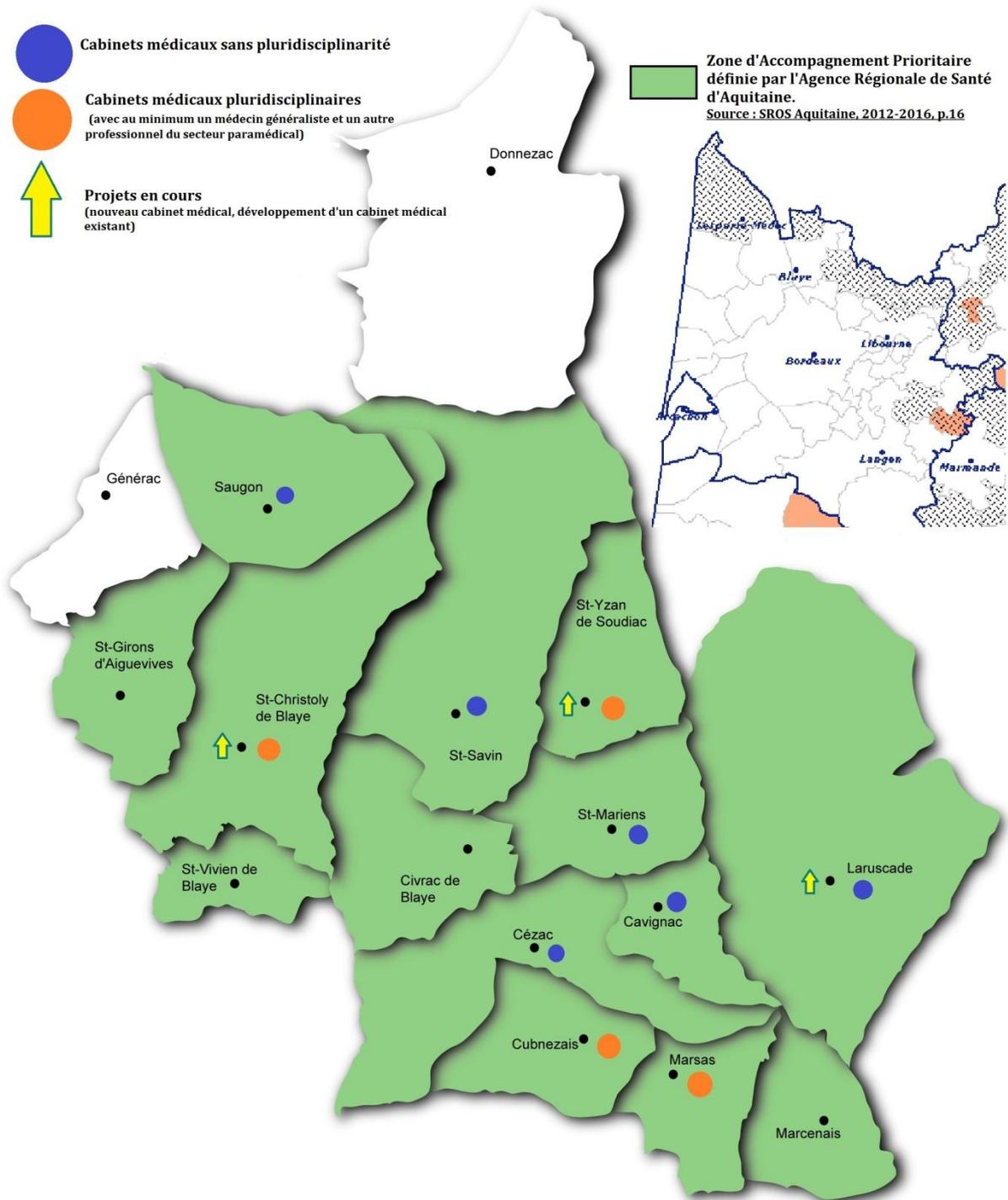
La loi Fourcade a amélioré le cadre juridique des coopérations entre les professionnels de santé en créant la **SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires)** : elle permet à certains professionnels de santé (de professions distinctes) d'exercer en commun les activités de coordination, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé, de percevoir des financements publics qui seront répartis entre les membres de la SISA, de facturer certains actes à l'assurance maladie, d'organiser un cadre fiscal et social tout en ménageant une souplesse d'accès et de sortie facile du dispositif. [20]

Le bon fonctionnement d'un pôle de santé nécessite la présence d'un **« coordonnateur »** ou **« assistant de santé »** dont les fonctions vont au-delà de celle d'un secrétaire. En effet pour dégager du temps médical, certaines tâches administratives ou médico-sociales peuvent être déléguées (coordonnées du patients, gestion du matériel, lien avec le secteur social, questionnaires, éducation du patient ...) Certains réseaux ont expérimenté le recrutement de ces nouveaux professionnels, ils sont chargés de faire le lien entre les différents PS médicaux, para médicaux, sociaux de la ville et de l'hôpital. [7, 14]

Le pôle de santé constitue donc une coopération entre professionnels de santé, sur la base du volontariat, pour prendre en charge les soins de premier de recours d'un territoire, dans le cadre d'un projet de santé pour la population du territoire. Ce regroupement s'articule autour du médecin traitant.

Il est donc indispensable pour le bon fonctionnement du pôle, que la majorité des médecins du territoire adhèrent au projet de santé.

II. Contexte du Canton de SAINT SAVIN en Gironde



Répartition des cabinets médicaux sur le Canton de Saint-Savin

Source : CIAS du Canton de Saint-Savin, 2013

La loi HPST est déclinée à l'échelle régionale par les ARS, elle prend la forme d'un projet régional de santé. En Aquitaine, le projet régional de santé aquitain est adopté pour 5 ans (2012-2016). Le volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins veut « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique ». [10]. La démographie médicale en Aquitaine est plutôt favorable puisque la densité médicale est supérieure à la moyenne nationale, il est donc proposé d'anticiper les évolutions de la démographie des professionnels de santé. Mais il existe des disparités au sein de la région et notamment au sein du département de la Gironde, en effet la densité de médecins généralistes libéraux varie du simple au double entre certains bassins de vie ruraux et des zones urbaines. De plus l'âge moyen des généralistes est plutôt élevé (50,1 ans) et en 2009 il n'y a eu que 13% d'installations en libéral parmi les nouveaux inscrits dans les ordres départementaux de la région. Il a donc été mis en place un score qui permet de prendre en compte la densité médicale, la proportion de médecins âgés de plus de 60 ans et le nombre de médecins de moins de 60 ans en activité, la part de la population de plus de 75 ans, la proportion d'allocataires de minima sociaux et les niveaux élevés d'activité, et de définir des zones de premier recours à accompagner prioritairement en particulier dans le développement de structures d'exercice pluri-professionnel.

C'est le cas d'une large partie des communes du canton de Saint Savin en Haute Gironde (14 communes sur 16 classées en zone d'accompagnement prioritaire).

Ainsi en avril 2012, le Conseil Communautaire de la Communauté de Communes du Canton de Saint Savin a décidé « d'initier et de mettre en œuvre une réflexion intégrant les intervenants médicaux, médico-sociaux et sociaux pour la définition d'un projet de santé territorial en vue de la mise en place d'un pôle de santé pluridisciplinaire sur le canton ». [11]

Il a donc été réalisé un diagnostic local de santé [11], part indispensable à une démarche de projet de santé, qui a retrouvé les caractéristiques suivantes :

Le canton de Saint Savin est le premier canton de la Haute Gironde tant en superficie qu'en poids démographique, il bénéficie d'une croissance démographique positive. C'est un canton jeune, les moins de 20 ans représentent plus du quart de la population.

Il est marqué par une précarité certaine de sa population, vécu comme un frein à l'accès aux soins par les acteurs locaux : isolement des personnes âgées, majorité d'ouvriers et d'employés, une certaine pauvreté avec un revenu fiscal parmi les plus bas en Haute Gironde et des écarts importants avec le revenu moyen en Gironde et en Aquitaine, près de 10% des habitants sont couverts par le RSA, un taux de chômage plus élevé que celui de Gironde et d'Aquitaine.

Il a été constaté au cours de ce diagnostic, une mortalité prématurée surreprésentée par les maladies de l'appareil circulatoire particulièrement chez les hommes, une importante mortalité prématurée évitable (mortalité par cancers des voies aéro-digestives supérieures, œsophage, poumon, psychoses alcooliques, accidents de la voie publique, chutes accidentelles, suicides et sida), une surreprésentation du diabète parmi les ALD, une mortalité par maladies cardio-vasculaires et tumeurs surreprésentée, de nombreux bénéficiaires de l'APA en GIR 3, une mortalité liée au tabac surreprésentée (2 décès par mois).

Les acteurs locaux expriment des difficultés dans la prise en charge des troubles mentaux, des conduites addictives, de la perte d'autonomie et des fins de vie.

Le canton de Saint Savin compte 15 médecins généralistes, soit une densité de 7,2 MG pour 10 000 habitants. Alors qu'il est le plus vaste et le plus peuplé de la Haute Gironde, il est le moins doté en médecins généralistes. La proportion de femmes est moins importante qu'au niveau national.

7 médecins généralistes sur 15 ont plus de 55 ans, le non remplacement de ces médecins une fois à la retraite, combiné à une croissance démographique positive, place le canton comme à risque de devenir un désert médical à terme : en 2022, si aucun médecin ne s'installe, la densité de MG passerait de 7,2 à 2,7 médecins pour 10 000 habitants.

Le canton est également moins doté en infirmiers, kinésithérapeutes que la région Aquitaine et la Gironde.

Il n'existe pas à l'échelle cantonale d'organisation officielle entre les différents professionnels de santé. Les acteurs locaux témoignent de difficultés dans la coordination de part le manque de disponibilité des médecins généralistes dont les emplois du temps sont saturés.

Cependant, l'offre de soins actuelle présente des atouts sur ce vaste canton : elle présente une certaine pluridisciplinarité (offre médicale, para médicale, sociale, médico-sociale, hospitalière), la répartition des différents cabinets médicaux et para médicaux sur le territoire constitue un véritable atout.

Cette bonne répartition actuelle est au cœur du projet de pôle de santé, et a exclu d'emblée l'idée de la création d'une structure type maison de santé unique qui aurait éloigné les bénéficiaires de leurs médecins.

Parallèlement à ce diagnostic, l'ensemble des professionnels de santé du territoire a été invité à différentes réunions présentant ce projet, ainsi qu'à des tables rondes invitant les jeunes médecins

généralistes à parler de leurs aspirations et les porteurs de projets de pôle et maison de santé du département à parler de leurs motivations et des difficultés rencontrées.

Lors de ces réunions, on a pu pressentir certes une certaine motivation pour envisager une amélioration des pratiques actuelles mais également des réticences quant à la valeur ajoutée réelle de ce projet, notamment des doutes sur le fait qu'un tel projet puisse attirer de jeunes généralistes à venir s'installer dans le canton.

En mars 2013, un groupe de travail a réuni une quinzaine de professionnels de santé pour élaborer un projet de santé, ce groupe se réunit une fois par mois depuis le mois d'avril.

Le but est d'améliorer l'offre de soins actuelle sur le territoire et de prévenir la désertification médicale en rendant le canton plus attractif. L'objectif final est d'assurer l'installation durable de jeunes médecins généralistes sur le canton.

L'un des premiers objectifs poursuivis est le développement d'outils de coordination entre les différents professionnels de santé.

Or, un des débats soulevés, est la nécessité que l'ensemble des professionnels de santé du canton adhère au projet de santé et notamment les médecins généralistes.

Comment faire adhérer l'ensemble des médecins généralistes à ce projet de santé ? Quelles sont les réticences, les obstacles à l'implication dans ce projet ?

L'objectif de notre étude est d'analyser le ressenti, les représentations, les freins au changement des pratiques actuelles, changement qui semble indispensable pour garantir la pérennité d'une médecine de qualité accessible à tous.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

La méthode utilisée est définie par la question de recherche. Dans notre cas, il s'agit d'explorer, de comprendre les freins, les réticences des médecins généralistes d'un canton à adhérer à de nouvelles pratiques professionnelles. Nous recherchons donc à décrire les représentations, les expériences, les objectifs professionnels et personnels, les désirs qui pourraient les amener à adhérer ou non à un projet de santé dans le cadre d'un pôle de santé pluri-professionnel.

La méthode qualitative a été conçue pour observer l'interaction sociale, pour mener des recherches sur les phénomènes humains dans leur environnement naturel. Elle permet de répondre à des questions telles que « que se passe-t-il ? pourquoi ? comment ? » et cherche à dégager des concepts, des règles de compréhension communes à un groupe. [22]

Dans la revue médicale suisse, Patricia Hudelson en donne les principales caractéristiques : [23]

« Une tentative de voir les événements, actions, normes, valeurs du point de vue des personnes étudiées,

Un accent mis sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation ou contexte spécifique influencent le phénomène étudié,

Une stratégie flexible et itérative. Une telle démarche permet de révéler des thèmes dont l'importance était inattendue et qui seraient peut être restés dans l'ombre si les chercheurs s'étaient limités à une liste de questions pré établies ou à des méthodes de collectes de données prédéterminées. »

Il nous a semblé intéressant de recueillir l'analyse à la fois des médecins potentiellement impliqués dans le projet de pôle de santé du canton de Saint Savin et des futurs acteurs des soins primaires. En effet, un des objectifs du pôle de santé est de rendre le territoire attractif pour les jeunes professionnels de santé. Ce choix a été confirmé lors de la réalisation des entretiens des médecins du canton, ceux-ci ont tous évoqué spontanément l'importance de recueillir l'opinion des jeunes médecins.

Les deux populations interrogées étant très différentes, notre choix s'est porté sur deux techniques d'enquête : des entretiens semi directifs auprès des médecins généralistes installés et un focus group auprès d'internes de médecine générale ou jeunes médecins exerçant depuis moins de deux ans.

L'entretien semi directif prend la forme d'un échange interactif dans lequel l'enquêteur explore, en face à face, le monde subjectif de l'interviewé en mettant entre parenthèses ses propres

conceptions du sujet. L'entretien vise à la fois à confirmer ou infirmer les hypothèses émises sur la question de recherche mais permet également de suggérer d'autres hypothèses. L'entretien permet la production d'un discours qui se veut le reflet de la pensée, de l'expérience de l'interviewé. C'est ce discours qui sera analysé afin d'élaborer des concepts. [24]

Lors d'un **focus group**, technique d'entretien collectif, les participants sont encouragés à parler les uns avec les autres, à échanger des opinions, des expériences, à se poser des questions. La dynamique de groupe permet aux participants de rebondir sur les idées des autres et permet l'émergence d'idées, de concepts qui n'étaient pas initialement prévus. [25, 26]

L'entretien en face à face des professionnels en formation aurait risqué d'être pauvre par manque de connaissance du sujet. Réaliser un focus group auprès de médecins se connaissant déjà nous aurait fait prendre le risque d'une dynamique de groupe négative, avec à la fois un risque de domination de certains participants et des réticences à exprimer des idées personnelles devant ses collègues de travail.

II. Définition de la population.

A. Choix de la population.

Dans la recherche qualitative, l'analyse est contextualisée, elle cherche à « comprendre les logiques d'action, règles explicites et implicites, représentations, croyances et à rendre compte du point de vue des acteurs et du sens qu'ils donnent à la situation. Elle ne vise pas à produire des théories générales mais des théories de portée moyenne, solidement reliées aux résultats de l'enquête » (X. Briffault)

Dans notre étude, la population dont on veut connaître le point de vue est celle des médecins généralistes du canton. Ils représentent en effet un des principaux pivots du pôle de santé, sans eux le projet de santé n'est pas viable.

Sur le canton de Saint Savin, ils sont au nombre de 15. Ils ont été contactés par téléphone sur leur lieu de travail.

Une des raisons du pôle de santé est la crainte de désertification médicale sur le canton et un des objectifs est donc de rendre le territoire attractif pour les jeunes professionnels.

La qualité de recrutement des participants au focus group est un élément essentiel pour favoriser les interactions. Ils doivent avoir des caractéristiques communes, en lien avec le thème abordé. En effet,

les participants doivent se sentir à l'aise d'exprimer leur point de vue sans peur du jugement de la part des autres. Leur sélection vise à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet.

Pour ce qui est de la taille du groupe, la plupart des spécialistes s'accordent à dire que le nombre de participants doit être compris entre 5 et 10, un groupe trop petit produisant des échanges moins riches, un groupe trop important risquant de favoriser des échanges incontrôlables. [25, 26]

La population choisie pour explorer ce point est constituée par les internes de médecine générale passés en stage chez les médecins maîtres de stage du canton. Pour qu'ils aient pu entendre parler du projet de pôle de santé, le choix s'est initialement porté sur les 8 derniers internes passés en stage (soit entre Mai 2011 et Novembre 2013), sur ces 8 internes, seuls 3 ont répondu de manière positive, nous avons donc recruté une interne ayant effectué son stage sur le canton en 2009 mais effectuant des remplacements sur le canton actuellement et un interne effectuant des remplacements réguliers sur le canton (ayant fait son stage chez le praticien en milieu rural).

Ceci a amené le groupe à 5 participants, ce nombre est satisfaisant pour la réalisation de l'étude.

B. Caractéristiques de la population.

- Les médecins généralistes du canton

Le canton compte neuf cabinets médicaux, regroupant un à trois médecins généralistes. Un cabinet est pluridisciplinaire avec présence d'un cardiologue, de kinésithérapeutes, d'une orthophoniste et d'infirmiers, deux autres médecins partagent leurs locaux avec des infirmières.

Les médecins sont âgés de 41 à 67 ans, 7 ont plus de 55 ans dont 4 plus de 60 ans. Il y a 4 femmes et 11 hommes. Ils exercent à temps plein avec, pour beaucoup, une demi-journée à une journée libre par semaine. 3 cabinets n'ont pas de secrétariat, 4 cabinets ont une secrétaire sur place, 2 cabinets ont des secrétariats dématérialisés.

Sur les 15 médecins du canton, 3 n'ont pas souhaité ou n'ont pas trouvé la possibilité de m'accorder un entretien.

Nom	Age	Sexe	Date d'installation	Cabinet de groupe (nombre de praticiens)ou seul	Présence secrétariat (sur place SP ou à distance D)	Présence para-médicale	Accueil internes	remplaçants
A	42	H	2009	Seul	Oui (D)	Oui	Non	Oui
B	50	H	1994	Groupe (3)	Oui (SP)	Non	Oui	Oui
C	45	H	2005	Groupe (2)	Oui (SP+D)	Non	Non	Oui
D	46	H	1998	Groupe (2)	Oui (SP)	Non	Non	Oui
E	53	F	1992	Seul	Oui (D)	Oui	Non	Oui
F	67	H	1976	Seul	Non	Non	Non	Oui
G	62	H	1979	Groupe (2)	Oui (SP)	Oui	Oui	Oui
H	59	H	1984	Groupe (2)	Oui (SP)	Oui	Oui	Oui
I	64	F	1976	Groupe (2)	Oui (SP)	Non	Non	Non
J	55	F	1985	Groupe (2)	Non	Non	Non	Non
K	66	H	1976	Groupe (2)	Non	Non	Non	Non
L	58	H	2004	Groupe (2)	Oui (SP)	Non	Non	Non

- Les jeunes médecins du focus group

Le groupe était constitué de 3 femmes et 2 hommes, âgés de 26 à 31 ans. Tous effectuent actuellement des remplacements en milieu rural et urbain. Un est en 5eme semestre d'internat, 2 ont fini leur internat en 2013, un en 2012 et un en 2011. Un participant a un projet d'installation en cours et est praticien attaché à l'hôpital 2 demi-journées par semaine depuis la fin de son internat en mai 2013. Les 4 autres souhaitent s'installer en libéral plus ou moins rapidement, aucun n'a évoqué l'envie de chercher un poste salarié.

III. Recueil des données

A. Réalisation des guides d'entretien

- Le guide d'entretien semi directif pour les entretiens individuels. (annexe 1)

Le guide d'entretien comprend les thèmes que l'on veut aborder ainsi que les stratégies d'intervention pour obtenir le maximum d'informations sur chaque thème. C'est un travail de reformulation des questions de recherche en questions d'enquête, le guide peut être plus ou moins structuré selon la connaissance du sujet que l'on veut traiter.

Dans notre travail, des recherches ont déjà traité des obstacles et des motivations des professionnels de santé porteurs de projet de maisons de santé, en relevant essentiellement les freins matériels à ces projets. Nous n'avons pas retrouvé d'étude spécifique des projets de pôles de santé et nous souhaitons explorer en plus les freins humains à ce type de projet.

Nous avons donc choisi un guide d'entretien structuré, constitué d'une consigne initiale, rappelant brièvement le contexte et les conditions de l'étude, et d'un guide thématique avec cinq points à explorer : connaissance du canton, connaissance et implication dans le projet de pôle de santé, exploration des différents thèmes d'un projet de santé, exploration des valeurs individuelles des médecins et leur analyse de la faisabilité du projet.

Chaque thème regroupe des questions ouvertes facilitant la discussion.

Le guide d'entretien a été travaillé avec deux médecins universitaires ainsi qu'une des techniciennes du projet de pôle de santé sur Saint Savin (thésarde en sociologie). Il a été testé sur 2 confrères (pour la compréhension des questions et la durée de l'entretien).

Les entretiens ont été réalisés par moi-même.

- Le guide d'entretien collectif (annexe 2)

L'objectif du focus group réalisé auprès des jeunes médecins était d'évaluer leurs connaissances sur les pôles de santé pluri-professionnels en général, ainsi que leur analyse de la situation au niveau du canton de Saint Savin, en essayant de percevoir leurs potentielles réticences et les avantages qu'ils pouvaient imaginer à travailler au sein d'un pôle de santé.

Même si le focus group s'apparente à un groupe de parole dans lequel l'expression doit être libre, l'entretien de groupe suit un guide d'entretien qui constitue le fil conducteur et permet de tester les hypothèses formulées lors de la phase de recherche.

Une consigne de départ rappelle brièvement le contexte et les conditions de l'étude.

Notre guide est constitué de 4 questions ouvertes avec des possibilités de relance, il vise à favoriser l'interaction au sein du groupe et à permettre une progression dans la discussion.

Question 1 : qu'est ce que le terme « pôle de santé pluri-professionnel » vous évoque ? à quoi pensez vous quand on vous dit PSP ?

L'objectif de la question était d'évaluer le degré de connaissance des jeunes médecins sur les organisations de type PSP, explorer leurs représentations d'un PSP. Ont-ils des connaissances plus ou moins importantes que les médecins installés ? d'où tirent ils leurs connaissances ?

Question 2 : qu'est ce qui vous inciterait, vous, à exercer au sein d'un pôle de santé ?

L'objectif était de définir si le fait qu'il y ait un PSP incite les jeunes professionnels à s'installer ou pas, dans une zone rurale/ semi-rurale et à explorer ce qu'ils se représentent comme avantages à ce type d'organisation.

Question 3 : quelles seraient vos réticences à adhérer à ce genre de projet ?

L'objectif était d'explorer les craintes, les représentations négatives. Sont elles les mêmes que les médecins déjà installés ?

Question 4 : comment voyez vous l'avenir des soins de premier recours en zone rurale comme celle du canton ? ou qu'est ce qui inciterait les jeunes médecins à venir s'installer dans une zone rurale comme sur le canton ?

L'objectif était de comparer la représentation des médecins installés à celle des jeunes médecins en formation.

B. Lieu et déroulement des entretiens

- Entretiens individuels des médecins du canton :

Les entretiens se sont déroulés soit dans les cabinets des médecins interviewés soit chez eux (pour un médecin), à l'horaire qui leur convenait le mieux afin de maximiser leur disponibilité.

Les caractéristiques socio économiques de l'interviewer et de l'interviewé ont un effet sur les représentations que l'interviewé se fait de son rôle dans l'entretien. De manière générale, la proximité sociale rend l'entretien plus aisé, car les 2 parties partagent un univers de référence.[24] C'est à peu près le cas dans notre étude puisque je remplace un des médecins régulièrement depuis 2 ans (une journée par semaine et pendant ses vacances) et j'ai participé aux différentes réunions pour le projet de pôle de santé.

Cependant cette proximité peut également dissuader l'interviewé d'approfondir certains sujets, pensant que l'interviewer le sait déjà, et dissuader l'interviewer d'explorer ce qu'il croit déjà savoir.

Ma position de jeune médecin peut également me mettre dans une situation de rapport « hiérarchique » ou paternaliste à mon égard.

Ce sont des écueils potentiels dont il faut tenir compte.

Les modes d'intervention lors des entretiens sont représentés par la stratégie d'écoute et la stratégie d'intervention qui favorisent la production d'un discours sur le thème choisi.

L'écoute n'est pas un simple enregistrement des données mais une écoute productrice de signification, elle cherche à obtenir des indices, de nouvelles hypothèses et à les interpréter, à les tester au fur et à mesure.

Cette opération d'écoute permet à l'interviewer d'imaginer au fur et à mesure les stratégies d'intervention.

Les stratégies pour favoriser la production d'un discours structuré sont la contradiction, la consigne et la relance. Selon Blanchet et Gotman [24], la contradiction est de principe à écarter, elle induit une tendance à extrémiser les propos, la consigne induit des ruptures dans le discours et diminue la prolixité, les relances sont les interventions les plus efficaces mais elles ne sont pas neutres, elles influencent le discours. Les relances ont, dans la mesure du possible, été utilisées pour favoriser le discours.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, discrètement posé sur la table, les médecins étaient avertis de l'enregistrement mais rassurés sur la préservation de leur anonymat.

Les entretiens se sont déroulés du 6 novembre au 12 décembre 2013, ils ont duré entre 25 minutes et 1 heure, avec une durée moyenne de 37 minutes.

Les médecins interviewés ont été accueillants, et semblent avoir répondu avec sincérité, précisant parfois de ne pas rapporter certains propos.

Huit médecins avaient réservé un temps de 45 minutes sur leur planning de consultations, soit à la fin, soit au début, 4 m'ont reçue sur leur jour de congés. Il leur avait été précisé lors de la prise de rendez-vous que l'entretien durerait « une grosse demi-heure ». Aucun n'a écourté la conversation sous prétexte de manque de temps.

- Focus group des jeunes médecins

L'entretien de groupe est animé par un modérateur. J'ai souhaité jouer ce rôle. En effet, mon travail de recherche et ma connaissance du projet de pôle de santé sur Saint Savin pouvaient pallier mon inexpérience et il était intéressant d'un point de vue personnel, après avoir conduit des entretiens individuels, de tester la conduite d'entretien de groupe.

Morgan s'est ainsi prononcé sur le sujet : « il est faux de penser que seuls des professionnels sont capables d'animer convenablement des entretiens collectifs, mais il ne faut pas sous-estimer les compétences que requiert la fonction ».

Je me suis donc appuyée sur la lecture de différents ouvrages notamment les explications de modèles d'animation donnés par Duchesne et Haegel [25] ainsi que sur la lecture de plusieurs verbatims de focus group réalisés par des animateurs expérimentés.

La technique du focus group nécessite également la présence d'un observateur neutre, qui n'intervient pas dans la discussion, il observe le comportement des participants et de l'animateur, les incidents éventuels et les interactions non verbales. Ce rôle a été tenu par le Professeur Bernard Gay.

L'entretien a eu lieu le 20 décembre 2013 à la faculté de médecine de Bordeaux, il a débuté avec 15 minutes de retard, vers 20h45. Il a été enregistré et filmé pour faciliter la retranscription. Les participants, le modérateur et l'observateur neutre étaient assis à des tables disposées en rond, la caméra était placée derrière le modérateur et l'observateur (assis côte à côte) et le dictaphone discrètement au centre de la table.

La discussion a duré 1h09 min.

C. Transcription des données

Les entretiens sont enregistrés et retranscrits mot à mot, cela constitue le verbatim ou corpus de données. L'analyse des discours se fait sur des textes écrits et non sur les enregistrements, permettant ainsi de communiquer les procédures effectives de production de résultats.

IV. Analyse des données

« L'entretien ne parle pas de lui-même »

Pour parvenir aux résultats de la recherche il faut l'analyser. L'analyse thématique permet une découpe transversale pour regrouper ce qui réfère au même thème au travers des différents entretiens.

Il faut procéder à la lecture des entretiens, un à un. La grille d'analyse s'élabore alors à partir des hypothèses de départ et des hypothèses dégagées lors des entretiens. Elle doit être hiérarchisée en thème, sous thème, sous sous thème avec l'extrait de verbatim correspondant. [27]

Les entretiens sont relus jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que plus aucun nouveau thème ne se dégage.

RESULTATS

I. Résultats de l'analyse des entretiens individuels des médecins installés sur le canton de Saint Savin. (Annexe 3)

A. Connaissances des médecins sur la démographie médicale et sur la population du canton

1. La démographie médicale

Les médecins interrogés sont unanimes sur le caractère **vieillissant** de leur population, c'est le premier qualificatif qui revient dans tous les entretiens :

« c'est pas la jeunesse » « nous sommes quasiment tous âgés »

avec même des chiffres précis sur les âges :

« nous sommes nombreux à avoir la cinquantaine voire la cinquante cinquaine » « 80% à avoir plus de 55 ans et un bon quart à avoir plus de 60 ».

La plupart déplorent un risque de **carence** de médecins généralistes dans les prochaines années à venir

« dans les années à venir, il va plus rester grand monde » « (la démographie médicale) vouée à un avenir sombre » « une catastrophe, le pire reste à venir »

et même un manque de médecins à l'heure actuelle

« faiblarde, ça demanderait quelques médecins supplémentaires, pour remplacer ceux qui partent surtout »

Deux médecins pensent que le nombre de généralistes est **suffisant** pour l'instant

« pour l'instant, ya pas de pénurie médicale dans le coin mais ça va merder dans les 5 à 10 ans à venir » « il y a quand même quelques jeunes »

La représentation des **médecins spécialistes** leur semble touchée également :

« XX le psychiatre s'en va et n'est pas remplacé, YY (gynécologue) s'en va aussi » « on n'aura plus de dermato à compter du 31 décembre, on a un neurologue qui est vieillissant »

Un médecin s'est dit satisfait de la présence des **plateaux techniques** proches du canton

« pour moi ils sont bien soignés ici, (on a) des hopitaux, des cliniques, des cardiologues, des scanners, des IRM »

2. La population du canton

a) Démographie

Les médecins du canton constatent un changement dans la population du canton, à la fois une tendance au **rajeunissement** avec l'arrivée de jeunes couples avec des enfants et en même temps, une **présence forte de patients âgés**, demandeurs de soins.

« une tendance au rajeunissement » « population vieillissante »

Le **niveau de revenus** est plutôt **bas** selon eux :

« misère socio économique, c'est indéniable » « précarité qui ne dit pas son nom » « des jeunes plutôt dans des situations précaires pour les nouveaux arrivants » « c'est pas des classes aisées » « une paupérisation » « ouvrier et agricole »

b) Etat de santé

Les médecins du canton rapportent quatre points particuliers dans leur patientèle :

- **une demande de soins importante de la part des personnes âgées,**
- **une forte dépendance alcoolique tabagique**
- **une prédominance du diabète**
- **des problèmes pour gérer les pathologies psychiatriques**

« population vieillissante demandeuse de soins » « beaucoup d'alcoolisme (...) l'impact de l'alcoolisation sur les pathologies (...) les tabaco alcooliques » « il y a une pathologie qui émerge de façon extraordinaire, c'est le diabète » « un peu comme partout, du fait d'un défaut de l'offre de soins,

la psychiatrie, pas forcément la psychiatrie lourde mais le petit accompagnement psychothérapeutique pour les patients qui sont en souffrance psychologique »

Ils reconnaissent avoir des patientèles avec des caractéristiques différentes de celles de leurs confrères :

« moi je soigne beaucoup de patients âgés, mais c'est du fait de mon âge » « je fais beaucoup de pédiatrie, mais je ne sais pas si c'est représentatif »

B. Connaissances des médecins sur le projet de pôle de santé sur le canton

1. Origine de projet

Tous les médecins du canton avaient eu connaissance du projet de pôle de santé qui se monte sur le canton mais la plupart n'en connaissait pas l'origine. Même parmi ceux impliqués dans le groupe de travail formé suite au diagnostic local de santé, certains n'avaient qu'une idée vague de la genèse du projet.

« je ne sais pas, de l'ARS ? » « la CDC ? le CIAS ? » « franchement, je ne sais pas » « il y a une dame qui est venue de Saint Savin » « de Blaye je crois ? » « du Dr XX et du Dr YY »

Deux médecins ont eu une réponse très précise :

« d'une réflexion a posteriori des élus qui ont lu dans la presse que la désertification médicale allait voir le jour »

2. Le diagnostic local de santé : des avis partagés

10 médecins avaient eu connaissance du diagnostic local de santé, 2 médecins ont avoué de pas trop savoir ce que c'était, voire ne pas en avoir entendu parler.

Le sentiment sur l'intérêt de ce DLS est partagé : pour certains, un sentiment très positif

« très intéressant, c'est ensuite pour ça que j'ai signé (pour faire partie du groupe de travail) » « nécessaire et bienvenu » « particulièrement pertinent »

Pour d'autres, un sentiment très négatif, le DLS apparaît comme quelque chose d'abstrait, voire d'inutile.

« nul à chier, ça ne sert à rien » « beaucoup de mal à comprendre où tout ça va aboutir » « j'ai l'impression qu'on dépense l'argent du contribuable en parlotte » « pas retenu grand-chose » « c'est très joli mais je ne vois pas où tout ça va nous mener »

3. Implication des médecins

L'implication des médecins dans ce projet reste en demi teinte, à la suite du DLS, un groupe de travail s'est formé, seuls quatre des 15 médecins du canton participent de manière concrète au projet, les explications données pour cet absence d'enthousiasme étaient surtout liées à un manque de temps ou à des problèmes personnels.

« je suis resté sur ma faim » « je n'avais pas le temps » « je suis vieux, je suis fatigué, j'ai mal à la colonne, j'ai pas envie de me déplacer »

C. Définitions d'un pôle de santé et d'un projet de santé données par les médecins

1. Définition donnée d'un pôle de santé pluri-professionnel

La question posée était directe, « qu'est ce qu'un pôle de santé pluri-professionnel selon vous ? »

Certaines réponses apportées allaient dans le sens d'une absence de connaissance sur le sujet du fait de ne pas avoir assisté aux réunions proposées

« c'est vrai que je n'ai pas toutes les informations parce que je ne suis pas allée aux réunions »

Je poursuivais alors la question ainsi : « qu'aimeriez vous que ça soit ? »

Les médecins du canton voient le PSP comme un regroupement **pluridisciplinaire**,

« ça permet de réunir l'ensemble de la profession, médicale, paramédicale, essayer de réunir un petit peu au même endroit »

bien souvent dans un **même endroit**

« c'est quelque chose de pluridisciplinaire » « pour moi un pôle de santé c'est comme un centre de soins, plusieurs médecins qui exercent et la secrétaire qui prend les rendez vous » « à un même endroit » « il s agit de regrouper les médecins »

Mais parfois plutôt de manière « virtuelle »

« on nous a parlé de réseau »

L'idée d'une **mutualisation des moyens existants** est revenue à plusieurs reprises :

« regroupement, coordination des bonnes volontés, des moyens » « un travail entre les acteurs plus coopératif » « une structure de concertation »

Avec un **objectif d'efficacité** plus importante

« pour les (moyens existants) rendre plus efficaces »

Le PSP pourrait être, selon les médecins du canton, **une aide** à la fois pour la population et pour les professionnels de santé

« la structure vers laquelle les gens se tournent quand ils ne savent pas où aller » « soutien de la population » « prise en charge médicale ou médico sociale (...) au service de la population »

« au service des professionnels de santé »

Le PSP pourrait améliorer la **communication** entre les professionnels de santé

« travail plus coopératif » « des échanges entre nous » « plus de cohésion » « ça veut dire qu'on est solidaires, qu'on se retrouve, qu'on peut partager des choses » « fonctionner autrement »

L'importance de la **liberté** de chacun a été soulignée par un médecin

« librement consenti de la part de tous ».

Un point semble faire l'unanimité , l'un des objectifs de la création du PSP est **d'attirer des jeunes médecins**

« on essaie de déterminer ce qui pourrait les attirer » « pour moi l'important c'est que des jeunes viennent »

Un médecin a parlé de permanence des soins *« pour assurer une permanence 24H/24 »*

Deux médecins ont dit n'avoir **aucune idée** de ce que le PSP pouvait être

« je ne sais pas vu que je n'ai pas compris la finalité de la chose » « je ne sais pas, non, je ne vois pas, c'est vous qui allez me le dire »

Il est revenu à plusieurs reprises la notion de **quelque chose qui existe déjà**

« beaucoup de paperasserie pour quelque chose qui existe déjà »

2. Définition donnée d'un projet de santé

Le projet de santé est vu par les médecins comme une **projection dans l'avenir** de la profession

« c'est se projeter dans l'avenir » « faire venir des médecins, (...) développer certaines activités médicales ou paramédicales » « plus global, au niveau national, sur vraiment notre rôle »

Qui pourrait améliorer l'**organisation des soins**

« accès aux soins, rapidité, les urgences » « faciliter le transport »

Avec pour objectif, un **service à la population**

« aide à la population » « pour la population »

La notion de possibilité de **délégation de tâches** a été soulevée par un médecin

« il y a des tâches qu'il va falloir donner aux autres PS, les sages femmes par exemple »

Ainsi que la notion de **prévention**

« c'est l'amont de la pathologie »

Six des douze médecins interrogés ont dit n'avoir **aucune idée** *« non, je ne sais pas » « c'est vague pour moi » « non rien du tout »* et parmi eux, certains ont parlé de paperasserie, du **caractère inutile**

« beaucoup de perte de temps pour accoucher d'une souris » « actuellement on met des noms partout ».

D. Les réticences des médecins à l'adhésion à un pôle de santé

La question directe sur leurs réticences à adhérer au projet de pôle de santé n'était posée qu'en fin d'entretien aux médecins, mais tout au long de la discussion, j'ai essayé de sonder de manière

indirecte les freins à l'adhésion au projet en sondant les raisons du manque d'implication, en leur demandant d'expliquer leurs propos négatifs sur le projet.

1. Le manque de temps : un facteur commun à tous

La notion de manque de temps est revenue dans tous les entretiens, les médecins du canton disent avoir du mal à dégager du temps pour leurs occupations personnelles, familiales et ne voient pas comment, en plus, assister à des réunions mensuelles.

« pas le temps » « moi en ce qui me concerne c'est un problème de temps, je suis toute seule ici » « le temps libre, je n'en ai pas » « dégager des créneaux de temps » « c'est toujours le facteur temps qui est important ».

2. Incompréhension du projet pour certains

Cinq médecins ont exprimé clairement qu'ils ne comprenaient pas l'objectif du projet de PSP, qu'ils n'en voyaient pas l'utilité, que ce projet représentait, selon eux, **quelque chose d'abstrait**, dont ils ne voyaient pas d'avancées concrètes.

« le projet (a commencé depuis) un an, un an et demi et il n'y a pas eu l'ombre d'un petit truc qui a bougé » « beaucoup de mal à comprendre où tout ça va aboutir » « je n'ai pas compris la finalité de la chose » « c'est que moi, les premières fois où je suis allée aux réunions, je me demandais où ça allait et si j'allais continuer » « à chaque réunion du tour de garde, on discutait de ci de ça mais j'ai jamais rien vu venir de concret » « un pôle de santé, c'est assez vague comme terme » « moi ce que j'aimerais c'est qu'on me dise, ça va se passer comme ça comme ça comme ça » « il aurait fallu matérialiser, c'est peut être ce qui manque »

Beaucoup ont exprimé le fait que le pôle de santé est **quelque chose qui existe déjà** selon eux, notamment pour ce qui est du réseau de professionnels de santé, du partage de compétences, de la communication avec les professionnels para médicaux (en particulier infirmiers)

« on nous parle de réseau, moi ça fait 29 ans que je suis installée, j'ai mon réseau professionnel qui est bien établi » « il faut éviter les redondances, les redondances, c'est l'ennemi du généraliste » « faut pas non plus vouloir des choses qui se substituent à l'existant qui fonctionne » « je ne sais pas s'il faut inventer un terme pour chaque truc mais oui, effectivement, on peut appeler ça du partage de compétences » « oui, excusez moi mais le pôle de santé, on fait comme monsieur Jourdain qui fait de la prose sans le savoir, ça existe déjà dans les faits »

De ce fait, certains ont exprimé clairement qu'ils n'en avaient **pas besoin**, d'autres m'ont expliqué qu'ils pensaient que leurs collègues n'en voyaient pas l'utilité, qu'ils fonctionnaient comme ça et que ça n'allait pas si mal, selon eux.

« on s'est adaptés, c'est vrai » « moi la seule chose dont j'ai besoin, c'est d'un secrétariat » « moi j'ai l'impression de ne pas en avoir besoin » « mes confrères locaux, ils fonctionnent comme ça, plus ou moins bien, et ils ont peur qu'à partir du moment où on va mettre ça en place, ça va induire une charge de travail supplémentaire et pas forcément un rendement meilleur puisqu'eux fonctionnent comme ça. Après moi, le chaos »

Au cours des entretiens, on a pu noter une **confusion entre pôle de santé, maison de santé, centre médical, maison médicale de garde**, et ce d'autant plus qu'une maison médicale de garde est en train de se monter à côté du centre hospitalier de Blaye dont dépend le canton de Saint Savin.

« beaucoup de gens confondent, le mot pôle choisi par le rédacteur de la loi est ambigu » « il aurait fallu le matérialiser » « la maison médicale à Blaye, oui mais à cause de ça j'ai des réticences » « ya aussi ce projet de maison des gardes, c'est de ça dont vous voulez parler ? »

3. Freins administratifs et logistiques

Une des réticences ressenties au fil des entretiens est celle du **caractère administratif** de ce projet, la multiplication des réunions, la crainte de devoir remplir des tâches administratives supplémentaires, la sensation d'une charge de travail supplémentaire pour un gain qui ne sera pas forcément visible au quotidien constituent des freins à l'adhésion des médecins au projet de PSP.

« je ne suis pas très réunionniste » « ça va demander beaucoup aux praticiens, en fin de compte, je ne pense pas que leur activité va être allégée » « beaucoup de discussions pour pas grand-chose » « pourquoi ils ne viennent pas ? peut être parce qu'ils s'imaginent qu'il y a beaucoup de choses à faire » « j'ai l'impression qu'on dépense l'argent du contribuable en parlotte » « j'ai l'impression que ça s'éternise » « c'est pas assez concret, c'est des réunions à n'en plus finir, alors faut vraiment avoir du temps, avoir envie de discuter, avoir cet esprit politique au sens noble du terme, pouvoir prendre de la distance par rapport à la pratique médicale, et quand on est généraliste, on est droit dedans, on n'a pas le choix, les hospitaliers sont habitués à ça, ils ont des réunions, des CME, etc, nous c'est pas notre activité » « en plus on va nous demander d'adhérer à ci à ça » « ce sont des administratives pures (les 2 techniciennes qui aident à monter le projet) (...) un discours qui nous échappe totalement »

La notion de pôle de santé repose, en partie, sur la coordination entre les professionnels de santé et la continuité des soins, notamment sur une possibilité de partage entre eux, partage des dossiers médicaux, agenda partagé. Pour aborder ces thèmes, les questions commençaient par explorer les relations entre le médecin interviewé et ses confrères, médecins ou paramédicaux, les modalités de relations, les modalités de prise en charge de patients en commun, les modalités de gestion des urgences, pour aboutir à une question plus directe : « Que pensez-vous du partage d'informations entre professionnels ? » avec les relances suivantes : « Seriez-vous prêts à utiliser un réseau de partage d'informations médicales ? à partager vos dossiers ? si oui, comment ? si non, pourquoi ? » et « Seriez-vous prêt à utiliser un « agenda partagé » avec vos confrères ? »

Les réponses apportées ont souvent tourné autour du DMP, de son utilité et de son bien-fondé dans l'absolu mais de sa complexité de mise en œuvre au quotidien.

Le principal frein retrouvé à la mise en place de dossiers partagés et d'un agenda partagé est un **frein logistique : utilisation de l'informatique, compatibilité des logiciels métiers, problème de sécurité des réseaux, de la garantie de confidentialité.**

« dans l'absolu ça serait bien, mais je ne suis pas très ordinateur » « dans l'idéal ça serait bien mais pour des gens de ma génération qui ne sont pas des pros de l'informatique, c'est compliqué » « je n'y connais rien, je ne suis pas bon en technique » « c'est-à-dire manipuler des outils qu'on ne maîtrise pas forcément » « si tout le monde avait le même logiciel, on aurait une compatibilité bien plus fine » « je ne sais pas si les vieux sont prêts à manipuler les outils nécessaires pour ça » « il faut que ça soit réglo, il ne faut pas que tout le monde ait accès aux informations des patients, c'est le problème de la sécurité des réseaux » « des problèmes de confidentialité mal résolus »

Un autre frein logistique constaté est celui de **l'étendue du canton** qui rend le partage de la patientèle compliqué, pour les visites à domicile notamment

« un pôle de santé ça devrait être quelque chose de centralisé et en même temps proximal, sinon il en faut plusieurs » « avec la proximité quand même, parce que si on est seul, c'est difficile d'aller loin (pour les visites à domicile) »

4. Trop d'incertitudes, besoin de garanties

Les médecins interrogés ont mis en avant l'absence de garanties, le caractère trop incertain du projet pour s'y engager :

- Une incertitude sur **l'attractivité de ce projet pour des jeunes professionnels**

« je ne suis pas convaincu qu'on arrive à ce qu'on veut, parce qu'on essaie de déterminer ce qui peut les attirer (les jeunes médecins), mais moi j'aimerais bien savoir pourquoi ils ne viennent pas » « (ça ne va) pas forcément faire augmenter le nombre de praticiens » « on ne peut pas savoir avant de mettre les choses dedans et de les tester » « ça ne va pas régler le problème de la démographie médicale »

- Une incertitude sur **l'engagement des pouvoirs publics**

« vous trouvez qu'ils (les élus locaux) sont impliqués vous ? » « mais il faudra que l'état investisse, c'est toujours pareils »

- Une incertitude sur **l'utilité du pôle de santé**, sur un éventuel bénéfice dans leur activité au quotidien

« maintenant si on est sûrs que ça nous facilite la vie, oui, mais c'est pas sûr » « je ne sais pas si j'en ai besoin ou pas » « être convaincu que ça n'est pas une Nième usine à gaz voulue par l'administration » « c'est un souhait mais je ne sais pas si ça pourra vraiment m'aider » « moi ce que j'aimerais c'est qu'on me dise ça va changer votre pratique et votre vie surtout » « ils savent qu'il y a un réseau mais ils ne se voient pas plus » « je ne suis pas convaincu que les gens soient eux-mêmes convaincus par cette chose »

- Un projet **à la merci des bonnes volontés**, reposant sur l'engagement des autres professionnels, qui ne verra le jour *« que si tout le monde joue le jeu »*

« si tout le monde y met du sien » .

5. Des freins liés aux habitudes

a) Aux habitudes des patients

Plusieurs médecins ont mis le doigt sur la nécessité du changement de mentalité des patients : la **fidélité à leur médecin** ainsi que la **crainte de perte du secret médical** empêchent selon eux un partage de la patientèle, l'utilisation d'un agenda partagé et d'un réseau de partage des dossiers médicaux.

« il faudra que les gens s'adaptent à un changement... mais quand ils auront compris que la seule solution pour continuer d'être soignés, c'est l'augure d'un médecin interchangeable (...) » « le public bénéficiaire de soins reste à évangéliser et à convaincre » « même si les gens ont du mal à l'accepter » « ils sont très attachés au moins au cabinet » « à terme ils vont être obligés d'accepter ça

(remplaçants, changement de médecins) » « les patients, ils sont assez sectaires, ils veulent leur médecin » « le problème ici, c'est la mentalité des gens, si ya 3 ou 4 médecins associés, ils iront toujours voir le plus ancien, celui qui est là depuis 30 ans, qu'ils connaissent »

« le problème c'est les patients, je pense qu'ils ne voudraient pas (du partage des dossiers) en France on a le culte du secret médical »

b) Aux habitudes des médecins

Les médecins reconnaissent qu'un des freins au projet vient de leurs propres habitudes de travail et de vie personnelle :

- **Des freins personnels** : âge, maladie, départ programmé

En effet, un médecin part s'installer ailleurs pour se rapprocher de son domicile, deux médecins parlent de retraite dans un avenir très proche de l'ordre de un à deux ans, et deux autres médecins prévoient un départ dans moins de cinq ans. Un médecin parle de ses problèmes de santé.

Pourtant, deux des médecins engagés activement au sein du projet de PSP sont assez proches de la retraite et voient le PSP comme la possibilité de trouver un successeur.

« je suis vieux, je suis fatigué, j'ai fait un infarctus, j'ai mal à la colonne » « ya beaucoup de médecins qui sont dans mon cas, je suis peut être le plus âgé mais beaucoup n'ont pas envie de s'investir » « si je restais je vous dirais je ne suis pas réticent »

- Une habitude de **travail en solitaire** du médecin généraliste, un **manque de communication** entre généralistes

La plupart des médecins interrogés constatent, avec un certain regret, qu'ils travaillent seuls, avec assez peu de contacts avec leurs confrères généralistes notamment

« les médecins sont individualistes, on est individualistes » « ici, je ne critique pas mais chacun travaille dans son coin » « je me débrouille tout seul, ou avec le spécialiste mais je ne demande pas d'avis (à un confrère généraliste) » « je connais bien les médecins, je ne suis pas sûr qu'ils soient prêts à déléguer » « on est quand même tout seul toute la journée »

- Un certain **corporatisme**

Plusieurs médecins ont reconnu un certain corporatisme au sein de leur profession, frein possible à la l'amélioration de la coordination avec les professionnels de santé non médecins

« il faudra du temps (pour le partage des compétences) car le généraliste est corporatiste » « je crains que le corporatisme du médecin généraliste français soit un frein, au moins dans un premier temps, à ce décloisonnement (entre public et privé) »

- La **peur du changement**, de l'inconnu

Certains médecins ont émis l'hypothèse d'une crainte du changement de la part de leurs collègues, possible frein au manque d'engagement dans le projet.

« souvent c'est la peur de l'inconnu » « tout le monde dit c'est très bien mais personne ne veut changer les choses »

- La **crainte** que le pôle de santé soit générateur de **conflits**

Les médecins reconnaissent bien s'entendre actuellement, et reconnaissent également que ça n'était pas toujours le cas il y a une vingtaine d'année (en partie du fait d'une certaine concurrence entre eux), ils craignent que le pôle de santé ne gâche cette entente.

« et puis ça va créer des tensions, des conflits, parce qu'il va voir arriver 15 patients des autres, parce que le docteur X est parti à 18h, alors effectivement, un jour, ça sera son tour. Mais non, je pense que ça va créer plus de conflits entre les médecins alors que quand ils sont sur place, ils sont là pour en discuter » « oui c'est vrai que ça peut être plus agréable de travailler ensemble et encore, ça peut être une usine à gaz » « faut pas vouloir faire des choses qui se substituent à un existant qui fonctionne, ça serait la source de ressentiments, d'inimitié, de non-dit ... et ça, c'est pas bon quand on veut faire de la coordination »

- La crainte d'une **perte de liberté**

Un médecin a souligné dans la définition d'un PSP la nécessité du « libre consentement », un médecin a clairement exprimé qu'il pensait qu'il serait peut être obligé d'adhérer au PSP, une fois celui-ci en place, et 2 autres médecins ont émis l'hypothèse d'une peur de perte de liberté de la part de leurs collègues.

« le médecin généraliste est très attaché à la liberté de choix des patients » « mettre en péril la liberté de choix » « beaucoup craignent qu'on les oblige à aller travailler dans des endroits où ils n'ont pas envie d'aller » « peut être que je serai obligé d'y participer »

- Peut être une nécessité de redéfinir le **rôle du médecin généraliste**

Trois médecins ont parlé d'un manque de définition de leur rôle, poussant ainsi les médecins à ne pas vouloir bouger.

« on parle de l'avenir de notre métier, si on continue à nous casser les pieds, le problème ça sera pas que local, ça sera toute la médecine libérale » « sur la manière dont on est rémunérés, sur la manière de tout ça, sur ce qu'on nous demande, sur vraiment notre rôle, de savoir sic'est de l'administratif, si on est les comptables de la secu » « je me rends compte qu'il y a une nécessité de réformer la médecine générale ».

6. Une incompréhension de la jeune génération

Il est souvent revenu au cours des entretiens, une représentation assez négative de la jeune génération de médecins généralistes, une incompréhension des choix, des envies de leurs jeunes collègues

« qu'est ce qu'ils cherchent dans la vie ? est ce que c'est le fait d'être toujours à 2 pas du cinéma ? » « maintenant on a l'impression que les jeunes veulent faire un travail de salarié, s'arrêter vite, commencer la journée tard et la terminer de bonne heure, et bien gagner leur vie » « moi j'ai l'impression que les jeunes, ils ont leur diplôme, ils ont bossé pour l'avoir, ce qui est vrai, et du moment où ils ont leur diplôme, il faut les payer, ils doivent gagner leur vie comme ça, comme si « j'ai mon diplôme, on me doit » mais c'est pas ça, le diplôme n'est qu'un moyen, c'est l'impression qu'ils me font les jeunes, je peux me tromper, je suis un vieux modèle » « les jeunes médecins ils ressemblent à la société, ya un changement de mentalité » « moi je vois les jeunes ils veulent travailler comme ça, ils arrivent ils travaillent et c'est tout » « les jeunes pour moi c'est difficile de comprendre la mentalité » « nous on voulait travailler absolument, là non » « oui jusqu'à la dernière (réunion) où on m'a appris qu'on était cons et les jeunes ils étaient mieux, qu'ils allaient tout réussir eux, alors j'ai trouvé ça très amusant ».

E. Ce qui ne freine pas à l'adhésion au projet

Certains freins retrouvés dans d'autres travaux de recherche et certaines hypothèses émises lors de la question de recherche ont été invalidés pour le projet de pôle de santé.

Contrairement aux projets de maison de santé, le frein **financier** n'est pas retrouvé dans ce projet de pôle de santé, aucun médecin n'en a parlé spontanément et quand la question leur était posée directement, la réponse allait dans le sens d'une absence de contrainte financière dans ce type de projet (sans bâtiment)

« c'est facile à faire, ya pas un investissement financier, c'est juste un accord avec les gens, c'est pas comme une maison où il faut construire, investir » « là dans un PSP, c'est pas pareil, l'investissement il sera minime, c'est une cotisation à une asso, après il y aura peut être une participation à des outils de coordination informatique, voilà, c'est beaucoup plus souple à édifier et à faire fonctionner que des murs »

Il en va de même de la crainte de la **concurrence**, les médecins ont évoqué une certaine concurrence il y a une vingtaine d'année, mais celle-ci n'est plus du tout d'actualité, ils disent tous avoir suffisamment de travail (voire même trop) et déplorent tous le manque de médecins sur le canton pour alléger leur charge au quotidien.

« on est certainement moins à couteaux tirés qu'il y a 20 ou 30 ans où on se côtoyait un peu moins (...) on n'est plus dans des situations de concurrence comme il pouvait y avoir il y a 30 ans (...) actuellement personne n'est opposé à l'arrivée des jeunes. Bien au contraire » « le coté positif (du manque de médecins) , c'est très confortable, quand on voit les patients qui craignent pour leur emploi, ils ne savent pas si leur boîte va fermer, ben nous, on n'a vraiment pas ce soucis là, donc moi je trouve que c'est très positif, mais très personnel, c'est clair que ça n'est pas positif pour la santé dans le canton, on n'a pas d'inquiétude pour notre travail (...) c'est pas pour ça que je ne veux pas qu'il y ait des jeunes qui viennent » « quand je me suis installé, il y avait 17 ou 18 médecins mais il y avait beaucoup moins de monde, et là on est 15 pour beaucoup plus de monde »

Une des hypothèses émises lors du travail de recherche était que l'origine du projet émanant, en partie, des élus locaux avec mise à disposition de deux techniciennes pour la réalisation du diagnostic local de santé, les médecins avaient du mal à s'approprier le projet. Au fil des entretiens, les médecins émettent **des avis partagés sur l'engagement des élus locaux** : à la fois un facteur facilitateur du projet, une garantie de l'aboutissement de ce projet, à la fois une crainte d'une politisation du projet.

« on sent que les maires des petites communes s'impliquent » « on va tous dans le même sens... les moyens des élus, même s'ils ne sont pas très gros, c'est essentiel » « c'est évidemment facilitateur »

« ils sont plus intéressés par leur mandat électoral que par la réalité des choses » « les gens peuvent craindre que ça prenne une tournure politique, même à un petit niveau »

F. Leur analyse des freins à l'installation de leurs jeunes collègues en milieu semi rural

Les médecins du canton sont unanimes sur la nécessité d'installation de nouveaux confrères généralistes sur le territoire, au fil des entretiens, ils ont fait part de leur analyse des freins à l'installation de leurs jeunes collègues.

1. Un nombre de médecins globalement insuffisant

De nombreux médecins déplorent un nombre de médecins formés globalement insuffisant au niveau national, avec un numérus clausus trop restrictif, un manque global de médecins qui laisse un choix pour le lieu d'installation trop important. Certains ont parlé d'une carence des politiques qui n'ont pas été assez prévisionnistes.

« que le numérus clausus s'ouvre un peu » « pourquoi ils ne viennent pas ?... c'est parce qu'ils ont du choix. Et tant qu'on aura un numérus clausus comme on a maintenant, la situation n'est pas prête de se débloquer » « il y a quand même une raison si les jeunes médecins ne viennent pas s'installer à la campagne, c'est qu'ils ont le choix, s'ils restent en ville c'est qu'ils ne meurent pas de faim » « On a des politiques qui n'ont pas vu loin, c'est pas nouveau l'histoire, moi quand j'ai repris la clientèle, mon prédécesseur est parti avec un avantage (...) une retraite (...) ce que je veux dire c'est qu'à cette époque là on a favorisé le départ en retraite de médecins qui n'avaient pas lieu de partir et on a resserré le numérus clausus pendant de nombreuses années, alors voilà, les politiques auraient pu essayer de se projeter un peu, bien qu'ils nient régulièrement le fait que nous manquons de médecins parce qu'on a jamais été aussi nombreux ... mais tous médecins confondus, généralistes, spécialistes, urgentistes, médecine parallèle, mais rapporté à la population ça ne doit pas être top quand même »

2. La féminisation de la profession

Les médecins du canton évoquent des contraintes liées à la féminisation de la profession de deux ordres :

- la nécessité de trouver un **travail pour le conjoint** proche du canton. Selon eux, les femmes acceptent plus facilement de suivre leur conjoint et d'abandonner éventuellement leur travail que les hommes.

« tant qu'il n'y aura pas de possibilité de travail pour le conjoint sur le secteur ça ne sera pas attractif » « ce qui a fait qu'elles ne s'installaient pas dans le coin (...) et aussi la situation professionnelle des conjoints »

- **La charge de travail en milieu rural** et la permanence des soins à assurer semblent des freins à l'installation pour les femmes qui veulent par ailleurs s'occuper de leur famille.

« faire sauter 3 verrous, ... celui de la permanence des soins » « les jeunes femmes qui accepteraient de venir sur une patientèle très développée, en prenant par exemple, le poste à 2 ... on peut avoir une vie de famille en partageant la patientèle avec une autre collègue » « alléger les gardes, faciliter les tâches de travail » « comment rendre le territoire plus attractif ? ben je crois qu'ils essayent par ces méthodes là, leur donner tant d'heure à travailler et voilà. ... la profession est de plus en plus

féminine, les femmes veulent bien travailler mais elles veulent s'occuper de leur famille » notre profession est quand même féminisée, on le sait bien, et les femmes veulent aussi s'occuper des enfants, de la famille, ce qui est légitime, l'éducation fait que les femmes s'occupent quand même pas mal des enfants, aussi parce qu'elles le veulent. »

3. La lourdeur des pathologies en milieu rural

Deux médecins ont évoqué la lourdeur des prises en charge en milieu rural comme frein à l'installation des jeunes médecins.

« 3eme verrou ... la lourdeur des pathologies liée à l'âge et les difficultés médico-sociales rencontrées, liées à l'âge et à la précarité notamment » « la pénibilité du travail est telle que ça n'attire pas les jeunes »

4. Génération 35 heures

Pour les médecins du canton, les jeunes médecins n'accepteront plus de travailler autant qu'eux le font ou l'ont fait, ce qui freine à leur installation.

« quand on voit l'activité qu'on a et l'activité qu'ont envie d'avoir les jeunes, on se pose des questions, c'est eux qui ont raison, c'est dans l'air du temps, c'est dans l'air des 35h » « (les jeunes veulent) commencer la journée tard et finir tôt »

5. Éloignement de la grande ville et manque d'attractivité du secteur

Plusieurs médecins ont évoqué l'éloignement de Bordeaux comme frein à la venue de nouveaux médecins généralistes, et certains, surtout les femmes, ont déploré le manque d'attractivité du territoire, notamment en terme de loisirs et d'infrastructures, pour eux-mêmes et les enfants.

«rassurer nos jeunes collègues sur la distance de la grande ville » « ce qui a fait qu'elles ne s'installaient pas dans le coin, c'était à la fois l'éloignement relatif de Bordeaux, on est à la fois proche et loin (...) »

« ici le secteur n'est absolument pas attractif, ... c'est d'un sinistre, ... ne serait ce que pour faire ses courses (...) les gamins qui ont des activités sportives, les mamans elles ont tout le temps le derrière dans la voiture, et je ne vous parle pas si on veut se lancer dans des activités un peu intellectuelles ou autre, ya rien, ya même pas de piscine » « comment rendre le territoire plus attractif ? je ne sais pas,

des cinémas, des restaurants... je dis ça un peu pour rigoler mais pas que » « et aussi toutes les structures autour, pour les enfants. C'est ça aussi qui compte beaucoup »

6. Des jeunes médecins « peureux »

Il est ressorti également que la jeune génération leur semble manquer d'ambition, manquer de volonté, d'entrain au travail, avec une peur de l'investissement financier.

« moi j'ai l'impression que les jeunes ils veulent pas travailler, ils veulent être tranquilles, ils veulent avoir leur vie de famille, nous quand on s'installait c'était pour bosser, le reste ça passait après » « ils veulent faire des choses mais pas financer, le conseil général finance et nous on arrive et on travaille »

G. Les points positifs du projet de pôle de santé

Même si le sentiment des médecins sur le pôle de santé est plutôt mitigé, il est ressorti des entretiens des espoirs d'amélioration et des points positifs à ce projet.

1. Une amélioration des conditions de travail

Plusieurs médecins espèrent une amélioration de leurs conditions de travail, notamment une aide pour la prise en charge des situations complexes, une amélioration de la communication, un éventuel partage des dossiers entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.

« qui nous déchargerait de bcp de formalités et de temps passé au téléphone » « une instance de coordination pour aider ceux qui seraient en retrait (au niveau de l'informatique) » « un dossier médical partagé avec les autres médecins du secteur, oui ça serait intéressant, notamment pour les gens qui ont toujours un pet de travers ... pourquoi pas même partager avec les pharmaciens » « pour moi ce qui pourrait être intéressant c'est de pouvoir parler des dossiers avec un confrère »

2. Une prise en compte de l'avenir de la profession

Le fait qu'il y ait une réflexion sur l'avenir de la médecine générale au sein du canton semble être également un point positif du projet.

« le fait qu'on prenne en considération leur profession, leurs problèmes, on ne résout pas tout mais on essaie. »

H. Des perspectives d'évolution du mode de fonctionnement de la médecine générale au sein du canton

Il est apparu également des idées de changement du mode de fonctionnement actuel du canton

1. Vers un regroupement physique

Beaucoup de médecins ont évoqué qu'un regroupement physique au sein d'une maison de santé serait probablement plus attractif pour les jeunes médecins. Le regroupement physique semble également favoriser les échanges informels et améliorer la communication entre les professionnels de santé.

« une maison de santé ... les médecins sont sous le même toit, ils arrivent à se parler, ne serait ce que dans le couloir » « le projet ensuite ça va être le regroupement physique » « à terme je pense que le pôle de santé il faudra que ce soit un même endroit pour travailler » « d'après moi ce qui peut attirer les jeunes c'est une maison, je l'ai dit au maire »

2. Des dossiers partagés, un partage de patientèle, un médecin interchangeable

Le partage des dossiers et donc la possibilité du partage de patientèle semble un vœu pour les années à venir, certains médecins voient une solution partielle au manque de remplaçants.

« dans l idéal, si c'était faire en sorte que dans le canton ça soit comme un gros cabinet de groupe, bien qu'on soit tous dispatchés, mais si ça fonctionnait comme un cabinet de groupe, avec euh « ben tiens je ne suis pas là tel jour on s arrange, c est bien , qui peut ? » ça dans l idée ça me plait bien, et je suis prêt à faire des efforts de ce coté là (...)quand je dis cabinet de groupe, c'est presque un partage de clientèle » « c'est (dossiers partagés) un vœu qu'il faut que tout le monde ait en tête, on imagine mal les 15 ans à venir sans cela (...) un comportement professionnel » « c'est accepter l'augure qu'on aura plusieurs médecins interchangeables » « une des solutions serait peut être de faire une maison médicale, on ferait un planning et tout médecin inscrit à l ordre, remplaçant ou installé, pourrait s'inscrire sur le planning, de façon à ce qu'il y ait une permanence » « je suis solitaire moi ça (partage de patientèle) c'est la médecine de demain »

3. Les modes de rémunération

Quelques médecins ont évoqué une probable évolution dans les modes de rémunération.

« on le voit bien, le paiement à l acte est en train de ... pas de disparaître mais y a autre chose qui s'installe »

II. Résultats de l'analyse du focus group des jeunes médecins.

(Annexe 4)

A. Définition d'un pôle de santé pluri-professionnel

La première question du focus group avait pour objectif d'explorer les représentations d'un pôle de santé des jeunes médecins.

1. Un moyen de travail en commun

- Lieu, réseau, MSP dématérialisée

Le premier mot échangé est le mot « lieu », la première idée des jeunes médecins était celle d'un regroupement physique. Les échanges entre eux les ont amenés à évoquer plutôt un réseau, voire une maison de santé dématérialisée, sans avoir d'idée précise sur ce qu'était une MSP dématérialisée. Cette idée est venue d'une participante qui m'avait demandé ce qu'était un PSP au téléphone lors de la prise de rendez-vous et à qui j'avais répondu brièvement, en essayant de ne pas donner trop d'informations pour ne pas biaiser le focus group.

« un lieu » « tous les PS qui interviennent dans un même lieu » « plutôt l'équivalent d'une petite structure type hôpital a minima » « sur un même canton » « une organisation un peu comme un réseau » « plus une coordination je parle » « donc en fait c'est une maison de santé dématérialisée comme je crois que ça existe »

- Pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité a d'emblée été évoquée, avec la réunion de professionnels médicaux et paramédicaux.

« où il y aurait plusieurs professionnels de santé, médecins, IDE, kiné » « spécialistes » « des dentistes »

- Un travail commun

L'idée d'un travail en commun a également rapidement été abordée. Les termes de projet de santé ou de projet professionnel n'ont pas été prononcés par contre, et n'étaient pas connus des jeunes professionnels.

« c'est des professionnels qui travaillent ensemble » « différents praticiens dans différents endroits qui travaillent ensemble »

- Des conditions de travail particulières avec partage des dossiers, réunions entre professionnels, un réseau de spécialistes de confiance semblent être des atouts admis par l'ensemble des participants du focus group.

« avec des dossiers communs » « il faudrait qu'il y ait des réunions » « un staff hebdomadaire pour parler des dossiers qui leur posent problème » « pour que ça fonctionne avec des interlocuteurs en qui il a confiance »

2. Au bénéfice des patients

Le patient est arrivé très rapidement dans la discussion : *« dans le but d'améliorer la prise en charge du patient »* a été prononcé dans les 3 premières minutes.

- Le pôle de santé permet donc une amélioration de la prise en charge par la fluidité des relations entre professionnels de santé, et un meilleur suivi

« le bénéficiaire c'est quand même le patient » « pour améliorer les soins qu'on apporte aux patients » « où les spécialistes pouvaient travailler avec les généralistes et tout se ferait de manière plus fluide » « par exemple pour le suivi des plaies »

- Proximité

Le pôle de santé permet également une certaine proximité des intervenants pour les patients.

« pour les patients qui ne peuvent pas faire le déplacement » « vous allez à tel endroit, c'est pas loin »

3. Au service des médecins

Les jeunes médecins voient également dans un pôle de santé une aide à leur exercice au quotidien.

- Amélioration des conditions de travail, de la communication, meilleure coordination

« c'est un bénéfice pour le patient c'est clair, mais aussi pour les acteurs de santé » « des professionnels (...) qui communiquent entre eux » « qui communiquent préférentiellement les uns avec les autres » « c'est important d'avoir l'avis de l'IDE » « arriver à mieux coordonner les soins »

- Des idées : contrat MG/spécialiste

Un des participants a émis l'idée de faire signer un contrat aux spécialistes du pôle, sorte de « garantie » pour les médecins généralistes d'avoir facilement des avis.

« en fait, leur faire signer une sorte de contrat où les différents interlocuteurs (spécialistes) s'engagent à répondre préférentiellement à ceux du PSP et à prendre les patients »

4. Quelque chose qui existe déjà

Une participante a clairement exposé qu'elle pensait que le terme pôle de santé reprenait simplement les conditions actuelles d'exercice des professionnels de santé. D'autres participants ont exprimé que certains aspects d'un pôle de santé étaient déjà existants dans la pratique courante.

« c'est juste un terme pour parler de ce qui existe déjà ... oui enfin c'est pour officialiser ce qui existe déjà parce qu'en général les médecins travaillent déjà avec d'autres médecins, c'est juste mettre un nom dessus, oui enfin, je ne sais pas ce que c'est donc ... » « mais ça, ça existe déjà »

5. Des questions en suspens

Plusieurs interrogations ont été soulevées au cours de la première partie du focus group :

- La possibilité technique de dossiers partagés en réseau, le problème du secret médical

« parce que je ne pense pas qu'ils puissent partager les dossiers » « c'est peut être un peu compliqué » « après il y a aussi le secret médical, parce que le dentiste il n'a pas forcément... »

- Pôle, un terme ambigu

Le terme de pôle reste ambigu pour les jeunes médecins, en effet il rappelle certains rapprochements entre clinique et centre hospitalier, ou certains regroupements de services au sein des centres hospitaliers. Aucun participant n'avait entendu parler du projet de pôle de santé du canton de Saint Savin avant le focus group.

« ils avaient prévu de faire un regroupement de spécialistes ou alors un généraliste ici, un kiné par là, (...) chacun dans des structures différentes mais qui pouvaient travailler entre eux ? » « y'en a un à Arcachon c'est l'hôpital et la clinique dans un même lieu physique » « même au sein de l'hôpital maintenant tout est organisé en pôle en fonction de la discipline, ya plus de services (...) pôle ortho... mais en libéral je ne sais pas »

- Différence MSP, PSP, cabinet de groupe, maison médicale de garde

Les jeunes médecins ne semblent pas bien faire la différence entre maison de santé, pôle de santé, cabinet de groupe et maison médicale de garde.

« si c'est dans un même lieu c'est une MSP » « puisqu'ils vont faire une maison des gardes » « je ne sais pas ce que ça apporte d'être une maison de santé » « pour moi à la base, pôle de santé c'est comme maison médicale »

Une des participantes a évoqué le projet de s'installer au sein d'une maison de santé mais la description qu'elle en a faite ressemblait plus à un cabinet de groupe.

« le projet c'est aussi une maison de santé donc on aura sur place des secrétaires, des paramédicaux »

- Possibilité d'aides financières

Les participants ont évoqué un « label pôle de santé/maison de santé » qui permettrait peut être d'avoir des aides financières, mais le contenu de ces aides était très flou.

« Ça sous entend des aides pour les financements de projets, je pense qu'il y a des aides pour les bâtiments mais je ne sais pas si pour le fonctionnement, on peut recevoir quelque chose »

- Un manque d'information

On constate globalement au fil de l'entretien un manque d'informations précises

« je ne sais pas, on avait eu un cours où le Dr XX parlait de MSP dématérialisée mais sinon je n'ai aucune idée » « où avez-vous eu les informations sur les pôles et maisons de santé ? / on n'en a pas énormément en fait / média grand public mais c'est pas forcément les meilleures infos / la fac un peu, puisqu'on rencontre très souvent des gens qui travaillent dans des MSP »

- Le pôle de santé représente, pour une participante, une possibilité de télémédecine mais cette notion semble très floue.

« moi je croyais que la télémédecine c'est quand le patient est derrière un écran » « ça c'est pour la campagne profonde pire qu'à st Savin, et ya une IDE qui fait le tampon avec la personne qui interprète les choses »

B. La philosophie d'exercice du jeune médecin

Au fil de l'entretien, on voit se dégager la mentalité de ces jeunes médecins, leurs désirs, leur philosophie d'exercice de la médecine.

1. Allier vie personnelle et vie professionnelle

Avoir la possibilité de ne négliger ni la vie professionnelle, ni la vie personnelle semble une volonté commune à tous les participants. Ils ont pu rencontrer des médecins pour lesquels le travail avait pris une place trop importante aux dépens de leur vie de famille et ne souhaitent pas reproduire ce modèle.

« ce que j aimerais savoir aussi c'est le nombre de médecins divorcés, je connais pas du tout s'il y a des chiffres, je sais qu'il y a des chiffres sur le taux de suicide etc... euh, je pense que la qualité de vie est importante, que ça soit professionnelle et personnelle (...) voilà, moi je veux pas que ma vie personnelle en pâtisse » « on va dire que ma priorité c'est ma fille, après c'est ... mes patients et après mon mari ... je rigole mais c'est de ne pas passer à côté de bons moments familiaux »

2. Le sens du devoir, le patient mis en avant

Le patient reste au centre des préoccupations des participants au focus group, ils souhaitent, certes avoir un certain confort de travail, mais n'oublent pas le but de leur métier est de soigner, de rendre un service à la population du lieu où ils exerceront.

« il faut quand même être disponible pour ses patients » « c'est ça aussi, offrir une présence, en dehors des gardes, même le samedi matin pour ceux qui travaillent la semaine » « donc si tu refuses une fois 2 fois 3 fois, ben qu'est ce que tu fais là ? t'es là pour soigner les gens »

3. Mais pas un sacerdoce

S'ils ont le sens du devoir, ils reconnaissent aussi volontiers qu'ils n'accepteront pas de travailler comme leurs aînés.

« oui c'est sur mais faut aussi se préserver un peu » « que médecin c'est un métier, c'est tout, c'est pas un sacerdoce » « c'était un sacerdoce, c'est devenu un métier, on est la génération 35H » « oui, on n'est plus les médecins à l'ancienne qui travaillons non stop , qui commençons très tôt qui finissons très tard »

4. Une pratique de qualité

L'idée d'avoir du temps pour une prise en charge des patients de qualité est importante pour les participants du focus group

« donc s installer en groupe, ça me permettra de travailler moins, de gagner moins oui, mais de travailler mieux, enfin mieux, en prenant plus de temps » « oui , parce que si c'est pour avoir ta conscience professionnelle qui te travailles quand tu rentres chez toi, parce que parfois tu rentres et tu

te dis « ah ben oui, tel patient, je lui ai dit non je peux venir que demain, mais finalement tu passes ta soirée à te dire ben mince tel patient je l'ai pas vu mais j'aurais pu, mais en même temps j'avais envie de voir ma famille » et ben tu vas passer une mauvaise nuit et le lendemain matin, premier truc que tu fais c'est prendre ton téléphone « allo monsieur machin, comment vous allez aujourd'hui ? »

5. Le salaire n'est pas un argument

Les aides financières pour une installation à la campagne ne semblent pas convaincre les jeunes médecins, le salaire n'est pas un argument dans le choix de leur installation.

« on peut leur donner autant d'argent qu'ils veulent, ceux qui ne veulent pas bosser à la campagne, ils n'iront pas, l'argent n'est pas un problème » « ça me permettra de travailler moins, de gagner moins oui mais (...) »

6. La sensation d'avoir sacrifié sa jeunesse pendant les études

Un jeune médecin a admis avoir eu la sensation de sacrifier sa jeunesse par des études longues et ne pas vouloir avoir la sensation de sacrifier le reste de sa vie par des contraintes professionnelles trop pesantes, c'est pourtant ce même jeune médecin qui souligne qu'« on est là pour soigner les gens ».

« tous les gens fuient et le pourquoi le médecin resterait ? (...) le médecin a déjà sacrifié une bonne partie de ses études, une bonne dizaine d'années de sa vie, c'est pas pour en plus faire ... non »

Cette réflexion fait écho aux propos d'un médecin installé du canton qui disait avoir l'impression que « du moment où ils ont leur diplôme, il faut les payer, ils doivent gagner leur vie comme ça ».

C. Les incontournables pour l'installation

Il se dégage de l'entretien de groupe des conditions indispensables pour une « bonne » installation selon les jeunes médecins.

1. Regroupement physique pour un partage des coûts et des patients

Quatre des participants étaient convaincus par l'installation en cabinet de groupe, avec au moins deux médecins généralistes, pour partager les frais de fonctionnement mais aussi pour pouvoir partager la patientèle et permettre de se dégager du temps libre. Le cinquième participant était moins décidé mais envisageait quand même plutôt une association qu'une installation seul.

« ce qui me plairait c'est un regroupement sur le même lieu, parce que ça permet de regrouper les frais et de les partager » « on se crée des conditions où on va pouvoir partager la patientèle » quand même moi, je vois plus les choses avec un regroupement physique à plusieurs (...) ça peut être d'autres médecins ou autre mais enfin, il faut qu'il y ait un autre généraliste ça c'est sûr, mais oui avec d'autres collègues, ça peut être sympa de pouvoir se croiser et demander à la volée « ah tiens untel » ; et partager les coûts aussi, c'est sûr, parce que quand on n'est pas dans le même bâtiment je ne vois pas comment on peut partager les coûts »

2. Un secrétariat

La présence d'un secrétariat sur place semble un outil incontournable pour les jeunes médecins, qui voient en la secrétaire une aide logistique, un gain de temps médical, une diminution de la fatigue et un tampon entre le médecin et ses patients.

« d'avoir un secrétariat sur place » « c'est un gain de temps » « la secrétaire permet d'accepter plus de patients ... parce que ça fait gagner du temps » « une heure et demi par jour (à répondre au téléphone) c'est au moins 6 patients qu'il ne peut pas voir ... ça fait gagner du temps médical ou du temps de sommeil » « en plus c'est moins fatigant ... quand on en voit une trentaine (si secrétaire) on est nettement moins fatigués que si en voit 20 voir 15 avec le téléphone qui n'arrête pas de sonner » « la secrétaire tamponne vachement » « la secrétaire dira plus facilement le médecin n'a pas le temps il faut que vous appelez le 15 alors que moi j'ai du mal » « et je lui dis « est ce que tu peux prendre rendez vous pour tel ou tel spécialiste ? » en plus elle connaît les spécialistes ... je trouve ça très pratique »

3. Des patients « éduqués »

Les jeunes médecins souhaitent avoir des patients respectueux de leur travail, de leur vie privée, ils pensent pouvoir imposer leurs règles à leur patientèle.

« ça c'est l'éducation que tu donnes à tes patients, c'est-à-dire que quand tu crées ton propre cabinet tu imposes tes règles à toi » « je ne pense pas que le médecin soit embêté par ses patients »

4. Du temps pour se former

Une participante a soulevé l'importance d'avoir du temps pour la formation continue.

« il faut aussi du temps pour se former »

5. Un territoire attractif

Tous étaient d'accord sur la nécessité d'avoir certaines infrastructures à proximité de leur lieu d'installation. Le choix d'avoir leur résidence personnelle sur leur lieu de travail n'était pas tranché, mais vivre à une certaine proximité de leur cabinet semblait indispensable.

« moi pour m'installer quelque part, je regarderais ce qu'il y a à côté, pour la vie de famille, une école, un car de ramassage scolaire, un collège un lycée, un marché » « le dynamisme de la zone où on souhaite s'installer »

D. Les avantages d'un pôle de santé pluri-professionnel

La deuxième question du guide d'entretien voulait explorer les avantages que les jeunes médecins pouvaient entrevoir à l'exercice au sein d'un pôle de santé.

1. Le sentiment de ne pas être isolé, un système formé et accueillant, un partage de la charge de travail, de la permanence des soins

La première réponse donnée a souligné l'importance de ne pas se sentir isolé en milieu rural, le pôle de santé peut représenter un système formé et accueillant pour les nouveaux professionnels qui s'installeraient, avec une possibilité de partager la charge de travail.

Les jeunes médecins voient également dans un pôle de santé une prise en charge facilitée de la permanence des soins.

« le sentiment de ne pas être tout seul ... au milieu de la campagne un peu profonde » « pas être tout seul perdu avec un patient, lourd ou pas lourd mais que je ne peux pas gérer tout seul » « c'est pareil pour les gardes, la question se pose ... est ce que moi tout seul je pourrai faire les gardes ... donc cette idée est plutôt bonne dans le sens où on se dit quand même on se partage un peu la charge de travail » « en quoi tu trouves ça accueillant plus que si y avait pas de PSP ? ben parce qu'il sait qu'il y a un système qui est formé, qui marche bien, qu'il y a des acteurs là bas, sur lesquels il peut s'appuyer » « une bonne chose pour les patients qui ne peuvent pas faire le déplacement sur les gros centres »

2. Une simplification des relations avec les spécialistes et les paramédicaux, possibilité de spécialistes « à la carte », la proximité pour les patients

Le pôle de santé semble représenter un moyen de faciliter la communication entre professionnels de santé, de faciliter la coordination, la prise en charge en commun des patients pour les professionnels médicaux et paramédicaux, notamment par le fait qu'ils se connaissent mieux.

« mieux coordonner les soins » « des interlocuteurs en qui il a confiance » « ça permet d'avoir des rendez vous plus facilement avec les spécialistes » « simplifier les choses, ne pas avoir à batailler pour un rendez vous rapidement »

Un jeune médecin a émis l'hypothèse de pouvoir attirer des médecins spécialistes « à la carte » pour quelques heures de présence par semaine dans un cabinet, permettant ainsi d'avoir des consultations spécialisées à proximité pour les patients, de recruter de nouveaux patients pour les spécialistes qui accepteraient de consulter ainsi et d'avoir des contacts privilégiés avec ces spécialistes pour les médecins généralistes du canton.

« pourquoi pas, si ça peut leur permettre de faire une journée de consultation ou deux par semaine » « même si c'est des consultations une fois par semaine mais par contre un accès privilégié par mail ou par téléphone »

3. Possibilité de télémédecine

Une participante a évoqué la possibilité d'utiliser la télémédecine plus facilement au sein du pôle de santé, avec pour exemple l'utilisation en radiologie qui se fait déjà sur l'hôpital de Blaye.

« je ne sais pas, mais est ce que la télémédecine ne pourrait pas intervenir là dedans ? »

4. Des facilités pour la formation

Les jeunes médecins voient également dans le pôle de santé un moyen de se former, notamment par la création de groupes de FMC.

« il faut aussi du temps pour se former / est ce que le PSP est un facteur favorisant la formation ? / oui peut être / en quoi ? / on peut regrouper les PS et former un groupe de FMC, faire venir des intervenants extérieurs »

5. Un facteur attractif pour la population

Une participante souligne que le fait qu'il y ait un PSP est un facteur attractif pour l'installation de nouveaux habitants au sein du canton.

« c'est attractif pour que des jeunes viennent s'installer aussi dans les villages (...) pour des jeunes couples »

E. Les avantages de l'exercice en milieu rural

La question des avantages d'un exercice au sein d'un PSP a permis également de dégager les avantages d'un exercice en milieu rural.

1. La garantie d'avoir du travail

Tous les jeunes médecins interviewés ont soit été en stage chez les médecins du canton de St Savin, soit ont remplacé sur le canton, ils font tous des remplacements à la fois en milieu rural et en milieu urbain. Ils constatent tous que l'exercice en milieu rural apporte une certaine garantie quant au nombre de consultations réalisées par jour.

« on s'installe demain à saint Savin, sans avoir fait aucun truc, on installe sa plaque, en 3 jours, à mon avis, ça va, pôle de santé ou pas d'ailleurs, ça va aller vite, rapidement les patients vont arriver »

2. Le sentiment d'être utile

Les participants ont l'impression d'être plus utiles en milieu rural qu'en milieu urbain.

« moi à Bordeaux, j'ai l'impression de ne pas être utile, il y a beaucoup de futilités, (...) alors que dans la proche campagne, ya déjà plus de problèmes à gérer » « à st Savin ... ils viennent parce qu'ils ont besoin d'un médecin »

3. Polyvalence et autonomie

L'exercice en milieu rural semble plus polyvalent, il permet la réalisation d'actes plus diversifiés. Deux participants se sentent plus autonomes en milieu rural, du fait de l'éloignement des centres hospitaliers et des médecins spécialistes libéraux.

« c'est vrai qu'à la campagne on peut faire plus de gestes » « on est plus polyvalents, on a plus d'autonomie » « des sutures, de la gynéco, ça m'est même arrivé de faire un plâtre une fois » « faut savoir faire plus de choses »

4. Des patients agréables et respectueux

Les participants ont souligné le côté agréable et respectueux de la vie privée des patients en milieu rural, une participante a raconté son expérience de remplacement dans son village natal, expérience qu'elle redoutait parce que beaucoup des habitants la connaissaient et elle craignait d'être dérangée chez elle, ce qui n'a pas été le cas du tout et l'a beaucoup rassurée.

« les patients sont respectueux de la vie privée »

F. Les réticences à adhérer à un pôle de santé

La troisième question du guide d'entretien voulait explorer les réticences à adhérer à une organisation de type pôle de santé.

1. Risque de conflits

La première intervention rapportait une crainte de ne pas s'entendre avec les autres professionnels de santé du PSP.

« ne pas s'entendre avec les autres » « ça peut vite devenir une usine à gaz » « avec les autres (PS) ça pose problème, tout ce qui est conflictuel »

2. Crainte d'un caractère obligatoire et le sentiment d'être engagé vis-à-vis des autres PS

Un participant s'est interrogé sur le caractère obligatoire de l'adhésion au PSP, en effet, dans le cas où tous les professionnels du canton adhèrent, celui qui choisit de ne pas adhérer se verrait mis à l'écart.

« tous les médecins vont être obligés de rentrer dans le pôle parce que si tous adhèrent sauf un, il sera quand même exclu »

Un autre participant a exprimé le sentiment de se sentir plus engagé vis-à-vis des autres professionnels de santé dans un PSP que dans un cabinet où il exercerait seul.

« moi ce qui m'embêterait c'est de m'engager dans un système (...) si demain je vois que ça ne me convient pas, si j'ai envie de faire marche arrière, c'est la marche arrière qui est difficile (...) quelque part on est engagé vis-à-vis de certaines personnes »

3. Ajout de contraintes administratives

Une participante craint l'ajout de contraintes administratives

« d'avoir des obligations de réunions insupportables tous les 4 matins, des trucs comme ça, pour gratter du papier, si c'est pour se rajouter des contraintes, c'est même pas la peine »

4. Multiplication des intervenants autour du patient

Une participante a insisté sur le fait qu'elle souhaitait un réel partage de patientèle avec un autre médecin, pour se dégager du temps. Selon elle, ce partage semble plus compliqué au sein d'un pôle de santé, avec le risque d'une multiplication d'intervenants médecins généralistes différents autour du patient, ce qui pourrait rendre la prise en charge moins cohérente pour les médecins et surtout pour le patient.

« ça, ça peut se faire à 2 médecins mais quand on est trop nombreux...plusieurs médecins généralistes sur le même patient ça peut brouiller, 2 c'est bien, faut pas trop d'intervenants »

5. Des contraintes techniques pour le partage des dossiers

Les participants ont également souligné des contraintes techniques pour le partage des dossiers : problème de compatibilité des logiciels entre les différents cabinets, problème de confidentialité.

« parce que sinon ça voudrait dire qu'ils doivent avoir les mêmes logiciels et mettre en commun les dossiers patients ... » « c'est peut être un peu compliqué »

6. Absence de regroupement physique

Le regroupement physique dans un même cabinet facilite les relations et la coordination, au sein d'un pôle de santé, les discussions informelles semblent plus compliquées

« on en peut pas aller frapper à la porte de l'autre, on ne se voit pas quoi »

G. Les craintes de l'exercice en milieu rural

Des contraintes à l'exercice en milieu rural de deux ordres sont ressorties essentiellement, celle du travail du conjoint, surtout si le médecin est une femme, et une charge de travail qui semble plus lourde en milieu rural qu'en milieu urbain.

1. Le travail du conjoint

Les participants hommes et femmes ont soulevé cette contrainte du travail du conjoint. Bien qu'il leur semble encore plus facile à tous pour une femme de suivre le conjoint, le modèle « cliché » du médecin qui travaille et de sa femme qui est secrétaire et comptable de son mari n'est plus d'actualité. La féminisation de la profession est encore une fois un frein à l'installation en milieu rural quand le conjoint ne peut pas trouver de travail à proximité.

« le problème, c'est que maintenant, les médecins, on est en majorité des femmes alors qu'avant c'était plus des hommes et quand ils allaient à la campagne, les femmes elles suivaient, alors que maintenant, nos maris ont aussi envie de travailler et à la campagne, il n'y a pas d'offre professionnelle, il faut trouver 2 lieux de travail en même temps. A St Savin, mis à part être avec un viticulteur, je vois pas... » « de toutes façons la médecine a évolué, avant le médecin c'était un homme avec sa femme qui faisait son secrétariat sa comptabilité, sans s'enfermer dans des clichés, mais maintenant, ça n'est plus ça, on a tous des conjoints ou conjointes qui ont un travail autre peut être que la médecine ou pas ... voilà » « je pense que ça dépend des couples, ya plus de femmes qui vont accepter de suivre, par exemple toi tu dis que tu as suivi ton conjoint »

2. La charge de travail, l'absence de relais pour la continuité des soins, les visites à domicile sur un territoire étendu.

L'absence de relai pour la continuité des soins type SOS médecins ou des urgences facilement accessibles, des visites à domicile sur un territoire potentiellement étendu, et une charge de travail qui semble globalement plus lourde qu'en milieu urbain peuvent expliquer que l'exercice en milieu rural soit moins attractif que l'exercice en milieu urbain.

« c'est quand même un frein à la campagne (les horaires de travail) voilà, si on peut être à 2 médecins à se partager les jours où on finit tard et les jours où on finit tôt voilà, mais celui qui est tout seul à la campagne, il a intérêt à avoir les épaules solides » « ce qu'on voit aussi, ce sont les visites à domicile, (...) j'avais un territoire de 20km par 20km, je pense que c'est même plus grand que ça, et je me suis dit « ouhlala c'est trop grand » et je sais que je voudrais réduire pour m'installer » « c'est prédominant à la campagne parce qu'en ville ils ont SOS médecins et les urgences... même si c'est pas une solution rêvée pour les soins primaires, ils ont cette solution là, alors que la mamie qui est au fond de sa campagne et qui na pas de voiture, elle ira pas aux urgences et elle appellera pas le 15 parce que c'est pas la mentalité »

DISCUSSION

I. Discussion sur la méthode

A. Limites de l'étude

1. Limite liée au choix de la question de recherche.

L'enquête ainsi que l'analyse des verbatims ont été réalisées autour de la question des freins à l'adhésion des médecins à un projet de pôle de santé. En effet, lors des réunions préliminaires à la mise en place du projet, j'avais été frappée par les propos négatifs et l'impression de manque de volonté des médecins de changer leurs pratiques et j'ai donc orienté ma question de recherche dans ce sens. Une question de recherche orientée vers les motivations et les freins aurait peut être apporté des résultats différents.

Cependant, malgré la question initiale, les motivations, l'intérêt des médecins pour le projet sont clairement ressortis.

2. Biais liés à l'échantillon

Le terrain de l'enquête a volontairement été limité à un canton particulier de la Gironde, sur lequel se monte un projet particulier.

Sur les 15 médecins du canton, 3 n'ont pas souhaité répondre aux entretiens individuels soit par manque de temps, soit par manque d'intérêt, soit parce que je n'ai pas réussi à les contacter.

A l'issu des 12 entretiens individuels, on arrivait à une certaine saturation des données, en effet le dernier médecin interviewé n'a pas donné de réponses très différentes de celles de ses collègues, nous pouvons donc imaginer que les 3 entretiens supplémentaires n'auraient pas apporté d'hypothèses radicalement différentes.

Le choix des jeunes médecins s'est porté sur un critère commun, avoir exercé en tant qu'interne en stage praticien niveau 1 ou en tant que remplaçant au sein du canton de St Savin, il y a de fait un biais de sélection, ces jeunes médecins ayant tous choisi d'aller exercer en milieu rural à un moment de leur vie, ils ne peuvent pas être représentatifs de la population des jeunes médecins.

Comme l'explique P. Hudelson dans la revue médicale suisse [23], en recherche qualitative, l'échantillon n'est pas choisi dans le but de généraliser ou de prédire, mais a pour but de recueillir de nouvelles interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension d'un phénomène. C'est ce que nous avons essayé de faire dans cette enquête.

Un pôle de santé étant pluridisciplinaire, il aurait été intéressant de recueillir l'opinion des autres professionnels de santé libéraux potentiellement impliqués dans le projet (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, diététiciens, sages femmes, psychologues) ainsi que des institutions qui participent à garantir la santé de la population du territoire (association de maintien à domicile, EHPAD, centre intercommunal d'action sociale).

Il serait également opportun d'étudier l'avis de la population, des potentiels bénéficiaires du pôle de santé, sur ce type d'organisation des soins de premier recours.

Pour des raisons de faisabilité et des contraintes de temps, cela n'a pas été possible dans notre étude.

3. Biais liés à la réalisation des entretiens

Malgré la préparation théorique à la conduite d'entretiens individuels ou de groupe, mon manque d'expérience a pu être vecteur de limites.

Les entretiens individuels ont pu être inégaux, en effet, j'ai constaté une amélioration de ma conduite d'entretien au fil des 12 entretiens menés, et même si le questionnaire avait été testé au préalable, certaines questions ont été améliorées au fur et à mesure de l'avancée de l'enquête.

Un animateur expérimenté en conduite de focus group aurait peut être produit un échange plus riche, mais le fait d'avoir mené cet entretien a pu également faciliter les échanges, en effet il n'y avait aucun rapport hiérarchique entre le chercheur et les participants.

On peut également soulever l'hypothèse de l'existence d'un biais de désirabilité, à la fois dans les entretiens individuels et dans le focus group. En effet, certains médecins du canton connaissent mon envie de m'installer sur le canton et ont pu modifier leur discours en ce sens.

Pour ce qui est du focus group, l'observateur neutre étant le directeur du département de médecine générale de Bordeaux, les participants ont pu avoir un discours pour essayer de lui plaire.

Les entretiens, tant individuels que collectif, m'ont semblé sincères, et les opinions exprimées authentiques, avec des points de vue parfois loin du « politiquement correct ».

Dans les focus group, il est décrit que l'impact de l'interaction de groupe peut avoir, pour certains participants, un effet inhibiteur, par crainte d'une éventuelle confrontation, par peur du jugement. Il peut également se dégager un leader d'opinion.

Lors de notre entretien collectif, il a été rappelé aux participants les principes de l'entretien de groupe lors de la consigne initiale, et j'ai insisté sur le fait que chacun devait se sentir libre d'exprimer ses opinions, sans crainte du jugement. Il m'a semblé que les participants avaient pu exposer librement leurs points de vue, raconter leurs expériences, aucun participant n'a monopolisé la parole, les participants qui semblaient plus réservés ont été amenés à participer à la discussion et le temps de parole a été équitable entre les cinq participants.

L'entretien a eu lieu dans une ambiance décontractée, probablement du fait de l'homogénéité du groupe, certains participants se connaissaient déjà et tous avaient des références communes.

4. Biais liés à l'analyse

L'analyse de l'étude fait appel aux impressions du chercheur, il y a donc inévitablement une part de subjectivité. Selon JM Van der Maren, « il s'agit surtout d'être objectif par la reconnaissance de la subjectivité et par l'objectivation des effets de cette subjectivité ».

Afin de limiter ce biais, l'analyse a été réalisée de manière systématique et identique pour tous les entretiens. Un premier cadre d'analyse avait été créé à partir des questions de recherche et des hypothèses formulées initialement. La retranscription et la première lecture permettaient de noter les phrases clés en rapport avec les thèmes définis ainsi que les nouvelles idées émergentes. Ces nouvelles thématiques étaient intégrées dans le tableau initial, petit à petit, les idées se sont organisées en sous thèmes et thèmes. Chaque entretien était alors relu à la lumière de ce système de codage. Souvent de nouvelles idées apparaissaient lors des nouvelles lectures, améliorant le système de codage. Les entretiens étaient alors relus, et ce jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles idées.

Lors de cette analyse, les verbatims ont été lus et relus sans préjugés, en essayant le plus possible de mettre de côté mes propres opinions et représentations du sujet, ainsi que mes représentations ou éventuels préjugés sur les personnes interviewées.

Une analyse croisée des verbatims aurait pu limiter un peu plus ce biais.

B. Points positifs

Cette étude est représentative des initiatives prises actuellement sur le territoire français pour essayer de maintenir un système de soins efficient, voire de l'améliorer. En effet, la lutte contre la désertification médicale en milieu rural, notamment par la mise en place de maisons et pôles de santé est un sujet d'actualité, intéressant aussi bien les politiques que les acteurs de santé et la population.

La triangulation des méthodes et des sources permet d'augmenter la fiabilité et la validité d'une étude qualitative : ce procédé consiste par exemple à comparer les résultats obtenus à partir d'au moins 2 techniques de recueil ou d'au moins 2 sources de données. Cela permet également d'obtenir une meilleure compréhension du phénomène étudié.

Dans notre étude, deux techniques de recueil des données ont été employées et deux populations différentes ont été interrogées.

II. Discussion sur les résultats

A. Comparaison des freins à l'adhésion à un PSP des médecins du canton et des jeunes médecins, et aux données de la littérature

1. Bonne connaissance des médecins installés de leur lieu d'exercice.

Une des hypothèses émises en début de travail était la suivante : les médecins installés n'avaient pas clairement conscience que le territoire était à fort risque de devenir un désert médical, au vu de l'âge des praticiens en place et de la croissance démographique positive du canton. Cette hypothèse a été infirmée dès les premières questions de l'entretien semi-dirigé. Les médecins ont une bonne connaissance de la démographie médicale et de la population, tant en terme de démographie que de pathologies. Ils ont tous conscience que le nombre de médecins est critique, qu'ils auront probablement du mal à trouver un successeur. La plupart des analyses des médecins sont conformes aux données du diagnostic local de santé.

2. Le manque de temps, les freins administratifs et logistiques

Les enquêtes auprès des médecins installés du canton et des jeunes médecins retrouvent des points communs dans les réticences à adhérer à un pôle de santé.

Les freins dits « administratifs », la crainte de réunions inutiles, la peur de perdre son temps, le manque de temps, les freins logistiques (pour ce qui est des dossiers partagés notamment), la crainte d'un caractère obligatoire de l'adhésion au PSP, ainsi que le caractère abstrait du projet, le manque de visibilité, de garanties sur sa capacité à améliorer les conditions de travail sont récurrents dans notre enquête et sont également retrouvés dans les enquêtes antérieures, même s'il est difficile de faire un parallèle exact entre les différentes organisations des professionnels de santé autour d'un projet de santé pour une population, tant elles sont chacune uniques.

M. Robin a étudié, dans sa thèse [28], le pôle de santé de Saint Méen le Grand et de ses environs, dans une enquête auprès de 13 professionnels, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, tous engagés dans un pôle de santé. Ce PSP diffère du projet étudié dans notre enquête par l'existence initiale d'un regroupement de médecins au sein d'une SCP. Mais les difficultés rencontrées sont similaires : le manque de temps des professionnels libéraux et un fonctionnement chronophage du PSP, la peur de l'inconnu, la difficulté de se projeter dans l'avenir, la difficulté de concilier le travail habituel et une nouvelle façon d'envisager les soins de premier recours.

M. Robin rapporte également une implication variable des professionnels de santé, cela n'a pas été explicitement évoqué par les médecins du canton, mais est constaté. En effet 4 des 15 médecins généralistes du canton font partie du groupe de travail initial, et de nombreux médecins du canton n'avaient qu'une vague idée du projet de PSP sur le canton.

Il souligne également des relations difficiles avec les élus et les organisations de santé. Dans notre enquête, ce frein n'a pas clairement été identifié, et l'implication des élus locaux semblait même être plutôt une garantie ou une volonté. Le PSP n'étant qu'à l'état de projet au moment de l'enquête, les relations avec les institutions qui pourraient apporter leur concours au projet (ARS, Conseil général) n'ont pas été évoquées spontanément.

V. Leprette a étudié, dans sa thèse [29], les motivations et difficultés rencontrées dans la mise en place de MSP et PSP en Ile de France, il souligne l'importance de l'âge des médecins comme frein à s'engager dans un nouveau projet pour peu d'années d'exercice. Ce frein a été soulevé par quelques médecins du canton, mais a contrario, deux des médecins les plus impliqués dans le projet sur le canton ont plus de 60 ans.

Même s'il existe des réticences à une modification des pratiques, les médecins du canton ont tous affirmé qu'ils n'étaient pas contre la création d'un PSP et qu'ils étaient prêts à y adhérer si on leur apportait la preuve que cela pouvait attirer de nouveaux médecins de manière durable et améliorer leurs conditions de travail, moyennant peu d'efforts de leur part, efforts qu'ils fournissent déjà actuellement au quotidien.

Comme il est constaté dans le bilan des maisons et pôles de santé de 2010 [14], le dispositif de premier recours est à bout de souffle, un mouvement est perceptible chez l'ensemble des acteurs « même les plus réticents d'entre eux ayant conscience qu'un mouvement majeur est en train de s'opérer dont ils ne pourront pas rester extérieurs ».

3. Des médecins prêts au changement ? Travail en groupe, système d'information partagée, partage des compétences, formation, nouveaux modes de rémunération.

Les jeunes médecins du focus group se sont montrés unanimes sur leur volonté de travailler en groupe, de ne pas se sentir isolés, de pouvoir partager leurs expériences avec leurs confrères, de pouvoir demander conseils à leurs pairs. Les médecins du canton ont également émis le regret d'un manque de communication entre eux dans certaines situations, et certains ont émis le désir d'une amélioration de la coopération entre les médecins. Cette volonté de regroupement n'est pas que locale, en effet, la proportion de médecins généralistes exerçant en groupe est passée de 43 à 54% entre 1998 et 2009, et est encore plus présente chez les médecins de moins de 40 ans qui sont 80% à déclarer exercer en groupe. [30]

Alain Paraponaris et al.[31] le constatent dans la revue française des affaires sociales, la médecine générale donne l'impression d'une profession fortement soumise aux changements mais ouverte aux changements, surtout s'ils sont en provenance de la profession médicale elle-même. Par contre, les changements imposés (notamment par les lois) passent très mal auprès des médecins. Ils rapportent une « petite révolution dans l'évolution des mentalités », près de deux tiers des médecins interrogés sont favorables à une évolution des modes de rémunération, avec une tendance forte à conserver le paiement à l'acte en le mixant à d'autres systèmes de rémunération tels que la capitation, le forfait, le salariat.

Les médecins interviewés lors de notre enquête se sont tous interrogés sur les possibilités techniques de partager des dossiers entre professionnels dans des structures physiquement séparées. Ce partage d'informations est un souhait mais ne leur semble pas envisageable, ils ont tous fait allusion au DMP, outil utile en théorie mais qui n'est pas fonctionnel au quotidien.

Pourtant, le développement de la e-santé et des nouvelles technologies de la communication et de l'information permet actuellement un partage d'informations médicales de plus en plus vaste, améliorant ainsi la coopération entre les professionnels de santé.

Le groupe TSA (Télé Santé Aquitaine) teste actuellement une plateforme d'aide à la communication entre les professionnels de santé (PAACO) qui regroupe plusieurs fonctionnalités telles qu'une messagerie sécurisée santé, des annuaires, des relevés de constantes, un accès à un dossier commun. Toutes ces fonctionnalités sont également accessibles en situation de mobilité (smartphone et tablette) et ne requièrent qu'un accès à internet. De nombreux logiciels métiers sont compatibles avec cette plateforme. Cette solution est actuellement en expérimentation mais semble avoir déjà un avenir prometteur. [32]

Comme l'a souligné un des médecins du canton à propos des dossiers partagés, « *on ne peut pas imaginer les 15 ans qui viennent sans un outil de ce genre* », il m'a alors expliqué les difficultés rencontrées à la mise en place des logiciels métiers et pourtant, actuellement, la plupart des médecins ne pourraient plus s'en passer.

Les médecins installés sur le canton de Saint Savin ont tous déclaré avoir de bonnes relations avec les infirmiers, pouvoir déléguer certaines tâches, mais aucun ne connaissait la notion de partage de compétences. Les jeunes médecins du focus group ont spontanément évoqué la nécessité d'un travail en équipe avec les infirmiers ainsi que l'amélioration de la prise en charge pour le patient qu'ils en tiraient.

Depuis la loi HPST (Article 51 de la loi du 21 juillet 2009) et à la suite d'expérimentations depuis 2003 [33] le principe de partage de compétences entre professionnels médicaux et paramédicaux trouve une base légale. Cette nécessaire coopération entre professionnels de santé a pour but de faire face à l'évolution démographique médicale défavorable, aux besoins de santé croissants de la population, aux difficultés croissantes de financements des prises en charge, et à l'aspiration des professionnels de santé de faire évoluer leurs compétences au long de leur carrière. Sur le plan pratique, la loi propose la mise en place de protocoles rédigés par les acteurs de santé locaux volontaires, dans la limite de leurs compétences, sur des besoins de la population d'un territoire défini. Ces protocoles sont soumis à l'approbation de l'ARS et de la HAS [34, 35]. Un exemple est celui du suivi des traitements anti cancéreux à domicile par les infirmiers en Ile de France. En Aquitaine et dans 14 autres régions, le protocole ASALEE permet la délégation d'actes et d'activités entre les médecins et les infirmiers pour le suivi de pathologies chroniques telles que le diabète de type 2 et le risque cardio-vasculaire et le dépistage de la BPCO chez le patient tabagique ou des troubles cognitifs de la personne âgée. [36, 37]

Depuis le premier janvier 2013, comme prévu dans la convention pharmaceutique, les pharmaciens ont la possibilité d'aider au suivi du traitement par anti coagulant oral. Ils peuvent ainsi réaliser des entretiens de suivi régulier, d'éducation du patient sur son traitement.

Ces initiatives rencontrent de vives critiques [38, 39] mais sont le témoin du désir et de la nécessité de coopération entre professionnels de santé dans le but d'une amélioration de la prise en charge des patients.

Les jeunes médecins généralistes du focus group, au travers de leurs réflexions sur ce que leur semblait être un pôle de santé pluri-professionnel, ont exprimé un avis plutôt favorable à ce type d'organisation des soins primaires.

C'est le constat qu'a pu faire également L. Moine dans son enquête d'opinion auprès de futurs médecins généralistes dans l'objectif de créer un PSP en secteur rural [40]. Les étudiants stéphanois ont accueilli favorablement la proposition d'un pôle de santé multi-site basé dans un bassin de vie rural en collaboration avec les autorités territoriales qui en seraient les coordonnateurs.

On peut noter que peu de médecins installés du canton ont souligné l'intérêt du travail en groupe de pairs pour la formation, contrairement aux internes de médecine générale du focus group qui attachent de l'importance au partage et à l'expertise entre pairs, sans forcément passer par la formation descendante du médecin spécialiste d'organe. Ce travail entre médecins généralistes au sein du pôle de santé permettrait de renforcer les liens entre eux et de favoriser un climat d'entente.

4. Conflit de génération ? Des clichés dans un sens comme dans l'autre.

Si on a pu constater des similitudes dans les propos des médecins installés et des jeunes médecins en formation, il y a eu également, dans les deux parties, des idées reçues, des préjugés, des représentations négatives des uns envers les autres.

Et cette constatation n'est pas que locale. En témoignent les propos du sénateur de la Haute Loire dans L'Eveil le 17 octobre 2013, dans un article intitulé « on ne peut pas avoir une rémunération de médecin et vivre comme un fonctionnaire ». Ce médecin généraliste retraité, interrogé sur la désertification médicale que connaît son département a eu des propos très durs à l'égard de ses jeunes confrères « (...) les générations présentes n'ont plus la sacro-sainte vocation, délaissent l'humanisme au profit d'une vie tranquille et néanmoins lucrative (...) ».

Ces différences rendent-elles le travail ensemble impossible ?

Dans son travail sur les jeunes diplômés de médecine générale, Géraldine Bloy [41] a suivi une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes, elle s'interroge sur le devenir de la médecine générale au prisme du changement générationnel.

Elle apporte des explications sur le changement d'époque que l'on vit actuellement, les médecins généralistes des années 70 ne recevaient pas de formation spécifique ; autodidactes, ils s'adaptaient. Les pouvoirs publics et les facultés ne prêtaient que peu d'intérêt à l'offre en soins primaires.

Depuis les années 2000, il existe une formation spécifique de médecine générale, la médecine générale est reconnue comme spécialité, les missions de la médecine générale sont inscrites dans la loi HPST, il existe un collège national des généralistes enseignants, et les internes n'ont jamais autant été formés à la médecine générale qu'actuellement, même si les rapports récents poussent à une formation encore plus importante. Il existe donc une politique qui vise à former plus de généralistes et mieux que par le passé, mais G. Bloy explique, qu'au vu des entretiens menés avec les internes de sa cohorte, ce dispositif de plus en plus contraignant, peine à atteindre son but et fait l'objet de critiques d'une partie des promotions. D'autre part, ces jeunes diplômés, réputés être mieux formés que ceux des générations précédentes rencontrent parfois, de ce fait, une hostilité de la part de leurs confrères.

De plus, elle rapporte que les études longues et sélectives que représente la filière médicale, ne laissent que peu de temps aux aspirations identitaires, au point que cette période est parfois perçue comme « un mauvais moment à passer, tout entier tendu vers cette nécessité d'assurer sa place future pour pouvoir espérer enfin vivre selon ses choix » laissant place ensuite à une « crise post étudiante », d'autant plus que les jeunes médecins partagent les valeurs de développement personnel autonome de leur époque.

Ces réflexions font échos aux propos d'un médecin du canton et d'un jeune médecin du focus group, le médecin installé rapportait avoir l'impression que « les jeunes ne voulaient plus travailler après leurs études, comme si tout leur était dû après le diplôme » et le jeune médecin du focus group expliquait « avoir gâché une partie de sa jeunesse pendant ses études [donc ne souhaitait pas en faire autant ensuite] ».

G. Bloy rapporte les critiques exprimées par les jeunes diplômés de sa cohorte : refus des contraintes d'un mode de vie et de disponibilité aux patients, stigmatisation d'une médecine commerciale, difficulté du travail isolé. Ces critiques semblent coller aux aspirations des jeunes généralistes du focus group de notre enquête.

Elle dégage trois profils types de jeune médecin généraliste aujourd'hui, le profil « critique vigilant autonome », le profil « collégial intégré » et le profil « libéral conventionnel », en s'appuyant sur une dizaine de jeunes généralistes engagés dans un exercice libéral. Leur point commun, commun également aux jeunes médecins de notre focus group, est une volonté de pratiquer une médecine de

qualité pour les patients, tout en gardant le contrôle de l'investissement temporel, d'équilibre de vie et de préservation de soi.

Cette étude de Géraldine Bloy permet d'entrevoir toute la complexité des changements qu'est en train de vivre la profession de médecin généraliste.

B. Pôle de santé pluri-professionnel : l'avenir ? Des exemples qui fonctionnent

Les exemples habituellement donnés en matière de pratique de groupe des soins ambulatoires sont souvent des exemples venus de l'étranger :[42] les groupes de médecine familiale au Québec, les maisons de santé en Belgique, les français étant vus comme en retard comparativement à d'autres pays. Pourtant, il existe des exemples français de pôles de santé qui fonctionnent.

1. Le groupement des professionnels de santé du pays Beaunois : un exemple d'initiative locale qui donne des idées. (annexe 7)

Le réseau Beaunois (Côte d'Or, Bourgogne) a été créé en 2002, sous forme d'une association loi 1901, sous l'impulsion des professionnels de santé de terrain et notamment d'un médecin généraliste et d'une infirmière. Leur objectif est l'amélioration de la qualité des soins dispensés à la population. Cet objectif passe par une coopération sanitaire et sociale, dans une volonté d'organisation des soins primaires, de décloisonnement ville/hôpital et sanitaire/social. Ce projet s'inscrit dans le projet médical du territoire de Cote d'Or su SROS (schéma régional d'organisation sanitaire). En 2009, le GPSPB comptait 136 adhérents. Le territoire de santé couvert compte 62 000 habitants.

Le GPSPB a débuté en 2002 par la mise en place d'un classeur de coordination au domicile des patients en ayant la nécessité. En 2005, ils ont mis en place des actions d'éducation thérapeutique des patients notamment pour le diabète, les facteurs de risque cardio-vasculaire, l'obésité. En 2007, ils ont développé une coordination ville/hôpital pour la prise en charge des soins palliatifs. En 2009, suite à un audit de leurs financeurs, il leur a été proposé d'élargir la coordination à la prise en charge des personnes âgées et des soins de support.

Actuellement, le GPSPB est une équipe d'appui et de coordination pluridisciplinaire qui emploie 12 salariés, avec une secrétaire médico-sociale, une directrice, des infirmiers coordinateurs, des médecins généralistes, un ergothérapeute, une psychologue. Ils réalisent des évaluations des besoins au domicile du patient, mettent en place le classeur de coordination et assurent le suivi et le lien entre les

professionnels libéraux et l'hôpital, proposent des procédures d'appel en cas d'urgences. Ils ont une file active de patients pris en charge dans le réseau, connue de l'hôpital et notamment des urgences et des services concernés par les patients. Les professionnels de l'hôpital ont connaissance du classeur de coordination sur lequel ils peuvent s'appuyer en cas de besoin (la nuit par exemple).

Cette équipe fait des staffs pluridisciplinaires mensuels pour discuter des situations compliquées et anticiper les stratégies nécessaires pour la prise en charge des personnes âgées. Il y a également des réunions mensuelles avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital.

Ils ont également mis en place un service d'HAD depuis environ un an.

Ils ont développé un logiciel adapté à ce type de coordination.

L'ETP s'appuie sur une équipe de 11 professionnels de santé libéraux, médecins, pharmaciens, diététiciens, kinésithérapeutes, infirmiers. Ils réalisent des diagnostics éducatifs individuels et des réévaluations régulières, en lien avec le médecin traitant du patient. Ils mènent également des actions de groupe : ateliers cuisine animés par une diététicienne, exercice physique adapté, séances en groupe sur des thématiques.

La coopération se fait entre les professionnels de santé libéraux, les EHPAD, le CH de Beaune (Urgences, équipe mobile de soins palliatifs, gériatrie, douleur), la maison médicale de garde du pays Beaunois, la régulation médicale libérale.

Un comité de pilotage est chargé du suivi et de l'évaluation des objectifs du GPSPB.

Par ailleurs, le GPSPB propose aux professionnels des formations mensuelles en interdisciplinarité, sur des thèmes de santé ou pour un échange de pratiques, et il est également un terrain de stage (internes de médecine générale, professionnels désirant monter un PSP)

Les actions étaient financées par l'URCAM, et maintenant par l'ARS.

La cadre coordinatrice, directrice du GPSPB avec laquelle j'ai pu m'entretenir au téléphone, insiste sur leur volonté de décloisonnement ville/hôpital, sanitaire/social, dans l'intérêt des patients, au service des professionnels libéraux, pour améliorer et faciliter les prises en charge. Il ne s'agit pas du tout de remplacer ce qui existe mais bien d'aider les professionnels libéraux.

La première difficulté dont elle me parle est celle de la pérennité des financements alloués par l'ARS. Elle m'explique que la politique actuelle va plutôt dans le sens d'un système du type « un coordonnateur pour tant de patients » (par exemple 1 coordonnateur pour 40 patients dans une MAIA) mais ce système est difficilement applicable aux réseaux de coordination pluri-thématique comme le GPSPB.

Elle parle aussi de l'investissement initial, en terme de temps et d'énergie, des professionnels de terrain, bénévoles initialement. L'association n'est pas un statut satisfaisant pour recevoir une rémunération pour le travail fourni, c'est pour cela que les professionnels du comité de pilotage vont créer une SISA.

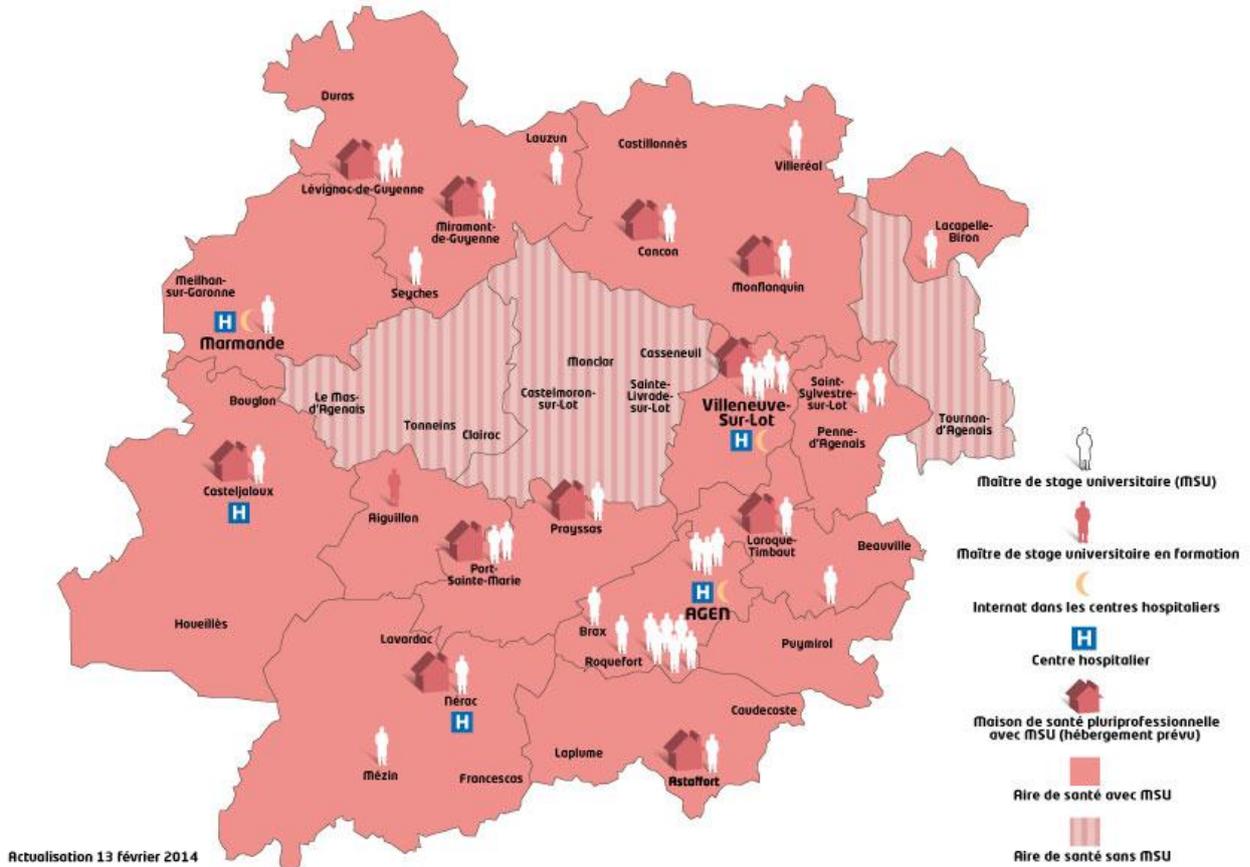
Elle évoque également la méfiance des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers. Même si les expériences réussies arrivent à faire adhérer un maximum de professionnels, le scepticisme, la peur de l'inconnu, la peur du changement, la méconnaissance des enjeux restent des freins pour certains professionnels de santé.

Elle m'explique que ces freins ont été levés, et le sont encore, petit à petit, en « mettant les gens autour d'une table pour apprendre à se connaître », à connaître les compétences de chacun et à travailler ensemble. Elle évoque avec émotion plusieurs prises en charge réussies, et avec fierté les projets à venir pour le GPSPB.

Le GPSPB a donné également des idées dans le département de la Côte d'Or qui compte 4 autres groupements de professionnels de santé.

2. Maillage du territoire en MSP / PSP dans le Lot et Garonne : une volonté politique à l'échelle d'un département. (annexe 5)

Carte des Aires de Santé du Lot et Garonne. Source CODDEM.



En 2009, dans le département du Lot et Garonne, à la suite d'une réflexion globale menée par le Conseil Général, la préfecture et la DDASS/ ARS-DT 47, une commission départementale de la démographie médicale (CODDEM) est créée. Elle part du constat d'une baisse de la démographie médicale sur le département, de l'accès inégal à la santé dans certaines zones du département, notamment le centre du département, et de la remontée de projets de MSP non coordonnés entre eux. Cette commission existe uniquement en Lot et Garonne, elle est le témoin d'une volonté politique de lutte contre la désertification médicale qui s'est mise au service des médecins initialement puis s'est ouverte aux autres professions du sanitaire, du médico-social et du social. [44]

Elle se base sur un plan d'action départemental dont les deux axes prioritaires sont de renforcer l'attractivité des jeunes médecins et de faciliter l'exercice médical.

Ce plan se base sur le découpage du département en 15 aires de santé, au plus près des besoins de la population, permettant un maillage territorial en MSP et PSP.

Au premier octobre 2013, 9 pôles de santé sont constitués sur 13 aires de santé, organisés autour d'un projet de santé, réunissant les professionnels de santé du terrain.

Leurs objectifs sont d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels, de participer à la formation de nouveaux professionnels de santé, de concourir aux actions de prévention et d'éducation à la santé.

A terme, le département prévoit l'ouverture de 23 MSP sur l'ensemble du département, réalisant ainsi un véritable maillage du département en MSP, parfois au sein de PSP.

Ce système d'organisation des soins se base sur les souhaits des professionnels de santé, et notamment des jeunes médecins, de travailler en groupe, plusieurs médecins, des para médicaux et des services sociaux, et souvent à temps partiel.

Le conseil général du Lot et Garonne propose ainsi une aide aux internes de médecine générale en stage dans le département pour se loger ainsi qu'une prise en charge d'une partie de leurs déplacements. Il a édité un livret d'accueil des internes et étudiants en médecine de Lot et Garonne. [44]

Les MSP ont ainsi une vocation universitaire d'accueil des internes de médecine et des stagiaires paramédicaux. Les médecins du département espèrent donner envie à leurs jeunes confrères de venir s'installer en leur montrant comment ils exercent et vivent dans un milieu rural/ semi-rural.

Dans la vidéo de présentation du site internet du conseil général du Lot et Garonne, [43] Pascale Trijaud, cadre supérieur de santé, chargée de mission CODDEM, rappelle que pour les professionnels de santé libéraux habitués à l'exercice isolé, cette politique d'organisation des soins constitue un véritable challenge : travailler ensemble, se rapprocher des institutions n'était pas instinctif, mais selon elle, les mentalités ont évolué et le pari semble gagné quand on voit l'avancée des projets de MSP.

Certains habitants se sont inquiétés de ce changement, ont eu peur d'une perte de la proximité de leur médecin par la création de ces MSP, mais il s'agit le plus souvent d'un petit déplacement géographique et certains cabinets existants resteront des cabinets annexes des MSP. Le docteur Baptiste Luaces, médecin généraliste à Port Saint Marie, président de l'association du pôle de santé Port saint Marie / Prayssas, rappelle dans cette vidéo, que « *si ça, ça ne se fait pas, il n'y aura plus du tout de médecin, donc la question ne se posera même plus de savoir quelle est la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin* ».

Le sénat, dans son rapport du 5 février 2013 sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire [45], a salué l'initiative du conseil général du Lot et Garonne, l'instauration de la CODDEM et la répartition en 15 aires de santé, si bien qu'il préconise de généraliser un tel système.

C. Analyse du projet de pôle de santé du territoire de Saint Savin sous l'angle des recommandations

Le projet de pôle de santé présente, selon les recommandations [46], des atouts et des faiblesses.

Il est conseillé de ne surtout pas plaquer une « solution miracle » (MSP ou PSP) dans un territoire avant d'avoir analysé le problème à résoudre. On entend parler de MSP fantômes construites par des petites communes, pensant qu'elles attireraient ainsi des professionnels de santé, à tort.

Sur le canton de Saint Savin, il a été réalisé un diagnostic local de santé, tenant compte des problèmes de santé constatés et des analyses des acteurs locaux de santé, des élus et habitants du canton. Le projet de pôle de santé a émané des élus locaux en concertation avec quelques acteurs de santé locaux initialement, puis les élus locaux ont passé complètement la main aux professionnels de santé volontaires qui ont constitué alors un groupe de travail avec des réunions de réflexion mensuelles.

Ce projet de pôle de santé tient compte et respecte l'existant, il ne cherche pas à se substituer à ce qui fonctionne actuellement sur le canton, mais à l'améliorer.

Un « territoire d'action » a été délimité.

Le projet a souvent besoin d'un leader, d'un pilote. Sur le canton de Saint Savin, il n'y a pas un leader mais un petit groupe de professionnels de santé leader qui s'est constitué en association, évitant ainsi le risque d'essoufflement ou de démotivation du leader quand il est seul à porter un projet. Ce groupe pilote est pluri-professionnel, constitué de médecins, IDE, kinésithérapeute, pharmaciens, diététicien, ce groupe semble assez représentatif de l'offre de soins présente sur le canton.

Les recommandations proposent l'accompagnement d'un tiers extérieur au projet qui aide les professionnels de santé sur le plan méthodologique.

Sur le canton de Saint Savin, la communauté de commune a mis à disposition des professionnels de santé volontaires deux techniciennes qui les accompagnent dans leurs réunions et dans la rédaction du projet de santé.

Les recommandations insistent sur la nécessité de distinguer projet de santé pour la population et projet professionnel. Si la volonté d'un projet de santé pour la population a clairement été définie pour le pôle de santé de Saint Savin, celle d'un projet professionnel est plus floue et semble plus difficile à mettre en œuvre.

En effet le projet de pôle de santé reste encore assez abstrait aux yeux de nombreux professionnels de santé du canton, il appartiendra aux professionnels leader de démontrer à leurs collègues la plus value

en termes de qualité de prise en charge des patients mais également en termes de qualité d'exercice et de qualité de vie professionnelle (donc personnelle). Cela se fera probablement au fur et à mesure de l'avancée concrète du projet.

Le projet de pôle de santé du canton de Saint Savin n'est pas basé sur un projet immobilier, ce qui, à la fois lève le frein lié à la complexité de monter un tel projet mais, en même temps, enlève un caractère matériel et concret au projet. De nombreux médecins du canton ont soulevé la nécessité de « matérialiser » le projet par un bâtiment, et les jeunes médecins du focus group ont tous évoqué un regroupement physique dans leurs souhaits pour une installation. Ce frein pourrait être levé en créant une salle de réunion pour le pôle de santé, salle qui pourrait être le lieu de formations pour les professionnels de santé, un lieu de réunions pluri disciplinaires, mais également un lieu pour mener des actions de prévention et d'ETP auprès de la population.

A terme, peut être existera-t-il une ou plusieurs maisons de santé « pivots » du pôle de santé.

Etat des lieux du projet de pôle de santé en janvier 2014 et perspectives.

Le groupe de travail initial s'est réuni tous les mois entre avril et décembre 2013, afin de déterminer les principaux axes du projet de santé pour la population. Ils ont constitué une association et ont décidé de travailler sur l'attractivité du territoire, la gestion des situations médico-sociales lourdes et la prévention, l'éducation à la santé. En parallèle, ils ont proposé de se réunir entre professionnels du même corps pour essayer d'apporter des améliorations à l'organisation actuelle.

Ils ont invité leurs collègues et l'ensemble des partenaires institutionnels à une réunion de présentation de leurs travaux. Cette soirée a réuni 65 personnes, des élus, des représentants des différentes institutions (ARS, Conseil général, EHPAD, différentes associations) ainsi que quelques professionnels de santé libéraux. Seul un médecin du canton (en plus des 4 du groupe de travail) est venu à cette présentation. Mais trois groupes se sont constitués pour travailler sur les trois thématiques choisies pour le projet de santé pour la population. Les membres de l'association espèrent pouvoir rédiger le projet de santé pour juin 2014, déterminer ainsi les besoins humains et matériels au bon fonctionnement du PSP et obtenir le label PSP et des subventions pour un démarrage du PSP le premier trimestre 2015.

L'IRDES a publié une étude sur la place des pôles et maisons de santé dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France, en novembre 2013. Ils ont observé une évolution favorable,

mais non significative, de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans les zones rurales sur lesquelles se sont implantés des pôles et maisons de santé par rapport aux zones rurales sans organisation du même type. Cette « moindre diminution » de la densité de médecins doit encourager les politiques de regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé.

[47]

CONCLUSION

Le système de soins de premier recours français tend actuellement à une dynamique de regroupement (physique ou non) et de coordination des professionnels de santé, avec pour objectifs : l'amélioration de la qualité des soins portés aux patients, l'amélioration de la qualité de vie professionnelle et personnelle des professionnels de santé, la maîtrise des coûts et la lutte contre la désertification médicale.

Les maisons et les pôles de santé sont des possibilités d'organisation entre professionnels de santé regroupés autour d'un projet de santé au bénéfice de la population d'un territoire défini.

La FFMPS estime à près d'un millier le nombre de projets en cours.

Le pôle de santé du canton de Saint-Savin en Haute Gironde en est un exemple.

Comme tout changement, ces nouvelles dynamiques rencontrent des réticences de la part des professionnels en place. C'est ce que nous avons voulu analyser au cours de cette étude, à la fois auprès des médecins installés du canton et auprès d'internes de médecine générale ayant exercé dans ce canton.

Il en ressort certes des freins, des craintes mais également des attentes, un intérêt, des perspectives d'évolution.

Le premier écueil rencontré et partagé par tous est le manque de temps, la crainte que le pôle de santé ne soit une organisation chronophage pour un bénéfice, pour l'instant, incertain tant sur le plan de l'attractivité du territoire que sur l'amélioration des conditions de travail au quotidien.

La méconnaissance du projet et l'ambiguïté du terme « pôle » sont également des facteurs qui freinent à l'adhésion des médecins.

Au-delà des freins logistiques (informatique, administratif, financier, pratique), le projet se heurte aux habitudes de travail ancrées, à la peur du changement, à la peur de perte de liberté, à un certain corporatisme reconnu par les médecins eux-mêmes et à des préjugés, des clichés entre les « jeunes » et les « anciennes » générations de médecins.

Au fil des différents entretiens, les médecins installés du canton ont apporté une analyse très réaliste de la situation actuelle, ils ont évoqué des pistes de changements, des améliorations possibles.

Les jeunes médecins, de leur côté, se sont montrés enthousiastes, engagés dans leur profession, volontaires pour améliorer le système de soins de premier recours, tout en respectant leur qualité de vie personnelle.

Des exemples d'organisations du même type montrent que la coordination pluri-professionnelle autour d'un projet de santé permet de répondre aux nouveaux besoins de santé de la population (vieillesse de la population, maladies chroniques, accessibilité). En rompant avec l'isolement, elle permettrait également d'améliorer les conditions d'exercice et le cadre de travail qui sont considérés aujourd'hui comme des facteurs déterminants de l'installation des professionnels de santé.

Mais il faut rappeler que chaque exemple est unique, et qu'il n'existe pas de solution miracle au problème de la désertification médicale.

Le pôle de santé du canton de Saint Savin est en effet un projet préventif, qui ne peut fonctionner que grâce à la bonne volonté des professionnels de santé en place.

Il serait intéressant de mener une nouvelle enquête dans quelques années pour étudier l'évolution du projet, l'implication des professionnels de santé en place, l'installation de nouveaux professionnels et le degré de satisfaction de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. Intervention de Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, Présentation de la stratégie nationale de santé. Lundi 23 septembre 2013.
2. Le « *burn-out* » du généraliste, Jacqueline De Linares, Le Nouvel Observateur, 12 décembre 2013.
3. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
4. Loi n°2011-940 du 10 Août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
5. Plaquette HPST grand public, une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
6. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité, rapport de Mme Elisabeth Hubert, Novembre 2010. Bibliothèque des rapports publics - La documentation française.
7. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, mission confiée au Dr Michel Legmann, président du conseil national de l'ordre des médecins, avril 2010.
8. L'exercice regroupé dans les services de santé, une action coordonnée des professionnels en faveur des patients. Loi HPST. Ministère de la santé et des sports.
9. ARS Lorraine. Cahier des charges régional des pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires dans le cadre d'une demande de financement au titre de fonds d'intervention régional. Version du 1^{er} juin 2012.
10. SROS, Schéma régional d'organisation des soins, Volet Ambulatoire. Projet régional de santé Aquitaine. 2012-2016. ARS Aquitaine
11. Diagnostic local de santé, Centre Intercommunal d'Action Sociale, Maison de la Communauté de Communes du Canton de Saint Savin.
12. Charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des pôles de santé libéraux ambulatoires en Basse Normandie. 29/09/2009.
13. Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant. 23 mai 2013 [source internet <http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html>]
14. Julhiard JM, Crochemore B, Touba A, Vallancien G, rédacteurs. Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Commandité par le Ministre de la Santé et des Sports, le Secrétaire d'Etat à la Politique de la ville, le Secrétaire d'Etat à l'Aménagement du Territoire. 2010.
15. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale 2011. [source internet : <http://www.insnar-img.com/content/souhaits-dexercice-des-internes-de-medecine-generale>]
16. Fédération française des Maisons et pôles de santé. Lexique. [Source internet : <http://www.ffmps.fr/index.php:definitions/lexique>]
17. Cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents. ASIP santé. Décembre 2011. [source internet : http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_CDC_MPSP_CSP_V1_dec_2011.pdf]
18. Système d'information en maisons et pôles de santé. Mai 2013. FFMPSP
19. La circulation des informations médicales dans les centres et les maisons de santé. Novembre 2012. Direction générale de l'offre de soins.

20. Questions réponses SISA. PAPS Auvergne. Internet [source internet www.auvergne.paps.santé.fr/fileadmin/AUVERGNE/PAPS_AUVERGNE/Exercice_coordonne_ou_regroupe/Questions_reponses_sisa.pdf]
21. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. [source internet www.ars.sante.fr]
22. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert A, Letrillart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 :142-5.
23. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Revue médicale Suisse. 2004 ;503 [source internet : revue.medhyg.ch/article.php3 ?sid=24011]
24. Blanchet A, Gotman A. L'Enquête et ses méthodes. L'entretien. Ed Armand Colin, 2006.
25. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif. Ed Armand Colin, 2009.
26. Moreau A, Dedianne MC, Letrillard L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien médecine générale. 2004 Mar 15 ; 645 :382-384.
27. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. Recherches qualitatives. L'analyse qualitative des données. 2009 ;28(1) :135-141.
28. ROBIN M. L'organisation des soins primaires : le pôle de santé, une réponse aux attentes des professionnels ? L'étude du pôle de santé de Saint Méen le Grand et ses environs. Th : Med : Rennes. Octobre 2013.
29. Leprette V. Mise en palce des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Ile de France : motivations des porteurs de projet et difficultés rencontrées. Th : Med : Paris Université René Descartes Paris 5 ; 2011.
30. Baudier F, Bourgueil Y, Evrad I, Gautier A, Le Furb P, Mousques J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Question d'économie de la santé 2010 ; 157 :1-6.
31. Paraponaris A *et al.* La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. Revue Française des Affaires sociales. 2011/2 n°2-3, p.29-47.
32. PAACO : la plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication santé. Télésanté Aquitaine. [source internet : <http://www.tsa-esante.fr/projets/paaco-la-plateforme-aquitaine-daide-la-communication-sante>]
33. Berland Y. Délégation, transferts, nouveaux métiers ... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS ; 2008.
34. Coopération entre professionnels de santé, Mode d'emploi. Avril 2012. HAS
35. Coopération entre professionnels de santé. Fiches pédagogiques HPST. Ministère de la santé et des sports. [source internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf]
36. Grille Protocole de coopération ASALEE V4. Cabinet Médical de Chatillon sur Thouet (79) Juin 2012. ARS Poitou Charentes.
37. Cordier A, Chêne G, Duhamel G, de Haas P, Hirsch E, Parisot-Lavillonnière F, Perrotin D. Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages ». Juin 2013.
38. Grange Blanche, le blog d'un cardiologue. Les anticoagulants gérés par les pharmaciens. 14/04/2012. [source internet : <http://grangeblanche.com/2012/04/14/les-anticoagulants-geres-par-les-paharmaciens/>]

39. Coopération entre professionnels, pratiques avancées, transfert et partage de compétences, le piège des protocoles de coopération. 19 juillet 2011. SNPI [source internet : <http://www.syndicat-infirmier.com/Le-piege-des-protocoles-de.html>]
40. Moine L, Enquête d'opinion auprès des futurs médecins généralistes dans l'objectif de créer un pôle de santé en secteur rural. Th : Med : Saint Etienne, avril 2012.
41. Bloy G, Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DRESS, Série Etudes et Recherches, n°104-février 2011.
42. Bourgueil Y, Marek A, Mousques 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 2009 ;21 :27-38.
43. La coddem Conseil général du Lot et Garonne. [Source internet : <http://www.cg47.FR/fr/grands-projets/la-coddem.html>]
44. Livret d'accueil des internes et étudiants en médecine de Lot et Garonne. Conseil général 47.
45. Maurey H. Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusions des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. Enregistré à la présidence du sénat le 5 février 2013.
46. Baudier F, Clement MC. Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé. Santé publique 2009 ; 21 :103-8.
47. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Maisons et pôles de santé : place et impact dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. Document de travail IRDES. Novembre 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien individuel

CONSIGNE INITIALE : Bonjour, je vous remercie de me recevoir aujourd'hui et de me consacrer un peu de temps. En quelques mots, l'entretien fait partie de ma thèse sur les pôles de santé pluri-professionnels et notamment sur les facteurs d'adhésion des professionnels de santé à ce type d'organisation. C'est pour recueillir votre analyse personnelle en tant que potentiel acteur dans le pôle de santé que je suis ici. Notre entretien durera environ 30 minutes, si je me permets de l'enregistrer c'est pour faciliter notre discussion et éviter des erreurs dans la prise de note, cet entretien restera parfaitement anonyme lors de son utilisation.

- Avez-vous des questions ?

1. LE CANTON DE SAINT SAVIN

Objectif 1 : Evaluer le degré de connaissance des médecins sur l'état sanitaire et social du canton

Connaissez-vous le diagnostic local de santé du canton de Saint-Savin ? Oui Non

Si oui, qu'en pensez-vous ?

Que savez-vous de l'état de santé de la population du canton ? Principales pathologies ? Âge ? Niveau de revenus ? ...

Que savez-vous de la démographie médicale du canton ? et paramédicale ?

(Hypothèse testée : manque de connaissance de la situation donc pas de raison de changer.
« L'intelligence vient quand on en a besoin » Alain coulomb. Pas besoin de bouger quand la situation actuelle convient)

2. LE PROJET DE POLE DE SANTE DU CANTON

Objectif 1 : Evaluer le degré de connaissance des médecins sur le projet de santé et le pôle de santé actuellement en cours d'élaboration sur le canton

Savez vous qu'un projet de pôle de santé est en cours d'élaboration sur le canton ?

Qu'est ce qu'un pôle de santé selon vous ?

Qu'est ce que vous aimeriez que ce soit ?

Savez-vous ce qu'est un projet de santé ? Quels sont ses avantages pour les patients et les professionnels de santé ? Qu'imaginez vous que c'est quand je vous dis projet de santé ?

(Hypothèse testée : manque de connaissance de ce qu'est un pôle de santé donc ne voient pas les avantages)

Savez-vous d'où est partie cette idée de pôle de santé sur le canton ? Oui/ non.

Si oui, pouvez-vous me raconter ce que vous en savez et me dire ce que vous en pensez.

Si non : cette idée vient d'une prise de conscience de l'état sanitaire et social du canton par les élus locaux. Ils cherchent à proposer des solutions aux professionnels de santé pour éviter que le canton ne devienne, à terme, un désert médical.

Que pensez-vous de l'implication des élus locaux dans ce projet ? Est ce que ça participe au fait que vous puissiez adhérer à ce type d'organisation ? Est ce que ça vous freine ?

(Hypothèse testée : le manque d'engagement dans ce projet vient du fait que le projet n'est pas né d'un de leurs pairs mais vient des élus locaux)

Objectif 2 : Evaluer le degré d'implication des médecins dans l'élaboration du projet de santé

- Avez-vous participé aux différentes réunions/tables rondes préalables à ce projet ?
Oui Non
Pour quelles raisons ?
Si oui, qu'en avez-vous pensé ?
- Faites-vous partie de l'atelier des professionnels de santé qui élabore le projet de santé ?
Oui Non
Pour quelles raisons ?

Connaissez-vous les professionnels de santé qui composent ce groupe de travail ? Si oui, avez-vous échangé avec eux sur le projet ? Qu'en pensez-vous ?

Savez vous qu'un blog a été créé pour exposer ce projet aux professionnels et à la population du canton ? Si oui, qu'en pensez-vous ? L'avez-vous déjà consulté ?

Pensez vous qu'un tel projet puisse attirer des jeunes professionnels et notamment des médecins à venir s'installer sur le canton ? oui/non, pour quelles raisons ?

3. EN PRATIQUE : le projet de santé :

Objectif 1 : pour chaque point important d'un projet de santé, évaluer ce que le médecin fait actuellement et s'il serait prêt à adhérer / changer un peu ses pratiques ? Évaluer s'il pense que cela pourrait lui être bénéfique.

Objectif 2 : parler des différentes notions qui sous tendent un projet de santé pour recueillir ensuite un avis plus « concret » sur le projet

a) Coordination

Comment gérez-vous la coordination entre vous et les autres professionnels de santé ?

Avec les ide ? Ont-ils votre numéro personnel ? Est ce qu'ils vous appellent ?

Connaissez-vous la notion de transfert/partage de compétence ? Si oui, la mettez vous en pratique ? Comment ? (protocoles ?)

Avec vos collègues généralistes ? Vous arrive t il de gérer des patients ensemble ? De parler de situations difficiles entre vous ?

Avec les spécialistes ? Comment avez-vous construit votre réseau ?

Que laissez-vous à vos remplaçants comme contacts ?

Faites vous partie de réseaux type REPOP ? ou autre ?

Comment gérez-vous les **patients complexes** ?

Que pensez-vous du partage d'informations entre professionnels ? Seriez-vous prêts à utiliser un réseau de partage d'informations médicales ? à partager vos dossiers ? si oui, comment ? si non, pourquoi ?

b) Continuité, permanence et pérennité des soins

Comment gérez-vous actuellement les petites urgences, les demandes non programmées ?

Vous arrive t il de refuser des patients ? Comment gérez-vous le refus ?

Vous arrive t il de vous organiser avec un confrère pour les vacances ? Pour partir plus tôt ? ...

Avez-vous un remplaçant « permanent » ? Comment l'avez-vous « recruté » ?

Seriez-vous prêt à utiliser un « agenda partagé » avec vos confrères ? à libérer des plages de votre consultation pour assurer les demandes non programmées du canton ?

c) Attractivité du territoire

Comment rendre le territoire plus attractif pour les jeunes professionnels ? Pensez-vous qu'un jeune médecin prendra votre suite ? Comment voyez-vous l'avenir de votre cabinet ? de vos patients ?

Pensez vous que le fait d'être organisés en pôle de santé puisse attirer des jeunes médecins ?

d) Formation

Comment vous formez vous ? Savez-vous ce qu'est le DPC ?

Accueillez-vous des étudiants ?

e) Rémunération/ diversification des modes de rémunération.

Que pouvez-vous me dire de la diversification des modes de rémunération ?

Est-ce que le fait de recevoir un forfait pour la coordination vous inciterait à adhérer à un pôle de santé ?

f) Télémédecine, nouvelles technologies de l information et de la communication

Connaissez-vous des exemples d'utilisation de la télémédecine ? Lesquels ? Qu' imaginez vous que cela puisse être ?

Et les TIC ? Comment pourriez-vous les utiliser ?

4. VALEURS DU MEDECIN

Objectif : explorer la philosophie de travail du médecin.

(Hypothèse testée : peur de perte du caractère libéral, n'aime pas travailler en groupe, peur de perte de patientèle, de sa position auprès des patients)

Pour quelles raisons vous êtes vous installés en libéral ? Pourquoi en groupe ? Pourquoi seul ?

Pour quelles raisons vous êtes vous installés sur le canton ?

En quoi la médecine a-t-elle changé au long de votre carrière ?

Quelles sont vos motivations pour continuer ?

Pensez vous qu'un médecin viendra prendre votre suite ?

5. MAINTENANT QU'ON A UN PEU DISCUTE DU PROJET SUR LE CANTON :

Pensez vous que le projet puisse aboutir ? Souhaiteriez-vous y participer ? Pensez vous que le pôle puisse vous aider dans votre quotidien de médecin généraliste ?

Quels sont les freins à la mise en place de ce projet à votre avis ? Quelles réticences auriez-vous à adhérer à ce projet ?

Que penseriez vous du concept de lien « un patient avec une structure » à la place du lien actuel « un patient un médecin » ? Cela vous semble t il réalisable ?

FIN DE L ENTRETIEN : Demander s'il y a d'autres points à aborder, des choses à rajouter et remercier pour le temps accordé à cet entretien.

FICHE ADMINISTRATIVE / CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Age,

Lieu et date d'installation

Autres activités avant installation

Conditions initiales d'installation

Cabinet de groupe ou exercice seul, conditions d'exercice en groupe

Secrétariat

Amplitude horaire, nombre de jours travaillés, nombre de semaines de vacances

Consultations sur ou sans rdv, visites

Activités annexes : maison de retraite, PMI, crèche ...

Remplaçant fixe, vacances ?

Nombres de gardes par mois ?

Annexe 2 : Guide d'entretien de groupe

Objectif du focus group : Après avoir recueilli l'analyse des médecins installés sur le canton, recueillir l'analyse des jeunes professionnels, en tant que potentiels acteurs dans un pôle de santé en milieu semi rural.

Mot d'introduction :

Bonjour à tous, je vous remercie d'avoir répondu présents aujourd'hui pour ce focus group. En quelques mots, cet entretien fait partie de ma thèse de médecine générale sur les pôles de santé et en particulier les facteurs d'adhésion des professionnels de santé à ce type d'organisation.

Je me suis appuyée sur l'exemple du projet de pôle de santé qui se monte actuellement sur le canton et c'est parce que vous êtes passés en stage là bas que je me suis permis de vous contacter. Ce que je souhaite explorer auprès de vous, ce sont vos représentations, votre analyse de la situation en tant que jeune professionnel et en tant qu'acteur du système de santé.

Un focus group c'est une technique de recherche qualitative, un entretien collectif, où chaque participant est amené à exposer son opinion et où vous allez pouvoir échanger les uns avec les autres, rebondir sur les idées de chacun. Il ne faut pas hésiter à donner votre avis, il n'y a pas de mauvaise réponse, il n'y a aucun jugement, toutes les expériences sont importantes. Les questions sont volontairement assez ouvertes, donc n'hésitez pas vous exprimer, à réagir sur ce qui a été dit.

L'organisation d'un focus groupe comprend la présence d'un observateur neutre, qui n'intervient pas, ce rôle sera tenu par M Gay.

Je vais me permettre d'enregistrer l'entretien, parce qu'ensuite, je le retranscrirai manuellement, les données seront bien sûr anonymisées, et les enregistrements seront effacés.

La seule précaution à prendre est d'essayer de ne pas parler tous en même temps.

Je vous le rappelle une dernière fois, c'est un groupe de parole dans lequel l'expression est complètement libre, n'hésitez pas à exprimer toutes vos idées, sans retenue.

Avez-vous des questions ?

1^{ère} question : qu'est ce que le terme « pôle de santé pluri-professionnel » vous évoque ? à quoi pensez vous quand on vous dit PSP ?

Objectif de la question : évaluer le degré de connaissance des jeunes médecins sur les organisations de type PSP. Explorer leurs représentations d'un PSP. Ont-ils des connaissances plus ou moins importantes que les médecins installés ? D'où tirent-ils leurs connaissances ?

Relances : quels sont les acteurs dans les pôles de santé ? Qui travaille au sein d'un PSP ?

Quels sont les fonctions, les objectifs, les rôles d'un PSP ?

Comment avez-vous eu ces informations ?

Avez-vous entendu parler du projet de PSP sur le canton de St Savin ?

En fonction de ce qui aura été dit :

Un pôle de santé c'est en fait un regroupement de professionnels médicaux, paramédicaux, pharmaciens, au sein d'un territoire, ces professionnels vont travailler ensemble autour d'un projet de

santé pour la population. Il n'y a pas nécessairement de regroupement physique comme dans une maison de santé, c'est une coopération fonctionnelle.

Sur le canton de Saint Savin, les élus locaux se sont rendus compte que le nombre de médecins allait diminuer presque de moitié d'ici 5 à 10 ans, ils se sont demandé comment améliorer le système de santé en se basant sur ce qui existe déjà.

L'un des objectifs de ce pôle de santé est de rendre le territoire attractif pour les jeunes médecins.

2^{ème} question : qu'est ce qui vous inciterait, vous, à exercer au sein d'un pôle de santé ?

Objectif : définir si le fait qu'il y ait un PSP incite les jeunes professionnels à s'installer ou pas, dans une zone rurale/ semi rurale. Explorer ce qu'ils se représentent comme avantages à ce type d'organisation.

Relances : quels seraient les avantages à s'organiser en PSP selon vous ? en terme de relation avec les confrères par exemple ? d'organisation de l'emploi du temps ?

3^{ème} question : quelles seraient vos réticences à adhérer à ce genre de projet ?

Objectif : explorer les craintes, les représentations négatives. Sont elles les mêmes que les médecins déjà installés ?

Relances : en terme par exemple d'organisation de votre travail ? de rémunération ? de coopération avec les autres PS ? de logistique informatique ? ...

4^{ème} question : comment voyez vous l'avenir des soins de premier recours en zone rurale comme celle du canton ? ou qu'est ce qui inciterait les jeunes médecins à venir s'installer dans une zone rurale comme sur le canton ?

Objectif : comparer la représentation des médecins installés à celle des jeunes médecins en formation.

Relances : est ce que le fait qu'il y ait des choses comme les PSP attireraient les jeunes médecins ?

Les thèmes que j'espère retrouver à travers ces questions sont ceux abordés dans l'entretien individuel semi dirigé auprès des médecins installés du canton (projet de santé pour une population, coordination, continuité des soins, attractivité d'un territoire, rémunération, nouvelles technologies de l'information et de la communication) vont-ils en parler spontanément ou pas ?

Objectifs globaux : explorer les représentations des jeunes médecins sur les pôles de santé.

Tous les médecins du canton m'ont spontanément parlé d'attractivité du territoire pour les jeunes, objectif principal du pôle de santé selon beaucoup, quelle est la vision des jeunes ?

Fiche « Administrative » :

Nom prénom :

Adresse mail :

Age :

Niveau dans l'internat / date de fin d'internat :

Stages effectués :

Remplacements effectués :

**Projet professionnel en bref (installation en libéral, remplacements, milieu rural, urbain ?
Poste salarié, autre ?)**

**Annexe 3 : Tableau d'analyse des entretiens individuels des
médecins du canton**

Annexe 4 : Tableau d'analyse du focus group des jeunes médecins

**Annexe 5 : Carte des maisons et pôles de santé en fonctionnement
et en projet en Aquitaine.**

**Annexe 6 : Plaquette de présentation du projet de Pôle de santé du
canton de Saint-Savin**

**Annexe 7 : Plaquette de présentation du Groupement des
Professionnels de Santé du Pays Beaunois**

NOM : BAVAY ROBERT

Prénom : Laure

Titre de Thèse :

**LES FREINS A L'ADHESION DES MEDECINS GENERALISTES A UN PROJET DE POLE DE
SANTÉ PLURI-PROFESSIONNEL.**

L'exemple du projet de pôle de santé du Canton de Saint-Savin en Gironde

RESUME :

Dans un contexte de désertification médicale des zones rurales, les maisons et pôles de santé (MSP, PSP) apparaissent comme une solution pour répondre aux enjeux actuels des soins de premier recours : nécessité d'accès aux soins pour la population, exigences de qualité de vie professionnelle et personnelle des professionnels de santé.

Cette mutation des soins primaires rencontre des réticences de la part des acteurs de santé.

Notre étude a pour objectif d'analyser les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de PSP, en s'appuyant sur l'exemple du projet en cours sur le canton de Saint Savin en Haute Gironde.

Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de 12 médecins généralistes installés sur le canton de Saint Savin et focus group auprès de 5 internes de médecine générale ayant exercé dans ce canton nous a permis de recueillir l'analyse des professionnels de terrain.

La crainte d'une organisation chronophage, le manque de connaissance du projet, l'ambiguïté du terme « pôle » s'ajoutent aux freins logistiques et administratifs pressentis par les médecins généralistes. Le projet se heurte également à des freins humains liés aux habitudes de travail, à la crainte du changement, à la peur de perte de liberté, à des préjugés.

Au-delà des réticences, il ressort un intérêt, des attentes, des perspectives d'évolution de la profession de médecin généraliste et des conditions d'exercice.

Des exemples de PSP en France montrent que la coordination pluri-professionnelle autour d'un projet de santé permet de répondre aux exigences de la population et des professionnels de santé.

Il n'existe pas de solution miracle au problème de la désertification médicale et l'exemple du PSP de Saint Savin est un projet préventif, il serait intéressant d'en analyser les répercussions en terme d'attractivité du territoire dans quelques années.

MOTS CLES : soins de santé primaires, organisation des soins, politique de santé, pôle de santé pluri-professionnel, relations interprofessionnelles dans le domaine de la santé.