

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN

Année 2014

n°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée par
DEBAECKER Caroline
Née le 19.11.1980 à Strasbourg (67)

Soutenue publiquement le 20 février 2014

Organisation des soins primaires
Analyse de l'offre de soins primaires sur le territoire de la
Communauté d'Agglomération Seine-Eure

Président du jury : Pr HERMIL Jean-Loup

Directeur de thèse : Dr BOUREZ Thomas

Membres du jury : Pr CZERNICHOW Pierre, Pr MARPEAU Loïc

DOYEN: **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J. BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD - J.P FILLASTRE - P.FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P. LEMOINE - Mlle MAGARD - MM. B. MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY - P. MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI- P. PASQUIS - H. PIGUET - M.SAMSON - Mme SAMSON.DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R. SOYER . B.TARDIF - TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ. P.TRON – C. WINCKLER - L.M.WOLF**

I – MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARGHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine - Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie

M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (Mise en dispo)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
Mme Céline SAVOYE - COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (Surnombre)	UFR	Immunologie
Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCE

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Bactériologie - Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESGU	UFR	Communication

II. PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean GOSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacologie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Sante
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCE

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine GLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASGAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL**, Professeur de Médecine Générale, président de ce jury.

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Pour le temps que vous accordez à l'enseignement du 3ème cycle de Médecine Générale. Je vous remercie sincèrement.

A **Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW**, Professeur d'Épidémiologie et d'Économie de la Santé.

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury. Je vous remercie sincèrement.

A **Monsieur le Professeur Loïc MARPEAU**, Professeur de Gynécologie - Obstétrique.

Pour l'enseignement que vous m'avez apporté au sein de votre service lors de mon stage d'internat. Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail. Je vous remercie sincèrement.

A **Monsieur le Docteur Thomas BOUREZ**, Médecin Généraliste, directeur de cette thèse.

Pour le temps et l'énergie que tu m'as accordés pendant ce travail parfois long et chaotique. Pour l'importance de « donner du sens » à la relation médecin-malade que tu m'as transmise. Pour ton approche de la Médecine Générale et des soins primaires tournée vers l'inter professionnalité. Merci.

A **l'URPS-Médecin de Haute-Normandie**.

A Martin, pour la disponibilité et le soutien constant que tu m'as apportés tout au long de ce travail.

A Vanessa, pour la saisie des données, travail fastidieux et dans l'ombre mais nécessaire et ô combien appréciable.

A **la COSSE**.

Pour vos remarques constructives lors de la réalisation des questionnaires, les discussions au sujet de vos professions que j'ai ainsi redécouvertes et le relais auprès de vos collègues.

Aux **équipes des cabinets médicaux de l'Astrolabe, de Médicité, de Léry, et aux membres du cabinet Airelle de Sotteville-lès-Rouen**

Pour votre accueil bienveillant et chaleureux lors de mes premiers pas de médecin, pendant mes stages en ambulatoire puis comme remplaçante.

A **Ghislaine**.

Pour ton travail de mise en page, relecture et correction. En souvenir des petits tableaux pas rigolos du mercredi noir.

A **mes parents, mon frère et ma famille**.

Pour votre présence toujours rassurante qui permet les projets les plus sérieux et les plus fous.

A **mes amis**, en particulier à **la Roubijol's Team**.

Pour vos projets fous... ici et ailleurs. Avec vous, j'ai découvert la force et la douceur de l'Amitié.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels ou sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

I INTRODUCTION	18
II DÉFINITIONS ET CONCEPTS	26
II.1 DÉFINITION DES SOINS DES SOINS PRIMAIRES (PRIMARY CARE) ET DES SOINS DE PREMIER RECOURS	26
II.1.1 DÉFINITION DES SOINS PRIMAIRES	26
II.1.1.1 Trois types d'approche des soins primaires se distinguent.....	26
II.1.1.2 Dans les pays développés, trois modèles se développent.....	27
II.1.2 DÉFINITION DES SOINS DE PREMIER RECOURS.....	29
II.2 DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE.....	29
II.2.1 PREMIÈRE DÉFINITION : LE GROUPE DE LEEUWENHORST.....	29
II.2.2 LES CINQ FONCTIONS DU CNGE (COLLÈGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS GÉNÉRALISTES).....	30
II.2.3 LES DIX PRINCIPES DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE DE B. GAY	30
II.2.4 L'APPROCHE DE L'OMS EUROPE (1998).....	30
II.2.5 DÉFINITION DE LA WONCA (2002).....	31
II.3 MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE, PÔLE DE SANTÉ, CENTRE DE SANTÉ, GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE	32
II.3.1 LES MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES	32
II.3.2 LES PÔLES DE SANTÉ.....	33
II.3.3 LES CENTRES DE SANTÉ	33
II.3.4 LES RÉSEAUX DE SANTÉ	34
II.3.5 LES GROUPEMENTS DE COOPÉRATION SANITAIRE.....	34
II.4 LA NOTION DE BASSIN DE VIE.....	35
II.5 LA NOTION DE TERRITOIRE.....	35
II.5.1 NOTION GÉOGRAPHIQUE ET SOCIALE	35
II.5.2 LES TERRITOIRES ET ZONES DE L'ARS.....	36
II.6 COORDINATION - COOPÉRATION - COLLABORATION.....	38
II.6.1 LE TRAVAIL COORDONNÉ.....	38
II.6.2 LE TRAVAIL COOPÉRATIF	38
II.6.3 LE TRAVAIL COLLABORATIF	39
II.6.4 COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ	40
II.6.5 COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	41
III ÉTATS DES LIEUX / DONNÉES CONNUES EN HAUTE-NORMANDIE, DANS L'EURE ET SUR LA CASE.....	43
III.1 TERRITOIRES HAUTS-NORMANDS ET ZONES DÉFICITAIRES	43
III.1.1 LE DÉCOUPAGE EN TERRITOIRES DE SANTÉ.....	43

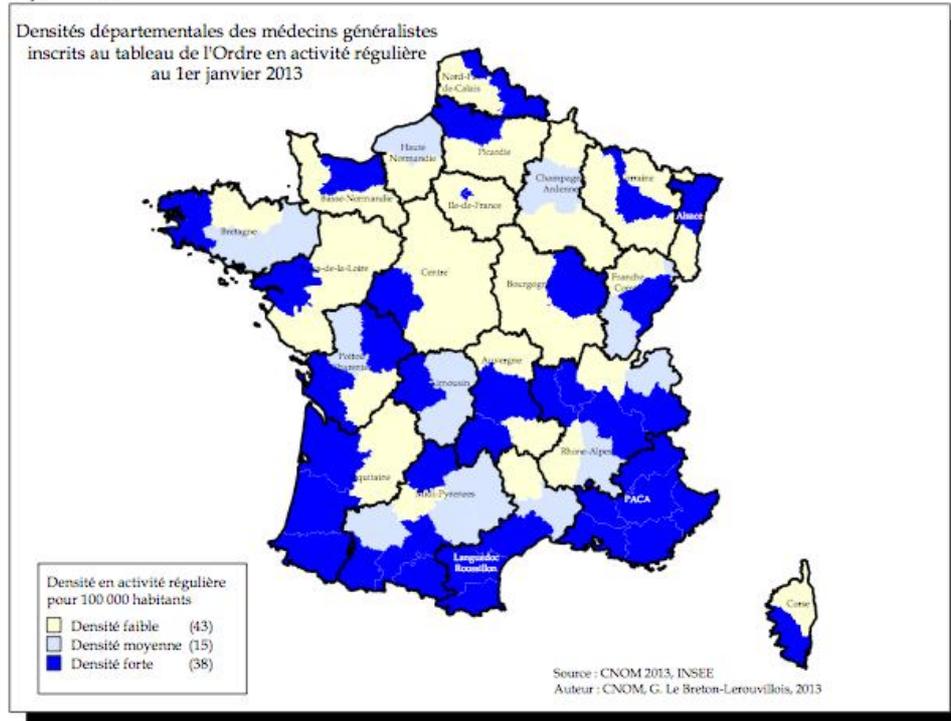
III.1.2 LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ	44
III.1.3 L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PREMIER RECOURS.....	44
III.1.4 LE TERRITOIRE DE LA CASE	45
III.1.5 DÉTERMINATION DES ZONES DÉFICITAIRES	46
III.1.5.1 Pour les médecins.....	46
III.1.5.2 Pour les infirmiers.....	48
III.1.5.3 Pour les masseurs-kinésithérapeutes	49
III.2 OFFRE DE SOINS.....	50
III.2.1 PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	50
III.2.1.1 Infirmiers Diplômés d'État.....	50
III.2.1.2 Masseurs-Kinésithérapeutes.....	51
III.2.1.3 Médecins Généralistes.....	51
III.2.1.4 Médecins des autres spécialités	52
III.2.1.5 Pharmaciens	52
III.2.1.6 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Centre de santé.....	53
III.2.2 STRUCTURES HOSPITALIÈRES	53
III.2.3 STRUCTURES SANITAIRES ET SOCIALES.....	53
III.2.3.1 Personnes âgées.....	53
III.2.3.2 Adultes handicapés	53
III.2.3.3 Jeunes handicapés	54
III.2.3.4 Personnes en situation de précarité.....	54
III.2.4 RÉSEAUX.....	54
III.2.4.1 Les réseaux régionaux	54
III.2.4.2 Les réseaux thématiques.....	54
III.3 DONNÉES SANITAIRES ET SOCIALES EN HAUTE-NORMANDIE ET SUR LA CASE	55
III.3.1 EN HAUTE-NORMANDIE.....	55
III.3.2 SUR LE TERRITOIRE DE LA CASE.....	56
<u>IV ANALYSE TERRITORIALE SUR LA CASE, MÉTHODE UTILISÉE</u>	<u>58</u>
IV.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION	58
IV.2 MÉTHODOLOGIE	58
IV.3 MISE EN PLACE DU DIAGNOSTIC SUR LE TERRITOIRE DE LA CASE	60
IV.3.1 LE TERRITOIRE DE LA CASE. RÉPONSE À LA QUESTION « OÙ ? ».....	60
IV.3.2 UNE POPULATION CIBLÉE. RÉPONSE À LA QUESTION « QUI ? »	60
IV.3.2.1 Limitation à certaines professions.....	60
IV.3.2.2 Limitation aux soins ambulatoires.....	61
IV.3.2.3 Exclusion des acteurs sociaux.....	61
IV.3.3 LE CHOIX DU PORTEUR DE PROJET. RÉPONSE À LA QUESTION « PAR QUI ? »	61
IV.3.4 LA MISE EN PLACE PRATIQUE. RÉPONSE À LA QUESTION « COMMENT ? »	62
IV.3.4.1 Phase de préparation	62
IV.3.4.2 Anonymisation.....	62
IV.3.4.3 Phase d'enquête	63
IV.3.4.4 Phase d'analyse	63
IV.3.4.5 Phase de restitution	63

<u>V RÉSULTATS</u>	64
V.1 INFIRMIERS	64
V.2 MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	72
V.3 MÉDECINS	82
V.4 PHARMACIENS	96
<u>VI ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION</u>	104
VI.1 ANALYSE DES RÉSULTATS	104
VI.1.1 LES INFIRMIERS	104
VI.1.2 LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	105
VI.1.3 LES MÉDECINS	106
VI.1.4 LES PHARMACIENS.....	109
VI.2 DISCUSSION	111
VI.2.1 UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA CASE.....	111
VI.2.2 DES PRÉCISIONS À APPORTER AUX QUESTIONNAIRES.....	112
VI.2.3 DES PERSPECTIVES.....	113
VI.2.3.1 Perspectives de diagnostics territoriaux	113
VI.2.3.2 Perspectives sur la CASE	113
<u>VII CONCLUSION</u>	115
<u>VIII ANNEXES</u>	117
ANNEXE 1 : SYNTHÈSE DU SÉMINAIRE URPS	118
ANNEXE 2 : JUSTIFICATION DES QUESTIONS	119
JUSTIFICATION DES QUESTIONS INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT	120
JUSTIFICATION DES QUESTIONS MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES.....	124
JUSTIFICATION DES QUESTIONS MÉDECINS	127
JUSTIFICATION DES QUESTIONS PHARMACIENS.....	130
ANNEXE 3 : COURRIERS ET QUESTIONNAIRES ADRESSÉS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ	133
ANNEXE 4 : LISTE DES ABRÉVIATIONS	153
<u>IX BIBLIOGRAPHIE</u>	156

I Introduction

La démographie médicale devient inquiétante dans de nombreuses régions. ¹ Les habitudes de travail dans la société, l'aspiration à une vie personnelle² préservée et la féminisation³ des professions médicales modifient également les schémas de l'offre de soins.

Carte n°9 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013



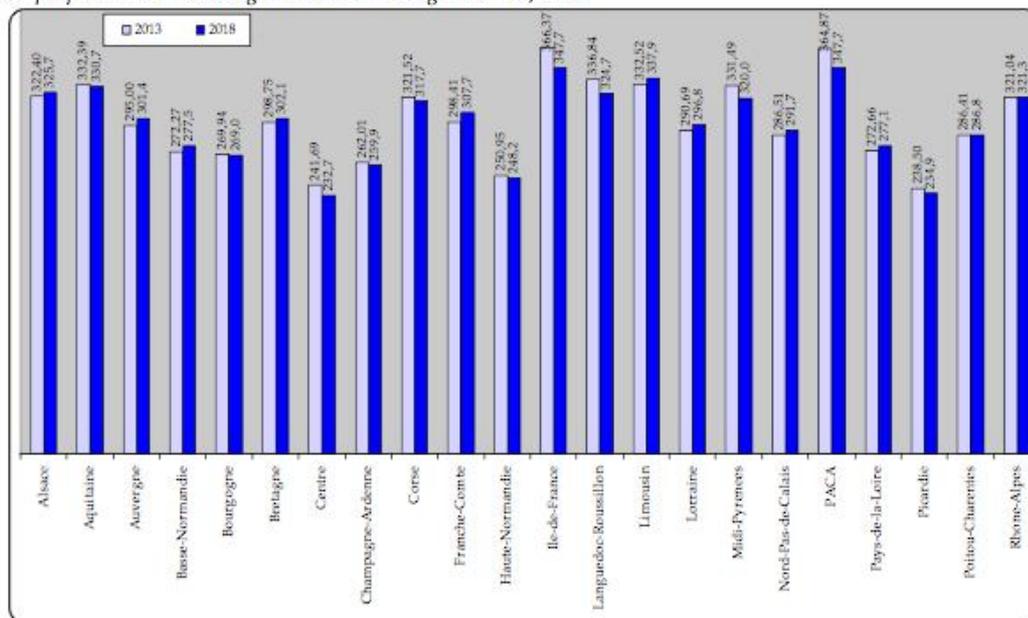
¹ En moyenne, la densité départementale des médecins généralistes, en activité régulière, est de 136,5 pour 100 000 habitants. 45 % des départements comptabilisent une densité faible, inférieure à la moyenne, et 40 % recensent une densité supérieure à la moyenne. La densité varie de 101,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans le département de l'Eure à 207 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour les départements des Hautes-Alpes et Paris. CNOM, *Atlas National de la Démographie Médicale*. 2013. [1]

² « Incontestablement, les médecins des « jeunes générations » aspirent à une moindre disponibilité temporelle pour leur travail. Cependant cette aspiration ne se traduit pas par une réduction drastique du temps de travail des médecins ni par une moindre implication dans le travail ou une moindre préoccupation pour la qualité des soins. » ROBELET M., LAPEYRE – SAGESSE N., ZOLELIO E., *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Janvier 2006.[2]

CNOM, *Enquête BVA sur les Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*. 2007.[3]

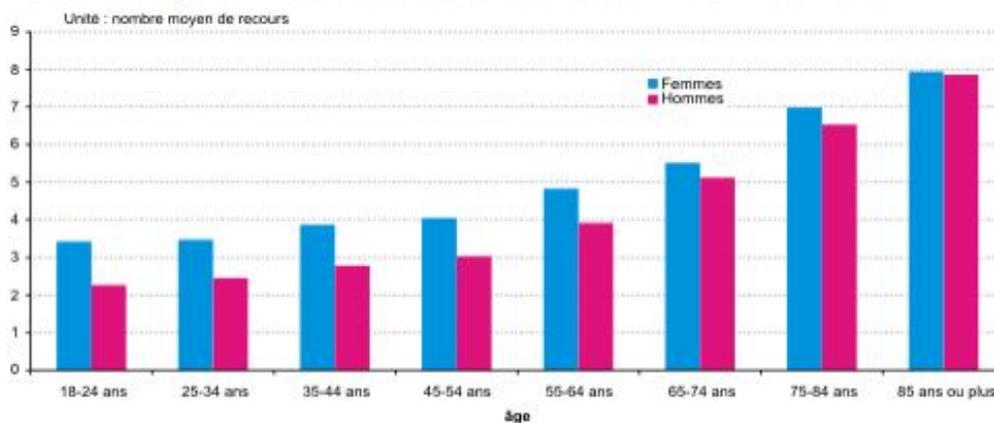
³ Au cours de l'année 2006, les femmes représentaient 53 % des médecins nouvellement inscrits. En 2013, elles sont 58 %. En 2018, les femmes nouvellement inscrites au tableau de l'Ordre représenteront plus de 60 % des effectifs. CNOM, *Atlas National de la Démographie Médicale*. 2013. [1]

Graphique n°12 : Densités régionales en activité régulière 2013/ 2018



Parallèlement, le vieillissement de la population va se traduire par une augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques. Les besoins en soins vont s'accroître particulièrement pour des disciplines médicales axées sur le vieillissement. La dernière enquête Handicap-Santé auprès des ménages réalisée par l'Insee en 2008 permet de connaître le recours au médecin généraliste déclaré par les adultes ne vivant pas en institution. Le recours au généraliste est fortement croissant avec l'âge. Un homme de 25 à 34 ans voit en moyenne son médecin généraliste un peu plus de deux fois par an. La fréquence des recours est multipliée par deux entre 65 et 74 ans, et par trois après 85 ans.

Recours au généraliste déclarés au cours des 12 derniers mois



Source : Insee, enquête Handicap-Santé 2008, volet "ménages"

Champ : France métropolitaine et DOM, 18 ans et plus vivant à leur domicile.

Ces contraintes démographiques et la complexification de la prise en charge des maladies chroniques en respectant les contraintes économiques ⁴ ont fait apparaître la nécessité de réorganiser les soins de façon plus coordonnée, afin de préserver l'accès aux soins pour tous.

En 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire⁵ restructure ainsi l'organisation du système de santé dans les régions. Les Agences Régionales de Santé (ARS) présentent ainsi un Projet Régional de Santé qui fixe les objectifs pour la région et coordonne les différents acteurs, s'appuyant sur les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS). Pour la première fois, les soins ambulatoires apparaissent donc dans l'organisation régionale aux côtés des structures hospitalières. Ce volet du SROS (SROS Ambulatoire) décrit les missions du premier recours sur un territoire défini et les insère dans l'organisation globale du territoire.

La loi rappelle les deux exigences du SROS : l'efficacité et l'accessibilité géographique. Ces deux aspects veillent à la coordination et la coopération entre les professionnels de santé d'une part et à la cohérence vis-à-vis du territoire et de la population concernée d'autre part. Ils doivent permettre d'assurer le respect de l'objectif du SROS de répondre aux besoins de santé de la population. La mise en place de mesures pour favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé peut également faire partie du SROS.

Cette régulation nécessite une réflexion autour de la création de territoires afin de définir les zones où pourraient se mettre en place ces mesures. Le découpage du territoire en zones doit mettre en valeur la réalité du territoire défini et permettre de cerner ses problématiques de morbi-mortalité afin de répondre aux attentes de la population et faire face aux nouvelles problématiques liées au vieillissement ou à la progression des maladies chroniques. La démarche peut s'appuyer sur les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Cette instance, organe consultatif de l'Agence Régionale de Santé est composée de représentants de tous les secteurs de l'action médico-sociale de la région. Elle joue un rôle consultatif sur le découpage du territoire et sur le plan stratégique régional mettant ainsi en application la démocratie sanitaire.

Parallèlement, l'exercice libéral des soins de premier recours change. Au-delà de la demande croissante en soins, le vieillissement de la population et la fréquence des situations de polyopathie complexifient les prises en charge et exigent de la part des acteurs de santé des compétences et du temps pour un suivi de qualité de ces patients de plus en plus nombreux.

⁴ Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 240 milliards d'euros en 2011, soit 12 % du Produit Intérieur Brut (PIB). La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 180 milliards d'euros. Elle progresse en valeur un peu plus rapidement que l'année précédente (+ 2,7 % en 2011 après + 2,5 % en 2010), mais à un rythme moins soutenu qu'en 2009 (+ 3,3 %). Sa part dans le PIB est de 9 % après 9,1 % en 2010. LE GARREC M.-A., BOUVET M., KOUBI M. (DREES), *Comptes nationaux de la santé 2011*, Document de travail, Série statistiques, septembre 2012 (n°172). [4]

⁵ JORF, Loi HPST loi n°2009-879 du 21 juillet 2009: *Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. 21 juillet 2009. [5]

La WONCA⁶(World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) caractérise d'ailleurs les médecins généralistes de la manière suivante: « *Les médecins généralistes ont par ailleurs la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients* ».

Depuis 1978 et la déclaration de l'OMS⁷ (Organisation Mondiale de la Santé) lors de la conférence d'Alma-Ata, les soins primaires sont devenus une des clés pour la stratégie de la santé. La notion est reprise en 2003 dans le « Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir »⁸: « *L'expérience montre que les meilleurs résultats sont obtenus dans les systèmes de santé dotés de services de soins de santé primaires intégrés et efficaces, probablement parce qu'ils permettent d'assurer des services longitudinaux plus complets et coordonnés* ».

B. Starfield et L. Shi ont observé que plus un système de santé a une forte orientation vers des soins primaires, plus les coûts de l'ensemble des services de soins de santé sont bas. L'orientation en faveur des soins primaires est aussi positive sur divers indicateurs de santé de la population, et ce particulièrement dans les premières années de vie de la population⁹.

J. Macinko, B. Starfield et L. Shi, à partir des données de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) de 1980 à 1998 montrent que l'importance accordée aux soins primaires est inversement associée à la mortalité toutes causes confondues, à la mortalité prématurée pour asthme, bronchite, emphysème, pneumonie, pathologie cardio-vasculaire et maladie cardiaque. L'auteur conclut qu'un système de soins primaires solide et des caractéristiques de pratique telles que la régulation géographique de l'offre, la continuité, la coordination, l'orientation vers la communauté, sont associés avec une meilleure santé de la population¹⁰.

La Médecine Générale, devenue spécialité en 2004, s'inscrit particulièrement dans cette démarche de recherche de qualité¹¹. En 2002, la WONCA¹² et l'OMS¹³ confirment ainsi son positionnement central dans le système de santé.

⁶ WONCA EUROPE, *The european definition of general practice/ family médecine*. 2002. [6]

⁷ OMS, *Les soins de santé primaires*. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma Ata (URSS). Septembre 1978. [7]

⁸ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. 2003. [8]

⁹ STARFIELD B, SHI L., *Policy relevant determinants of health : an international perspective*. Health Policy 2002 (60) 201-218. [9]

¹⁰ MACINKO J., STARFIELD B, SHI L., *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries*. Health Services research 2003. [10]

¹¹ « La médecine générale est une discipline universitaire qui s'appuie sur une pratique, une recherche et un enseignement » GAY B., *What are the basic principles to define general practice? Presentation to inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine*. 1995. [11]

¹² WONCA Europe, *The european definition of general practice - family médecine*. 2002. [6]

¹³ OMS, *Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale/médecine de famille en Europe*. Copenhague. 1998. [12]

La place de la médecine préventive ne cesse de croître. L'éducation thérapeutique a démontré son efficacité sur la morbi-mortalité dans le cadre des maladies chroniques comme sur l'asthme ou le diabète de type I¹⁴. Les évaluations des projets d'éducation thérapeutique sur les autres pathologies n'ont pas démontré d'amélioration des scores de morbi-mortalité (les études sont encore limitées) mais démontrent déjà une amélioration de la qualité de vie du patient et de ses proches, et encouragent *a priori* ces démarches. Ces nouvelles données amènent donc à réfléchir à une autre représentation de la médecine et de son exercice, valorisant l'exercice pluridisciplinaire et pluriprofessionnel¹⁵ et la coordination dans le parcours de soins.

Les acteurs de santé locaux et les acteurs territoriaux sont ainsi invités à réfléchir ensemble à une politique de Santé Publique cohérente pour prendre en compte la demande des populations¹⁶ et les aspirations des professionnels¹⁷.

De nouveaux modes d'exercice comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, Centres de Santé, Pôles de Santé ou les Réseaux, ont vu le jour pour tenter de trouver des solutions. Depuis 2010 (article 44 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2008), ces structures sont encouragées par de nouveaux dispositifs de rémunération des professionnels de santé (ou des structures) y participant. Ces Nouveaux Modes de Rémunération valorisent les missions du soin de premier recours redéfinies dans la loi HPST et le Code de la santé publique autour de quatre « modules » : coordination des soins dans la structure ; Éducation Thérapeutique (ETP) ou soins coordonnés autour de patients fragiles (ESPREC) ; coopération entre professionnels de santé et transfert de compétences (pour ce module, il n'existe pour l'instant que le protocole ASALEE, réservé actuellement aux zones fragiles) ; rémunération forfaitaire en fonction du nombre de

¹⁴ FOUCAUD J., BURY J.A., BACLOU-DEBUSSCHE M., EYMARD C., *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. INPES, coll. Santé en action. 2010. [13]

¹⁵ En termes d'efficacité, il apparaît que la qualité des soins est au moins identique, et au mieux améliorée, lorsque les médecins exercent en groupe avec d'autres professionnels, notamment les infirmières. Les améliorations les plus manifestes portent notamment sur le suivi des pathologies chroniques (par exemple : diabète, asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne). Ce suivi repose principalement sur les infirmières et sur un système d'information de qualité, conditions essentielles pour l'amélioration de la performance et le suivi optimal des patients. BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUES J., avec la collaboration de CHEVREUL K., FALCOFF H., *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, Rapport IRDES n° 1675. 2007. [14]

¹⁶ L'étude du *Health Evidence Network*, 2004 rapporte que, excepté au Royaume-Uni (probablement pour des raisons de trop faible budget global alloué au système de santé), le niveau de satisfaction est plus élevé dans les pays qui présentent des soins de santé primaires importants. Mais la satisfaction des patients dépend aussi du type de services offerts par les soins de santé primaires : mode de délivrance des soins, accessibilité en dehors des heures de bureau, médecin traitant identifié, continuité, prévention. [15]

¹⁷ « Les médecins enquêtés aspirent à une "meilleure organisation" de leurs conditions d'exercice. Ils aspirent semble-t-il à plus de coopération entre les médecins, de façon à "réguler" l'activité collective au profit à la fois des médecins (permettre de "réguler le temps de travail") et au profit des patients (maintenir la continuité des soins). La médecine de groupe, les modes de régulation des gardes ont été abordés comme moyens d'agir en ce sens. » ROBELET M., LAPEYRE – SAGESSE N., ZOLELIO E., *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Janvier 2006. [2]

patients pris en charge pour des pathologies chroniques (ce module n'est à ce jour pas encore en place en pratique).

En février 2013, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé s'est engagé grâce au Pacte Territoire Santé¹⁸ dans la lutte contre les déserts médicaux. Le deuxième axe, « *transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé* », promeut là encore le travail en équipe et a ouvert pour la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2013 une négociation conventionnelle interprofessionnelle pour le versement de forfait de rémunération des équipes prenant en charge les missions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique. Dans ce cadre, le Comité des sages, présidé par Alain Cordier¹⁹, a présenté ses observations, ainsi que 19 recommandations parmi lesquelles « *pérenniser, dans le cadre du PLFSS 2014, le dispositif des nouveaux modes de rémunération en ambulatoire (dotation forfaitaire), en l'étendant de telle manière que la totalité des équipes de soins de santé primaires puissent en bénéficier, en attendant le développement d'une contractualisation sur objectifs entre les ARS et les structures de soins de santé primaires, à partir d'un contrat type élaboré nationalement, basé sur le nombre de patients suivis et sur les matrices de maturité (grilles d'évaluation des structures)* ». La stratégie Nationale de Santé pose ainsi « *un pari stratégique : un soutien à la santé et une organisation des soins résolument plus collaborative conduira à un mieux dépenser et à réduire les dépenses inappropriées.* »²⁰

Afin de mettre en pratique ces nouvelles modalités de travail, en août 2011, la loi Fourcade²¹ complète la loi HPST pour redéfinir les Maisons de Santé Pluridisciplinaire et Pôles de Santé. Elle précise également les règles de partage de l'information et du secret médical au sein de ces structures. L'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) attribue une somme forfaitaire à l'équipe de soins pour la coordination des soins. La loi Fourcade crée aussi les SISA, Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (décret d'application des SISA le 25 mars 2012). 149 sites bénéficient de ce dispositif montrant l'intérêt des professionnels de santé pour réorganiser localement leur travail et l'offre de soins qu'ils proposent.

Le travail en équipe a aussi permis d'élaborer des Protocoles Pluriprofessionnels de Soins de Premier Recours validés par l'HAS et reflétant le souhait d'une prise en charge ambulatoire harmonisée et coordonnée.²²

¹⁸ ARS, *Pacte territoire santé*. Décembre 2012. [16]

¹⁹ CORDIER A., *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations du comité des « sages »*. Juin 2013. [17]

²⁰ CORDIER A., *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations du comité des « sages »*. Juin 2013. [17]

²¹ JORF, Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [18]

²² « Deux évolutions récentes ont conduit la HAS à s'investir, dès 2008, dans ces protocoles. La première concerne les patients. De plus en plus, il s'agit de malades « chroniques » qui tentent de s'accommoder le mieux possible des contraintes liées à leur maladie. Plusieurs professionnels de santé, médecins, paramédicaux et divers intervenants sociaux s'impliquent autour de ces patients pour les y aider. La seconde évolution concerne les professionnels de santé. Ils sont de plus en plus nombreux à travailler en équipe. Pour que leurs actions soient les plus adaptées et efficaces possibles, il faut qu'elles soient coordonnées et même anticipées. Et les protocoles pluriprofessionnels permettent d'organiser de

Plus encore, l'article 51 de la loi HPST permet avec les protocoles de coopération la mise en place de transferts d'actes entre les professionnels de santé de titre et de formations différents validés par l'ARS. En ambulatoire, le protocole ASALEE permet ainsi la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers dans le cadre du suivi du patient diabétique de type II, du patient à risque cardiovasculaire, du patient tabagique à risque de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive et du repérage des troubles cognitifs chez les personnes âgées.

La Haute-Normandie, et particulièrement l'Eure, sont confrontées de façon urgente à ces problématiques. La démographie médicale (et plus variablement paramédicale) montre des densités particulièrement faibles, et les projections pour un avenir proche sont inquiétantes malgré les mesures déjà entreprises. Les indicateurs sanitaires sont également plutôt défavorables.

Sans être repérée comme zone déficitaire, sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure (CASE), la densité de professionnels de santé libéraux est même inférieure à la moyenne régionale. Les indicateurs sanitaires de la CASE étant également défavorables : l'un des plus forts taux de mortalité générale (2^{ème} position des communautés d'agglomération).

La Haute-Normandie dispose cependant d'une spécificité dans le cadre de la coordination en santé. La région est en effet dotée de Réseaux Locaux de Promotion de la Santé évoluant depuis 1998 (Carrefour Santé de Bolbec) et repris par le Plan Régional de Santé Publique de Haute-Normandie depuis 2005.

L'action des Réseaux Locaux de Promotion de Santé s'inscrit (aux côtés des Ateliers Santé Ville) dans les objectifs du Schéma Régional de Prévention. Ils ont pour mission, sur le territoire concerné, d'établir un diagnostic de santé, de mobiliser l'ensemble des acteurs du territoire (les professionnels du champ sanitaire et social, les professionnels de l'éducation et de l'insertion, les élus et les habitants) dans une démarche de santé publique, d'élaborer et de mettre en œuvre un programme d'actions qui répondent aux priorités régionales de santé et qui soient adaptées aux problématiques et dynamiques locales, et de renforcer les compétences des acteurs locaux (accompagnement méthodologique, relais documentaire).

Les Réseaux Locaux de Promotion de la Santé se voient confier les Contrats Locaux de Santé, traduction contractuelle des projets de santé partagés par les acteurs locaux.²³

La CASE bénéficie ainsi d'un Réseau Local de Promotion de la Santé et plusieurs Contrats Locaux de Santé sont en place²⁴.

En 2009, l'Observatoire Régional de la Santé a établi un diagnostic santé sur le territoire de la CASE recueillant les indicateurs sociodémographiques, socioéconomiques, et répertoriant l'offre de soins. L'objectif de ce travail était de repérer les besoins de santé prioritaires sur ce territoire afin de les comparer au

manière optimale cette coopération d'équipe. » CHABOT J.-M., *Lettre HAS* n° 32 juillet-septembre 2012. [19]

²³ « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Art. L. 1434-17 du Code de la santé publique

²⁴ ARS, CASE, *Contrat Local de Santé 2012-2015*, juin 2012.[20]

ressenti des professionnels. Cette première démarche de diagnostic est indispensable pour repérer les problématiques de santé de la population concernée, et initier un travail pluriprofessionnel s'appuyant ensuite sur les Réseaux Locaux de Promotion de la Santé.

Cette nouvelle approche de la médecine basée sur un travail pluriprofessionnel nécessite une connaissance des ressources sur le territoire et des aspirations des professionnels de santé y travaillant.

Il existe bien des données issues des caisses d'assurance maladie (C@rtosanté) des Ordres, ou d'études diverses, toutefois ces informations sont le plus souvent quantitatives, macroscopiques, (le nombre de praticiens et leur niveau d'activité en actes) et reflètent peu les réalités de l'exercice sur le terrain : appréhender le temps de travail, le niveau d'organisation des professionnels, leur informatisation, l'implication dans la formation, leurs perspectives professionnelles...

Des données plus qualitatives permettraient de mieux connaître la situation de l'offre de soins et de la projeter dans l'avenir.

Également en 2009, les professionnels de santé de la CASE se sont regroupés en association (la COSSE, COordination Santé Seine Eure) afin de réfléchir de façon pluriprofessionnelle et coordonnée à la situation sur leur territoire et à des actions possibles. Ils reconnaissent manquer d'informations précises sur l'offre de soin (quelle activité plus spécifique de leurs confrères), l'organisation des soins du territoire (accueil d'un stagiaire, organisation des temps de vacances, remplacement), ou les perspectives d'activités des uns et des autres à moyen terme. Le manque de précision sur les ressources en soins semble en effet limiter l'organisation individuelle et collective des acteurs de santé et la mise en place d'actions de santé communes. De plus il limite aussi les possibilités de prévision à moyen terme (5ans) pourtant nécessaire pour porter des projets de santé d'envergure.

Dans le cadre du Contrat Local de Santé, la COSSE a été retenue pour être porteuse du projet de diagnostic territorial sur l'offre de soins de premier recours du territoire de la CASE.

Ce travail de thèse propose de répondre à la question :

« Qui sont les acteurs de soins primaires du territoire de la CASE, quelles sont leur activité réelle, leurs organisations et leurs aspirations ? »

L'objectif est de mettre en place un outil d'analyse territoriale des soins primaires, de réaliser ce diagnostic, et de proposer un outil qui permette de réévaluer les données facilement à moyen terme.

Les outils à disposition ne semblent en effet ne pas bien représenter les ressources de soins de premier recours. Une connaissance plus fine des ressources de soins de premier recours et leur évolution à moyen terme est pourtant nécessaire pour un travail commun sur le territoire.

La réalisation d'une démarche active auprès des acteurs de santé qui vise à connaître et reconnaître le travail et les aspirations de chacun peut être un élément fédérateur autour d'une prise en charge coordonnée pour améliorer à court terme l'organisation de l'offre de soins sur le territoire.

Enfin, la problématique de la connaissance des ressources pour l'organisation des soins n'est pas isolée. Cet outil pourra être utilisé pour le diagnostic d'autres territoires.

II Définitions et concepts

II.1 Définition des soins des soins primaires (*primary care*) et des soins de premier recours

II.1.1 Définition des soins primaires

La notion de soins primaires (*primary care*) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de la conférence d'Alma Ata, en 1978. L'expression est porteuse d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base, et couvre ainsi toutes les activités des soins et des actions de santé publique mais aussi tous les secteurs contribuant à améliorer la santé, en particulier l'agriculture, l'industrie, l'éducation, les communications... Elle « *fait pour cela appel à des personnels de santé (médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires...) préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.* »

Cette notion est reprise en 1996 par l'American Institute of Medicine : « *Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté.* »

Cette dénomination est également utilisée pour désigner l'organisation des systèmes de soins extrahospitaliers. Les soins primaires renvoient alors le plus souvent à la notion de soins de premier recours, expression plus fréquemment utilisée en France, et reprenant les caractéristiques d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres secteurs. Les médecins généralistes en sont en général des acteurs essentiels, bien que d'autres professionnels, notamment les infirmiers, puissent être impliqués.

II.1.1.1 Trois types d'approche des soins primaires se distinguent

Les soins primaires définis comme un niveau de soins. Dans ce cadre, les soins primaires sont présentés comme la base de la pyramide, se différenciant des soins secondaires et tertiaires. Le niveau primaire est non segmenté (que ce soit par l'âge, le sexe, le type de problèmes de santé, la capacité financière des patients). Il doit pouvoir répondre à 90 % des problèmes de santé²⁵. Inversement, les niveaux secondaire (médecine spécialisée en ville ou à l'hôpital) et tertiaire (médecine de haute technologie des hôpitaux universitaires) sont spécialisés et donc segmentés.

²⁵ « Le médecin de soins primaires est donc celui qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations », ce que la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians) définit par l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels

Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins généralistes, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. La fonction de *gate keeping* (gardien de la porte), attribuée au médecin généraliste ou au centre de santé, traduit cette organisation hiérarchique en niveaux de soins.

Les soins primaires définis comme un ensemble de fonctions et d'activités.

On s'intéresse alors aux caractéristiques générales des services de soins primaires (accessibilité et premier contact, continuité des soins, globalité et coordination), et aux soins fournis. Les soins primaires se définissent comme des soins de nature ambulatoire et directement accessibles aux patients, avec une dimension généraliste et communautaire. Ils sont centrés sur l'individu dans son contexte familial et social. Les soins primaires peuvent également se fonder sur l'éventail des soins dispensés avec trois aspects essentiels : la prise en charge des problèmes communs (le « tout-venant ») au moyen d'une combinaison de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation ; une dimension « intégrée » (la maladie étant appréhendée dans un contexte socio-économique plus large) ; l'organisation et la rationalisation des ressources dites « spécialisées ».

Les soins primaires définis comme un ensemble de professionnels qui offrent les services. Les soins primaires regroupent alors plusieurs types d'activités et différents professionnels selon les pays : médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pédiatres, gynécologues. Traditionnellement, les soins primaires sont assimilés à la médecine générale, les médecins généralistes ayant constitué historiquement le premier contact avec le système de soins. L'expression *extended primary care* (soins primaires étendus), renvoie au premier contact d'un patient avec un professionnel du système de soins. Cette définition intermédiaire entre les soins primaires entendus au sens de médecine générale et les soins primaires dans une vision large – au sens de la justice sociale et de l'accès de tous à des soins de base – vise à intégrer les évolutions en cours et la reconnaissance de multiples professions et types d'interventions dans le champ des soins primaires, et leur corollaire, la collaboration interprofessionnelle et la coordination des interventions et intervenants autour et avec le patient.

II.1.1.2 Dans les pays développés, trois modèles se développent

Le modèle normatif hiérarchisé, (exemples : Suède, Finlande) dans lequel la loi détaille les soins primaires et la traduit de façon précise dans l'organisation et le financement. La gestion des soins est décentralisée (les autorités locales gèrent l'offre de soins et la financent, l'état garantissant la solidarité nationale par péréquation au prorata de la population concernée ou de certaines caractéristiques de la population). Les centres de santé constituent l'organisation de base. Ils comprennent des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux ; les coopérations interprofessionnelles y sont fortement développées, notamment les rôles infirmiers.

Le modèle professionnel hiérarchisé, (exemples : Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie) dans lequel il n'y a pas de modèle des soins primaires, même s'il existe un mécanisme de solidarité universel devant le risque maladie et une approche populationnelle de l'organisation des soins. Les tâches de chaque professionnel ou les

missions des structures de soins ne s'appuient pas sur une base normative et réglementaire, mais sont définies par le contenu des métiers qui sont détaillés dans des référentiels d'activité et de formation gérés par les instances professionnelles et académiques. Dans ces pays, le médecin généraliste a une fonction de pivot du système de soins et une responsabilité économique, les échelons d'organisation médicale territoriaux étant chargés de mutualiser des ressources pour les activités comme la formation continue, les programmes de promotion de la santé, l'éducation thérapeutique. Ces systèmes se caractérisent également par une mixité des modes de rémunération en lien avec l'enregistrement de la population auprès des médecins généralistes, et l'apparition de paiements à la performance, ou le soutien financier au développement de la pratique en équipes, associé à l'émergence de nouveaux rôles infirmiers.

Le modèle professionnel non hiérarchisé, (exemples : France, Allemagne, Canada) dans lequel il n'existe ni projet global explicite des soins primaires, ni organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier. L'organisation des soins ambulatoires répond aux enjeux des soins primaires (accessibilité, proximité, permanence, prévention, etc.), mais elle ne s'est pas construite autour de ces objectifs et reste à l'initiative des acteurs. Ces systèmes ont en commun la coexistence d'un système de financement collectif des dépenses de santé et d'une offre de soins privée. Ils sont caractérisés par :

- L'existence d'une offre de soins spécialisée en ambulatoire avec un accès direct possible pour les patients, parfois assorti d'une pénalité financière ;
- Une pratique solo dominante de la médecine générale ;
- Une coexistence de modes contrastés d'organisation des soins primaires avec majoritairement une médecine libérale payée à l'acte et des centres de santé, minoritaires, orientés vers des populations défavorisées.

Confrontée aux mêmes défis (vieillesse de la population, coût croissant, importance des maladies chroniques, évolution des aspirations des professionnels de santé), la plupart des pays développés connaît des évolutions convergentes et cherche à développer une approche plus coordonnée des soins. Deux grandes voies sont privilégiées :

- Le regroupement des professionnels autour de pratiques de médecine générale étendues (cabinets de groupe ou les centres de santé) ;
- La coordination autour de programmes de *disease management* centrés sur des maladies chroniques.²⁶

Dans les deux formes de coordination, d'autres rôles infirmiers, voire des métiers nouveaux, se développent. La prévention, le suivi des pathologies chroniques, l'accueil et le triage sont les principaux domaines où les infirmiers ont étendu leurs compétences.

²⁶ En France, c'est par exemple le programme pilote d'accompagnement des patients diabétiques SOPHIA, mis en place par l'assurance maladie en 2008. Il consiste en la mise en place d'un coaching téléphonique par des infirmières salariées de l'assurance maladie, intervenant dans le cadre de plateformes d'appel sous la responsabilité des médecins conseils. Les infirmières apportent des conseils aux patients pour le suivi de leur maladie et les aident à atteindre leurs objectifs en matière d'alimentation ou d'exercice physique. Cette action est soutenue par des livrets thématiques, des courriers et des outils pratiques adressés aux patients et élaborés par l'AFD (Association Française des Diabétiques) et l'INPES.

II.1.2 Définition des soins de premier recours

Les soins de premier recours ont été définis par la loi HPST (article L1411-2 du Code de la santé publique) autour de trois grandes fonctions :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
- le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social) ;
- le relais des politiques de santé publique, dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

L'ensemble des professionnels de santé sont concernés et non l'une ou l'autre des professions exclusivement.

Les soins de second recours sont les soins non couverts par l'offre de premier recours. Il s'agit de soins nécessitant le recours à des médecins spécialistes.

II.2 Définition de la Médecine Générale

L'organisation et l'évolution des soins de premiers recours montrent la place centrale du médecin généraliste dans le système de soins. La définition de la médecine générale s'est ainsi précisée depuis quelques années, se spécialisant grâce à l'évolution vers une filière de spécialité universitaire, tout en gardant son rôle de médecine de proximité et de coordination des soins.

Cette évolution peut être résumée par la définition de B. Gay²⁷ : « *La médecine générale n'est pas la compilation d'une partie des autres disciplines ni une autre façon d'exercer la même médecine dans un contexte différent. Elle se consacre aux soins primaires et privilégie la démarche clinique par rapport à l'intervention technique.* »

Le médecin généraliste est aujourd'hui le spécialiste de premier recours qui coordonne la prise en charge du patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique.

II.2.1 Première définition : le groupe de Leeuwenhorst

La première définition de la médecine générale réalisée par le groupe de Leeuwenhorst²⁸ en 1974 est centrée sur les activités professionnelles du médecin généraliste. Les principes fondamentaux de la discipline scientifique qu'est la médecine générale n'apparaissent pas.

« *Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des*

²⁷ GAY B., LE GOAZIOU M.-F., BUDOWSKI P.-L., *Médecine Générale. Connaissances et pratique*. 2003. [21]

²⁸ LEEUWENHORST GROUP, *The General practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General practice*. 1974. [22]

facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. »

II.2.2 Les cinq fonctions du CNGE (Collège National des Enseignants Généralistes)

Le CNGE (Collège National des Enseignants Généralistes) est à l'origine de la formalisation des cinq fonctions de la médecine générale :

- le premier recours ;
- la prise en charge globale ;
- la coordination des soins, la synthèse ;
- la continuité des soins, le suivi au long cours ;
- la santé publique : le dépistage, la prévention.

II.2.3 Les dix principes de la médecine générale de B. Gay²⁹

B. Gay définit la médecine générale autour de dix principes :

- un grand champ d'activités défini par les besoins du patient et par ses demandes ;
- une réponse à la plupart des demandes de santé ;
- une approche centrée sur le patient ;
- une prise en compte de l'environnement du patient (contexte familial, communauté) ;
- le traitement simultané de plaintes et de pathologies multiples ;
- la continuité des soins, une capacité de suivi au long cours ;
- la coordination des soins ;
- une faible prévalence des maladies graves ;
- des soins à un stade précoce des pathologies ;
- une efficacité en termes de coûts.

II.2.4 L'approche de l'OMS Europe (1998)

Comme celle du CNGE, elle décrit des principes fondamentaux et des tâches déterminées par le système de soins dans lequel le médecin généraliste travaille et par les besoins changeants des patients. Elle recoupe aussi beaucoup les principes de B. Gay :

²⁹ GAY B., *What are the basic principles to define general practice? Presentation to inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine. Strasbourg. 1995. [11]*

- **Générale** : Les soins administrés par les médecins de famille ne sont pas limités à certaines catégories de la population : ils s'adressent à tout le monde, sans restriction d'âge, de sexe, de milieu social, d'ethnie ni de religion. En médecine de famille, aucune catégorie de plaintes ni de problèmes liés à la santé n'est exclue. Elle doit être accessible dans un délai bref. L'accès n'est pas limité par des barrières géographiques, culturelles, administratives ou financières.

- **Continue** : La médecine générale est d'abord centrée sur la personne, avant d'être centrée sur la maladie. Elle est basée sur des relations personnelles durables entre le patient et le médecin, elle englobe la santé des individus de manière longitudinale et s'étend sur des périodes importantes de leur vie, sans se limiter à un épisode de recours aux soins.

- **Globale** : La médecine générale comprend les soins préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs, ainsi que l'éducation pour la santé, en intégrant les domaines biomédical, psychologique et social. Elle traite des liens entre la souffrance et la maladie et intègre dans les décisions, les aspects humains et éthiques de la relation médecin/patient.

- **Coordonnée** : La grande majorité des problèmes dont souffrent les individus peuvent être résolus lors de la première entrevue avec le médecin de famille. Lorsque cela s'avère nécessaire, le médecin de famille dirige le patient vers un spécialiste ou vers un autre professionnel de santé. Les médecins de famille informent les patients sur les services proposés et les meilleurs moyens de les utiliser. Les médecins de famille apparaissent comme les conseillers de leurs patients et leurs apportent ou procurent le soutien moral approprié. Ils sont aussi responsables de la coordination des soins et des prises en charge sociales.

- **Collaboratrice** : Les médecins de famille devraient être préparés à travailler avec les autres professionnels de santé et les acteurs sociaux. Pour atteindre tous ces objectifs, il est souhaitable que le médecin de famille fasse partie d'une équipe multidisciplinaire dont il pourrait assurer la direction.

- **Orientée vers la famille** : En médecine générale, les problèmes individuels sont traités dans leur contexte familial, social et culturel, et ce en fonction des circonstances sociales et d'emploi.

- **Orientée vers la communauté** : Les problèmes du patient doivent être examinés en tenant compte du contexte communautaire local. Le médecin de famille devrait identifier les besoins de la communauté concernée en matière de santé en collaborant avec les autres professionnels, avec les institutions médico-sociales et avec des associations d'usagers afin d'améliorer les problèmes sanitaires locaux.

II.2.5 Définition de la WONCA (2002)³⁰

Un consensus entre les différentes agences de médecine générale et l'OMS permet une définition par onze critères :

- premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée ;

³⁰ WONCA EUROPE, *The european definition of general practice/ family medicine*. 2002. [6]

- utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités ;
- approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire ;
- mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée ;
- responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient ;
- démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires ;
- prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient ;
- intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide ;
- développement de la promotion et de l'éducation de la santé ;
- responsabilité spécifique en termes de santé publique ;
- réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

II.3 Maison de Santé Pluriprofessionnelle, Pôle de Santé, Centre de Santé, Groupement de Coopération Sanitaire

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Pôles de Santé et Centres de Santé, sont une réponse possible aux nouvelles demandes en matière de prise en charge des soins de premier recours. Ces structures essayent de répondre au manque de professionnels sur certains territoires, à la demande des jeunes professionnels de ne plus se trouver isolés dans leur pratique, à la demande de nouvelles missions comme l'éducation thérapeutique et la prévention. Elles reflètent un souhait de passer du soin seul à la santé populationnelle organisée sur un territoire.

Même si certaines organisations existaient auparavant (inscription des Maisons de Santé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale en 2007, définition dans le Code de Santé Publique des Centres de Santé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2000), leur définition et leur fonctionnement ont été précisés en 2009 par la Loi HPST modifiée en 2011 par la loi Fourcade.

L'organisation de ces structures repose sur un projet de santé élaboré entre les professionnels de santé y travaillant et compatible avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et un exercice de la médecine coordonné et protocole (guide HAS l'exercice coordonné et protocole en maison de santé, pôles de santé et centres de santé, 2007)

En avril 2013, 286 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont en fonctionnement selon les chiffres de l'Observatoire des maisons de santé (données DGOS), la majorité étant implantée en milieu rural, et on dénombre plus de 1 400 Centres de Santé.

II.3.1 Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Elles sont définies par l'article L6323-3 du Code de la santé publique (modifié par la loi n°2011-940) : « *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. »

Elles doivent être composées d'au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical pour bénéficier des financements publics.

Depuis 2011 les pharmaciens peuvent intégrer les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

II.3.2 Les Pôles de Santé

Ils sont définis par l'article L6323-4 du Code de la santé publique (créé par 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. »*

L'ancienne définition regroupait les équipes de premier recours qui travaillaient ensemble sans lieu d'exercice unique. Les deux définitions ne sont pas pour autant incompatibles, laissant toutefois apparaître des regroupements de différentes formes possibles.

II.3.3 Les Centres de Santé

Ils sont définis par l'article L. 6323 du Code de la santé publique : *« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code. »*

Historiquement développés pour répondre aux besoins des populations et garantir un égal accès aux soins pour tous, ils peuvent être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Ils pratiquent le tiers-payant.

Les professionnels de santé y sont salariés. Ils sont une alternative à la pratique libérale pour la médecine générale et spécialisée, les soins dentaires et les soins infirmiers. Ils sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.

II.3.4 Les réseaux de santé

Créés par la loi du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « *les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.* »

Chaque réseau « *met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.* », art. D. 766-1-2. décret du 17 décembre 2002. L'HAS propose le modèle de la roue de Deming dans son guide.

Ils viennent compléter le travail des professionnels libéraux pour réunir l'ensemble des professionnels (libéraux, hospitaliers, travailleurs sociaux...) intervenant autour d'un patient pour lui assurer une prise en charge globale, adaptée et continue.

Ils montrent ainsi le lien entre l'organisation des soins telle qu'elle est prévue par les schémas du Programme Régional de Santé et les projets médicaux territoriaux.

Deux types de réseaux coexistent : les réseaux de coordination des soins et d'appui aux professionnels de santé et les réseaux de prise en charge des patients qui interviennent pour la prise en charge effective des patients.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de mai 2006³¹ est très critique, considérant les réseaux de santé comme « *plus que décevants* », notamment en termes de services rendus aux patients et de lisibilité. Ce rapport a justifié une diminution de leur financement et a accentué le contrôle des tutelles, en particulier par l'évaluation (circulaire de mars 2007). Il admet néanmoins que les réseaux de santé « *restent potentiellement intéressants* ».

Devant ce bilan contrasté, en 2012, la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) publie un guide³² afin de faire évoluer les réseaux, l'objectif étant de les réintégrer dans l'offre de soins en les faisant évoluer vers une mission d'appui aux équipes de premier recours, entre autres pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médicaux sociaux).

II.3.5 Les Groupements de Coopération Sanitaire

Le GCS permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il permet de

³¹ IGAS, DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), Rapport de synthèse.* 2006. [23]

³² DGOS, *Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* 2012. [24]

mettre en commun des moyens de toute nature, humains, mobiliers, immobiliers, financiers.

La loi HPST a clarifié les coopérations et distingué deux catégories de GCS selon leur finalité : le GCS de moyens ou pour une minorité de projets aboutis en terme de coopération autour du soin le GCS - Établissement de santé. Le GCS – Établissement de santé est reconnu lorsque le projet de prise en charge médicale et soignante est « *intégré et abouti* » et ne concerne pas seulement une mise en commun des moyens humains, financiers, mobiliers ou immobiliers.

II.4 La notion de bassin de vie

Le bassin de vie est une notion de géographie qui structure l'espace géographique. Il est défini par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et à l'emploi. Il correspond à l'organisation de la vie quotidienne des habitants. Sa délimitation correspond au flux migratoire quotidien de la population. Les données pour le découpage en bassin de vie viennent de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques, le Service Central des Enquêtes et Études Statistiques, l'Institut National de la Recherche Agronomique, l'Institut Français de l'Environnement et la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques.

Les nouveaux bassins de vie sont conçus désormais comme des « *bassins d'influence ou d'accessibilité aux services* » (concentrés dans les pôles) et ne comportent plus de référence à l'emploi (sur place) comme dans la définition précédente. Ils s'appuient sur la « *Base Permanente des Équipements* » et principalement sur la trentaine d'équipements « *intermédiaires* ».

II.5 La notion de territoire

La mise en œuvre de la loi HPST repose sur le découpage du territoire en territoires de santé organisés par le SROS.

II.5.1 Notion géographique et sociale

Le territoire désigne à la fois un espace géographique et un sentiment d'appartenance de la population concernée.

JM Fournier³³, dans *Géographie sociale et territoire, de la confusion sémantique à l'utilité* explore les notions de territorialisation déterritorialisation et reterritorialisation montrant que le territoire est un concept dynamique que ses acteurs doivent s'approprier, et non un simple espace défini par des frontières physiques. La mobilité actuelle et l'appartenance de ce fait à plusieurs territoires soulève également la possibilité de penser l'organisation de façon plus vaste, à l'aide de la notion de réseau.

³³ FOURNIER J.-M., *Géographie sociale et territoire, de la confusion sémantique à l'utilité sociale ?* 2007. [25]

Milton Santos³⁴ propose ainsi la notion d' « *espace-local* » pour une approche autre que l'approche rationnelle des socio-géographes. Les paramètres habituels que sont l'opérationnel et la raison technique ne fonctionnent pas en priorité dans l'espace local. Les paramètres de l'ordre local sont fondés sur l'échelle du quotidien. Ce sont la coprésence, le voisinage, l'intimité, l'émotion, la coopération et la socialisation.

P De Haas³⁵ pour la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) reprend la réflexion sur le territoire en l'appliquant à la santé. Il soulève ainsi les limites de ce découpage (les généralistes travaillant surtout sur une logique de patientèle et non de territoire). Au vu de la réussite de l'organisation de la Permanence Des Soins, il propose des domaines d'applications possibles (continuité des soins pour les patients sans médecin traitant sur un territoire, nouveaux arrivants, permanence des soins en journée, organisation des professionnels autour d'objectifs de santé publique). Ces perspectives ne sont envisageables qu'après une analyse micro territoriale pour définir le territoire avec les professionnels concernés, tenant compte de l'historique local et des relations interprofessionnelles, probablement sur la base du territoire de la Permanence Des Soins.

II.5.2 Les Territoires et Zones de l'ARS

Le territoire de santé est l'unité première dans l'organisation géographique de l'offre de soins. Il se présente comme une zone dont le découpage est fixé pour sa pertinence pour la prise en compte des activités de santé publique, de soins et d'équipements pour les établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social, ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Au sein de cette zone géographique on repère les activités sanitaires existantes, les besoins de santé de la population, et les réponses à y apporter, dans le cadre de la politique régionale de santé.

Selon la Loi HPST, cet espace doit correspondre à un exercice concentré et coordonné, collaboratif et interprofessionnel sur lequel doivent s'organiser la continuité et la permanence de soins.

Selon l'article L1411-11 du Code de la santé publique, cette prise en charge des patients doit respecter les exigences de proximité (appréciée en temps et distance de parcours), de qualité et de sécurité.

Un territoire de santé peut être, selon le cas, infrarégional, régional ou interrégional.

Les territoires sont créés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé après consultation du représentant de l'État dans la région et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (composée de représentants de l'ensemble des acteurs de santé de la région) et sont expliqués dans le Code de la santé publique.

³⁴ « Le territoire est la base du travail, du domicile, des échanges matériels et spirituels et de la vie, sur lesquels il influe. Lorsqu'on parle de territoire, on doit donc comprendre d'emblée qu'on parle d'un territoire utilisé dont se sert une population donnée. » SANTOS M., *Por uma outra globalização, do Pensamento Único à consciência universal*, 2000. [26]

³⁵ DE HAAS P., *Réflexions sur les Zones de Soins Primaires (ZSP) et territoires de proximité de premier recours*, <http://www.ffmps.fr/> [27]

Les zones déficitaires sont ensuite définies. L'arrêté du 21 décembre 2011 (J.O. du 21 décembre 2011) pris par application de l'article L 1434-7 du Code de la santé publique fixe les dispositions applicables à la détermination de ces zones :

- les zones sont déterminées en application du schéma régional de l'organisation des soins ;
- les zones comprennent une part de la population régionale inférieure ou égale à la part fixée dans l'annexe à l'arrêté national : 9% pour la région Haute Normandie soit 164 310 habitants ;
- les zones sont constituées d'unités territoriales référencées par l'INSEE.

S'agissant des médecins généralistes, le dispositif dépend de la nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France), le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) (arrêté du 22 septembre 2011).

La nouvelle convention prévoit plusieurs mesures qui visent à faciliter l'exercice regroupé et l'installation dans les zones déficitaires déterminées par :

- une option « démographie » destinée aux praticiens exerçant de façon regroupée ou dans le cadre de pôles de santé dans les zones déficitaires ;
- l'option « santé solidarité territoriale » qui vise à permettre l'exercice partiel dans une zone déficitaire par un praticien installé dans une zone mieux dotée ;
- la valorisation de la qualité des pratiques médicales, notamment l'organisation du cabinet et la qualité de service facilités par les exercices regroupés.

Les zones déficitaires autorisent par ailleurs la mise en œuvre d'autres dispositions applicables par les collectivités territoriales et l'État, notamment des aides à l'installation, ainsi qu'aux étudiants en médecine.

Il existe par ailleurs des zonages pour la profession d'infirmier (arrêté du 25 novembre 2011) destinées à favoriser une meilleure répartition des infirmiers et font l'objet d'un classement en cinq catégories : « très sous-dotées », « sous-dotées », « à dotation intermédiaire », « très dotées » et « sur dotées »³⁶.

Quatre indicateurs ont été sélectionnés :

- deux indicateurs de besoins de soins : les honoraires moyens sans dépassement (HSD) par infirmier, et la part des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- deux indicateurs d'offre de soins : la densité (standardisée par âge) pour 100 000 habitants et le nombre moyen d'Indemnités Kilométriques (IK) par Infirmier Diplômé d'État Libéral.

Pour chaque indicateur, quatre seuils correspondant au premier décile, premier quartile, dernier quartile et dernier décile ont été établis au niveau national. Chaque zone est répartie en fonction de ces seuils. Pour chaque indicateur, un score est attribué à chacune des zones, en fonction de son positionnement par rapport aux bornes nationales. Le total des scores classe la zone dans une des cinq catégories suivantes en fonction des 5^{ème}, 10^{ème}, 90^{ème} et 95^{ème} percentiles de la distribution nationale des scores obtenus et de la densité en infirmière de la zone.

³⁶ DGOS/R2/DSS, *Instruction n° 2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.* [28]

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les cinq catégories ci-dessus sont définies selon un calcul de densité pondérée en rapportant par bassin de vie/pseudo-canton le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et la population du bassin de vie/pseudo-canton en prenant en compte :

- le nombre de masseurs-kinésithérapeutes, exprimé en Équivalent Temps Plein (ETP) ;
- le temps passé par les masseurs-kinésithérapeutes dans les déplacements, converti en ETP ;
- la population résidente, standardisée par l'âge.

A l'issue de cette étape, les bassins de vie/pseudo-cantons qui ont au moins un masseur-kinésithérapeute sont classés une première fois, selon leur niveau de densité pondérée, selon les cinq catégories en fonction des 11,2^{ème}, 17,2^{ème}, 87,2^{ème} et 93,2^{ème} percentiles de la distribution des densités. Les zones n'ayant aucun masseur-kinésithérapeute sont classées en niveau de dotation intermédiaire.

Il existe ensuite une pondération selon :

- l'âge des masseurs-kinésithérapeutes. Les bassins de vie/pseudo-cantons classés zones sous-dotées sont requalifiés en zones très sous-dotées, lorsque la part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de 58 ans ou plus est supérieure à 50 % pour tenir compte de l'effet du départ à la retraite de ces professionnels dans les cinq ans suivant le classement de la zone ;

- le nombre d'actes par patient. Les bassins de vie/pseudo-cantons classés en zones très dotées sont requalifiés en zones sur-dotées, lorsque le bassin de vie/pseudo-canton fait partie des 10 % des bassins de vie/pseudo-cantons dans lesquels on observe le plus grand nombre moyen d'actes par patient.

II.6 Coordination - Coopération - Collaboration

Ces notions appartiennent au vocabulaire du management, de l'apprentissage et sont également maintenant liées aux Technologies de l'Information et de la Communication. Elles s'appliquent aux relations entre des personnes rassemblées pour la résolution commune d'une tâche complexe. Dans le champ de la santé, elles font apparaître le rôle des pouvoirs publics dans l'organisation des soins.

II.6.1 Le travail coordonné

Il repose sur une harmonisation des activités dans un souci d'efficacité, chaque acteur agissant de façon autonome, le coordinateur étant chargé de faire le lien.

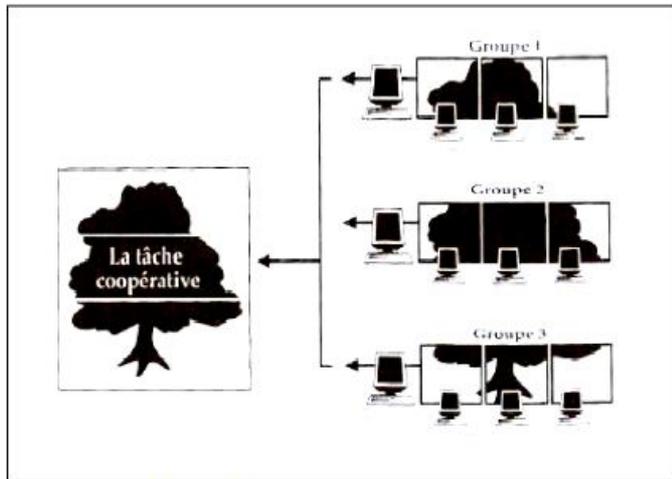
II.6.2 Le travail coopératif

Il repose sur « *une organisation collective du travail dans laquelle la tâche à satisfaire est fragmentée en sous-tâches affectées chacune à un acteur, soit selon une distribution parfaitement horizontale dans laquelle tâches et acteurs sont équivalents, soit selon une logique d'attribution en fonction des compétences particulières de chacun* ». ³⁷

³⁷ CERISIER J. -F., Environnements d'apprentissages collectifs en réseaux, 1999. [29]

Les acteurs agiront ensuite de façon autonome dans un groupe hiérarchiquement organisé, avec un partage des tâches impliquant une coordination précise. Chacun sait ce qu'il doit faire dès le début, et communique ou partage des éléments uniquement pour arriver à son objectif individuel. C'est la succession progressive et coordonnée des actions de chacun qui permet de remplir l'objectif fixé (travail asynchrone).

La responsabilité de chacun est ainsi engagée sur la seule réalisation des tâches qui lui sont propres.

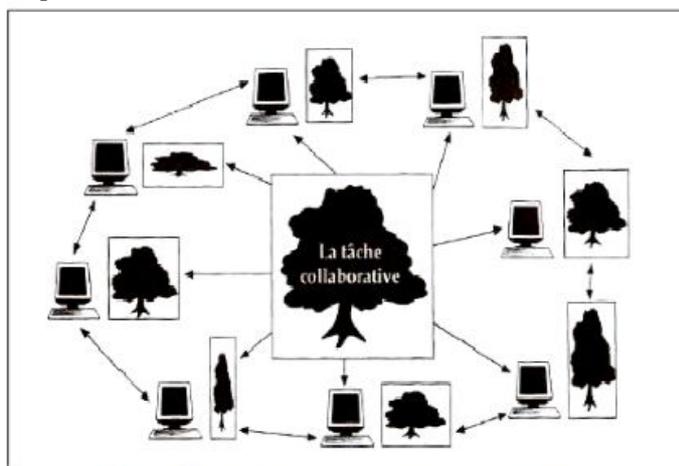


Le travail coopératif (Source : Henri et Lundgren-Cayrol, 2001)

II.6.3 Le travail collaboratif

Il n'y a pas de répartition *a priori* des rôles mais une situation de travail collectif où les tâches et les buts sont communs. Chacun travaille sur les mêmes points. Les apports individuels n'ont donc de sens que par leur intégration, leur fusion à tous les autres et non par leur seule juxtaposition. Au final, on ne perçoit plus individuellement la part du travail de chacun. Le travail collaboratif nécessite une plus forte interactivité et requiert plus de motivation et de confiance interpersonnelle. Une part du succès de la collaboration tiendra notamment à la construction d'une compréhension commune autour des activités menées, et donc de connaissances partagées issues des contributions de chacun des membres de l'équipe projet.

La responsabilité est collective.



Le travail collaboratif (Source : Henri et Lundgren-Cayrol, 2001)

On peut résumer ces notions à l'aide du tableau de Florence Devouard³⁸ :

	Coordination	Coopération	Collaboration
Problème	Harmoniser les rôles et les tâches dans un système simple. Par ex: organiser une réunion interne de 5 personnes.	Résoudre des problèmes dans un environnement complexe. Par ex. Organiser un colloque de 300 personnes	Réaliser un objectif visionnaire en système complexe. Par ex. co-création de connaissance par tous et pour tous
Paramètres indispensables	Plusieurs personnes	Plusieurs personnes	Plusieurs personnes
	Objectif commun	Objectif commun	Objectif commun. Valeurs communes.
	Nécessite de comprendre qui fait quoi, quand	Reconnaît le bénéfice collectif et individuel	Reconnaît le bénéfice collectif et individuel. Reconnaît la nécessité et l'urgence. Appropriation.
	Un coordinateur (hiérarchie)	Confiance et respect mutuel; contrat social	Confiance et respect mutuel; contrat social; structure sociale polymorphe
		Economie du don	Economie du don
Paramètres optionnels	Procédure de résolution de problèmes	Rôles et tâches clairement identifiés	Compétences en pratiques collaboratives
		Fréquents échanges d'information entre les membres	Un facilitateur
Bénéfice	Objectif atteint	Objectif atteint	Objectif atteint
	Évite d'oublier une tâche, ou évite la duplication	Bénéfice mutuel lié à la division du travail et au partage des tâches à accomplir => économies	Bénéfice mutuel lié à la division du travail et au partage des tâches à accomplir => économies
			Plus grande capacité d'innovation (sérendipité)
			Satisfaction collective (fierté)
			Source: http://www.anthere.org

II.6.4 Coordination entre professionnels de santé

Avec l'apparition des réseaux et l'interface nécessaire entre les acteurs sanitaires et sociaux, hospitaliers et ambulatoires et les pouvoirs publics, la coordination en santé prend une place de plus en plus importante.

La coordination se décline sur plusieurs niveaux complémentaires décrits par Régis Aubry³⁹ :

– La coordination de proximité :

Ce niveau est dévolu aux acteurs de proximité, par exemple les acteurs de santé choisis par la personne malade ou en difficulté sociale. Son but est de formaliser un projet de soins personnalisés et de veiller à sa mise en œuvre, de mettre en place un projet de vie pour la personne malade et sa famille et entourage, d'organiser les soins et l'accompagnement, dans un objectif de continuité, qualité, permanence et cohérence, de s'assurer de l'efficacité des liens et des échanges interdisciplinaires entre acteurs du

³⁸ DEVOUARD F., <http://www.devouard.com/> [30]

³⁹ AUBRY R., *Les fonctions de coordination dans le champ de la santé*, Santé Publique hs/2007 Vol. 19, p. 73-77. [31]

domicile, avec les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales, avec la coordination d'appui et de pilotage⁴⁰;

- La coordination d'appui :

C'est le niveau des réseaux de santé. C'est une fonction nouvelle dans le champ de la santé, qui se situe à l'articulation entre expertise, conseil, soutien, compagnonnage, facilitation, sans substitution mais dans une recherche de complémentarité par rapport aux activités des acteurs de proximité d'une part et des acteurs institutionnels d'autre part ;

- Le pilotage :

Elle permet de mettre en œuvre le projet et de le gérer en tenant compte des évolutions, d'assurer le management des hommes, de mettre en œuvre et d'accompagner les actions de formation, de favoriser la communication, de créer les interfaces de pilotage avec les autres structures ou organisations en santé, dans la recherche d'une valeur ajoutée par des mutualisations et coopérations pertinentes.

II.6.5 Coopération entre professionnels de santé

Au sens de l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique, la coopération est un processus par lequel au moins deux professionnels de santé, volontaires, définissent ensemble leurs nouvelles modalités d'intervention auprès du patient, en maintenant la qualité et la sécurité des soins qui leur est due.

Elle est autorisée par l'article 51 du Code de la santé publique.

Ce dispositif permet aux professionnels de santé d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient.

L'arrêté du 31 décembre 2009 définit les étapes réglementaires de la démarche de coopération :

- L'initiative des protocoles de coopération appartient aux professionnels de santé. Ceux-ci doivent préciser l'objet et la nature de la coopération, le lieu d'exercice et le champ d'intervention des professionnels concernés ;

- L'Agence Régionale de Santé (ARS) vérifie que le protocole répond à un besoin de santé de la région. Si cette première condition est satisfaite, l'ARS transmet le protocole à la Haute Autorité de Santé (HAS). Le directeur général de l'ARS autorise leur mise en œuvre, par arrêté, après avis conforme de la HAS ;

- Les professionnels qui souhaitent appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'ARS. L'ARS vérifie que la volonté des parties de coopérer est avérée, que le demandeur bénéficie d'une garantie assurantielle sur le champ.

⁴⁰ Sept protocoles (la bronchiolite du nourrisson, le diabète de type 2, la couverture vaccinale, la gestion quotidienne des anti-vitamines K, la lombalgie commune à partir du deuxième épisode, la prise en charge des ulcères veineux et des plaies chroniques et la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée) disponibles sur le site de la FFMPs, ainsi qu'un guide de mise en place (HAS, *Fiche méthodologique Principes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours*. Novembre 2011. [32]) ont été élaborés en collaboration avec l'HAS afin que les équipes en place les utilisent ou les adaptent en fonction de leurs spécificités.

Il existe en Haute-Normandie trois protocoles de coopération en place dans les hôpitaux⁴¹. Actuellement, en France, il n'existe que le protocole ASALEE⁴², réservé aux zones fragiles comme exemple de coopération pour les soins ambulatoires.

⁴¹ Les trois protocoles de coopération en place en Haute-Normandie sont :

- « Protocole de coopération professionnelle concernant la réalisation d'échographies par les manipulateurs d'électroradiologie (délégués) validée par les médecins (délégants) 12 septembre 2011
- « Protocole de coopération sur la réalisation des Bilans Uro-Dynamiques (BUD) par une infirmière experte en urologie en lieu et place d'un médecin » 28 novembre 2011
- « Protocole de coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste : transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste » 17 octobre 2012

⁴² Le projet ASALEE vise à structurer les soins primaires en prenant appui sur des infirmières dites de « santé publique » qui veillent à la bonne tenue du dossier médical, s'assurent que les patients cibles effectuent les dépistages prévus et reçoivent une information adaptée relative à la prévention, délivrent certaines prestations (éducation thérapeutique, prévention, dépistage, réalisation d'actes). Il regroupe 335 médecins et 115 infirmiers répartis dans 106 sites et 15 régions, pour 270 000 patients.

III États des lieux / Données connues en Haute-Normandie, dans l'Eure et sur la CASE

Données du diagnostic sur la CASE, ARS, C@rtosanté⁴³

III.1 Territoires Hauts-Normands et Zones déficitaires

La région est organisée en trois niveaux : territoires de santé, territoires de proximité et territoires de soins de premier recours.

III.1.1 Le découpage en territoires de santé

Il repose sur les principes suivants :

- assurer la continuité des actions antérieures ;
- répondre aux pratiques spatiales des populations (offre de soins et flux, ambulatoire, médico-social...) ;
- retenir une organisation territoriale centrée sur des pôles urbains en extension, métropoles et pôles métropolitains, et sur la gradation de l'offre sanitaire de recours et de référence existante, véritable épine dorsale régionale : Dieppe, Le Havre, Evreux, Rouen/Elbeuf sont concernés ;
- assurer néanmoins une cohérence régionale et graduée par une concertation régulière entre les conférences de territoires sur les sujets qui relèvent de l'inter-territorialité ;
- favoriser l'intégration de l'offre de santé et des services ;
- permettre une dynamique des acteurs qui ont déjà des démarches communes et permettre la synergie des acteurs autour des projets infra-territoriaux ;
- assurer la cohérence des différents découpages territoriaux ou administratifs existants.



⁴³ ORS -ARS, *Diagnostic sanitaire et social des territoires de santé hauts-normands*. Janvier 2011.

III.1.2 Les territoires de proximité

Ils se fondent sur la base de l'accès à l'offre sanitaire :

Établissement de regroupements ascendants et par contiguïté des territoires de premiers recours, sur la base des flux sanitaires, et de l'accessibilité à une offre spécialisée ambulatoire.

Les critères qui ont été retenus sont :

- la présence d'au moins trois des cinq spécialités libérales suivantes : cardiologie, ophtalmologie, gynécologie, imagerie médicale et laboratoire d'analyse ;
- le regroupement des pôles distants de moins de 20 minutes ;
- le rattachement des communes périphériques au pôle le plus proche.



III.1.3 L'organisation de l'offre de premier recours

Elle s'articule autour de services pluridisciplinaires que sont l'offre de santé, l'accès à l'école (enfance) et aux hébergements (personnes âgées), enfin aux commerces de base.

Ainsi, les critères retenus pour la révision des territoires de santé sont :

- la présence d'au moins quatre des cinq professions de proximité (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) ;
- la présence d'au moins trois des quatre services suivants : hébergement pour personnes âgées, classe maternelle (ou classe de Regroupement Pédagogique Intercommunal), supermarché (ou épicerie) et boulangerie ;
- le regroupement des pôles distants de moins de 5 km ;
- le rattachement des communes périphériques au pôle le plus proche.



III.1.4 Le territoire de la CASE

La CASE s'organise autour de quatre pôles Louviers, Val-de-Reuil, Pont-de-l'Arche, Pîtres-le-Manoir et compte 59 622 habitants au dernier recensement de la population de 2006. Au 1^{er} janvier 2013, la commune de Porte-Joie a rejoint l'Agglomération Seine-Eure. A la même date, la Communauté de communes Seine-Bord et la CASE ont décidé de fusionner. La nouvelle CASE compte 37 communes et 68 802 habitants selon l'INSEE⁴⁴.



⁴⁴ INSEE, www.insee.fr

Superficie de la CASE : 318,01 km² Densité de population: 174,15 hab/km²

III.1.5 Détermination des zones déficitaires

III.1.5.1 Pour les médecins

La définition des zones en région Haute-Normandie tient compte des priorités d'action prévues dans le schéma régional d'organisation des soins en matière de répartition géographique.

Parmi les critères retenus pour déterminer les zones dites déficitaires, deux critères ont été prépondérants : la densité médicale et la courbe démographique des médecins généralistes, hors médecins à exercice particulier.

- une densité de médecins généralistes, hors médecins à exercice particulier, inférieure de 30 % à la densité moyenne nationale ;
- et les zones au sein desquelles plus de 40 % des actes sont effectués par des médecins généralistes de plus de 60 ans.

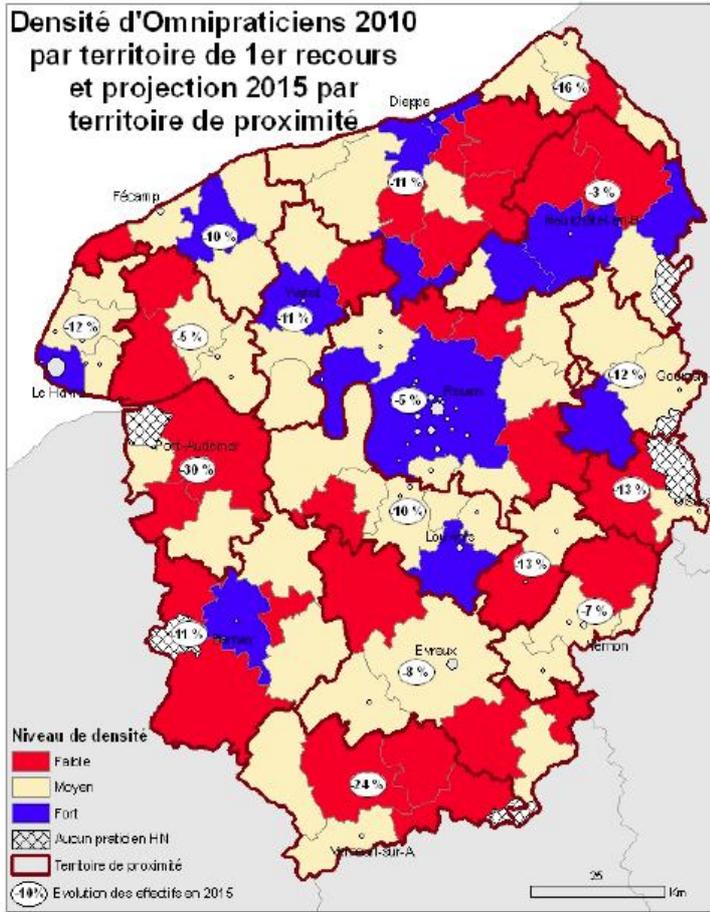
Dans chacune des zones identifiées de premier recours, les communes de plus de 1 500 habitants ont été retenues afin de favoriser les installations des praticiens en exercice groupé, la constitution de maisons de santé pluridisciplinaires et des pôles de santé.

L'identification complémentaire des Zones Urbaines Sensibles (ZUS) éligibles s'est appuyée sur le projet de mettre en place une maison de santé pluridisciplinaire d'au moins 3 médecins généralistes pour 4 000 habitants dans les zones de type 1 (attractivité extrêmement faible et pauvreté importante), ou de type 4 (pauvreté extrême de quartiers « classiques » et de grande taille dans les grandes villes) ou enfin de type 5a (cadre de vie très difficile et pauvreté importante) de la classification de l'INSEE.

D'autres critères ont pondéré cette identification :

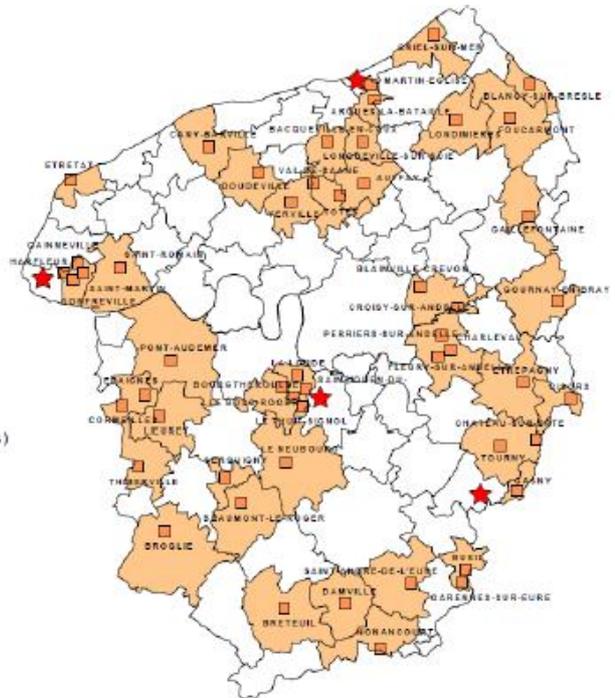
- les exceptions aux seuils de 1 500 habitants : la sélection de 6 pôles inclus dans des Zones de Revitalisation Rurale (ZRR), 3 pôles limitrophes de zones identifiées, pour maintenir la continuité territoriale
- les zones maintenues au titre de la continuité de l'action : 3 pôles dans lesquels une maison de santé est en cours de mise en œuvre en 2011-2012.

Ainsi ce sont 49 zones à l'échelle des communes, et 4 ZUS à l'échelle infra-communale, qui répondent à la couverture d'une population de près de 168 471 habitants, dont 31 389 en ZUS.



POLES DEFICITAIRES 2012 AU SEIN DES TERRITOIRES DE 1^{ER} RECOURS

- Pôle déficitaire (Orange square)
- ZUS déficitaires (Red star)
- Zone de 1^{er} recours avec pôle(s) déficitaire(s) (Light orange square)

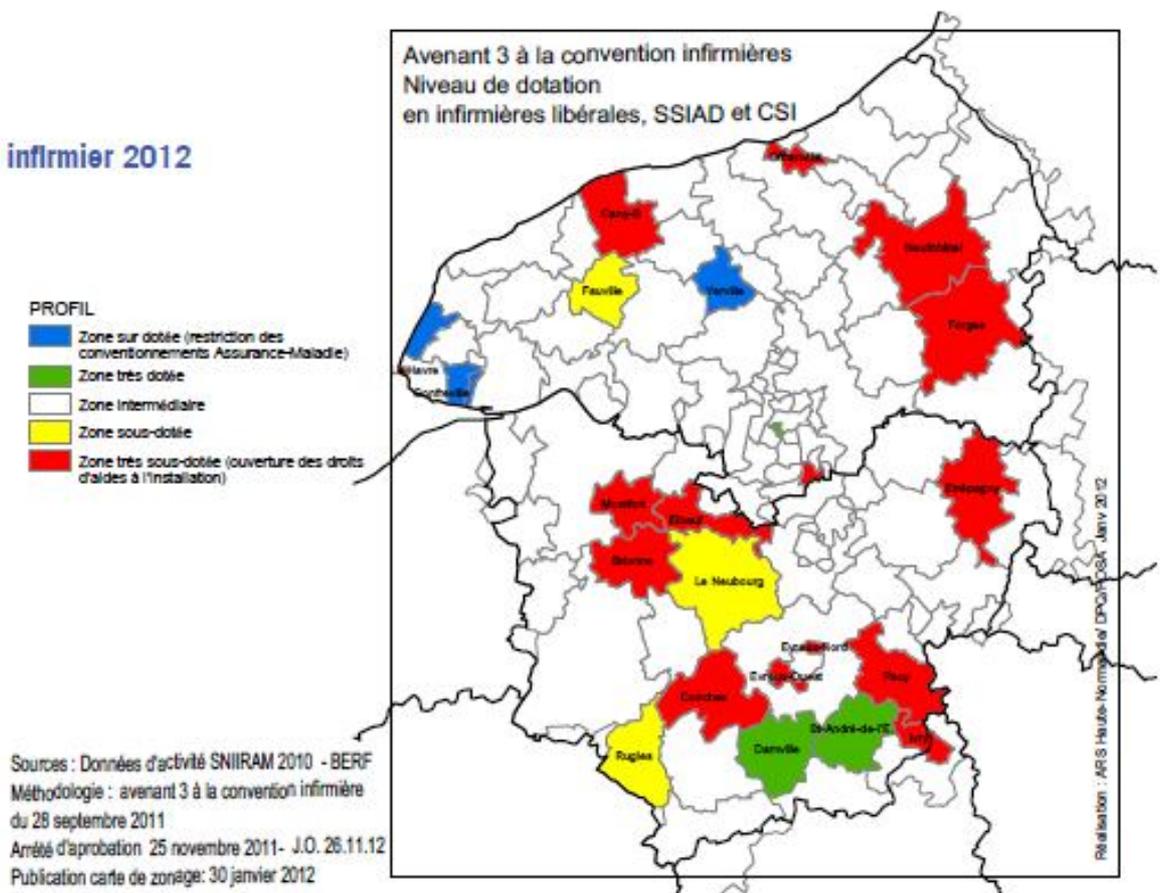


III.1.5.2 Pour les infirmiers

Le zonage concerné comporte :

- 14 zones très sous-dotées (dont 9 dans l'Eure),
- 3 zones sous-dotées (2 dans l'Eure),
- 76 zones intermédiaires,
- 2 zones très dotées (dans l'Eure),
- 3 zones sur-dotées (en Seine-Maritime).

Zonage infirmier 2012

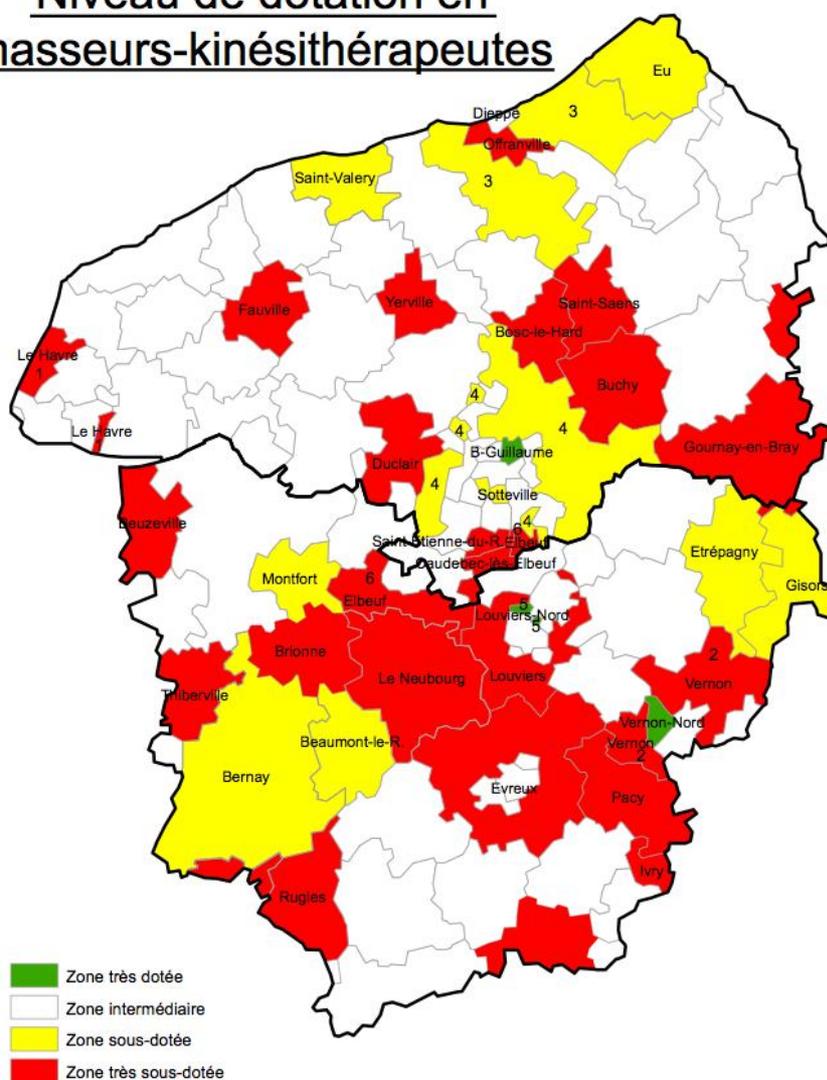


III.1.5.3 Pour les masseurs-kinésithérapeutes

Le zonage concerné comporte :

- 20 zones très sous-dotées,
- 10 zones sous-dotées (5 dans l'Eure),
- 65 zones intermédiaires,
- 3 zones très dotées (2 dans l'Eure),
- 0 zone sur-dotée.

Niveau de dotation en masseurs-kinésithérapeutes



Realisation: ARS/DG/PO/SMA/BD Dec 12

III.2 Offre de soins⁴⁵

La région Haute-Normandie est caractérisée par :

- une offre de soins déficitaire en professionnels de santé libéraux mais aussi en lits et places d'hospitalisation qui induisent des difficultés d'accès aux soins et de prise en charge ;

- une offre médico-sociale importante (prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées).

III.2.1 Professionnels de santé

**Annexe 2 : tableau de la démographie médicale et non médicale 2010-2011
(source Drees 2011)**

Métier	Nbre au 01/01/2010	Nombre au 01/01/2011	>60 en 2011 en Hte Ndie	>60 ans en 2011 France métrop	solde (2011-2010)	Densité régionale /100 000 h au 1/1/2010	Densité régionale /100 000 h au 1/1/2011	Densité nationale au 1/1/2010	Densité nationale au 1/1/2011	Seine Maritime Densité au 1/1/2011	Eure Densité au 1/1/2011
Med généraliste	2 494	2 472	17,90%	19,70%	-22	137	136	162	161	149	106
Med spécialiste	2 321	2 381	22,60%	23,40%	60	128	131	172	173	160	67
Chir. dentiste	738	737	21,50%	18,20%	-1	41	41	66	66	42	37
Pharmacien	2 036	1 907	7,60%	10,30%	-129	112	105	119	115	104	105
Psychiatre	243	252	27%	29,10%	9	13	14	22	22	17	8
Sages-femmes	557	486	2,90%	3,40%	-71	131	115	133	125	138	65
IDE	13 010	13 536	8,10%	7,10%	526	715	744	830	855	885	429
Kinésithérapeutes	1 276	1 309	14,60%	12,40%	33	70	72	111	113	75	63
Orthophoniste	393	402	10%	11,60%	9	22	22	31	32	25	16
Psychomotricien	166	173	9,80%	6,40%	7	9	10	12	13	10	9
Ergothérapeute	144	149	6,10%	4,70%	5	8	8	12	12	9	7

III.2.1.1 Infirmiers Diplômés d'État

Le nombre d'Infirmiers Diplômés d'État (IDE), tous types d'exercice confondus, est de 13 536 professionnels en 2011 : 13 % d'entre eux sont en exercice libéral (DREES 2011), soit une légère augmentation de 526 professionnels par rapport à 2010.

L'exercice des IDE est très majoritairement salarié en secteur hospitalier (9 929 salariés pour 1 749 libéraux), les salariés exerçant ailleurs qu'en secteur hospitalier étant au nombre de 1 858. Les effectifs d'infirmières situés dans les établissements de santé représentent 73 % du total de 13 536 IDE (DREES 2011).

⁴⁵ Chiffres issus de l'ORS.

- ORS, *Diagnostic santé sur le territoire de la communauté d'agglomération Seine-Eure (CASE)*. 2009 [34]

- ORS, *Programme Professions de santé 2012-2017*. [35]

La densité des infirmiers (IDE) en 2011 (744 pour 100 000 habitants) est inférieure de 13 % au niveau national. Il faut relever à nouveau la disparité des situations entre la Seine-Maritime et l'Eure, respectivement 885 pour 100 000 habitants et 429 pour 100 000 habitants, ce qui situe l'Eure à la moitié du taux national.

La part des plus de 60 ans est faible (7,1 %).

Sur la CASE, en secteur libéral, on dénombre 42 IDE pour 59 622 habitants. Soit une densité de 71 IDE pour 100 000 habitants, avec une forte proportion de jeunes professionnels.

Répartition âge sexe population (Urcam)

	Eure	CASE
< 40	31,4 %	29,4 %
> 60	3,9 %	5,9 %
40-49	29,4 %	31,4 %
50-54	18,4 %	8,8 %
55-60	14,9 %	26,5 %

III.2.1.2 Masseurs-Kinésithérapeutes

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes, tous types d'exercice confondus, est de 1 309 en 2011 dont 77,6 % exercent en libéral (DREES 2011), soit une légère augmentation de 33 professionnels par rapport à 2010.

La densité des masseurs-kinésithérapeutes en 2011 (72 pour 100 000 habitants) est inférieure de 27 % au niveau national. A noter une légère disparité entre la Seine-Maritime et l'Eure, respectivement 75 et 63, mais qui tend à se réduire.

La part des plus de 60 ans est faible (14,60 %), mais supérieure au niveau national. Nous constatons que l'arrivée de 33 masseurs-kinésithérapeutes entre 2010 et 2011 est pour l'essentiel le résultat d'un recrutement après une Licence I Santé. Le recrutement après licence a permis de recruter des étudiants hauts-normands qui exercent ensuite dans la région.

Sur la CASE, en secteur libéral, on dénombre 34 masseurs-kinésithérapeutes, soit 57 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, avec une proportion particulièrement importante de jeunes professionnels.

Répartition âge sexe population (Urcam)

	Eure	CASE
< 40	42,7 %	64,3 %
> 60	13,0 %	7,1 %
40-49	21,0 %	3,6 %
50-54	13,0 %	14,3 %
55-60	10,3 %	10,7 %

III.2.1.3 Médecins Généralistes

Avec 136 médecins pour 100 000 habitants, la densité des médecins généralistes en Haute-Normandie en 2011 est inférieure de 16 % à celle du niveau national. L'Eure est dans une situation plus défavorable que la Seine-Maritime : on y compte 106

médecins pour 100 000 habitants dans l'Eure, contre 149 médecins pour 100 000 habitants en Seine Maritime.

Avec 17,90 %, la part des médecins de plus de 60 ans en Haute-Normandie est légèrement inférieure à la moyenne nationale (19,70 %).

La mise à jour des projections de la mission régionale de santé des omnipraticiens par territoire de proximité montre que si le nombre d'installations conserve la même tendance, la région connaîtra une perte de 9 % de ses professionnels à l'horizon 2015, avec des zones plus touchées que d'autres (- 16 % sur le territoire de Eu, - 13 % sur Gisors, - 13 % sur Les Andelys-Gaillon, - 30 % sur Pont Audemer et - 24 % sur Verneuil-sur-Avre).

Sur la CASE, en secteur libéral, on dénombre 58 médecins généralistes soit 94 médecins pour 100 000 habitants ; la proportion des moins de 40 ans étant importante.

Répartition âge sexe population (Urcam)

	Eure	CASE
< 40	10,7 %	22 %
> 60	15,3 %	17,9 %
40-49	15,3 %	19,1 %
50-54	18,6 %	22,1 %
55-60	28,8 %	30,2 %

III.2.1.4 Médecins des autres spécialités

Avec 131 médecins pour 100 000 habitants, la densité des médecins spécialistes en 2011 en Haute-Normandie est inférieure de 25 % au niveau national, et ce, malgré une légère progression entre 2010 et 2011 (+ 3 %). Leur nombre a augmenté de 60 en un an.

La situation de l'Eure est particulièrement critique, avec une densité de 67 médecins pour 100 000 habitants en 2011. Elle est de 62 % inférieure à la densité nationale. La Seine-Maritime a, quant à elle, une densité de 160 médecins pour 100 000 habitants, de 13 points inférieure à la densité nationale.

Sur la CASE, en secteur libéral, on dénombre 18 médecins spécialistes, soit 30 médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

III.2.1.5 Pharmaciens

Le nombre de pharmaciens, tous types d'exercice confondus, est de 1907 professionnels en 2011 (DREES 2011), en baisse de 129 par rapport à 2010.

La densité des pharmaciens en 2011 est inférieure de 9 % au niveau national, avec des taux identiques en Seine-Maritime et dans l'Eure.

La part des plus de 60 ans est inférieure à la moyenne nationale et assez faible (7,6 %).

Sur la CASE, on dénombre 21 pharmaciens titulaires soit 35 pharmacies pour 100 000 habitants. La densité en officine est la même sur la CASE qu'en Haute-Normandie : 30,5 officines pour 100 000 habitants (densité inférieure de 9 % à la moyenne nationale - RPPS 2011).

III.2.1.6 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Centre de santé

La Haute-Normandie compte une dizaine de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. On peut citer Gaillon, Saint-Romain-de-Colbosc, Neufchâtel-en-Bray, La Madeleine-de-Nonancourt, Croisy-sur-Andelle, Val-de-Reuil, Boos, Fontaine-le-Bourg...

Il n'existe pas de Centre de Santé dans la région.

III.2.2 Structures hospitalières

Le nombre de lits d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants est de 8,9 en Haute-Normandie et en France. Sur la CASE, ce nombre est de 3,9 lits/1 000 habitants.

La CASE ne dispose ni de service de chirurgie ni de service de gynéco-obstétrique (mais il existe un Centre Périnatal de Proximité à Louviers)

L'offre hospitalière sur la CASE se décompose ainsi :

- 2 structures publiques : l'Hôpital Local de Pont-de-l'Arche et le Centre Hospitalier de Louviers, avec une Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU), et d'un hôpital de jour en psychiatrie adulte et infanto-juvénile ;
- 2 structures privées : le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation La Lovière à Louviers, et La Mare O Dans aux Damps (clinique psychiatrique).

III.2.3 Structures sanitaires et sociales

III.2.3.1 Personnes âgées

La France dispose d'un taux d'équipement pour personnes âgées de 120 lits pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. (166 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans en Haute-Normandie). Sur la CASE l'offre d'hébergement pour les personnes de plus de 75 ans est donc particulièrement importante avec un taux de 207 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans.

Elles sont ainsi réparties :

- 5 EHPAD 533 places (Les Rives St Taurin et l'Ermitage à Louviers, l'EHPAD de Pont-de-l'Arche, Les Rivalières au Vaudreuil, l'EHPAD du CHI d'Elbeuf-Louviers sur Martot) ;
- 3 logements foyers 209 places (La Résidence du Parc à Louviers, la Résidence Espagnes à Val-de-Reuil, la Résidence Les Pins à Pont-de-l'Arche) ;
- 2 SSIAD 52 places (à Pont-de-l'Arche et Louviers) ;
- 1 CMPR La Lovière 8 places.

Il existe également un CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) à Louviers. En revanche, le territoire ne dispose pas de structure d'accueil de jour ni de structure d'accueil temporaire.

III.2.3.2 Adultes handicapés

La CASE ne dispose d'aucun établissement d'hébergement pour adultes handicapés (5,6 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en Haute-Normandie).

- Sur Louviers, deux structures peuvent accueillir des travailleurs handicapés :
- 1 Établissement et Service d'Aide par le Travail avec 50 places, soit un taux de 1,5 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en Haute-Normandie (3,3 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en Haute-Normandie comme en France) ;
 - 1 Entreprise Adaptée avec 30 places, soit un taux de 0,9 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans (0,7 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en Haute-Normandie et 0,6 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en France).

III.2.3.3 Jeunes handicapés

Le taux de places d'accueil pour personnes âgées de moins de 20 ans est de 8,2 pour 1 000 personnes pour la France, et 9,9 pour 1 000 personnes pour la Haute-Normandie. Ce taux chute à 3,4 places pour 1 000 personnes de moins de 20 ans sur la CASE. On trouve ainsi sur Louviers :

- 1 Institut Médico Éducatif : 40 places ;
- 2 Services Éducation Spéciale et Soins à Domicile : 20 places.

III.2.3.4 Personnes en situation de précarité

La CASE est dotée de deux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à La Haye Malherbes (pour les femmes), et à Louviers (géré par la fondation de l'Armée du Salut), soit un taux d'accueil de 3,3 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans (ce taux est de 1,9 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en Haute-Normandie et 1,0 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en France).

III.2.4 Réseaux

Leurs zones d'intervention sont diverses, allant de la région au territoire de santé.

Le recrutement des patients est soit ambulatoire soit hospitalier (public ou privé). Le secteur ambulatoire a adressé 85 % des patients inclus aux réseaux de santé.

Les activités de soins palliatifs, maintien à domicile des personnes âgées et éducation thérapeutique du patient représentent 74 % de l'activité totale des réseaux.

III.2.4.1 Les réseaux régionaux

Leur création est prévue dans les plans de santé publique ou correspond à une priorité régionale. Ce ne sont pas des réseaux de prise en charge et d'inclusion directe des patients.

- le réseau onco-normand ;
- le réseau péri-natalité ;
- le Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité (RRAPP) ;
- le Réseau des Intervenants en Alcoologie Hauts Normands (RIAHN) ;
- le réseau Hépatite C Haute-Normandie.

III.2.4.2 Les réseaux thématiques

D'initiatives locales, ils s'inscrivent dans les plans de santé publique.

Les soins palliatifs :

- DouSoPal pour le territoire de Rouen-Elbeuf ;

La douleur :

- NormanDos est spécialisé dans la prévention, le suivi et la prise en charge du mal de dos en milieu scolaire et professionnel, et a vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire haut-normand ;

La gérontologie :

- trois réseaux en haute Normandie, absents dans l'Eure ;

La diabétologie :

- Marédia sur le territoire de Rouen et le département de l'Eure ;

Les maladies respiratoires :

- Résalis pour l'Eure.
- Réseau Bronchiolite Haut-Normand ;

Le surpoids et l'obésité :

- Repop-HN pour l'ensemble du territoire haut-normand ;

Les troubles des apprentissages et/ou du langage :

- Réta 27 pour le département de l'Eure ;

Les affections neurologiques :

- Res-Sep, sur l'ensemble de la région, vise les patients jeunes atteints de sclérose en plaques, ayant une activité professionnelle ;
- Mémoire Eure, sur le département de l'Eure, vise les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;

L'addictologie :

- ToxEnVille sur l'agglomération rouennaise, absent dans l'Eure.

III.3 Données sanitaires et sociales en Haute-Normandie et sur la CASE⁴⁶

III.3.1 En Haute-Normandie.

La région compte environ 1,8 millions d'habitants et présente des indicateurs sociaux et sanitaires globalement peu favorables depuis plusieurs années.

Les différentes analyses montrent que la région se caractérise par :

- une situation sociale dégradée : un taux de chômage en constante augmentation depuis 2008 et toujours supérieur à celui observé au niveau national ; une population moins diplômée qu'en France métropolitaine ; une proportion de bénéficiaires des minima sociaux et de la Couverture Maladie Universelle supérieure à celle observée au niveau national ;

- une situation sanitaire très préoccupante avec une surmortalité générale de près de 8 % par rapport à la moyenne nationale (10 % chez les hommes et 6 % chez les femmes) tous âges confondus, et de 16 % si l'on considère les Hauts-Normands âgés de moins de 65 ans (concept de mortalité prématurée).

⁴⁶ Chiffres issus de l'ORS.

- ORS, *Diagnostic santé sur le territoire de la communauté d'agglomération Seine-Eure (CASE)*. 2009 [34]

- ORS, *Programme Professions de santé 2012-2017*. [35]

Les projections au niveau régional⁴⁷, estiment que dans l'hypothèse de poursuite des tendances, la population totale pourrait augmenter de 90 000 personnes entre 2010 et 2040.

Un Haut-Normand sur 20 a plus de 80 ans en 2010. (de 1 habitant sur 25 pour le territoire d'Elbeuf-Louviers à 1 habitant sur 17 pour le territoire de Bernay). En 2040, un Haut-Normand sur 10 aura plus de 80 ans. Ce doublement de la proportion concernera tous les territoires.

III.3.2 Sur le territoire de la CASE

La CASE compte 68 802 habitants au dernier recensement de la population de 2006.

C'est une population jeune : les jeunes de moins de 20 ans représentent plus d'un quart de la population régionale, soit une proportion légèrement supérieure à celle observée en moyenne en France (respectivement 26,3 % contre 24,6 %)

Le diagnostic santé réalisé sur la CASE par l'ORS de Haute-Normandie montre les caractéristiques suivantes :

- Les taux d'admissions en Affection Longue Durée (ALD) pour maladies cardiovasculaires et pour diabète sont significativement supérieurs aux taux régionaux.

- Les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire ainsi que les causes extérieures de traumatismes et empoisonnement (principalement les accidents de la circulation et les suicides) sont les principales causes de décès chez les hommes sur la CASE comme en France.

Chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire, puis les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire, sont les principales causes de décès. Cette répartition est semblable à celle observée en Haute-Normandie et en France hexagonale, à l'exception des décès liées aux troubles mentaux (psychoses alcooliques et autres troubles mentaux) qui occupent une place plus importante (plus de 6 % parmi les décès féminins dans la CASE contre 5 % en Haute-Normandie et 4 % en France hexagonale).

- La surmortalité (en rapportant le nombre de décès observé au nombre de décès que l'on aurait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux.) est encore plus défavorable qu'en Haute-Normandie (10 % en Haute-Normandie par rapport à la France soit 12 % chez les hommes et 7 % chez les femmes) avec une surmortalité, sur la CASE, toutes causes de 20 % par rapport à la France (25 % chez les hommes et 15 % chez les femmes).

- De même, la surmortalité prématurée (mortalité survenant avant 65 ans) est également plus défavorable sur la CASE qu'en Haute-Normandie. La région présente en effet une surmortalité prématurée de 18 % par rapport à la France hexagonale (19 % chez les hommes et 14 % chez les femmes), sur la CASE les taux atteignent 23 % (26 % chez les hommes et 17 % chez les femmes).

- Les cancers, les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool, les accidents de la circulation ainsi que les suicides, sont les principales causes de mortalité prématurée dans la CASE, la région et en France hexagonale. Une partie s'avère donc

⁴⁷ DELAMARE J., GITTON F., VILLET H., YON A., *Les territoires de santé en Haute-Normandie, Situation socio-sanitaire actuelle et perspectives démographiques*, Aval (n°114). 2012. [36]

évitable par des actions sur les facteurs de risques individuels et/ou meilleure prise en charge par le système de soins (dépistage).

- Le taux de mortalité infantile (néo-natale et post néo-natale) annuel moyen est supérieur à celui observé en Haute-Normandie et en France hexagonale. Il est même en croissance de plus de 10 % entre 1995 et 2006 alors qu'il est en diminution en Haute-Normandie (- 25 %) et en France (- 30 %) sur la même période.

IV Analyse territoriale sur la CASE, méthode utilisée

IV.1 Contexte et justification

Le questionnaire médecin (questionnaires en annexe 2) et la méthode⁴⁸ sont issus d'un séminaire de travail sur l'analyse territoriale animé par l'ARIM (Agence du Remplacement et de l'Installation Médicale) au sein de l'URPS ML (Union Régionale des Professions de Santé Médecins Libéraux) des 8 et 9 juin 2012. Il était proposé aux professionnels porteurs de projet et invitait à des rencontres interprofessionnelles.

Le constat partagé de la nécessaire réorganisation des soins de premiers recours amène plusieurs médecins à imaginer des projets de création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Ce séminaire de formation était l'occasion de prendre conscience, entre autres, pour les porteurs de projets, que l'analyse de l'offre de soins dans ses différentes composantes fait partie des champs nécessaires à explorer en vue de mieux organiser le territoire au niveau des soins primaires.

Malgré tous les outils mis à disposition par le législateur (reconnaissance des soins de premier recours par la loi HPST ; précision des cadres des MSP et PDS ; Expérimentations sur les Nouveaux Modes de Rémunérations ; incitation à l'exercice coordonné et protocolé des soins), il n'existe aucun système d'information en mesure de connaître précisément les ressources, les dynamiques et les perspectives d'un territoire. De plus, aucun modèle standardisé ne peut se plaquer sur tous les territoires sans une adaptation et une appropriation par ses acteurs.

IV.2 Méthodologie

Ce séminaire a ainsi permis de définir la finalité, le but et les objectifs puis d'élaborer un guide méthodologique pour cette analyse territoriale. (Synthèse du séminaire en annexe 1)

La finalité de cette démarche relève de « *Sauver les soins de premiers recours libéraux* », les professionnels présents reconnaissant qu'ils doivent s'organiser pour répondre à la situation actuelle au risque de disparaître au profit d'un mode d'organisation sur le salariat public ou mutualiste.

Le but, moyen pour arriver à la finalité, serait d'« *améliorer la qualité de vie professionnelle pour soulager les professionnels en exercice, et attirer les jeunes tout en garantissant une continuité de l'accès aux soins de qualité* ».

Les objectifs généraux sont de – mieux – connaître les acteurs de santé, préparer une réorganisation du territoire ou renforcer une organisation existante, développer une culture commune, s'approprier le territoire, développer un outil de gestion prévisionnel du territoire. Les objectifs opérationnels sont de faire un diagnostic de territoire et selon les résultats, peut-être envisager une organisation plus structurée du territoire.

La méthode a défini qui, où, par qui et comment était réalisé ce diagnostic.

⁴⁸ URPS Médecins de Haute-Normandie, PLSP, *Diagnostic de territoire, Guide méthodologique*. Juillet 2012. [37]

Qui : Les acteurs étant multiples et variés, la proposition était de se centrer initialement sur les médecins et d'élargir progressivement à l'analyse de autres acteurs de santé. Les référents locaux de ces autres professions doivent alors être impliqués pour relayer ce diagnostic.

Où : Un minimum d'une dizaine d'acteurs doit être concernée pour permettre d'envisager des actions coordonnées. Le territoire doit cependant rester de proximité pour rester efficace. Le territoire analysé (ou partie du territoire) doit répondre à une logique d'usage et un sentiment d'appartenance (même secteur de PDS, même commune, même Formation Médicale Continue...)

Par qui : Se pose alors la question de la légitimité du porteur de diagnostic. Celui-ci doit être un professionnel du territoire pour que les acteurs locaux s'approprient la démarche. Sur un territoire bénéficiant déjà d'une association de professionnels il est logique et légitime qu'elle soit porteuse du projet. Dans le cas contraire, le diagnostic peut être l'occasion de créer cette association. En dernier recours, le Pôle Libéral de Santé Publique peut être le porteur de projet.

Comment : L'accent a été mis sur la préparation du questionnaire pour faciliter l'acceptation de la démarche. Plusieurs stratégies sont ensuite possibles pour la réalisation. Une phase de restitution est également importante à prévoir.

Le questionnaire issu de ce travail préparatoire collégial entre dans la stratégie d'analyse territoriale déployée par l'ARIM et le Pôle Libéral de Santé Publique (PLSP). Il sert de base à adapter aux diagnostics prévus sur la CASE mais également sur d'autres territoires.

Le diagnostic réalisé, plusieurs situations peuvent se présenter. Il peut ne pas y avoir de revendication sur le territoire au-delà du groupe de porteurs de projet du diagnostic. Cette première étape peut aussi être le point de départ d'une réflexion sur : la continuité des soins ; une coordination ou une délégation de soins ; la création d'associations de professionnels de santé ou de pôles de santé ; la mise en place d'outils de communication...

La CASE dispose déjà d'un Réseau Local de Promotion de Santé et d'une association (la COSSE) de professionnels de santé conscients de la nécessité de réorganiser les soins sur le territoire. Dans le cadre du Contrat Local de Santé, la CASE a nommé la COSSE comme porteur de projet d'animation locale de l'offre de soins ambulatoires⁴⁹. Cette démarche concerne les professionnels de santé de soins primaires, et vise à rendre le territoire plus attractif et à formuler des préconisations quant à l'installation des professionnels de santé. La première étape de cette animation est de réaliser le diagnostic territorial afin de mieux connaître les ressources, et par la stimulation d'une dynamique locale autour du projet, d'aboutir à des propositions concrètes en terme d'organisation et de coordination des professionnels du territoire.

⁴⁹ ARS Haute-Normandie, CASE. *Agglomération Seine-Eure. Contrat Local de Santé 2012-2015* Projet n°37. 2012. [38]

IV.3 Mise en place du diagnostic sur le territoire de la CASE

IV.3.1 Le territoire de la CASE. Réponse à la question « Où ? »

Le territoire de la CASE permet de répondre aux critères de proximité et de logique d'usage et d'appartenance. Ce découpage fait en effet correspondre le regroupement des communes en communauté d'agglomération, et donc une appartenance à un bassin de vie commun, le territoire de soins de premiers recours défini par l'ARS, celui de la permanence des soins et celui de la COSSE. Il correspond donc à une organisation préexistante.

IV.3.2 Une population ciblée. Réponse à la question « Qui ? »

L'enquête a été adressée aux médecins généralistes, aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux pharmaciens du territoire de la CASE.

Leurs coordonnées ont été récupérées à l'aide du listing de la COSSE validé par le répertoire du site de l'Assurance Maladie.

IV.3.2.1 Limitation à certaines professions

L'étude s'est portée sur les quatre professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, médecin généraliste et pharmacien pour des raisons de faisabilité de l'étude :

– Ils représentent la grande majorité des professionnels de santé de la CASE et sont ainsi suffisamment nombreux pour atteindre la masse critique représentative des tendances sur le territoire.

Les médecins spécialistes et les autres professions paramédicales sont peu nombreux sur le territoire, leur réponse est plus difficile à interpréter comme significative d'une profession et l'anonymat ne peut être respecté.

– Ils sont au centre du système de soins de premier recours pour une prise en charge globale du patient. Les propositions d'équipe de soins de premiers recours du module ETP/ESPPEC dans le cadre des ENMR concernent ainsi le médecin généraliste, l'infirmier et le pharmacien. Par ailleurs, le rôle central, « pivot », du médecin généraliste a été reconnu et réaffirmé récemment pour l'organisation et la coordination des soins.⁵⁰

⁵⁰ BOURNOT M.-C., GOUPIL M.-C., TYFFREAU F., *Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié*. DRESS, Études et résultats 2008 (n°649). [39]

Les rapports des médecins généralistes sont privilégiés avec les pharmaciens (85 % des généralistes ont eu un échange avec au moins l'un d'eux dans les 15 jours précédant l'enquête, essentiellement en lien avec une prescription de médicaments), les infirmiers (63 % et 76 % des MG ont eu un contact surtout en relation avec la prise en charge des personnes âgées à domicile), les biologistes (entre 52 % et 67 %) et les masseurs-kinésithérapeutes entre 41 % et 53 %.

Cette étude relève par contre les faibles contacts qu'ont les généralistes avec d'autres professions comme les orthophonistes (de 5 % à 14 %), les psychologues (environ 13 %), les chirurgiens-dentistes, les médecins conseil de l'Assurance Maladie, les médecins du travail et les assistants sociaux. Ces contacts sont particulièrement ténus avec les médecins de PMI, les sages-femmes et les diététiciennes.

- Ces quatre professions sont également celles concernées par les études macroscopiques disponibles. L'étude réalisée permet de comparer ou plutôt de compléter ces études.

Le choix a également été fait de limiter l'étude au pharmacien titulaire (sans élargir aux salariés éventuels). Cette option a été prise en accord avec le pharmacien référent rencontré localement. Elle permet d'homogénéiser le profil des répondants, certains aspects du métier étant propres au titulaire (par exemple : gardes ou grandes orientations de la pharmacie dans son aménagement ou ses nouvelles missions). Le travail en groupe pour les pharmaciens recouvre une réalité un peu différente des autres professions étudiées. La perception de l'offre de soins ambulatoires assimile l'officine et le pharmacien titulaire. L'organisation quotidienne repose cependant sur l'équipe officinale, sous la responsabilité du pharmacien titulaire (ou d'un adjoint pour la délivrance).

IV.3.2.2 Limitation aux soins ambulatoires

La loi HPST rappelle l'importance et la nécessité d'une prise en charge sanitaire globale par le secteur ambulatoire et par le secteur hospitalier. L'étude s'est cependant limitée au secteur ambulatoire libéral⁵¹, les soins de premier recours étant une réalité à part entière. De plus, le projet repose sur la demande du Réseau Local de Promotion de la Santé de la CASE à la COSSE. Le secteur hospitalier est donc plutôt présent à titre de partenaire.

IV.3.2.3 Exclusion des acteurs sociaux

L'étude n'a pas concerné les acteurs sociaux. Ils sont présents à titre de partenaires, la diversité de leurs missions et de leurs structures posant des problèmes méthodologiques pour les intégrer de façon cohérente.

Les études démographiques existantes (Observatoire Régional de Santé, C@rtosanté...) traitent d'ailleurs habituellement les domaines sanitaires et sociaux de façon séparée.

L'hypothèse initiale était que les professionnels de santé travaillaient essentiellement entre les quatre professions étudiées et que les acteurs sociaux intervenaient plus ponctuellement.

IV.3.3 Le choix du porteur de projet. Réponse à la question « Par qui ? »

La COSSE en tant qu'association de professionnels du territoire est le porteur de projet légitime du diagnostic territorial.

⁵¹ L'étude BOURNOT M.-C., GOUPIL M.-C., TYFFREAU F., *Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié* indique également que la collaboration s'instaure essentiellement entre professions libérales : *Dans 80 % des cas, la dernière fois que le généraliste a orienté un patient vers l'un de ses confrères, le spécialiste consulté était de statut libéral* [39]

Ces chiffres sont à rapprocher des données nationales : on compte 41 millions de consultations externes effectuées par les praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé, contre 160 millions de consultations remboursées par l'assurance maladie à des spécialistes exerçant en libéral (SAE, SNIR).

En tant qu'interne j'ai effectué trois stages puis remplacé dans plusieurs cabinets sur la CASE. « Parrainée » par les acteurs locaux je pouvais être impliquée dans cette démarche auprès des professionnels à interroger.

IV.3.4 La mise en place pratique. Réponse à la question « Comment ? »

IV.3.4.1 Phase de préparation

L'analyse du territoire à l'aide d'un questionnaire permet un recueil le plus exhaustif possible vu le nombre de professionnels à interroger.

Il est conçu pour que le temps nécessaire pour répondre reste rapide et ainsi encourager les professionnels à répondre plus facilement et plus nombreux.

Cette méthode autorise également de rendre les documents disponibles par internet permettant un retour facilité par la voie électronique (immédiateté de la réponse, absence de frais de port).

A l'avenir, l'enquête est reproductible ; l'enjeu étant d'avoir une photographie des caractéristiques des soins de premier recours sur un territoire à l'instant de l'analyse et à moyen terme (grâce aux questions sur les perspectives), mais il peut être intéressant de renouveler l'enquête ou de la reproduire sur un autre territoire.

De la même façon que pour les questions posées aux médecins, les questionnaires pour chaque profession se sont élaborés après un contact auprès des URPS pour percevoir les enjeux et discussions en cours sur les évolutions possibles de chaque profession (nouvelles missions des pharmaciens, actes sans prescription pour les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de la prise en charge de la bronchiolite ou de la petite traumatologie...).

Pour bien correspondre aux réalités locales plus spécifiques, aux problématiques actuelles et à la réalité du terrain, des rencontres ont eu lieu avec quelques professionnels de santé de chaque branche concernée, membres de la COSSE. L'enjeu de ce « parrainage » local était par ailleurs de donner un référent local connu par les professionnels qui ne me connaissent pas, et permettre une relance éventuelle à titre personnel et au nom de la COSSE.

J'ai ainsi rencontré l'URPS des infirmiers lors du séminaire de l'ARIM. L'URPS infirmier étant lui-même en cours de préparation d'une enquête sur toute la Haute-Normandie, ils n'ont pas souhaité participer plus activement au diagnostic sur la CASE. En revanche, deux infirmières de Pîtres ont travaillé le questionnaire avec moi dans sa phase préparatoire.

J'ai également rencontré l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes et transmis la proposition à une kinésithérapeute du Vaudreuil.

Enfin, j'ai rencontré un pharmacien de Val-de-Reuil pour le questionnaire adressé à ses confrères.

IV.3.4.2 Anonymisation

L'anonymisation des questionnaires a été très demandée lors de la préparation commune par les médecins. Elle semblait moins importante pour les autres professions. Elle permet certainement une impression de plus grande liberté de réponse avec la limite d'un faible effectif et de recoupements souvent faciles.

Le questionnaire a donc été nominatif pour permettre la relance ciblée des non-répondants et pour permettre de dégager d'éventuelles perspectives communes (formation, logiciel métier).

Les questionnaires remplis étaient retournés à une adresse commune, la COordination Santé Seine-Eure, association des professionnels de santé libéraux du territoire de la CASE, et anonymisés.

Les questionnaires étaient ensuite transmis à l'URPS Médecin pour la saisie des données, le codage et l'analyse statistique.

IV.3.4.3 Phase d'enquête

Chaque questionnaire a été adressé par courrier personnel à l'adresse professionnelle, avec un courrier d'explication impliquant un représentant de la profession connu localement, le représentant de l'URPS, la COSSE et une enveloppe de retour timbrée, libellée à l'adresse de la COSSE.

Mes coordonnées (téléphone, mail) étaient à disposition pour d'éventuelles questions ou remarques.

Pour les médecins, une présentation orale a eu lieu lors de la répartition de garde (la PDS est un exemple de mise en place d'un outil par les professionnels sur le territoire et dont ils semblent satisfaits).

Les non-répondants ont été relancés à plusieurs reprises et par plusieurs canaux :

- relance téléphonique ;
- relance par une newsletter de la COSSE, mise en place avec l'aide de l'URPS médecin, avec taux de réponse actualisé et possibilité de retrouver les questionnaires en ligne ;
- relance par les professionnels de santé impliqués dans le projet de la COSSE pour un contact personnalisé avec leurs partenaires selon les affinités ou groupe de travail de chacun ;
- rencontre directe pour dépôt et récupération du questionnaire chez certains non-répondants, après contact téléphonique de relance, ou lorsque le professionnel de santé était disponible.

Après concertation du bureau de la COSSE, porteur du projet, il a été décidé de mettre fin au recueil des données six mois après le début du recueil.

IV.3.4.4 Phase d'analyse

L'URPS médecin a été d'une grande aide pour la saisie et l'analyse des résultats.

IV.3.4.5 Phase de restitution

Une présentation des premiers résultats a été faite aux médecins présents lors de la répartition de garde de février 2013.

Lors de la première soirée de la COSSE le 30 janvier 2014 un focus sur chaque profession étudiée a été présenté à l'ensemble des acteurs du territoire.

V Résultats

V.I Infirmiers

Nombre de répondants : 15

Nombre attendu : 34

Taux de réponse : 44 %

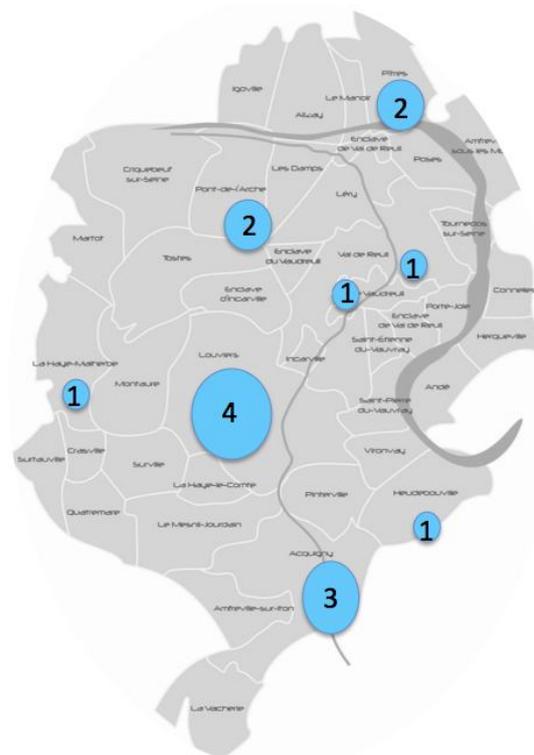
Répartition par âges et sexe de l'échantillon :

	M	F	Total
< 40	1	5	6
40-49		4	4
50-54	2	3	5
Total	3	12	15
Moyenne	45,7	42,3	43

Age moyen 43 ans [29-53]

Les répondants par localisation :

Commune	Nombre
Acquigny	3
Heudebouville	1
La-Haye-Malherbe	1
Le Vaudreuil	1
Louviers	4
Pîtres	2
Pont-de-l'Arche	2
Val-de-Reuil	1
Total	15



Temps de trajet domicile-lieu de travail :

Moyenne 7 min [0-15].

Médiane : 5 min.

4/15 (26 %) résident dans leur commune d'exercice.

Ancienneté dans la commune : inexploitable.

Type d'exercice :

Tous exercent en libéral intégral.

Mode d'exercice :

2/15 (13 %) exercent seul.

Les autres sont regroupés en cabinets de 2 à 5 infirmières.

Une travaille en MSP.

Exercice Particulier :

Une infirmière rapporte un DU d'éducation des patients. Une autre un certificat IPCEM Éducation thérapeutique. Une autre un DU sur la prise en charge de l'infection par le VIH.

Actes réalisés :

5 réponses :

- Pansements
 - Formation théorique chimiothérapie anticancéreuse et matériel implantable.
 - Intervention sur chambre implantable.
 - Intervention sur chambre implantable (alimentation, chimio).
 - Dialyse péritonéale. Perfusion et alimentation sur KT central ou site implante.
- Prise en charge de patients cancéreux sous chimio.

2/15 font des toilettes.

8/12 prennent en charge des patients en fin de vie.

Relais ou appuis pour la prise en charge des patients en fin de vie (9 répondants) :

SSIAD.	5
Auxiliaire de vie	4
HAD	4
Médecin	2
Association	2
Équipe pluridisciplinaire	1
Croix Rouge Louviers	1
Réseau DOUSOPAL	1

Temps de travail au cabinet :

Pas exploitable car organisation par roulement variable selon les cabinets.

Début entre 5h30 et 6h30. Arrêt entre 12h et 13h. Reprise entre 16h et 17h jusqu'à 19h à 21h.

8/15 font des permanences au cabinet sur des créneaux horaires courts.

La majorité travaille sur rendez-vous.

Prise de nouveaux patients : 100 % oui.(n=14).

Gestion des non programmés : 100 % prise dans la journée (n=13).

Organisation de la transmission :

Dossier chez patients entre médecin, remplaçante et auxiliaire sur classeur. Transfert d'appel / portable professionnel.
Je travaille seul donc je fais très peu de transmissions. Je fais des points réguliers sous forme de staff avec le personnel de la Croix Rouge pour optimiser la prise en charge.
On travaille sur ordonnances.
Avec mes collègues associées, collaboratrice et remplaçante, partage de dossier avec transmission à celle qui est de garde, il y a 1 portable avec transfert de ligne des cabinets gardé par celle qui travaille qui gère les appels.
Transmissions par téléphone mais aussi écrites. Transfert des lignes des cabinets sur portable de la SCM.
Fichier de liaison, report de ligne sur portable.
Transmission avec ma collègue par téléphone.
Dossier soin, logiciel informatique, cabinet.
Je téléphone aux médecins avec qui j'ai des patients en commun.
Téléphone aux collègues, médecin traitant ou service d'hospitalisation.
Tournée inscrite sur cahier de transmission sur chaque secteur + transmission par téléphone. Les appels sont transférés sur portable de IDE de garde.
Agenda avec le nom des patients que nous nous transmettons + transmission par téléphone. Les appels du cabinet sont transférés sur le portable de l'infirmière de garde.
Transmission ciblée avec associés. Transfert de ligne prise du cabinet ou sur portable. Tournée sur informatique (matériel perso).
Transmissions ciblées avec associées avec aussi transfert ligne fixe sur portable, avec chacun tournée sur papier (ordinateur).
Transmission à 9h00 devant un café et le soir par téléphone. Transmissions ciblées (chacun à son logiciel et est indépendant).

Réunions d'équipe.

8/12 qui travaillent en équipe rapportent l'organisation de réunion d'équipe.

1 à 12 réunion(s) par an.

Congés :

En moyenne : 37 jours de congés par an [28-60] (n=13)

Congés	Total
Hors vacances scolaire	2
Pendant vacances scolaire	5
Les deux	6

Remplacement durant les congés :

Jamais	3
Parfois	1
Souvent	4
Toujours	6

Informatisation

Tous ont un LGC :

Albus	3
Équinoxe	3
Vega	3
Agathe	1
CBA Agathe	1
Logicmax	1
Soins 2000	1
Topaze	1
Topaze Maestro	1

Seuls 4/15 ont un dossier de soins. Pour 3 d'entre eux gardés à domicile. Pour 1 au cabinet.

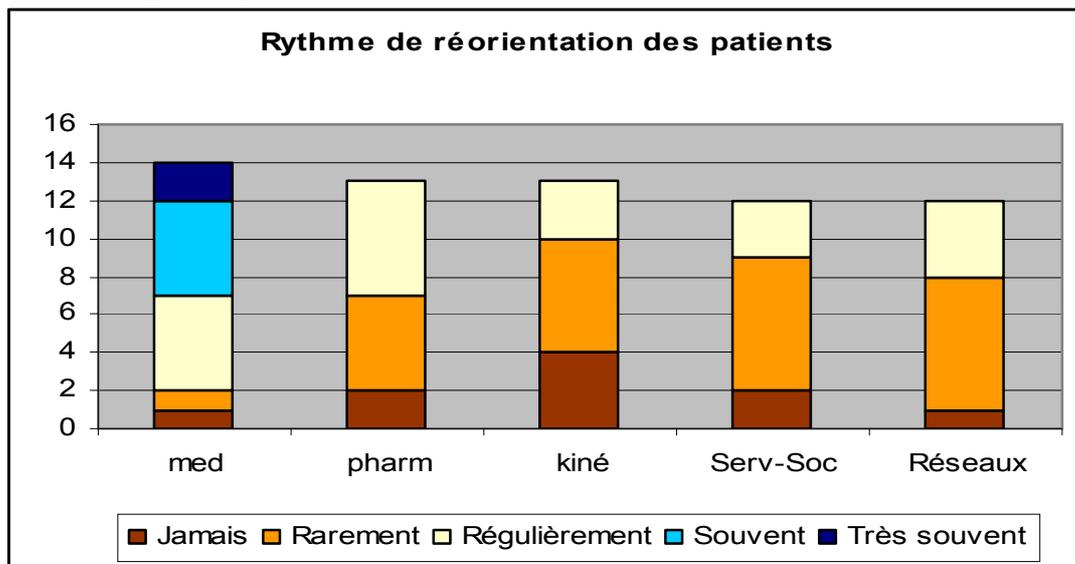
6/11 partagent leurs dossiers. (informatisés ou papier).

Tous télétransmettent.

9/15 ont une messagerie professionnelle.

Une seule est sécurisée (Apicrypt).

Ré-adressement des patients :



Mode de communication préféré selon le correspondant recherché :

	Tél	Mail	Courrier	Contact direct
IDE	11	2	2	9
Médecins	14	1	2	8
Pharmaciens	11	1	1	8
Kiné	9	1	0	3
Laboratoire	14	1	1	5
Autres professionnels	10	1	1	4

Essentiellement téléphone ou contact direct. Le mail est peu utilisé.

Formation professionnelle :

Oui	8
Non	3
J'aimerais	4

Sujets traités :

Diabète, anticoagulants, Maladie d'Alzheimer, fin de vie, chimiothérapie...
Formation Continue Conventiennelle
Nomenclature et soins plaies
Nomenclature. Plaies chroniques
Oncologie
Soins d'urgence. Ulcères variqueux. Nomenclature
Urgence vitale

9/14 accueillent des IDE en stage

Participation à des associations :

5 réponses :

COSSE – Fédération Nationale des Infirmiers
COSSE. Ordre Infirmier. Syndicat. Réseaux
Ordre National Infirmier. Société des Infirmières en Pathologie Vasculaire- COSSE
Ordre Infirmier
Syndicat, URPS, Ordre Infirmier, EPP

Perspectives professionnelles :

10 Réponses :

4 réponses « Non »

et

Diminution du temps de travail avec une associée supplémentaire avec modification du planning (1 semaine de repos par mois) d'ici 2 ans.
J'aimerais m'étendre d'avantage et développer ma patientèle afin de pouvoir m'associer et pouvoir avoir un peu plus de repos.
A partir de mai 2013, je travaillerai avec 2 cabinets.
Collaboration avec une autre IDE.
Pas de modification dans les 5 années puis peut-être départ.
Temps de travail sous 3 mois.

Perspectives informatiques :

6 réponses « Non ».

Perspectives autres :

4 réponses :

3 réponses « Non »

et

Aboutissement du Dossier Médical Personnel pour le partage d'info sur le patient et transmission avec les autres professionnels.
--

Droit de prescription :
100 % l'utilisent (renouvellement de pansement).

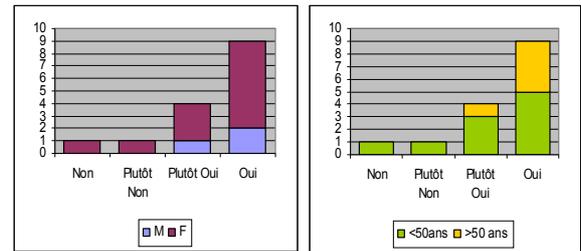
Année d'arrêt : 7 réponses

2017
2022
2024
2027
2029
2030
2060

Perception de la satisfaction concernant les points suivants :

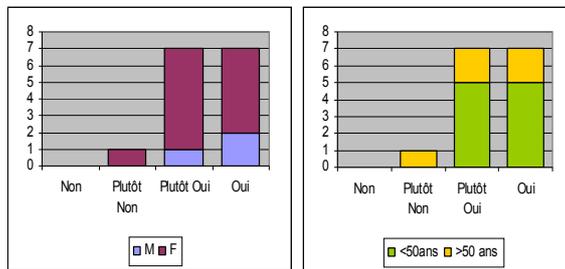
Analyse Générale :
Stratifié par sexe et âge. (Le mode d'exercice n'est pas retenu)

Relations avec les autres infirmier(e)s (n=15) :



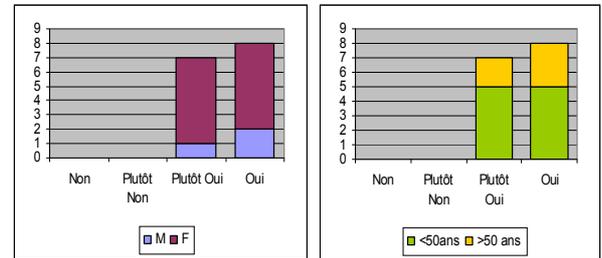
Dans la majorité « oui » mais quelques insatisfactions.

Vos conditions d'exercice (n=15)



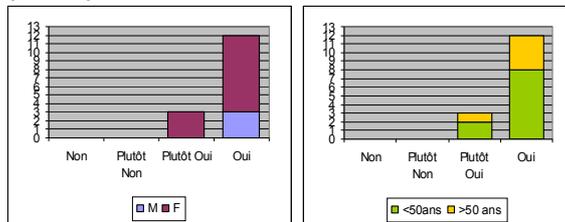
En général plutôt satisfait.

Relations avec les médecins généralistes (n=15)



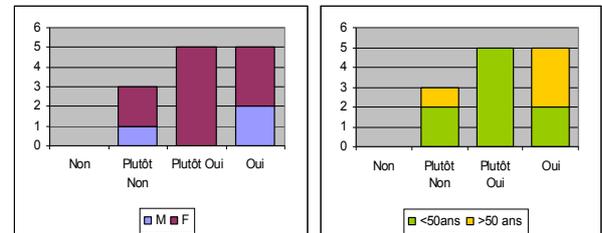
Satisfaisant en général.

Accès aux soins de vos patients (IDE) (n=15)



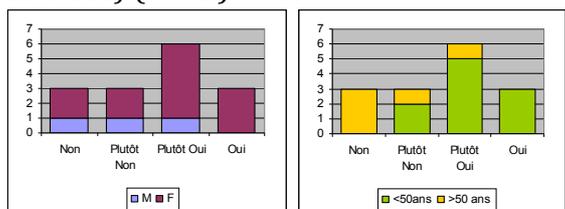
Satisfaction générale, l'accès aux soins infirmiers n'est pas estimé problématique.

Relations avec les médecins spécialistes (n=13)



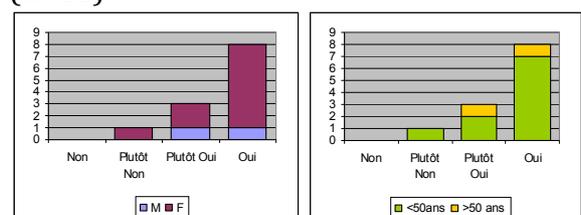
Moins de contacts (n-13) et quelques insatisfactions.

Accès aux soins de vos patients (autres services) (n=15)



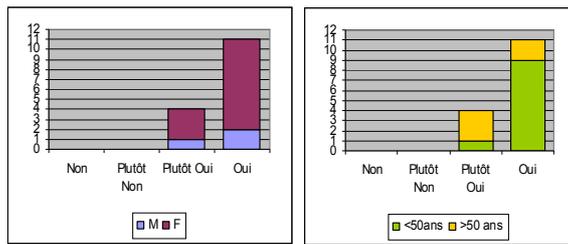
Tendance à l'insatisfaction. Surtout pour les plus âgées.

Relations avec les kinésithérapeutes (n=12)



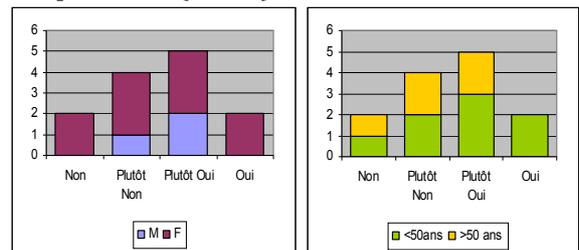
Moins de contacts (n-12) mais plutôt satisfaisant.

Relations avec les pharmaciens (n=15)



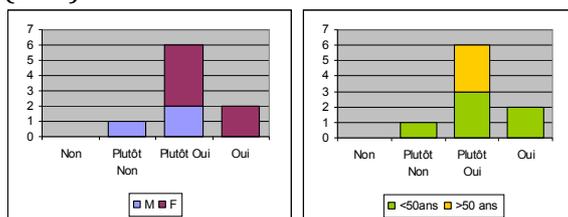
En grande majorité satisfait.

Relations avec les établissements hospitaliers (n=13)



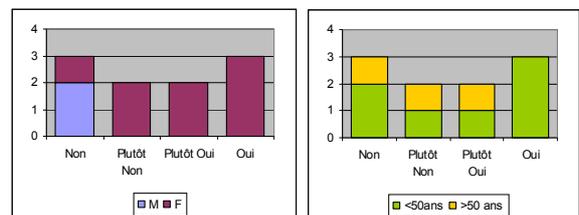
Satisfaction la plus modérée.

Relations avec les services sociaux (n=9)



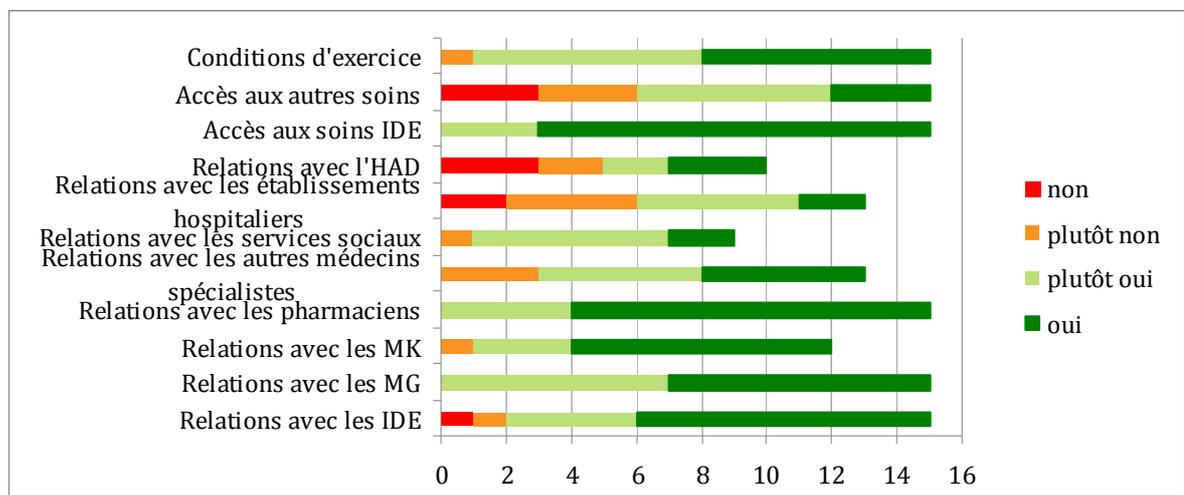
Satisfaction plus mitigée, peu de répondants.

Relations avec l'HAD (n=10)



Une problématique à traiter.

Satisfaction analyse non stratifiée :



Remarques :

Mon opinion est celle d'un IDE installé depuis 1 an. J'ai choisi de partir de rien, ce qui explique que je souhaite me développer.

V.2 Masseurs-Kinésithérapeutes

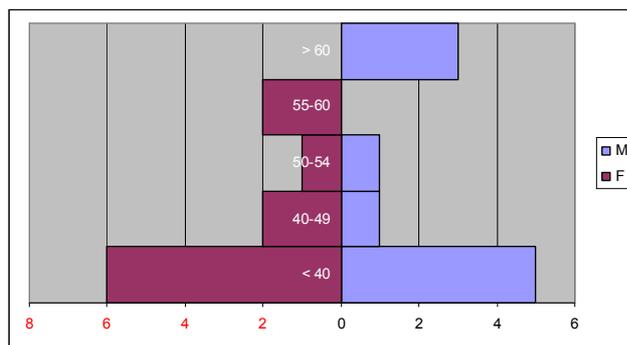
Nombre de répondants : 21.

Nombre attendu : 32

Taux de réponse : 75 %

Répartition par âges et sexe de l'échantillon

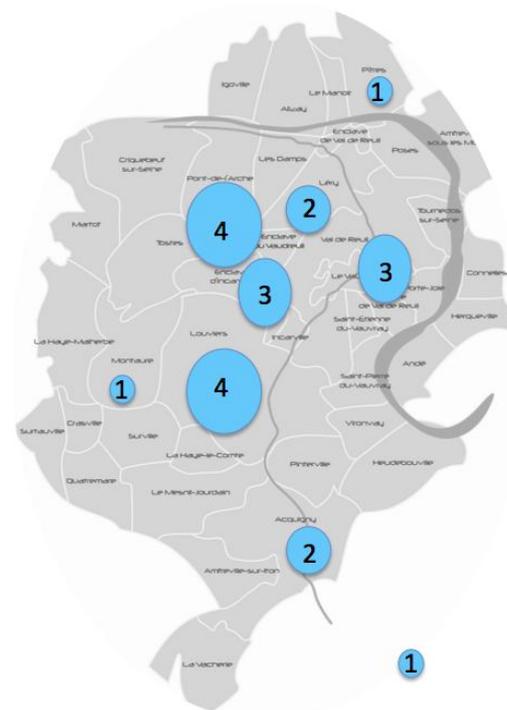
	M	F	Total	sex ratio
< 40	5	6	11	0,8
40-49	1	2	3	0,5
50-54	1	1	2	1,0
55-60		2	2	0,0
> 60	3		3	
Total	10	11	21	0,9
Moyenne	46,0	39,4	42,5	
Médiane	40,5	35	39	



Population relativement jeune qui se féminise.

Les répondants par localisation :

Acquigny	2
Incarville	3
Le Vaudreuil	3
Léry	2
Louviers	4
Montaure	1
Pîtres	1
Pont de l'Arche	4
Inconnu	1
Total	21



Temps de trajet domicile travail domicile travail :

Moyenne 20 min [5-60].

Médiane : 20 min.

1/21 réside dans sa commune d'exercice.

Ancienneté dans la commune :

En moyenne, les MK se sont installés sur la CASE à 30 ans. [22-57] (médiane 27).

Ancienneté moyenne d'installation 14 ans [3-38] médiane : 7,5 ans.

Type d'exercice :

100 % sont en libéral intégral.

Mode d'exercice :

4/20 (20 %) exercent seuls. Autant d'hommes que de femmes travaillent seuls.

3/4 de ceux qui travaillent seuls ont moins de 40 ans.

Les autres sont regroupés en cabinets de 2 à 5 MK.

Exercice particulier :

14/21 listent leur exercice particulier (Ci-dessous)

11/14 (78 %) des moins de 50 ans ; 3/7 (43 %) des plus de 50 ans

Autant les hommes que les femmes.

ostéopathie. urologie gynécologie. drainage lymphatique manuel
drainage lymphatique manuel. urologie. gynécologie. respiratoire. Et tout le reste !
respiratoire. kiné du sport. Ktaping. sophrologie. drainage lymphatique manuel
respiratoire. ondes de choc. thérapie manuelle. chaines physiologiques
neurologie pédiatrie. kiné du sport. thérapie manuelle
ostéopathie. gynécologie urologie. respiratoire. LPG. thérapie manuelle kiné vestibulaire méthode Sohier.
respiratoire
respiratoire. ostéopathie
respiratoire. pédiatrie. kiné du sport.
urologie gynécologie
urologie gynécologie. drainage lymphatique manuel
urologie gynécologie. respiratoire. neurologie. rééducation fonctionnelle diverse
urologie. gynécologie. respiratoire
urologie. respiratoire. ostéopathie

Actes réalisés :

Les actes cités sont en lien avec l'exercice particulier.

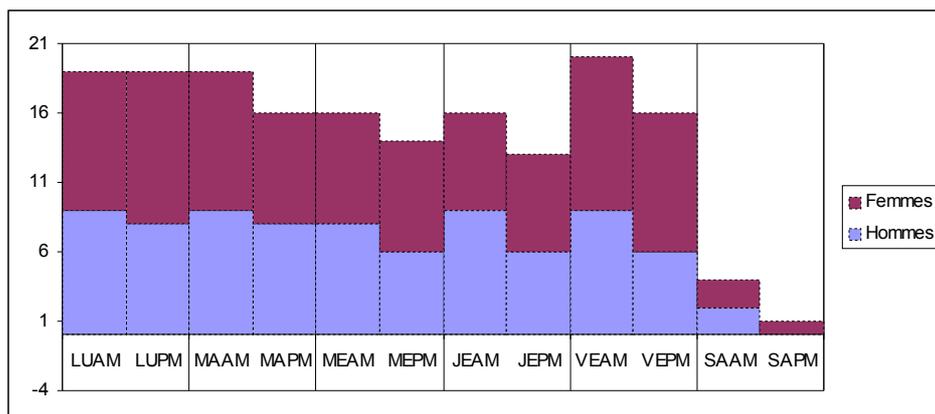
Temps de travail au cabinet :

En moyenne, 8,7 demi-journées par semaine.

Moyenne de 1/2 j	Homme	Femme	Total
< 50ans	9,0	8,4	8,6
> 50ans	8,7	8,7	8,7
Total	8,9	8,5	8,7

Pas de différence significative.

Offre de soins dans la semaine :



Offre de soins relativement homogène dans la semaine. Peu travaillent le samedi.

Congés :

En moyenne : 36 jours de congés par ans [20-80]

	Homme	Femme	Total
< 50ans	29	36	33
> 50ans	37	54	44
Total	32	40	36

Les moins de 50 prennent moins de congé.

Congés	Homme	Femme	Total
Hors vacances scolaires		3	3
Pendant vacances scolaires	8	1	9
Les deux		5	5
Non renseigné	2	2	4

La grande majorité des hommes prennent leurs congés durant les vacances scolaires.

Remplacement durant les congés :

Jamais	5
Parfois	9
Souvent	2
Toujours	3
Non renseigné	2
Total	21

Visites :

75 % (16/20) des répondants font des visites à domicile.

Travail en établissement :

29 % (6/21) exercent dans des maisons de retraite.

Réseau de garde :

75 % (15/20) participent au réseau de garde.

Réunion d'équipe :

50 % (8/16) de ceux qui travaillent en groupe rapportent 1 à 3 réunions d'équipe par an.

Les Logiciels de Gestion de Cabinet :

90 % (19/21) des répondants utilisent un Logiciel de Gestion de Cabinet.

Type et fréquence de Logiciels de Gestion de Cabinet utilisés :

Kiné 4000	4
Topaze	4
Logicmax	3
Sage	2
Andreane	1
Axisanté	1
Vega	1
Total	16

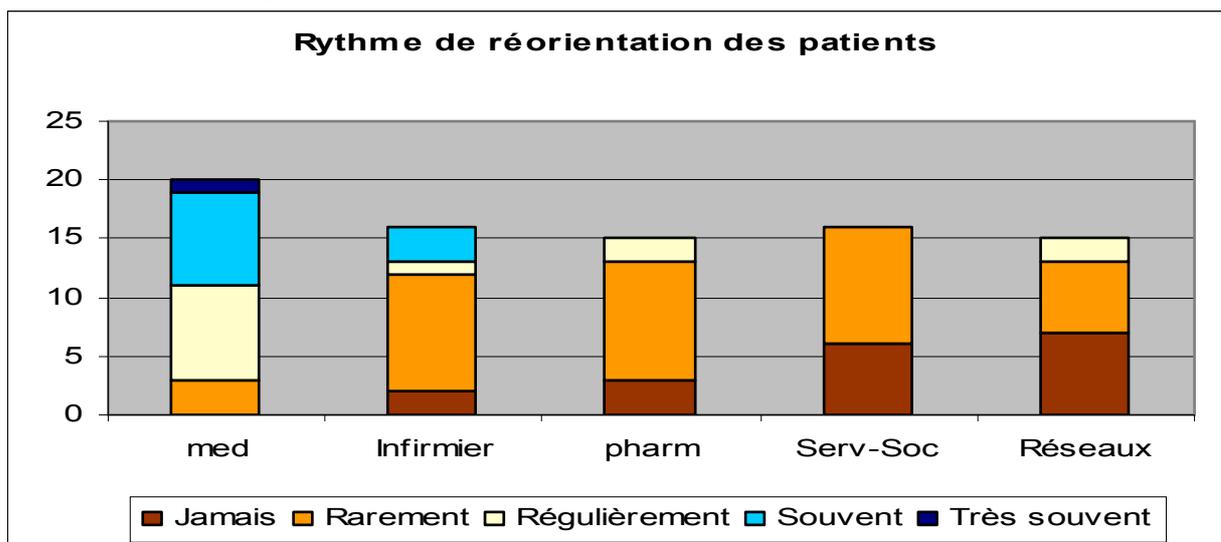
Le Logiciel de Gestion de Cabinet est partagé par tous ceux qui travaillent en groupe. Tous télétransmettent.

Messagerie Cryptée : 8/20 ont une messagerie cryptée.

Type de messageries citées :

Apicrypt	3
Cegetel	2
Orange	1
RSS	1

Ré-adressage des patients :



Mode de communication préféré selon l'interlocuteur recherché :

Avec	Tél	Mail	Courrier	Contact direct
Kiné	7	5	0	10
Médecins	10	3	3	4
Pharmaciens	10	1	1	3
IDE	9	1	0	6
Autres professionnels	12	2	3	2

Essentiellement par téléphone ou contact direct. Le mail est peu utilisé.

Participation à la Formation Professionnelle:

FMC	Total	Total
Oui	11	65 %
Non	5	29 %
J'aimerais	1	6 %
Total	17	

65 % des répondants font de la Formation Professionnelle.

Sujets de formation cités :

K Taping
Kiné du sport
Prise en charge du lombalgique chronique et thérapie manuelle
Ostéopathie
Ostéopathie. Kiné respiratoire
Kiné respiratoire. Traumatologie. Urologie
Kiné respiratoire. Kiné vestibulaire. Urologie
Drainage Lymphatique Manuel. Urologie. Gynécologie
Méthode des chaînes physiologiques

Participation à de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles :

EPP	Total	Total
Oui	1	7 %
Non	10	67 %
J'aimerais	4	27 %
Total	15	

L'EPP est moins répandue chez les MK. Aucun nom cité.

Maîtres de stage : 4 MK disent être tuteur de stage. Un seul a eu une formation dans le domaine.

Appartenance à des associations : 9 sur 20 ont cités au moins une association.

Union des Kinésithérapeutes Respiratoires	3
COSSE	2
Réseau Bronchiolite	6
Ordre des Kiné	2
Association Sophrologie. Association sportive	1

Perspectives professionnelles : 12 réponses (60 %)

Avoir une orientation indépendante de la sécurité sociale à 1/3 de mon temps.
Dans les 10 prochaines années, j'envisage dès que possible une diminution du temps de travail.
Fin d'activité. Changement de région sous 3 mois.
Formations en cours, prise d'une demi-journée de congé la semaine à partir de septembre si possible.
Pas de nouvelle perspective prochainement car mon collègue est arrivé fin novembre 2012.
Peut-être association en 2013.
Ralentir mon activité. Cesser le milieu hospitalier et maison de retraite.
Réalisée l'année dernière : construction du cabinet aux normes. Cette année, arrivée d'une nouvelle collègue.

4 disent ne pas avoir de perspectives particulières

Perspectives informatiques : 7 réponses (35 %)

Utilisation d'Apicrypt.
Un autre ordinateur et un logiciel mieux.
Travailler en réseau et faire des bilans vidéo.

4 sans perspectives

Autres perspectives : Pas de réponse

Avis favorable à l'accès direct pour certaines pathologies :

Oui	12
Non	5
Sans réponse	4
Total	21

Utilisation du droit de prescription

Oui	11
Non	7
Sans réponse	3
Total	21

Motifs :

Attelle et bande de contention.
Mais quelques problèmes de remboursements par rapport à une prescription du médecin !!!
Prescription sonde vaginale.
Sonde uro gynéco et bas de contention.
Sondes vaginales, nasales, bas de contention, ceinture lombaire.
Souvent petit matériel de contention ou prévention, ceintures lombaires, orthèses, bas de contention, canes...

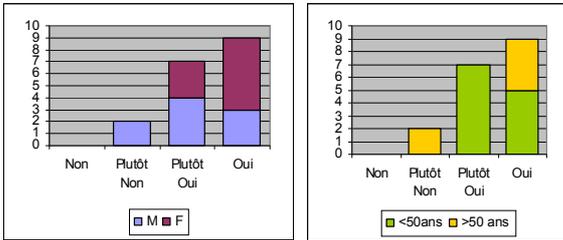
Année d'arrêt d'activité :

Année d'arrêt	Total
2015	2
2016	1
2022	1
2035	1
2045	2
2050	1
2057	1
Non spécifié	12
Total	21

L'âge moyen d'arrêt envisagé est de 63 ans.

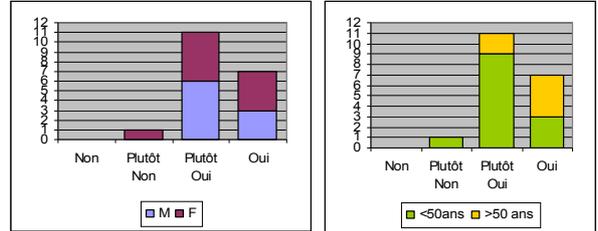
Perception de la satisfaction concernant les points suivants :
Stratifié par sexe, âge

Vos conditions d'exercice (n=18)



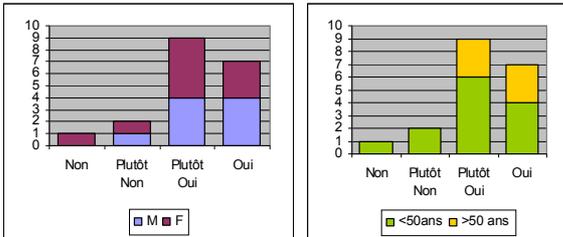
Satisfaction générale.

Relations avec les médecins généralistes (n=19)



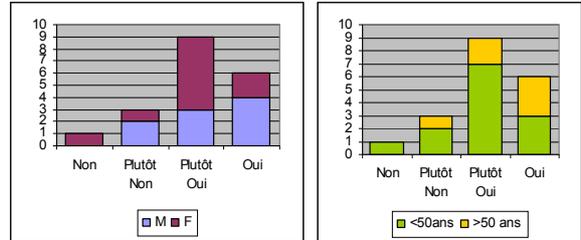
Les relations avec les médecins généralistes sont plutôt bonnes.

Accès aux soins de vos patients (MK) (n=19)



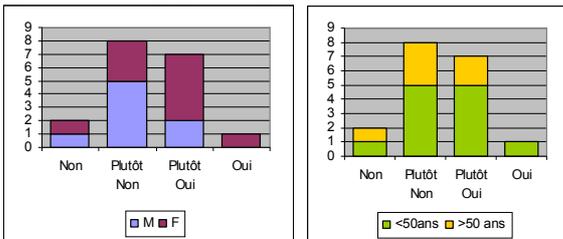
Les jeunes moins satisfaits ainsi que les femmes.

Relations avec les médecins d'autres spécialités (n=19)



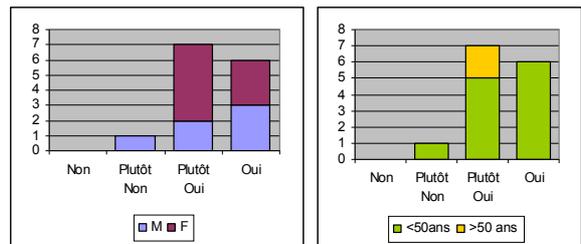
Les relations avec les autres spécialités sont un peu plus difficiles.

Accès aux soins de vos patients (autres spécialistes) (n=18)



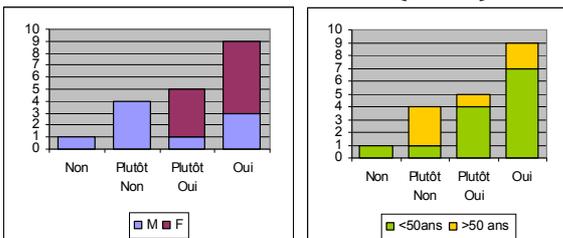
Tendance à l'insatisfaction.

Relations avec les infirmiers (n=18)



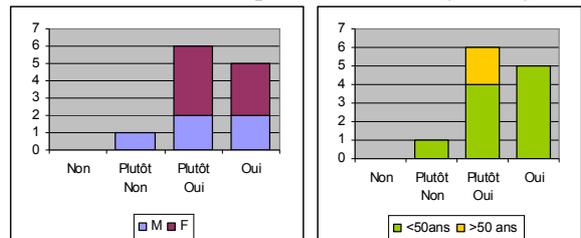
Les relations avec les infirmiers sont bonnes.

Relations avec les autres MK (n=19)



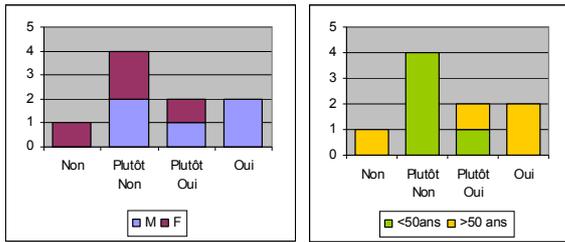
Les relations avec les confrères sont moyennes, surtout pour les hommes.

Relations avec les pharmaciens (n=12)



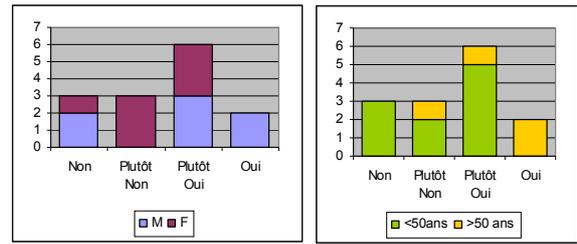
Peu de répondants.

Relations avec les services sociaux (n=7)



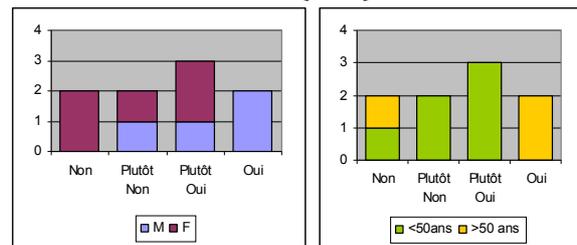
Seulement 7 répondants mais peu satisfaits.

Relations avec les établissements hospitaliers (n=14)



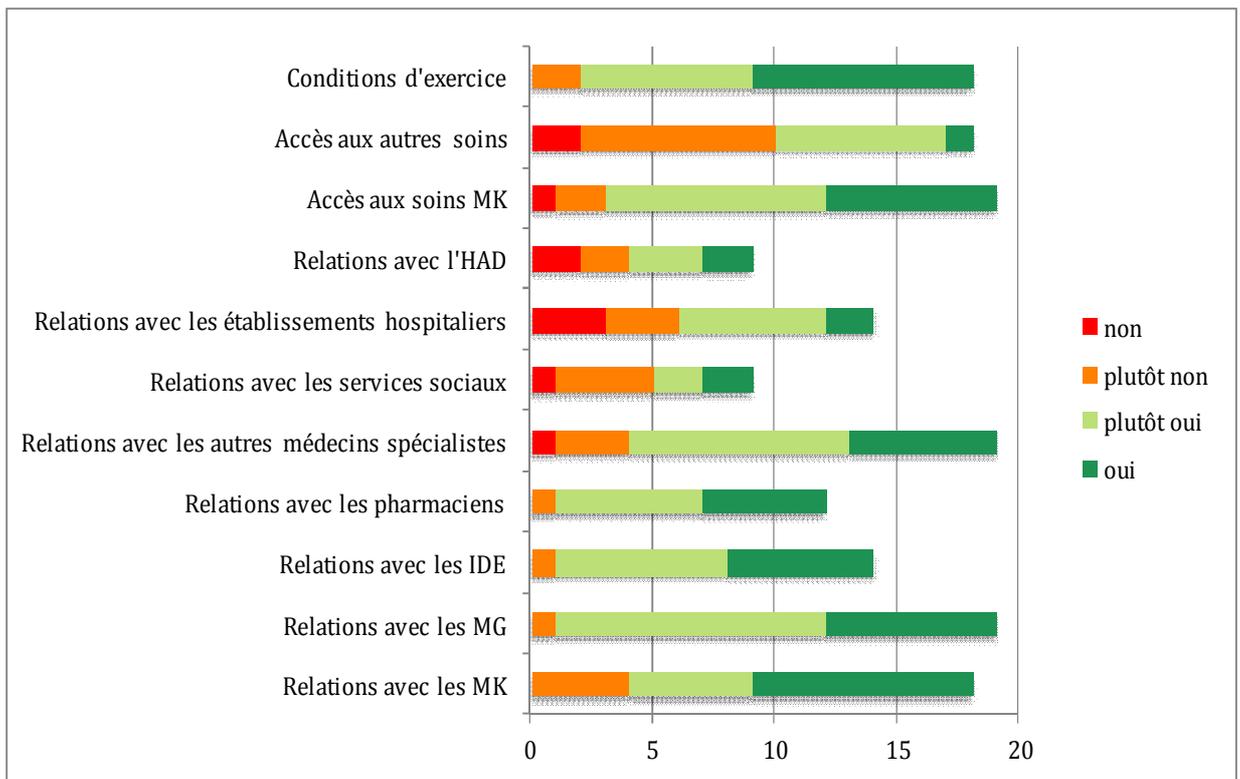
Satisfaction plus modérée.

Relations avec l'HAD (n=9)



9 répondants à 50 % peu satisfaits.

Analyse non stratifiée :



Remarques : 5/21

Aimerais avoir plus de temps pour partager avec d'autres collègues locaux (kinés, podologues, médecins...).
Compte tenu de l'installation de centre de rééducation dans notre ville, cela entraîne un changement radical de notre clientèle, tout ce qui était traumatisme récente (accident ou prothèse de genou, hanche) neurologie, a disparu de mon cabinet. C'était une rééducation facile et valorisante, il n'y a pas de baisse de travail mais celui ci est concentré presque exclusivement sur la rééducation du rachis, des épaules et la kiné respiratoire. A domicile, uniquement rééducation gériatrique (marche, équilibre).
Les relations avec les autres professionnels de santé qui sont inexistantes ou de mauvaises qualités le sont autant de ma faute que des autres professionnels. Le manque de temps en est la principale responsable.
Peu de contacts avec les autres professionnels MK. Peu de MK allant à domicile. Peu de rémunération pour le domicile par rapport au médecins, d'où peu de reconnaissance du MK à domicile et par les patients qui, lorsqu'ils doivent faire des séances en cabinet ne rendent pas l'appareil au kiné en changeant de cabinet sans état d'âme et par la HAD qui n'aide pas les seuls qui vont à domicile en augmentant le forfait ou autre...

V.3 Médecins

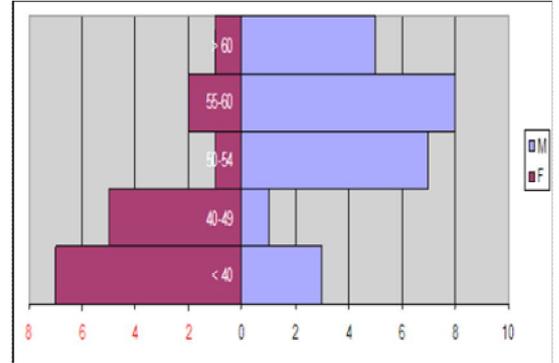
Nombre de répondants : 40

Nombre attendu : 58

Taux de réponse : 69 %

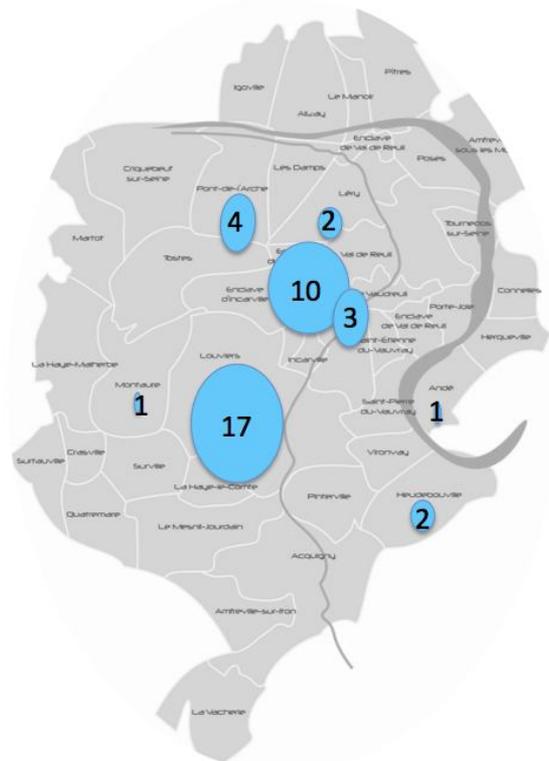
Répartition par âges et sexe de l'échantillon

	M	F	Total	sex ratio
< 40	3	7	10	0,43
40-49	1	5	6	0,20
50-54	7	1	8	7,00
55-60	8	2	10	4,00
> 60	5	1	6	5,00
Total	24	16	40	1,50
Moyenne	54,5	41,8	49,45	P < 0,005
Médiane	55,5	40,5	54	



Répartition par localisation :

Commune	total	répondant
Ande	1	1
Heudebouville	2	2
Léry	2	2
Louviers	20	17
Montaure	1	1
Pont-de-l'Arche	6	4
Val-de-Reuil	14	10
Le Vaudreuil	5	3



Temps de trajet domicile-travail :

Moyenne 12min [0-40]

Médiane : 7 min.

15/40 (37,5 %) résident dans

leur commune d'exercice : (46 % des plus de 50 ans, 25% des moins de 50 ans).

Pas de différence selon le sexe.

Ancienneté dans la commune :

En moyenne, les médecins se sont installés sur la CASE à 32 ans. [27-40].

Pas de différence par sexe ou âge actuel.

Ni les jeunes, ni les femmes ne s'installent plus tard que les anciens.

Ancienneté moyenne d'installation 18 ans [1-38] médiane : 19 ans.

Type d'exercice :

34/40 (85 %) exercent en libéral intégral.

6/40 ont un exercice mixte avec un temps de salariat de 10 à 50 % au CHI Elbeuf-Louviers, en Crèche ou à la préfecture 5/6 ont plus de 50 ans, ce sont tous des hommes.

Mode d'exercice :

12/39 (30 %) Exercent seul.

Les autres sont regroupés en cabinets de 2 à 4 médecins.

Ceux qui travaillent seuls : Autant de femmes que d'hommes. Sur des communes où il y a plusieurs médecins (Louviers, Val-de-Reuil, Pont-de-l'Arche)

Ceux qui travaillent en groupe : essentiellement sur mode d'associés. Il semble il avoir quelques collaborations mais les données ne sont pas exploitables.

Exercice particulier :

6 répondants déclarent un exercice particulier : Acupuncture, Homéopathe, Médecin du Sport, Mésothérapie - Homéopathie - Nutrition, Ostéopathe.

3 d'entre eux exercent seul.

Actes réalisés :

32 répondants ont déclaré au moins 1 acte (question ouverte, probable oubli).

Liste des actes cités :

Actes réalisés	Total	%	M	F
Infiltration	25	62,5%	66,7%	56,3%
ECG	17	42,5%	45,8%	37,5%
DIU	15	37,5%	29,2%	50,0%
Implant	11	27,5%	16,7%	43,8%
Suture	11	27,5%	20,8%	37,5%
Frottis	3	7,5%	8,3%	6,3%
EFR	2	5,0%	4,2%	6,3%
Plâtre	2	5,0%	4,2%	6,3%
Ablation de corps étranger	2	5,0%	4,2%	6,3%
Petite chirurgie	2	5,0%	8,3%	0,0%
Contention	1	2,5%	0,0%	6,3%
Dépistage auditif	1	2,5%	4,2%	0,0%
Strapping	1	2,5%	0,0%	6,3%
Cryothérapie	1	2,5%	4,2%	0,0%
Nombre moyen	2,7		2,9	2,6

En moyenne, 2,7 actes cités [1-7].

Pas de profil particulier pour réaliser des actes : (âge, sexe, mode d'exercice).

Par contre les actes de DIU et implants sont plus souvent réalisés par des femmes.

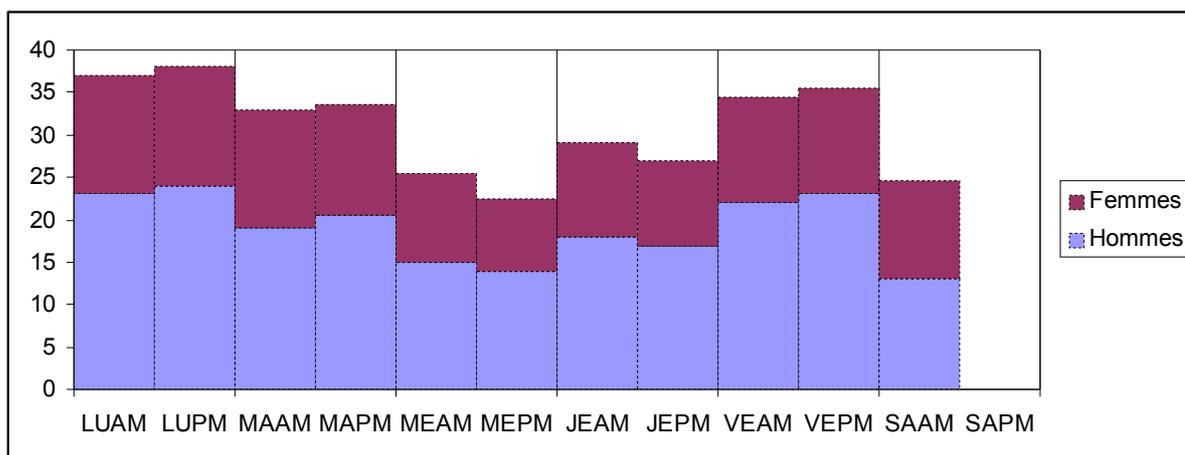
Temps de travail au cabinet :

En moyenne, 8,5 demi-journées par semaine.

Moyenne de 1/2 j	Homme	Femme	Total
< 50ans	8,4	8,0	8,1
> 50ans	8,8	9,0	8,8
Total	8,7	8,2	8,5

Pas de différence significative.

Offre de soins dans la semaine :



Le mercredi matin : 66 % des femmes travaillent et 63 % des hommes.

Le mercredi après-midi : 53 % des femmes et 58 % des hommes.

Le samedi matin : 72 % des femmes et 54 % des hommes.

Congés :

En moyenne : 42,6 jours de congés par an [7-64].

Moyenne de congé	Homme	Femme	Total
< 50ans	45,6	43,4	44,0
> 50ans	39,7	52,0	41,4
Seul	42,5	53,7	48,1
En Groupe	40,3	39,8	40,1
Total	40,9	45,0	42,6

Les femmes de plus de 50 prennent plus de congé.

Les femmes prennent plus leurs congés durant les vacances scolaires.

Congés	Homme	Femme	Total
Hors vacances scolaire	33%	19%	28%
Pendant vacances scolaire	21%	50%	33%
Les deux	42%	31%	38%

Visites :

92 % (37/40) des répondants font des visites à domicile.

Parmi les 3 qui n'en font pas, 2 travaillent seul avec exercice particulier.

Nouveaux patients

92 % (36/39) des répondants prennent des nouveaux patients.

Gestion des non programmés :

	Seul	En groupe	Total
Plages dédiées	5	12	17
Plages + surbooking	3	5	8
Surbooking	4	10	14
Total	12	27	39

Implication avec des partenaires :

55 % (22/40) rapportent une implication dans les EHPAD et ou maisons de retraite.

17,5 % (7/40) citent la COSSE comme partenaire.

3/40 citent les réseaux thématiques (Maredia, Repophn, Réseau périnatalité).

6/40 citent les services sociaux (CCAS, PMI).

Sont cités deux fois : le SSIAD et sont cités une fois : CLIC, CMP CMPP, HAD, CSAPA.

27 % (11/40) n'ont cité aucun partenaire.

Participation à la PDS :

90 % (36/40) participent à la PDS en effecton.

Parmi eux, 6 font également de la régulation.

3 médecins sont non volontaires, un est exempté de garde.

Remplacement pour les gardes :

	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Jamais	11	4	15	50%	31%	43%
Parfois	6	6	12	27%	46%	34%
Souvent	1	1	2	5%	8%	6%
Toujours	4	2	6	18%	15%	17%
total	22	13	35			

4 des médecins qui se font remplacer systématiquement ont plus de 60 ans.

Remplacement durant les congés :

	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Jamais	6	1	7	25%	6%	18%
Parfois	6	3	9	25%	19%	23%
Souvent	6	6	12	25%	38%	30%
Toujours	6	6	12	25%	38%	30%
total	24	16	40			

18% ne se font jamais remplacer. Plus souvent les hommes que les femmes.

Les moins de 50 ans se font souvent ou toujours remplacer à 78% contre 45% pour les plus de 50 ans.

Remplacement à jour fixe :

Le remplacement à jour fixe est assez peu pratiqué.

	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Jamais	14	6	20	64%	50%	59%
Parfois	4	1	5	18%	8%	15%
Souvent	2	1	3	9%	8%	9%
Toujours	2	4	6	9%	33%	18%
total	22	12	34			

1/3 des femmes et 9 % des hommes ont un remplacement fixe.

Ils sont remplacés en moyenne 2 demi-journées par semaine [1 – 7].

Réunions :

Sur les 27 médecins qui travaillent en groupe, 22 disent faire des réunions au sein de leur cabinet. Sur 4 sites, les réunions sont biannuelles. Sur 4 autres sites, il y a 8, 9, 12 ou 20 réunions par an.

Les Logiciels de Gestion de Cabinet :

90 % (36/40) des répondants utilisent un Logiciel de Gestion de Cabinet.

Type et fréquence de Logiciel de Gestion de Cabinet utilisés :

Logiciel	Nombre
Hellodoc	12
Axisanté	4
Medistory	5
Mediclick	4
Cegedim	3
Crossway	3
DB Med	1
Imagine	1
Madalma	2
Non spécifié	1
Total	36

Sur les 24 médecins qui exercent en groupe le Logiciel de Gestion de Cabinet est partagé pour 23 d'entre eux. Dans 10 cas, le Logiciel de Gestion de Cabinet n'est pas partagé.

Télétransmission : 4 médecins ne télétransmettent pas.

Messagerie Cryptée :

60 % ont une messagerie cryptée, plus souvent les moins de 50 ans.

	<50 ans	> 50 ans	Total	<50 ans	> 50 ans	Total
Oui	14	10	24	78%	45%	60%
Non	4	12	16	22%	55%	40%
total	18	22	40			

Type de messagerie :

Apicrypt	17
Hellodoc	1
Hellodoc + Apicrypt	1
HPRIM	1
Orange	1
Non spécifié	3
Total	24

Apicrypt est utilisée dans $\frac{3}{4}$ des cas.

Participation à une Formation Médicale Continue :

FMC	<50 ans	> 50 ans	Total	H	F	Total
Oui	11	9	20	8	12	20
Non	3	10	13	10	3	13
J'aimerais	3	2	5	4	1	5
Total	17	21	38	22	16	38
Oui	65%	43%	53%	36%	75%	53%
Non	18%	48%	34%	45%	19%	34%
J'aimerais	18%	10%	13%	18%	6%	13%

53 % des répondants font de la FMC.

Semble plus fréquent chez les > 50 ans et les femmes.

Liste des organismes cités :

Réunion médico-chirurgicale Elbeuf-Louviers
Soirées hôpital d'Elbeuf
Formation MG en séminaire
Louviers
Louviers/Elbeuf
MG Form. Prescrire
Société halmanienne d'homéopathie
Tempo Médical
MG Form
Société d'acupuncture de Haute-Normandie

EPP :

EPP	<50 ans	> 50 ans	Total		H	F	Total
Oui	9	12	21		15	6	21
Non	8	8	16		7	9	16
Total	17	20	37		22	15	37
Oui	53%	60%	57%		68%	40%	57%
Non	47%	40%	43%		32%	60%	43%

57 % des répondants font de l'EPP au sein de groupes qualité.

A noter une confusion entre EPP et FMC dans les réponses.

Maîtres de stage : 12 Maîtres de stage : (32 % des répondants).

Maître de stage	<50 ans	> 50 ans	Total		H	F	Total
Oui	5	7	12		9	3	12
Non	11	15	26		14	12	26
Total	16	22	38		23	15	38
Oui	31%	32%	32%		39%	20%	32%
Non	69%	68%	68%		61%	80%	68%

Essentiellement des hommes, pas d'âge particulier. 9/12 travaillent en groupe.

Répartis comme suit dans les communes :

Val-de-Reuil	5
Louviers	4
Le Vaudreuil	2
Léry	1
Total	12

2 maîtres de stage accueillent des externes, 8 des internes et 3 des internes en SASPAS.
(Cette rubrique est assez mal renseignée).

Appartenance à des associations :

Peu de réponses :

Organisation	H	F	Total
Réseau Périnatalité	1	2	3
REPOPHN	2	2	4
Marédia	1	2	3
Réseau DOUSOPAL		1	1
Contrat Local de Santé		1	1
COSSE		2	2
Société des homéopathes de Normandie		1	1
Club d'escalade		1	1
oui	1		1
non	11	4	15
Sans réponse	10	3	13

Perceptives professionnelles : 22 réponses (55 %)

Sexe	Age	Durée d'installation	Mode d'exercice	Perspectives professionnelles
F	47	16	Seul	Association.
M	62	23	En Groupe	Augmentation du nombre de praticiens.
F	43	9	En Groupe	Dans 5 ans environ départ en retraite possible de mon associé d'où inquiétude. Changement de cabinet envisagé, regroupement avec 1 ou des confrères si opportunité. Eut être formation « régulation » dans le cadre de la PDS.
M	63	34	En Groupe	Début de retraite 2017 à 2019.
F	34	3	En Groupe	Départ dans la MSP de Gaillon fin 2013. Pluridisciplinarité, possibilité de faire de l'éducation thérapeutique.
F	31	2	En Groupe	Départ d'une associée (10/12) arrivée d'une autre (01/13) développement de relations inter professionnelles au sein de la COSSE.
F	31	2	Seul	Élargissement du nombre d'associés. Déménagement dans un local plus adapté.
F	40	11	En Groupe	Formation DIU Gynéco 2012-2013.
F	41	6	En Groupe	Garder ma collaboratrice ou trouver un associé pour un mi temps. Devenir maître de stage.
F	41	2	En Groupe	Groupe interdisciplinaire en maison médicale d'ici 5 ans.
F	34	2	En Groupe	Intégration d'un 3ème médecin, formation en gynéco, travail 1/2 journée au centre de planification diminution 1/2 journée du temps libéral.
M	39	9	En Groupe	Pas de changement en dehors de conforter l'équipe ??

F	53	18	Seul	Réduction de mon activité aux MEP dans les 2 à 5 ans prochains avec réduction du temps de travail (arrêt de la médecine générale) éventuel déménagement en ville.
M	54	27	En Groupe	Réduction temps de travail.
M	51	18	En Groupe	Réduire mon temps de travail.
M	64	37	Seul	Retraite le 31 mars 2013.
F	31	3	Seul	Élargissement du nombre d'associés. Déménagement dans un local plus adapté.
F	31	1	En groupe	Augmentation du nombre d'associés pour permettre de maintenir une continuité des soins tout en conservant une flexibilité dans le temps de travail. Peut-être vacation une fois par mois en IME.
M	68	37	En groupe	Retraite possible (+ de 65 ans).
M	54	16	Seul	« Utilisation » du collaborateur pour ne travailler que 3 jours 1/2 par semaine.
F	36	1	Seul	Regroupement dans 5 à 10 ans.
M	54	19	Seul	Arrivée d'un médecin collaborateur.
M	60	23	En groupe	Limitation dès 2014. Collaboration si possible.
M	37	7	Seul	Élargissement du nombre d'associés. Déménagement dans un local plus adapté.

Perspectives informatiques :

14 réponses (35 %)

Sexe	Age	Durée d'installation	Mode d'exercice	Perspectives informatiques
M	62	25	Seul	A envisager ? N'apporte rien à mon type de pratique.
M	57	27	En groupe	Changement de logiciel métier suite à changement de cabinet de groupe.
M	44	4	En groupe	Informatisation à faire.
M	37	6	En groupe	Oui.
M	39	9	En groupe	Toujours améliorer notre formule 1.
F	57	26	En groupe	Changement actuel de logiciel et c'est bien dur !!!
F	34	2	En groupe	en cours.
F	31	3		Informatisation à faire.
M	56	29	En groupe	En cours.
F	31	1	En groupe	Changement de logiciel métier suite à changement de cabinet de groupe.
M	68	37	En groupe	Changement de logiciel
M	54	19	En groupe	Changement actuel de logiciel et c'est bien dur !!!
M	54	17	Seul	Certification HAS en 2013.

Autres perspectives :

Médecin coordinateur en EHPAD en mi-temps à l'horizon 2020.

Grossesse envisagée (impact sur aménagement du temps de travail.

Devenir maître de stage.

Année d'arrêt d'activité :

6 ne savent pas. Réponse : ?

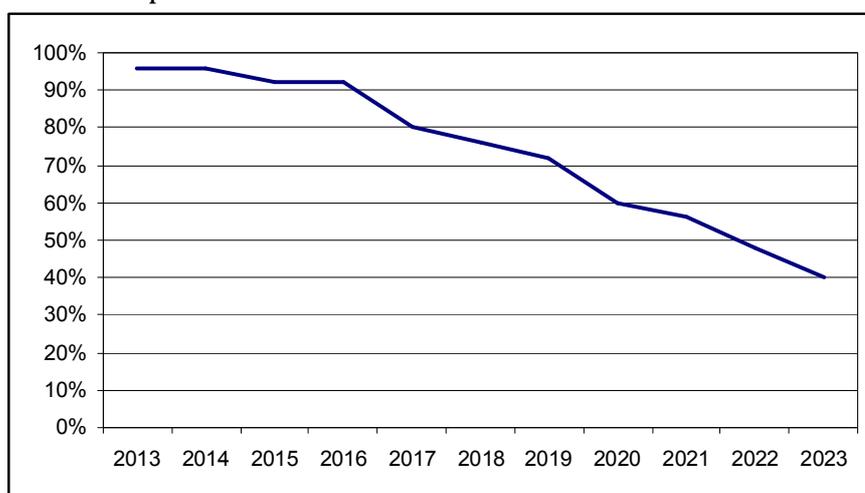
9 n'ont pas répondu.

25 réponses.

Année	Nombre de réponses		2024	1
2013	1		2030	1
2015	1		2031	1
2017	3		2033	1
2018	1		2034	1
2019	1		2035	1
2020	3		2036	1
2021	1		2043	1
2022	2		2045	1
2023	2		2046	1

60 % des médecins seront partis dans 10 ans selon les 25 répondants

Taux de départ à la retraite à 10 ans des médecins actuellement en exercice



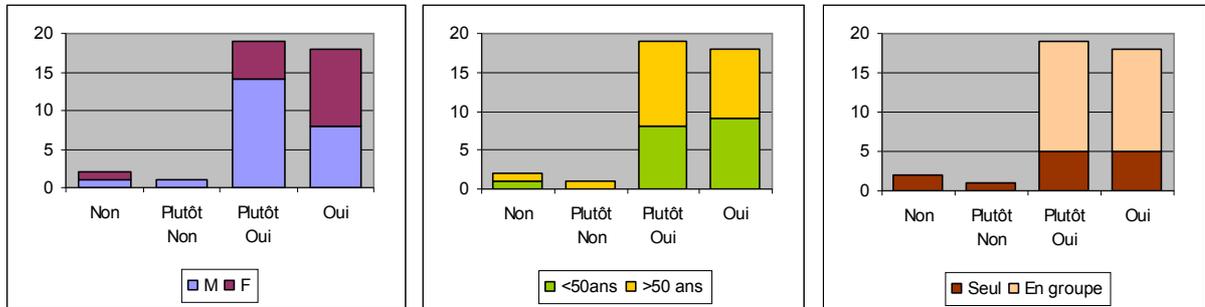
L'âge moyen d'arrêt envisagé est de 65,5 ans [62-70]

L'âge médian est de 65 ans.

Perception de la satisfaction concernant les points suivants :

Stratifié par sexe, âge et mode d'exercice

Conditions d'exercice (n=40)

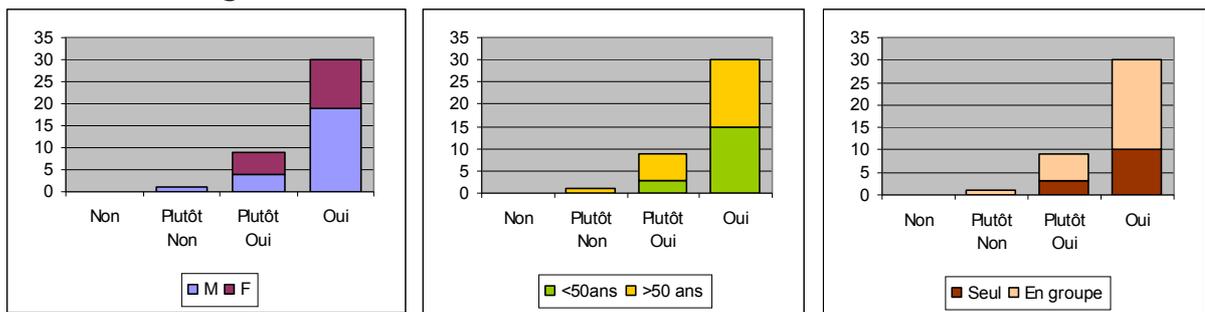


Les femmes légèrement plus satisfaites que les hommes.

Les jeunes légèrement plus satisfaits que les plus âgés.

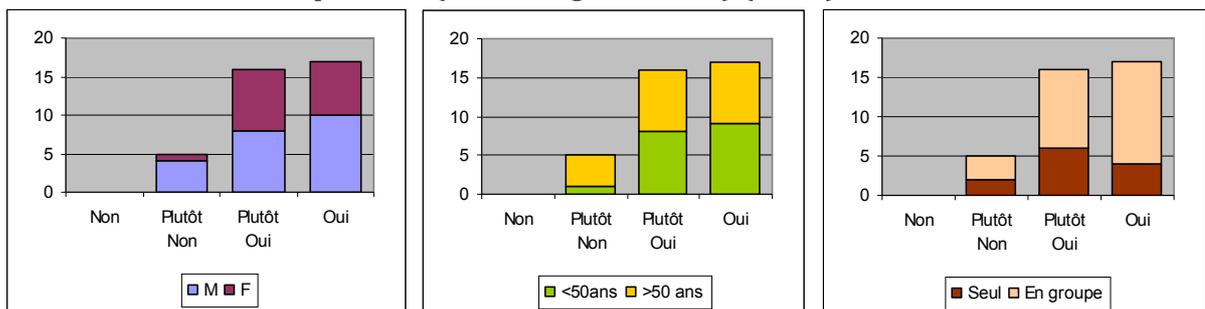
Ceux qui travaillent en groupe légèrement plus satisfaits que ceux qui exercent seuls.

Satisfaction d'organisation de la PDS :



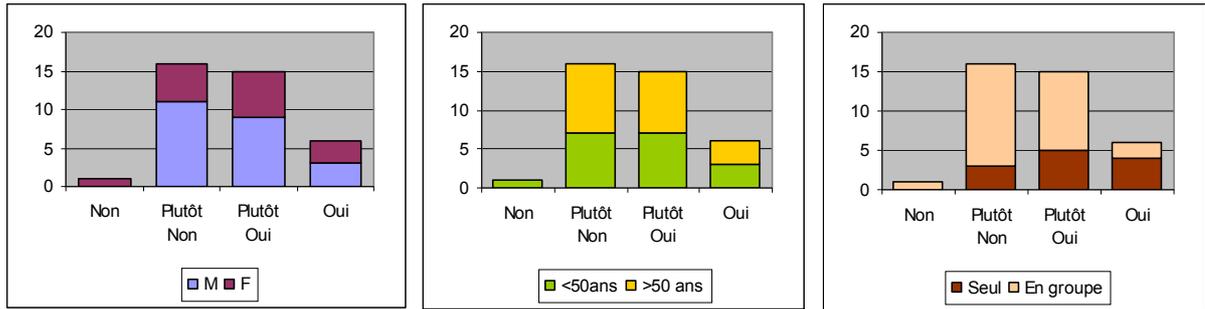
Satisfaction générale sans différence sexe, âge, type d'exercice.

Accès aux soins de vos patients (médecin généraliste) (n=38)



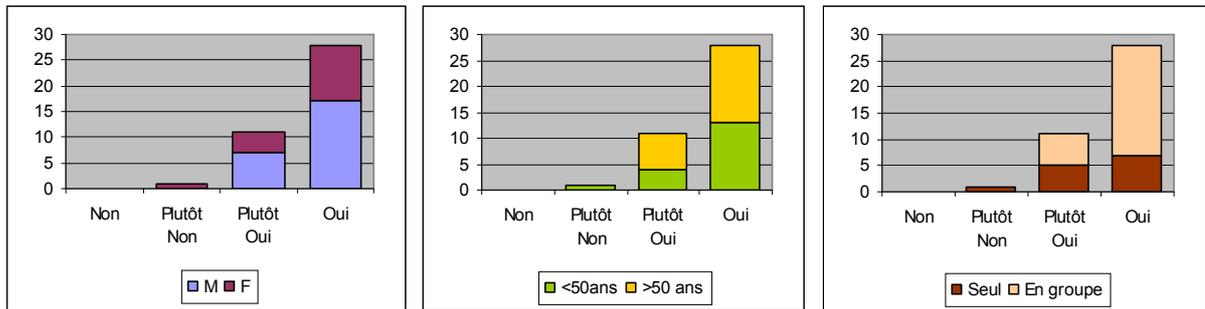
Satisfaction générale, les hommes un peu moins que les femmes, les anciens moins que les jeunes.

Accès aux soins de vos patients (autres spécialistes) (n=38)



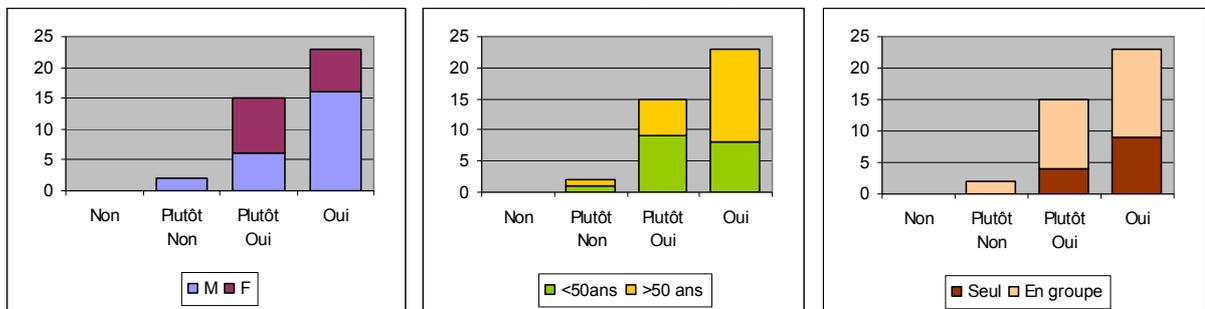
Tendance à l'insatisfaction, plus pour ceux qui travaillent en groupe.

Relations avec les confrères généralistes (n=40)



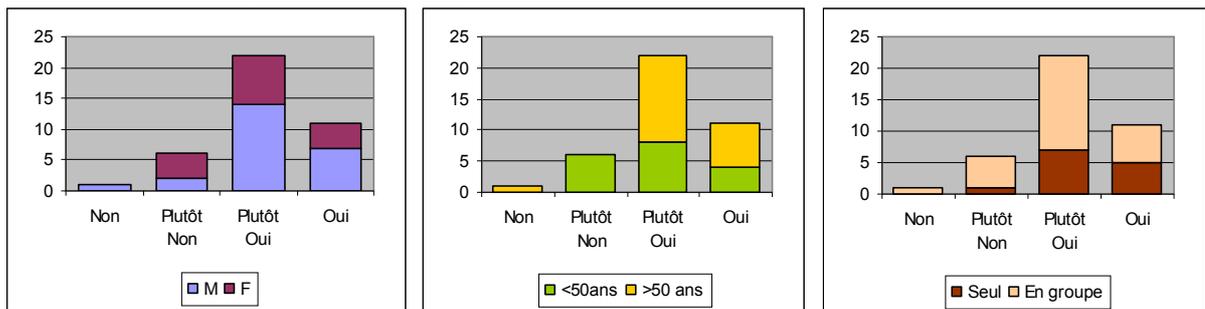
Les relations avec les confrères sont bonnes, surtout pour ceux qui travaillent en groupe.

Relations avec les autres spécialités médicales (n=40)



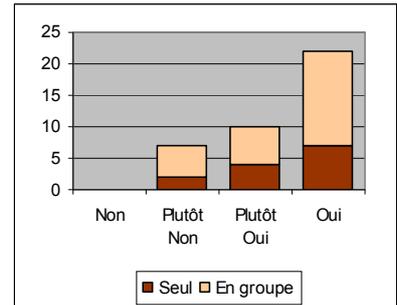
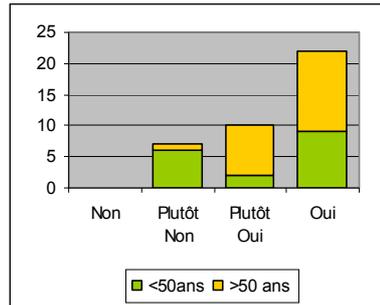
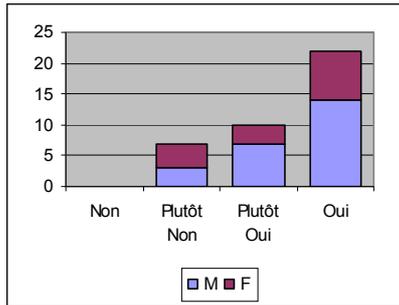
Les relations avec les confrères sont bonnes, surtout pour ceux qui travaillent seul.

Relations avec les plateaux techniques (n=40)



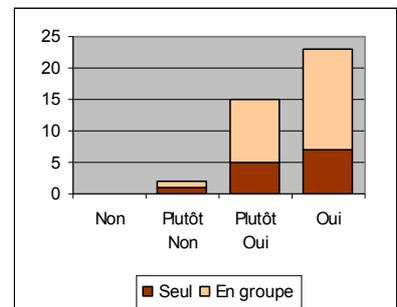
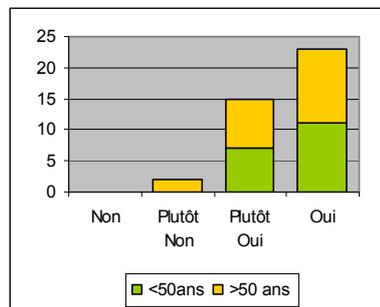
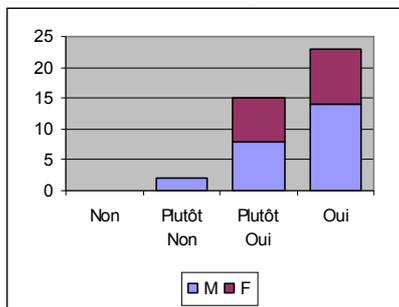
Quelques insatisfactions des jeunes qui travaillent en groupe.

Relations avec les infirmiers (n=39)



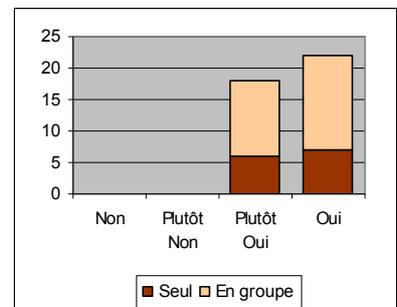
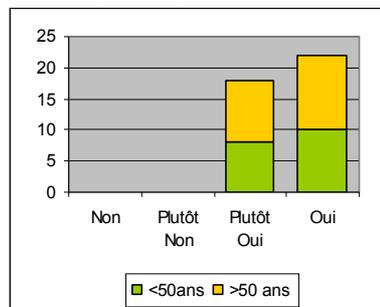
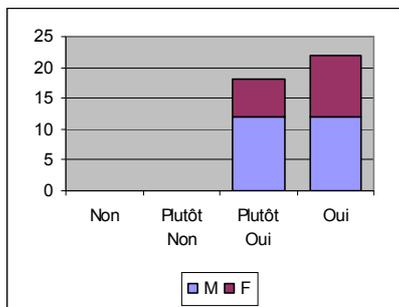
Quelques insatisfactions des jeunes qui travaillent en groupe. La majorité très satisfaite.

Relations avec les pharmaciens (n=40)



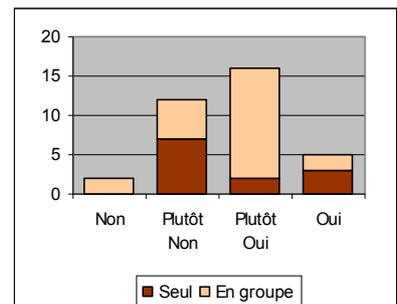
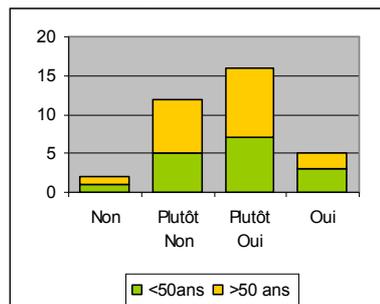
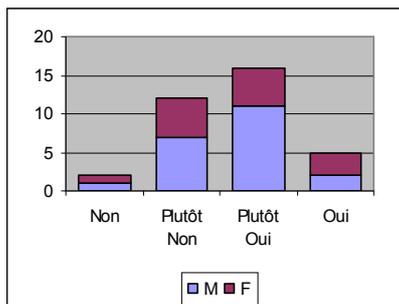
En majorité satisfaits.

Relations avec les kinésithérapeutes (n=40)



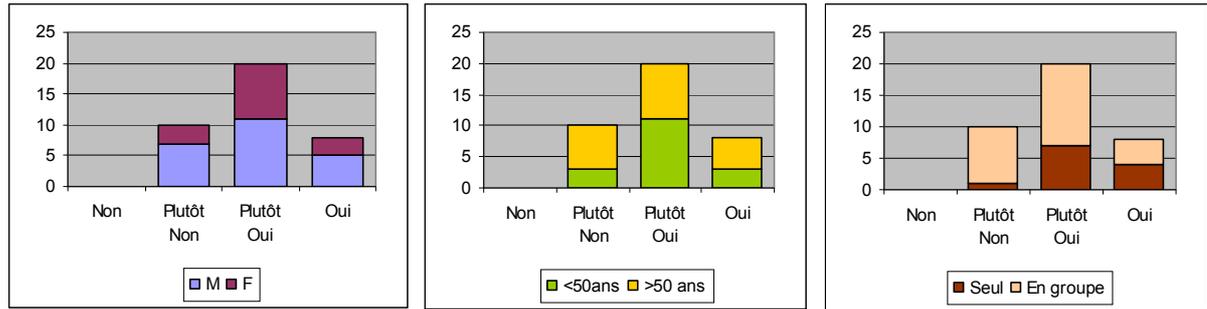
Totale satisfaction concernant les relations avec les kinés.

Relations avec les services sociaux (n=35)



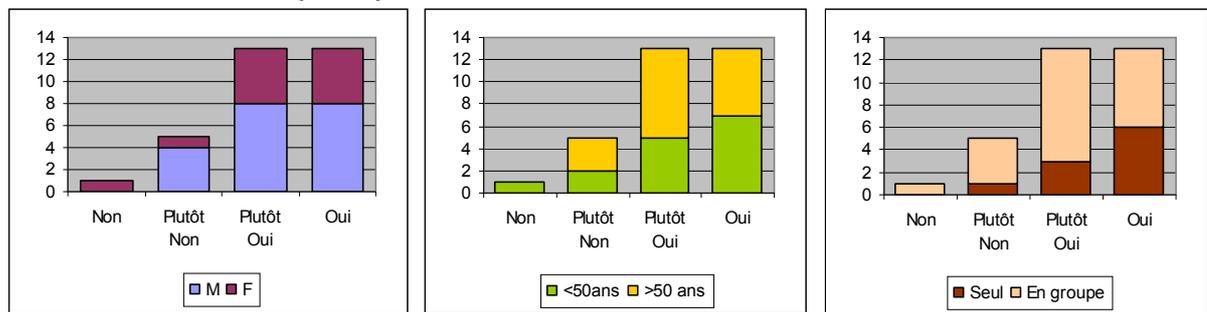
Satisfaction plus modérée, surtout pour ceux qui travaillent seuls.

Relations avec les établissements hospitaliers (n=38)



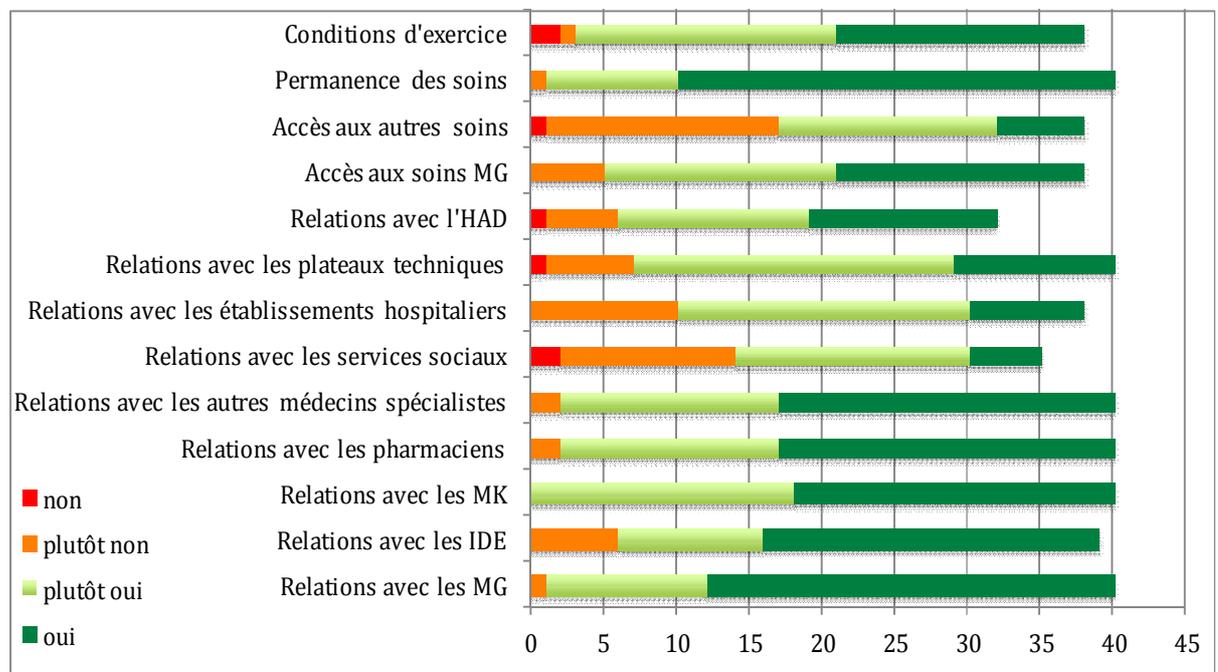
Satisfaction plus modérée, surtout pour ceux qui travaillent en groupe et ceux qui sont plus âgés.

Relations avec l'HAD (n=32)



Une insatisfaction pour ceux qui travaillent en groupe.

Analyse non stratifiée.



Remarques : 9/40 répondent

37ème année d'exercice en ville. Dégradation progressive par manque de temps, patients plus nombreux (médecins plus rares), plus exigeants (information relative / anxiogène), temps administratif croissant. L'évolution de l'exercice libéral est il compatible avec l'évolution sociale et avec la féminisation de la profession.
Le manque de généralistes à Louviers, compte tenu des départs en retraite dans les 2 à 3 années à venir est inquiétant.
Les délais de consultation avec les spécialistes sont beaucoup trop longs rendant les soins difficiles. Les délais de radios ou écho sans parler des IRM sont beaucoup trop longs.
Lors de l'installation : avoir un interlocuteur unique qui serait au fait de toutes les démarches à effectuer (CDOM, CARMF, Informatique, sécu, Pages Jaunes...) ou avoir un guide accessible sur site ARIM genre onglet « installation » (Je veux bien bosser sur ça si besoin avec Martin).
Mes difficultés professionnelles : l'accès à un plateau technique de ville dans des délais convenables, l'abandon pour les spécialistes de l'installation en médecine de ville (pas d'installation de spécialiste sur la région Louviers, Val-de-Reuil depuis au moins 20 ans). L'alternative n'existant pratiquement pas, le recours à l'hôpital s'impose trop souvent. Par contre confort de la régulation en garde. Bonne organisation du système régulation effectif.
Ouvert au partage des connaissances, des actes. Mettre en réseau une base de données de nos remplaçants permettant à chacun de pouvoir trouver une solution à un problème ponctuel.
Prévenir plus que subir.
Statut de collaborateur.
Vivre l'interprofessionnalité dans un groupe n'est pas imposer son point de vue, en particulier de la part d'un médecin généraliste.

V.4 Pharmaciens

Nombre de répondants : 12

Nombre attendu : 21

Taux de réponse : 57 %

Répartition par âges et sexe de l'échantillon :

	M	F	Total
< 40	1	1	2
40-49	3		3
50-54	1	1	2
55-60	3		3
> 60	2		2
Total	10	2	12
Moyenne	51	42	49,5

Population essentiellement masculine.

Les répondants par localisation :

Louviers	3
Val-de-Reuil	3
Acquigny	1
Heudebouville	1
La Haye Malherbe	1
Le Vaudreuil	1
Léry	1
Pont-de-l'Arche	1
Total	12

Temps de trajet domicile – travail :

Moyenne 10 min [0-30].

50 % résident dans leur commune d'exercice.

Ancienneté dans la commune :

En moyenne, les pharmaciens se sont installés sur la CASE à 34,7 ans. [31-48].

Ancienneté moyenne d'installation 14 ans [3-31].

Mode d'exercice :

3/12 (25 %) exercent seul.

Les autres sont regroupés en officine de 2 à 4 pharmaciens.

Les horaires sont très mal renseignés et ne sont donc pas exploitables.



Remplacement durant les congés :

Jamais	4
Parfois	5
Toujours	3
Total	12

Aucun ne se fait remplacer pendant les gardes (10 réponses)

Congés :

Les pharmaciens prennent en moyenne 24 jours de congé par an [6-30]

Congés	Total
Hors vacances scolaires	2
Pendant vacances scolaires	5
Les deux	4
Non renseigné	1

Réunions :

6 pharmaciens sur 9 qui travaillent en groupe font des réunions.

1, 1, 3, 4, 8 ou 12 réunions

Les thèmes des réunions sont :

Qualité, fonctionnement interne, formations, animations, point sur l'activité.
Gestion du back office, relation avec la clientèle
Organisation, qualité
Organisation du travail
Étude d'une famille de produits d'automédication
Point d'amélioration fonctionnement Back Office, retour permanence officine...

Temps de travail en officine :

Données peu exploitables car renseignées correctement par 50 % des répondants.

Officines ouvertes pendant 2h30 à 3h1/4 le matin et 5h à 5h30 l'après midi.

10/12 sont ouvertes le samedi après-midi.

Agréments :

11/12 ont un agrément orthopédie

9/12 ont un agrément fauteuil roulant

2 agréments « prothèse mammaire », 1 nutrithérapie, 2 Maintien A Domicile

Autres spécialités :

- Semelles orthopédiques

- Homéopathie

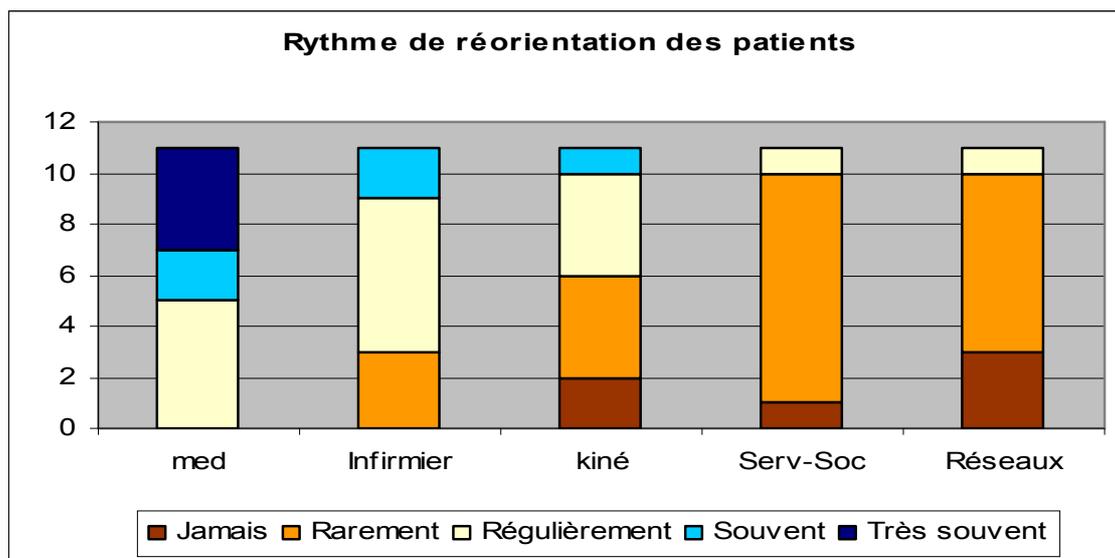
- Aromathérapie, matériel médical

Espace de confidentialité: 8/11 ont un espace de confidentialité.

Local d'application : 9/12 ont un espace d'application.

Délivrance à domicile : 10/12 délivrent à domicile.

Ré-adresseage des patients :



Messagerie :

10/12 ont une messagerie.

4/10 sont sécurisées : 1 Winpharma ; 3 Apicrypt.

Mode de communication préféré selon l'interlocuteur recherché:

	Tél	Mail	Courrier	Contact direct
Équipe	1	0	1	10
Autres pharmaciens	5	8	0	4
Médecins	10	5	0	2
Kiné	10	4	0	2
IDE	11	3	0	3
Autres professionnels	9	4	0	3

FMC du titulaire :

FMC	Total
Oui	10
Non	1
J'aimerais	1
Total	12

Sujets de formation cités :

Orthopédie 2010
Asthme, diététique, diabétique 2012
Fauteuils électriques, sommeil, diabète
Risque cardiovasculaire
Démarche qualité (2011). Pharmaco iatrogène (2012)
Management
EPU. UTIP-Formation Pharmaceutique Continue. Labo. Orthopédie. Syndicat. Ordre

FMC des adjoints : 5/8

Sujets de formation cités :

Maintien à domicile
PRAQ (Pharmacien Référent de l'Assurance Qualité), risque cardiovasculaire
Pharmacologie, conseils associés
Aromathérapie

Maître de stage : 3/12

Participation à des associations

Associations : 3 = COSSE ; 1 = Croix Verte, Ruban Rouge, Toxenville

Mandat syndical : 4/10

Mandat Ordinal : 1/6

Perspectives professionnelles : 7 réponses

3 ont spécifié « Aucune »

Transfert dans un autre local de Pont de l'Arche dans environ 3 ans
Oui 3 à 10 ans
Formation. Les efforts d'économie sont supportés par le pharmacien en grande partie.
Éducation thérapeutique

Autres perspectives : Pas de réponse

Avis sur répartition des officines :

Activité équilibrée, à moyen terme : un manque en rural, ne restera que les chefs lieu de canton.
Bonne.
Bonne.
Bonne en ce moment, risque de diminuer en milieu rural.
Correcte actuellement et suffisante éventuellement 1 à 2 regroupements à terme.
Il faut garder cette répartition.
La répartition actuelle semble cohérente mais va se dégrader avec la disparition de nombreuses pharmacies.
Rien à déclarer.
Suppression de 10 % des officines c'est 12 000 emplois perdus. Déséquilibre du maillon actuel et l'accès aux soins.

Investissement dans les nouvelles missions du pharmacien :

AVK, Groupe de travail sur différents sujets.
Formation à venir : asthme, diabète, bonne utilisation AVK.
Oui.
Oui, suivi des traitements.
Oui. Soins de 1er secours (dépistage, préventions, suivi vaccinal, suivi chroniques)
Coopération entre professionnels de santé. ETP. Correspondant patients
Oui. Suivi traitement avec entretien AVK, diabète.
Santé publique, observance, pharmacovigilance.
Suivi thérapeutique : diabète, AVK, hypertension.

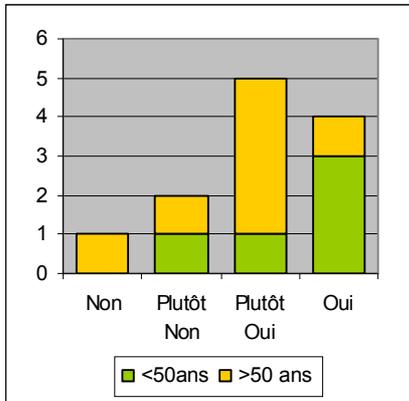
Année d'arrêt d'activité :

Année d'arrêt	Total
2016	1
2025	2
2036	1
2052	1
Total	5

L'âge moyen d'arrêt envisagé est de 67 ans. [65-72].

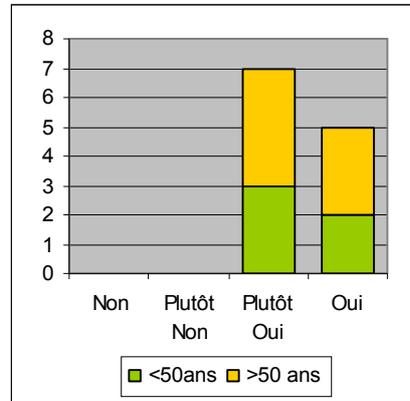
Perception de la satisfaction
concernant les points suivants :
Analyse stratifiée par âge :

Vos conditions d'exercice (n=12)



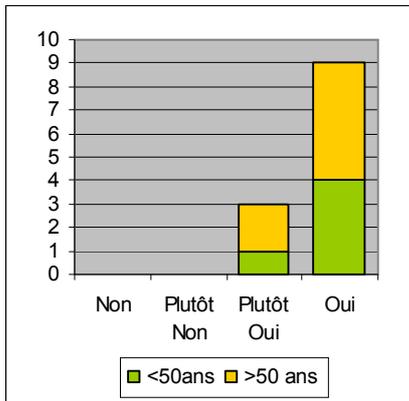
¼ plutôt insatisfait.

Relations avec les médecins
généralistes (n=12)



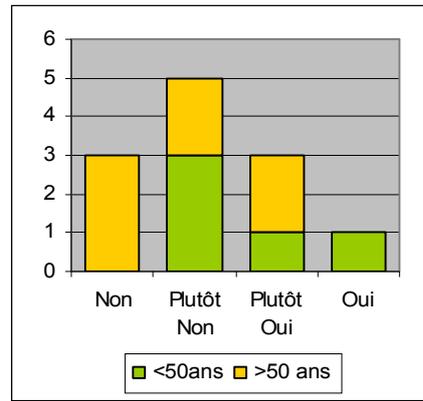
Les relations avec les médecins
généralistes sont plutôt bonnes.

Organisation des gardes (n=12)



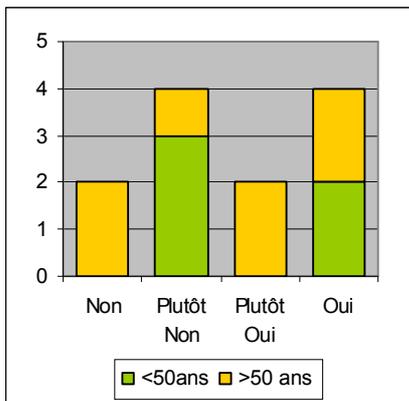
Plutôt satisfaits.

Accès aux soins de vos patients (autres
spécialistes) (n=12)



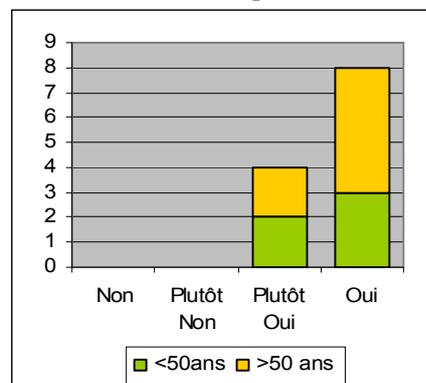
¾ insatisfaits.

Accès aux soins de vos patients (MG)
(n=12)



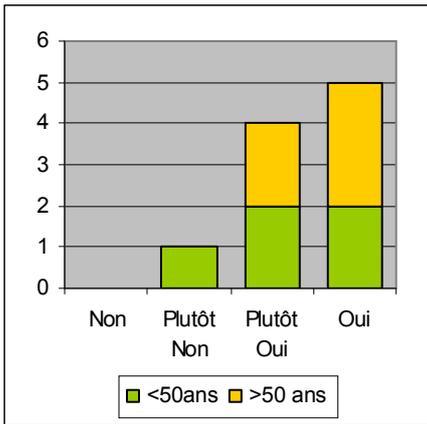
50% non satisfaits.

Relations avec les pharmaciens (n=12)



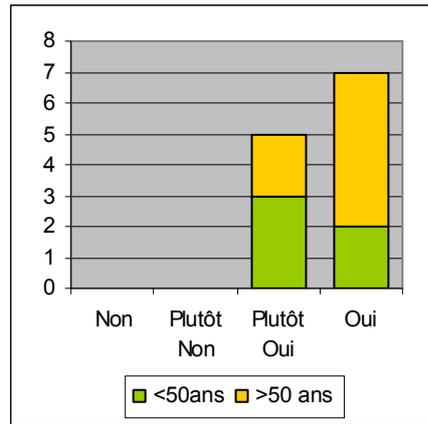
Les relations avec les confrères sont
bonnes.

Relations avec les autres médecins spécialistes



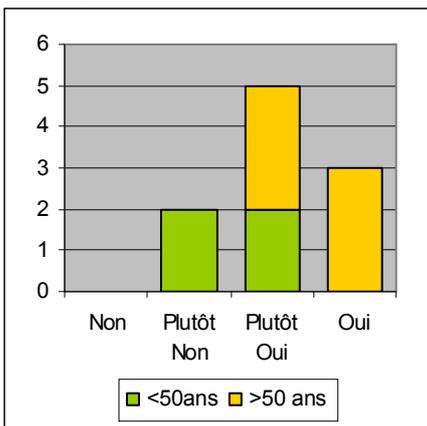
Les relations avec les autres spécialités sont un peu plus difficiles.

Relations avec les kinésithérapeutes (n=12)



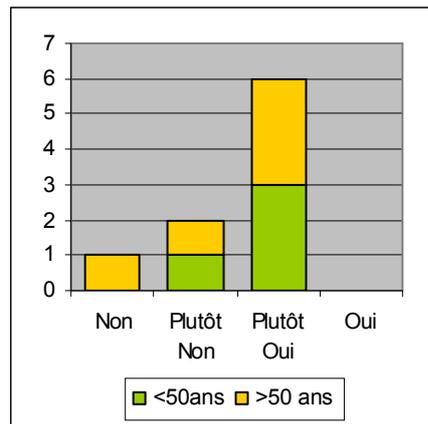
Les relations avec les kinésithérapeutes sont plutôt bonnes.

Relations avec les plateaux techniques. (n=10)



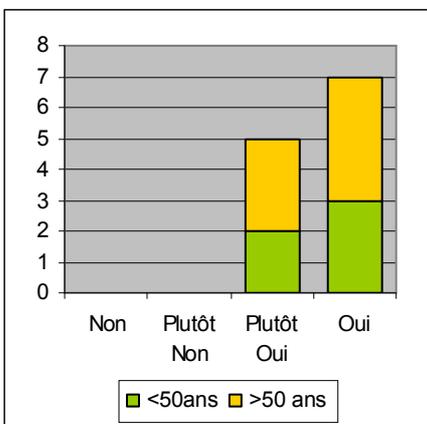
Les relations avec les plateaux techniques sont un peu plus difficiles.

Relations avec les services sociaux (n=9)



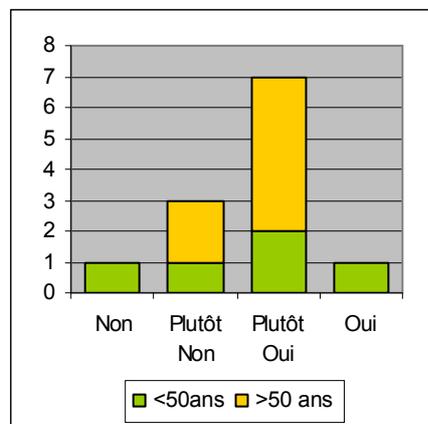
Peu de réponses mais des insatisfaits.

Relations avec les infirmier(e)s (n=12)



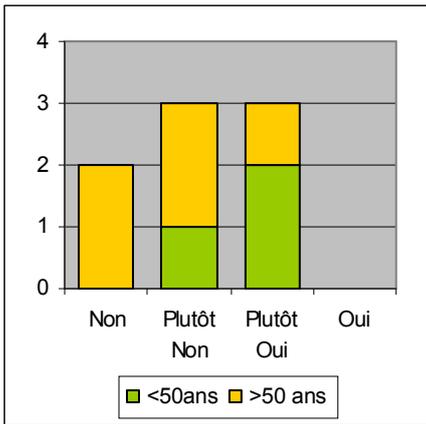
Les relations avec les infirmiers sont plutôt bonnes.

Relations avec Établissements hospitaliers (n=12)



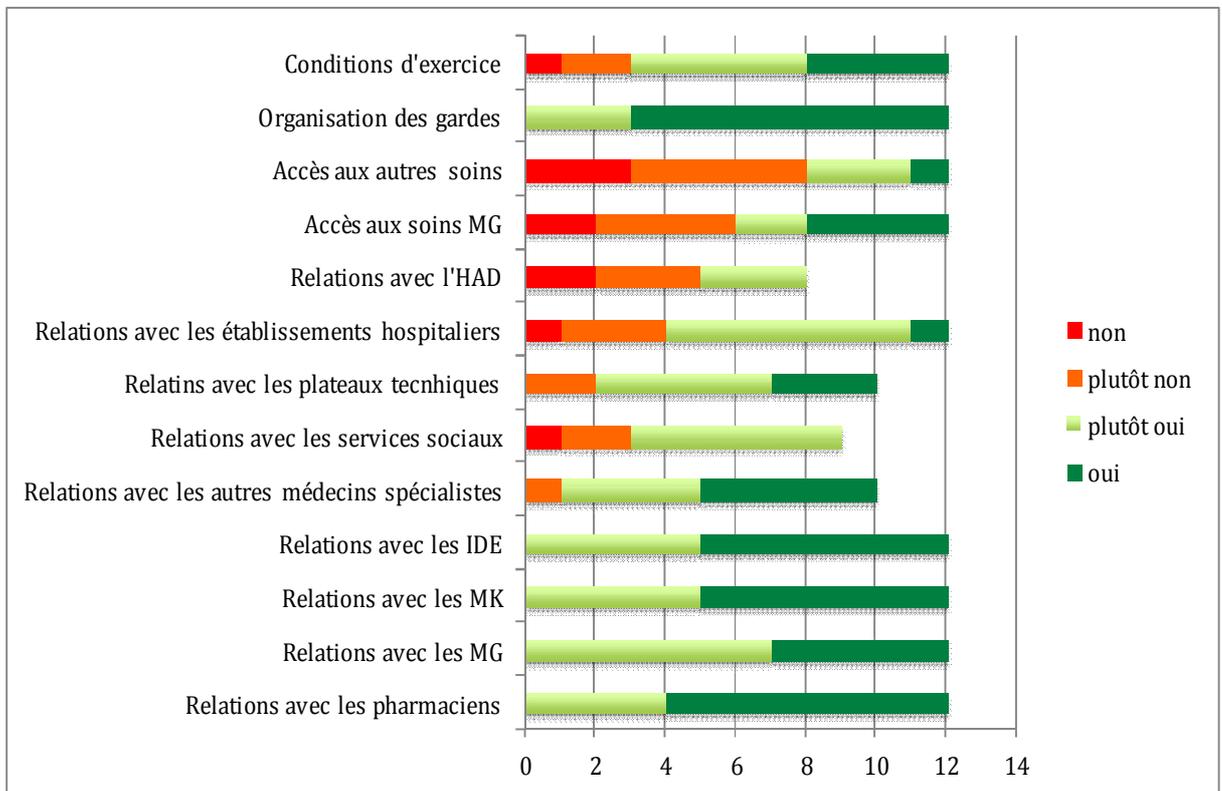
Satisfaction plus modérée.

Relations avec l'HAD (n=8)



8 répondants mais peu satisfaits.

Analyse non stratifiée :



Remarques : 2/12

Nous sommes un peu devancés à la sortie de l'hôpital pour le maintien à domicile/HAD par des organismes indépendants.

État catastrophique de la densité des médecins généralistes et spécialistes (1 dermatologue pour 100 000 hts) dans l'Eure. Communication sur les génériques par la CNAM très mauvaise. Aucun contrôle des émissions télé sur le générique.

VI Analyse des Résultats et Discussion

VI.1 Analyse des résultats

VI.1.1 Les infirmiers

L'échantillon n'est pas représentatif des infirmiers sur le territoire de la CASE. (taux de réponse 44 %).

Les répondants sont essentiellement des jeunes (âge maxi 53ans) et des femmes (sexe ratio F/H=4/5). Ils habitent près de leur lieu de travail (7 minutes en moyenne et 15 au maximum) et un quart habitent sur la commune de leur lieu de travail.

La totalité des répondants exerce en libéral intégral. Deux sur quinze exercent seul. Les autres sont regroupés en cabinet de 2 à 5 professionnels.

Quatre infirmiers déclarent réaliser les actes sur chambre implantable, un la dialyse péritonéale et un la prise en charge de patient cancéreux sous chimiothérapie. Ces compétences spécifiques sont à connaître des prescripteurs pour la meilleure prise en charge des patients. De même huit infirmiers prennent en charge les patients en fin de vie. Les relais dans cette situation sont essentiellement le SSIAD, les auxiliaires de vie et l'HAD.

L'organisation du temps de travail des infirmiers est difficile à repérer à partir de ce questionnaire. La majorité semble travailler par roulement sur plusieurs semaines (et non sur une semaine type comme les autres professionnels de santé) et disposer d'une plage de permanence au cabinet sur des créneaux courts organisés en RDV. Dans le cadre du travail pluri-professionnel, cette organisation peut paraître plus compliquée. **Elle demande peut-être de travailler avec le cabinet d'infirmiers plutôt qu'avec le professionnel individuellement.**

Les infirmiers prennent en moyenne 37 jours de congé par an, répartis sur les vacances scolaires ou hors vacances scolaires et se font le plus souvent remplacer.

Tous les professionnels déclarent prendre de nouveaux patients et tous gèrent les demandes non programmées dans la journée.

Tous les infirmiers ont un logiciel de gestion de cabinet et tous télétransmettent. En revanche, un seul professionnel dispose d'une messagerie cryptée. Les échanges, que ce soit avec les autres professionnels ou pour la transmission au sein du cabinet, se font essentiellement par téléphone ou par contact direct. Seuls 6 professionnels sur onze partagent les dossiers.

Ils ré-adressent leurs patients essentiellement chez les médecins, un peu vers les pharmaciens. Les réseaux semblent avoir une place plus importante que chez les autres professionnels.

La moitié des infirmiers suivent une formation professionnelle et neuf d'entre eux accueillent un stagiaire en formation. Trois infirmiers déclarent une formation en Éducation Thérapeutique. **Malgré le faible taux de participation à cette enquête et donc le côté peu représentatif de l'échantillon, ce dynamisme est intéressant pour un travail entre infirmiers ou autour de mission de prévention en équipe pluri-professionnelle.**

La réponse à la question du droit de prescription a été exclusivement associée aux pansements. Un travail entre infirmiers ou avec les autres professionnels pourrait être proposé pour mieux exploiter cette possibilité de prise en charge pluri-professionnelle autour du patient.

Les perspectives et l'année envisagée d'arrêt de l'activité ne sont pas analysables vu le faible taux de réponse.

Globalement, les IDE sont satisfaits de leurs conditions d'exercice. Les points forts du territoire sont les relations avec les autres professionnels de santé libéraux et l'accès aux soins infirmiers. Comme pour les autres professions, les relations avec les services sociaux et les établissements hospitaliers sont plus mitigées. Les relations avec l'HAD semblent insatisfaisantes. **Cette situation semble un problème à traiter particulièrement.**

VI.1.2 Les masseurs-kinésithérapeutes

L'échantillon est représentatif des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire de la CASE (taux de réponse 75 %).

Ce sont essentiellement des jeunes et la profession se féminise. Contrairement aux autres professionnels de santé, ils habitent plus loin de leur lieu de travail (20 minutes de trajet en moyenne) et seul l'un d'entre eux habite sur la commune de son cabinet. Ils se sont installés en moyenne sur la CASE il y a 14ans à l'âge de 30 ans.

La totalité des répondants exerce en libéral intégral. Un sur cinq exerce seul, les trois quarts ont moins de 40 ans. Les autres sont regroupés en cabinet de 2 à 5 kinésithérapeutes.

Les deux tiers déclarent un exercice particulier (sans différence selon le sexe), 78 % des moins de 50ans et 43 % des plus de 50 ans. La profession semble donc se spécialiser. **Cette diversité de compétences est à faire connaître sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins des patients.**

Les masseurs-kinésithérapeutes travaillent en moyenne 8,7 demi-journées par semaine. L'offre de soins est assez homogène sur la semaine, le samedi étant peu travaillé. Ils prennent en moyenne 36 jours de congés par an, les moins de 50ans prenant moins de congé. Contrairement aux autres professions, ce sont majoritairement les hommes qui prennent leurs congés pendant les vacances scolaires. Ils sont remplacés dans seulement un quart des cas en raison de la difficulté à trouver un remplaçant. **Cette situation pourrait comme chez les médecins poser la question de la mutualisation des remplaçants et/ou de la programmation des congés sur le territoire pour préserver l'offre de soins.**

Les masseurs-kinésithérapeutes citent plus souvent des partenaires impliqués dans le travail cités 29 % travaillent en maisons de retraites et presque la moitié cite une association ou un réseau. **La COSSE en revanche n'est citée que par 2 professionnels. Dans le cadre de la dynamique de territoire cette implication dans les structures pluri-professionnelles est intéressante à connaître et à réévaluer.**

Les masseurs-kinésithérapeutes sont bien informatisés (40 % des répondants ont une messagerie cryptée, 90 % des répondants ont un logiciel de gestion de cabinet et tous télétransmettent), avec des logiciels de gestion de cabinet variés mais toujours partagés quand ils travaillent en groupe. Cette expérience de partage de logiciel au sein d'un cabinet est une première étape d'uniformisation. En revanche, la communication

interprofessionnelle passe essentiellement par contact direct ou téléphone, le mail étant peu utilisé.

Ils ré-adressent leurs patients essentiellement chez les médecins, un peu vers les infirmiers et peu vers les autres correspondants. Cette tendance se retrouve dans la satisfaction générale avec des relations plutôt bonnes avec les médecins et infirmiers et peu de réponses pour les autres professions.

La formation des masseurs kinésithérapeutes est quasi exclusivement de la Formation Médicale Continue (FMC) (pour 65 % des répondants) alors que l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) n'est suivie que par un professionnel. 4 kinésithérapeutes accueillent des stagiaires en formation. **Cette donnée pourrait être explorée pour élargir le pool des remplaçants.**

Les perspectives professionnelles semblent assez sombres pour la profession. Sur les 8 réponses explicitées, la moitié évoque une diminution du temps de travail. L'informatisation et les nouvelles technologies semblent être un sujet d'intérêt pour la profession : 35 % de réponses positives sur les perspectives informatiques, certains évoquant des projets plus précis (messagerie cryptée, logiciel, bilan vidéo).

Les professionnels du territoire sont plutôt favorables aux nouvelles propositions d'organisation de l'accès aux soins et de l'évolution de leur profession : la moitié utilise leur droit de prescription (le plus souvent en rapport avec leur activité spécifique) et la moitié sont favorables à l'accès direct pour certaines pathologies.

L'âge moyen de départ en retraite est de 63 ans, mais le faible taux de réponse à la question rend difficilement exploitable cette donnée (moins de la moitié des répondants).

Globalement, les masseurs-kinésithérapeutes sont satisfaits de leurs conditions d'exercice. Les points forts du territoire sont les relations avec les médecins généralistes et infirmières. Contrairement aux autres professions, l'entente entre les masseurs-kinésithérapeutes n'est pas entièrement satisfaisante, surtout pour les hommes. Comme pour les autres professions, l'accès aux médecins spécialistes, les relations avec les services sociaux ou l'HAD semblent plus difficiles et insatisfaisants. **Cette question des relations inter-professionnelles est également retrouvée (relations insuffisante) dans plusieurs commentaires libres et semble une piste à explorer dans le cadre d'une association de professionnels de santé comme la COSSE et dans le cadre de l'animation et du dynamisme du territoire de la CASE. Une présentation de la COSSE particulièrement mal connue ou mal repérée chez ces professionnelles (2 réponses seulement) pourrait être une première démarche en ce sens.**

VI.1.3 Les médecins

L'échantillon est représentatif des médecins sur le territoire de la CASE. (taux de réponse 69 %, 66 % pour les hommes et 72 % pour les femmes)

Les médecins habitent relativement près de leur lieu de travail et plus d'un tiers résident dans leur commune d'exercice, sans différence selon le sexe.

Sur la CASE, contrairement à une idée reçue, ni les jeunes ni les femmes ne se sont installés plus tard.

La très grande majorité (85 %) a un exercice libéral intégral mais l'exercice mixte est possible, plutôt chez les hommes de plus de 50 ans. Ils exercent pour un tiers seul (autant les hommes que les femmes et sans différence significative sur les âges) et pour

deux tiers en groupe de 2 à 4 médecins (l'association semble le mode d'exercice le plus répandu, la collaboration est évoquée mais les données ne sont pas exploitables).⁵²

6 médecins ont un exercice particulier (Acupuncture, Homéopathe, Médecin du Sport, Mésothérapie – Homéopathie - Nutrition, Ostéopathe). **Ces compétences sont à faire connaître sur le territoire pour orienter les patients qui pourraient en bénéficier.**

A la question sur les actes réalisés, les répondants citent en moyenne 2,7 actes. Il n'y a pas de profil particulier lié à l'âge au sexe ou au mode d'exercice pour réaliser les actes, en dehors de la pose de DIU ou d'implants contraceptifs plus souvent réalisés par des femmes. **La question était ouverte et il existe probablement des oublis, cependant, dans le cadre d'une association comme la COSSE, les actes moins cités pourraient faire l'objet de proposition de formation. L'inventaire de ces actes et la connaissance des correspondants les pratiquants pourraient également permettre de ré-adresser les patients, de nombreux médecins faisant part de leur insatisfaction concernant le recours au spécialistes (infiltration, cryothérapie, actes gynécologiques par exemple).**

En moyenne, le temps de travail au cabinet est de 8,5 demi-journées par semaine, sans différence significative sur cet échantillon (il semble apparaître que les plus de 50ans travaillent plus que les plus jeunes et que les hommes travaillent plus que les femmes). Ce temps de travail ne prend cependant en compte que le temps de consultation et de visite sans inclure l'implication dans d'autres secteurs (réseaux, EHPAD, exercice mixte...)

Dans la semaine, les mercredis et jeudis sont les jours les moins travaillés. Aucun médecin ne travaille le samedi après-midi. L'étude ne permet cependant pas de savoir si l'offre de soins répond à la demande de la population ou à l'organisation personnelle des médecins.

En moyenne, les médecins de la CASE prennent 42,6 jours de congé par an, les femmes prenant plus souvent leurs congés en période de vacances scolaires. **De même que pour la répartition de l'offre de soins proposée sur la semaine, l'étude ne permet pas de savoir si cette répartition des congés pose problème sur l'offre de soins et si une programmation est à proposer.**

92 % des médecins répondant font des visites et acceptent de nouveaux patients. L'accès aux soins ne semble donc pas compromis sur le territoire pour l'instant.

La place du surbooking dans la gestion des urgences est importante même quand elle est associée à des créneaux de consultation réservés. **Le questionnaire ne demandait pas de préciser le ressenti de cette gestion des urgences par les médecins. La question d'une mutualisation des demandes de consultations en urgence peut se poser.**

Les partenaires impliqués dans le travail cités sont essentiellement les EHPAD et maisons de retraites. La COSSE n'est citée que par 17,5 % des médecins et seuls trois médecins citent des réseaux thématiques. 27 % des médecins ne citent aucun

⁵² D'après AUDRIC S., *L'exercice en groupe des médecins libéraux*, DREES, Études et résultats 2004, (n° 314), le taux de regroupement des médecins généralistes est estimé en 2003 à 39 % ; il était estimé à 30 % des médecins libéraux au début des années quatre-vingt. La pratique en groupe est essentiellement monospécialisée. Seuls 16 % des médecins généralistes en groupe exercent avec des associés ayant des disciplines différentes de la leur. Les groupes sont de petite taille : environ 55 % des médecins y exercent avec un seul associé. [40]

partenaire. **Dans le cadre de la dynamique de territoire souvent présentée par un travail interdisciplinaire et pluriprofessionnel et une participation à des réseaux, cette situation peut paraître étonnante. Ce constat pourrait être un élément de suivi de la dynamique locale.**

La participation à la permanence des soins est importante (90 %) en effecton. Six médecins participent également en tant que régulateur. **Cette possibilité de participer à la permanence des soins en tant que régulateur est une spécificité de l'Eure et semble adoptée par les médecins du territoire.**

Le remplacement est une réalité sur le territoire. Il concerne surtout les médecins de moins de 50 ans. C'est un atout pour la préservation de l'offre de soins pour les patients. Dans cette perspective, une proposition de partage et de mise en relation des contacts pourrait être proposée. Du point de vue de la dynamique du territoire, cette fidélisation des remplaçants sur la CASE peut être intéressante et inciter à une installation à la suite.

Au sein des cabinets de groupe, la majorité des médecins déclarent des réunions de cabinet. Le questionnaire ne permettait toutefois pas de préciser le contenu de la réunion (administratif et comptable, partage de connaissance ou échange de pratique ?). Travailler au sein d'une même structure n'est pas toujours travailler ensemble.

L'informatisation des médecins est importante sur le territoire. Seuls 4 ne télétransmettent pas et 90 % des répondants utilisent un logiciel de gestion de cabinet, avec une grande variabilité : On décompte 11 logiciels différents celui-ci n'étant pas toujours partagé même au sein d'un même cabinet. Quelques médecins envisagent une informatisation ou un changement de logiciel. **Avoir répertorié les différents logiciels en place sur la CASE, la concertation des professionnels souhaitant changer de logiciels pourrait être un point de départ pour une uniformisation des pratiques. Cette uniformisation est visible pour la messagerie cryptée. Le fort taux d'utilisation de messagerie cryptée et la large part d'Apycript s'expliquent du fait d'une implication de la COSSE et de l'URPS ML (Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux) pour le financement de cet outil pour les professionnels.**

Le territoire est bien placé en terme de formation médicale et démontrent ainsi un investissement des médecins et une dynamique intéressante pour le territoire de la CASE et son développement. On trouve en effet 3 « Groupes Qualité » en EPP sur la CASE (il en existe 12 au total, répartis sur toute la Haute-Normandie). Les réponses révèlent cependant une confusion entre FMC et EPP.

De la même façon, l'implication dans la formation initiale des jeunes médecins est réelle avec 12 maîtres de stage (1/3 des répondants alors qu'on dénombre moins de 20 % de maîtres de stage sur l'ensemble de la région Haute-Normandie) sur tous les niveaux (externes, internes en stage classique ou SASPAS). Les maîtres de stage sont plutôt des hommes de plus de 50 ans. **Cet accueil de futurs professionnels est un atout majeur pour la dynamique de travail local.**

Les perspectives professionnelles des répondants semblent plus mitigées avec une inquiétude sur l'avenir de la démographie médicale⁵³. Pour 10 répondants sur les 22, une réduction du temps de travail ou un départ en retraite est envisagée à cours terme

⁵³ On retrouve l'analyse du rapport du Sénat « La plupart des réponses ont une tonalité pessimiste » MAUREY, H. *Rapport d'information n°335 du Sénat, Annexe IV*. 2013. [41]

(moins de trois ans). Six médecins évoquent cependant l'arrivée de nouveaux associés. Six médecins envisagent de se former dont deux en gynécologie, un en régulation de garde et un comme maître de stage.

La date de départ en retraite semble difficile à préciser (6 médecins ne savent pas et 9 n'ont pas répondu). Sur les 25 répondants, l'âge moyen envisagé est de 65,5ans (âge médian 65ans) et 60 % des répondants seront partis dans 10ans. La situation étant plus inquiétante pour les médecins de Louviers qui sont plus nombreux à partir en retraite à court terme. L'année médiane de départ évoquée est ainsi 2017 pour Louviers et 2022 pour l'ensemble du territoire.

La dernière partie du questionnaire permettait de recueillir la perception générale des médecins sur leurs conditions d'exercice et la qualité de leurs relations professionnelles. 48 % des médecins répondent ainsi qu'ils sont plutôt satisfaits et 45% sont satisfaits⁵⁴. L'ambiance semble ainsi positive sur le territoire même si les « plutôt oui » révèlent que certains points peuvent être améliorés. Les points forts perçus par les médecins sont l'organisation de la Permanence Des Soins, et globalement les relations avec les autres professionnels de santé libéraux. L'accès aux soins auprès des spécialistes, les relations avec les établissements hospitaliers, l'HAD et les services sociaux semblent moins satisfaisant.

VI.1.4 Les pharmaciens

L'échantillon est représentatif des pharmaciens sur le territoire de la CASE. (taux de réponse 57 %)

Ce sont essentiellement des hommes (sexe ration H/F =5). Ils habitent pour la moitié sur la commune où ils travaillent. Ils se sont installés en moyenne sur la CASE il y a 14 ans à l'âge de 34,7ans.

Un quart exercent seul, les autres sont regroupés en officine de 2 à 4 pharmaciens (moyenne en Haute-Normandie : 2,2 pharmaciens par officine d'après l'ONDPS 2011).

Le remplacement semble moins fréquent que chez les médecins : un tiers des répondants ne se fait jamais remplacer durant ses congés et aucun ne se fait remplacer pour les gardes (**le système de garde des pharmaciens explique probablement ce non remplacement : le titulaire est responsable de la garde et l'exercice majoritairement salarié de ses adjoints ne favorise pas le remplacement de celui-ci**).

Les pharmaciens prennent en moyenne 24 jours de congé par an, plutôt pendant les vacances scolaires. La durée plus courte des vacances pour les pharmaciens incite moins à une « programmation » commune, la question peut toutefois être soulevée, le remplacement étant moins fréquent dans cette profession que chez les médecins.

Deux tiers des pharmaciens qui travaillent en groupe ont des temps de réunions. Les thèmes abordés semblent essentiellement liés à l'organisation du travail. Deux pharmaciens évoquent cependant la formation, l'étude d'une famille d'automédication.

Le temps de travail et le temps de présence des différents pharmaciens d'une même officine a été difficile à évaluer. On note cependant pour 10 pharmacies sur 12

⁵⁴ CNOM, *Atlas National de la Démographie Médicale*, Juin 2011, 60% des médecins estiment que leur exercice actuel est satisfaisant voire même très satisfaisant dans 40 % des cas. À la question « seriez-vous prêt à recommander à un jeune confrère d'exercer en secteur libéral » : 100 % des médecins participants ont répondu favorablement.

répondantes une ouverture le samedi après-midi. **Cette plage horaire diffère de celle des médecins et peut poser question pour une communication avec le prescripteur. Elle est intéressante à noter dans le cadre des nouvelles missions du pharmacien et permet une plus grande amplitude de temps disponible pour les patients.**

Comme pour les autres professionnels, certaines pharmacies proposent un agrément ou une spécialité supplémentaire (orthopédie, fauteuil roulant, prothèse mammaire, nutrithérapie, maintien à domicile, semelles orthopédiques, homéopathie, aromathérapie) **qui doivent être connues par les différents professionnels de santé pour ré-adresser leur patient le plus efficacement possible.**

Les pharmacies du territoire de la CASE semblent très souvent adaptées avec dans 8 cas sur 11 un espace de confidentialité et dans 9 cas sur 12 un local d'application. **Ces conditions matérielles permettent d'envisager plus facilement la mise en place des nouvelles missions du pharmacien (actes de prévention, suivi de maladies chroniques).**

Les pharmaciens sont bien équipés en messagerie professionnelle (10/12) même cryptée. Le mode de communication préféré quel que soit l'interlocuteur reste le téléphone malgré une part plus importante du mail par rapport aux autres professionnels de santé. Ils ré-adressent essentiellement les patients chez les médecins et infirmiers, les kinésithérapeutes, services sociaux ou réseaux étant beaucoup plus rarement sollicités. Ils citent cependant plus régulièrement que les médecins un lien avec un réseau, un quart d'entre eux citant la COSSE.

Les pharmaciens participent quasi systématiquement à une Formation Médicale Continu, leur(s) adjoint(s) sont également investi(s). De même, un quart des répondants est maître de stage (27 % des pharmaciens d'officine en Haute-Normandie sont maîtres de stage). Cet investissement se retrouve dans la large majorité de réponses favorables aux nouvelles missions du pharmacien. **La CASE semble ainsi un pôle dynamique et potentiellement novateur dans la prise en charge des patients et l'offre et la qualité des soins.**

Les perspectives professionnelles semblent moins sombres que pour les médecins, les pharmaciens n'évoquant pas de ralentissement d'activité ou départ en retraite. De même, les avis sont plutôt favorables sur la répartition des officines sur le territoire même si une vigilance persiste pour les zones plus éloignées des pôles urbains.

L'âge moyen de départ en retraite est de 67 ans mais le faible taux de réponse à la question rend difficilement exploitable cette donnée.

Globalement, un quart des pharmaciens ne sont pas satisfaits de leurs conditions d'exercice. Les points forts du territoire sont l'organisation des gardes et les relations avec les autres professionnels de santé (un peu plus difficiles avec les médecins spécialistes). Les points faibles sont l'accès aux soins (la moitié des pharmaciens sont insatisfaits de l'accès aux médecins généralistes, la proportion montant à trois-quart pour les médecins spécialistes) et comme pour les autres professions, les relations avec les services sociaux ou l'HAD qui semblent plus difficiles et insatisfaisantes.

VI.2 Discussion

VI.2.1 Une meilleure connaissance des professionnels de santé de la CASE

L'étude a permis de mieux connaître les professionnels de santé du territoire. Même si les préoccupations démographiques est au cœur de leurs préoccupations, ils sont globalement satisfaits de leurs conditions d'exercice et des relations interprofessionnelles avec les autres professionnels libéraux. Un certain nombre évoque un manque de temps pour des contacts entre eux.

Ce constat est certainement un point d'appui pour envisager un travail collectif, qu'il soit autour de l'offre de soin pour la population, autour d'une coordination sur les prises en charges plus complexes.

Le rôle de pivot du médecin généraliste se voit confirmé dans cette étude, les uns et les autres ré-adressant leur patients essentiellement au médecin généraliste.

La place du médecin généraliste dans la coordination de proximité est un enjeu pour l'organisation du système de soin dans l'avenir devant les problématiques d'accompagnement des populations vieillissantes et des situations de polyopathologies. Cette place n'est cependant pas évidente à définir, le médecin généraliste risquant de se retrouvé écartelé entre son rôle de soignant et son rôle de coordinateur⁵⁵.

La question de la communication et du mode de transmission des informations révèle une grande diversité de pratiques. Au quotidien, les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes semblent plus travailler autour de transmissions orales. Lors du travail de préparation, a cependant souvent été évoquée la difficulté à récupérer les informations concernant leurs patients quand des changements avaient lieu après une modification de traitement par le médecin ou un passage en hospitalisation.

Outre la question du secret médical différemment partagé, un travail en commun autour d'un patient pose le problème pratique de la transmission des informations. L'enquête réalisée montre bien la diversité des fonctionnements et la probable difficulté pour harmoniser les pratiques.

La réalisation d'un document de synthèse ou un partage de logiciel font partie des critères d'évaluation lors de mise en place des Expérimentations sur les Nouveaux Modes de Rémunération.

Cette exigence, retrouvée dans certains réseaux doit conduire à mieux définir les tâches de coordination et a des effets sur les façons de travailler et de tenir compte de la collégialité et de l'inter professionnalité.⁵⁶

Plus largement, la question de la transmission des informations entre professionnels de santé fait partie des enjeux relevés par la Stratégie Nationale de Santé. Le point 10 des recommandations du comité des sages⁵⁷ s'intitule ainsi : « Aider à la

⁵⁵ DRIESLA P., *Cueillette bibliographique des obstacles à la réforme des soins de santé en faveur des soins de première ligne*, Santé conjugée (n°37).2006. [42]

⁵⁶ ROBELET M., *La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles*. Revue française des affaires sociales, 2005 (n°1), p231-260. [43]

⁵⁷ CORDIER A., *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations du comité des « sages »*. Juin 2013. [17]

transmission d'informations entre professionnels de santé» et le rapport relève ensuite : « La transmission d'informations entre professionnels de santé doit devenir un élément culturel, parce qu'elle fait intégralement partie du soin et de l'accompagnement, La nécessité est reconnue d'une homogénéisation des règles de partage et d'échange quelque soit le lieu de soin. »

Les résultats montrent aussi qu'un travail pourrait être poursuivi pour comprendre pourquoi les relations avec l'hôpital et l'HAD apparaissent difficile pour la grande majorité des professionnels de santé répondant à l'enquête, quel que soit leur profession.

Dans le cadre d'une prise en charge globale des soins des patients, le lien avec les services sociaux pourrait également être exploré. L'hypothèse de « deux systèmes séparés » s'est confirmée, les acteurs sociaux étant rarement cités pour ré-adresser les patients.

VI.2.2 Des précisions à apporter aux questionnaires

Le taux de recueil permet d'obtenir un échantillon représentatif pour trois des quatre professions concernées. Ce résultat permet d'utiliser les données pour proposer un état des lieux du profil, des activités, des perspectives et de la satisfaction des professionnels de santé du territoire pour les masseurs-kinésithérapeutes, médecins et pharmaciens et proposer quelques pistes de réflexion pour le territoire. Cela permet également d'imaginer garder cet outil pour réévaluer la situation à moyen terme.

Le taux de recueil chez les infirmiers est revanche trop faible pour être complètement satisfaisant. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat. :

- La méthode du questionnaire est impersonnelle (Les médecins ont par exemple bénéficié d'un contact direct lors de la répartition des gardes). De plus, beaucoup d'infirmiers sont récemment installés sur le territoire, la COSSE n'étant pas forcément repérée.

- Malgré l'aide d'une infirmière pour élaborer le questionnaire, la grille des horaires ne tenait pas compte du dimanche, journée travaillée pour les infirmières. Le questionnaire pouvait sembler d'emblée inadapté à leurs préoccupations.

- Une étude par l'URPS infirmier sur l'organisation du travail était en attente au moment du questionnaire réalisé avec la CASE, celui-ci a pu être perçu comme inutile ou redondant.

Au vu des réponses obtenues, certaines rubriques semblent devoir être complétées ou mieux expliquées.

- La question sur l'année d'installation manque peut-être de précision. On aurait préféré connaître l'année d'installation sur la CASE et si c'était la première installation. Les installations récentes n'étant pas si rares, une question sur un lien entre les lieux de stages en ambulatoire, les lieux de remplacement et le lieu d'installation, pourrait également être intéressante pour mieux comprendre la dynamique et l'attractivité du territoire.

- Dans le questionnaire médecin, les moyens de communication avec les autres professionnels n'ont pas été abordés. Lors de la réalisation du questionnaire, les médecins se sont intéressés au logiciel de gestion de cabinet utilisé, imaginant intégrer essentiellement des comptes-rendus dans leur dossier. C'est en préparant les

questionnaires avec les autres professionnels que s'est posée la question de la communication des informations (comptes-rendus et changements de traitements après hospitalisation par exemple).

- Les questions sur les différents statuts lors de travail en groupe ont été globalement mal comprises. Le statut de collaborateur, assistant, adjoint est souvent assimilé à celui d'associé, et ne permet pas de faire la part des choses pour cet état des lieux.

- De même, chez les médecins, la différence entre l'Évaluation des Pratiques Professionnelles et la Formation Médicale Continue n'est pas bien comprise, les organismes cités en réponse à l'une des questions correspondant en fait à l'autre catégorie.

- Les résultats de la question sur la participation à une association ou un réseau sont étonnants. Peu de répondants remplissent ces champs. La question peut être mal comprise, ou la participation à ces réseaux n'est pas une préoccupation pour les acteurs de santé du territoire. Ce constat reste une surprise, l'actualité médicale et générale faisant régulièrement écho de ces propositions et les recommandations de prise en charge des patients reposant souvent sur ces organisations.

VI.2.3 Des perspectives

VI.2.3.1 Perspectives de diagnostics territoriaux

L'ensemble du territoire français, et particulièrement la Haute-Normandie, est concerné par la problématique de la réorganisation des soins de premier recours. La démarche de diagnostic est en cours sur plusieurs territoires, soutenue par l'URPS ML.

A partir des questionnaires réalisés, plusieurs études ont ainsi été menées : à Évreux pour les médecins généralistes (39 professionnels) ; sur la Communauté de Communes Caux Vallée de Seine pour les médecins généralistes et pharmaciens (22 professionnels) ; et sur la Communauté de Communes Eure Madrie Seine pour tous les professionnels libéraux (38 professionnels).

D'autres diagnostics sont envisagés, en particulier autour de Saint Valéry-en-Caux et le Pays Roumois pour 2014.

VI.2.3.2 Perspectives sur la CASE

Les résultats de l'enquête ont été relus par le bureau de la COSSE. Plusieurs points ont été retenus pour des propositions rapides et concrètes.

Une présentation des résultats a été réalisée lors de la première soirée de la COSSE, le 30 janvier 2014. La soirée invitait tous les professionnels de santé du territoire ainsi que les représentants de la CASE, de l'ARS, du CLIC, certains professionnels de santé du CHI d'Elbeuf.

L'intérêt d'un regard croisé des différentes professions sur l'accès aux soins a été soulevé : les pharmaciens semblent moins satisfaits de l'accès aux soins des médecins généralistes que les autres professions. Leur position dans l'offre de soins, en accès libre et direct, les met en contact avec une population peut-être différente de celle que rencontrent les autres professionnels. Ce constat renforce l'idée de la nécessité d'une approche pluri-professionnelle pour la réflexion sur l'organisation de l'offre de soins primaires. Elle encourage à une enquête auprès des associations de patients ou de

partenaires sociaux afin de mieux percevoir la réalité de l'accès aux soins sur le territoire.

A la suite des remarques au sujet de la lourdeur des tâches administratives, une proposition de secrétariat mutualisé a été faite. La structure de la COSSE permettrait de faciliter les démarches d'employeur pour les libéraux.

La proposition de secrétariat mutualisé a également été étendue à la gestion des rendez-vous. Le surbooking des médecins est une réalité et l'accès aux soins pourrait être facilité avec un agenda web commun, les professionnels mettant en ligne leurs créneaux disponibles pour les demandes de rendez-vous du jour. Une fiche de synthèse du dossier du patient pourrait être jointe pour une prise en charge optimale.

Les relations avec l'hôpital ne semblent pas complètement satisfaisantes. Un travail autour du parcours de soins de la personne âgée fragile est en cours. La mise en place des Équipes Mobiles d'Évaluation à Domicile (EMED) et des Coordinations Clinique de Proximité devrait permettre de renforcer la coordination ville-hôpital et de mieux prendre en charge ces patients complexes.

La COSSE souhaite également poursuivre son module d'Éducation Thérapeutique du Patient sur le diabète, et étendre l'Éducation Thérapeutique du Patient à d'autres pathologies chroniques.

VII Conclusion

Au delà des contraintes économiques et démographiques ou de la complexification de certaines prises en charge, les soins primaires se renouvellent du fait de la volonté des professionnels de santé et des acteurs territoriaux, en vue de travailler ensemble et d'offrir des soins de qualité.

Toute amélioration nécessite en premier lieu de bien connaître la situation initiale, les forces et les faiblesses du dispositif déjà en place.

Ce travail de diagnostic territorial permet de mieux connaître les professionnels de santé présents sur la CASE, leurs modalités de travail, de gestion de leurs dossiers et les liens professionnels qui les unissent déjà. Il propose quelques pistes au vu des atouts et des difficultés rapportés par les répondants. Il met ainsi en valeur un territoire qui reste dynamique par sa démographie et par l'implication de ses acteurs dans leur formation, celle des futurs professionnels de santé et leur investissement dans les technologies de l'information et la communication.

Un système de santé est d'autant plus efficace sur les indicateurs de santé et d'autant plus satisfaisant pour ses usagers qu'il est tourné vers les soins primaires et que ceux-ci sont coordonnés. L'OMS va plus loin, déclarant dans son Rapport sur la santé dans le monde 2003 que « *si la qualité des soins dépend dans une certaine mesure des caractéristiques individuelles du personnel soignant, les niveaux de performance sont bien davantage fonction de l'organisation du système de soins où s'effectue le travail.* »⁵⁸.

Une telle organisation demande une réflexion sur les représentations de chacun du soin de premier recours et repose sur la volonté de travailler ensemble à une coordination des soins. F-X Schweyer analyse ainsi la dynamique des réseaux de soins : « *Les réseaux qui fonctionnent ne font que systématiser des liens qui existent déjà, ils ne les créent pas. (...) Ce ne sont pas les procédures ou les outils qui structurent les réseaux mais une certaine conception du soin* »⁵⁹.

En France, et sur la CASE, les soins primaires sont en grande majorité assurés par des professionnels de santé libéraux (environ 300 millions de consultations par les médecins généralistes libéraux pour 15 millions de consultations aux urgences). La difficulté d'une coordination réside donc également dans le respect d'un équilibre entre la liberté de fonctionnement de chacun et l'harmonisation des pratiques, en vue d'une amélioration de la qualité des soins.

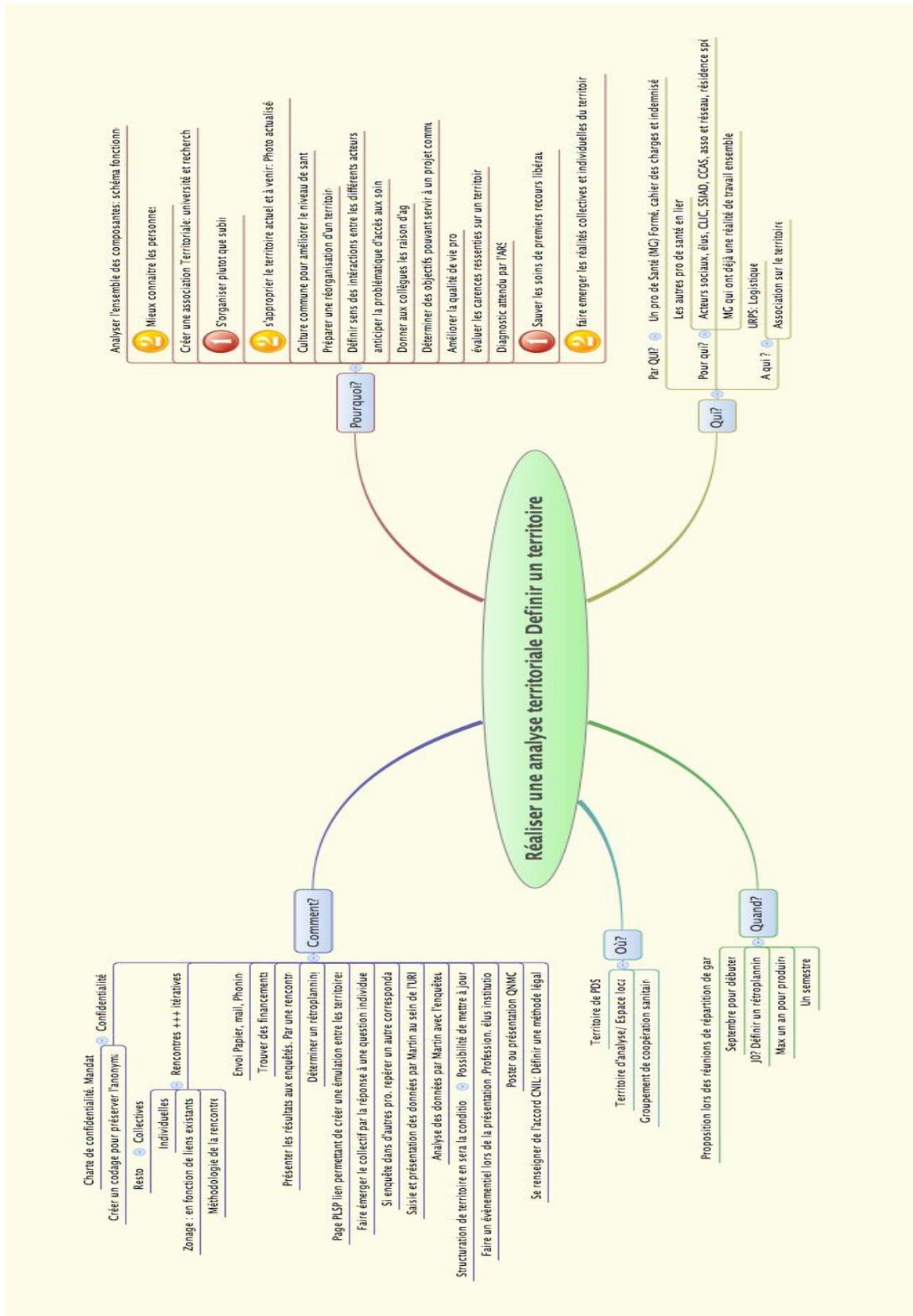
Ce travail offre la possibilité à la COSSE de proposer un outil de dynamisation du territoire afin que chaque professionnel libéral puisse œuvrer à un véritable parcours de santé coordonné pour la population.

⁵⁸ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. 2003. [8]

⁵⁹ SCHWEYER F.-X., *Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils*, 2005. [42]

VIII Annexes

Annexe 1 : Synthèse du séminaire URPS



Annexe 2 : Justification des questions

Justification des questions Infirmiers Diplômés d'État

Profil

Indicateur	objet	remarque
Nom Prénom	Savoir qui a répondu	Le non anonymat des réponses peut être un frein. Ces informations sont donc facultatives et peuvent ne pas être liées à la base d'enquête. Si non liée, permet de savoir qui a répondu et de l'informer des résultats. Si liée, permet éventuellement une mise à jour des données par la création de fiches nominatives (en ligne ou pas)
Adresse mail, tél, mobile, fax:	Être en mesure d'informer les répondants. Idéalement permet de constituer une base de coordonnées des acteurs impliqués sur le territoire	
Sexe	Mesure du sex-ratio	La féminisation de la profession peut justifier des organisations nouvelles
Année de naissance	Age moyen par sexe, pyramide des âges, analyse des pratiques par génération etc.	Permet une projection à terme de la démographie
Commune d'exercice	Cartographie	
Commune de résidence	Mesure des distances acceptée pour se rendre sur le lieu de travail	En milieu rural, de nombreux médecins n'habitent pas sur leur lieu d'exercice.
Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice		
Année d'installation dans la commune	Ancienneté et renouvellement des professionnels	Indicateur d'attractivité
Mode d'exercice (libéral, mixte)	Diversification des modes	Souhaité par les jeunes générations
Type d'exercice (groupe seul)	Diversification des types	Analyser les possibilités éventuelles de regroupements
Diplôme complémentaire	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients
Exercice particulier	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients
Prise en charge des toilettes	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients
Prise en charge patients en fin de vie	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients. Analyse des travaux coordonnés

Organisation du travail

Indicateur	objet	remarque
½ journée de travail par semaine. Permanence fixe au cabinet	Connaître l'offre de soins par demi-journée	Dans le cadre d'une organisation éventuelle de la continuité des soins.
Nombre de jours de congés par an	Offre de soins durant les vacances	Idem
Structures en lien	Dynamique de collaboration	
Prise de nouveaux patients	Disponibilité de l'offre	Permet de savoir éventuellement de savoir où orienter les patients
Modalité de gestion des patients non programmés	Élément qui perturbe fortement l'organisation de la fluidité des soins	Dans le cadre d'une organisation mutualisée de la continuité des soins
Organisation de la continuité des soins	Harmonisation des outils. Lisibilité des contacts lors des gardes.	
Prise d'un remplaçant	Attractivité du secteur et continuité des soins	La mutualisation du remplacement peut être intéressante.
Réunions d'organisation de cabinet	Dynamique de collaboration	De nombreux cabinets de groupe ne se réunissent que rarement.
Ré orientation des patients	Travail interprofessionnel	
Moyen de communication préféré	Travail interprofessionnel	Harmonisation des pratiques. Harmonisation des pratiques. Mise à jour des dossiers médicaux. Facilité de l'échange interprofessionnel.

Informatisation

Indicateur	objet	remarque
Logiciel métier	Connaître les logiciels utilisés et la culture de partage des dossiers	Possibilité de partager les dossiers et de créer sur le territoire une banque de données « standardisée » d'activité
Dossier patient	Connaître l'organisation du travail. Travail interprofessionnel.	
Télétransmission	Base de l'informatisation	
Messagerie professionnelle	Base de l'informatisation. Possibilité de communication	
Messagerie cryptée	Possibilité de communication sécurisée	

Formation et encadrement

Indicateur	objet	remarque
Participation à un groupe de formation professionnelle	Recensement des organismes de formation	
Accueil de stagiaires	Élément essentiel de l'attractivité du territoire et du potentiel de renouvellement	
Participation à des Associations / réseaux	Dynamique locale et implantation des réseaux	

Perspectives :

Indicateur	objet	remarque
Professionnelles	Réduction d'activité, diversification etc.	
Informatiques	Important pour tenter d'harmoniser les outils	
Autres :		
Droit de prescription	Travail interprofessionnel.	
Année envisagée de cessation d'activité	Pas forcément lié à l'âge, permet d'affiner les perspectives	

Votre opinion nous intéresse

Questions variables en fonction de l'état d'avancement du projet. Soit diagnostic des difficultés, volonté de changement, satisfaction des organisations mises en place etc...

Commentaires libres

Justification des questions masseurs-kinésithérapeutes

Profil

Indicateur	objet	remarque
Nom Prénom	Savoir qui a répondu	Le non anonymat des réponses peut être un frein. Ces informations sont donc facultatives et peuvent ne pas être liées à la base d'enquête. Si non liée, permet de savoir qui a répondu et de l'informer des résultats. Si liée, permet éventuellement une mise à jour des données par la création de fiches nominatives (en ligne ou pas)
Adresse mail, tél, mobile, fax:	Être en mesure d'informer les répondants. Idéalement permet de constituer une base de coordonnées des acteurs impliqués sur le territoire	
Sexe	Mesure du sex-ratio	La féminisation de la profession peut justifier des organisations nouvelles
Année de naissance	Age moyen par sexe, pyramide des âges, analyse des pratiques par génération etc.	Permet une projection à terme de la démographie
Commune d'exercice	Cartographie	
Commune de résidence	Mesure des distances acceptée pour se rendre sur le lieu de travail	En milieu rural, de nombreux médecins n'habitent pas sur leur lieu d'exercice.
Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice		
Année d'installation dans la commune	Ancienneté et renouvellement des professionnels	Indicateur d'attractivité
Mode d'exercice (libéral, mixte)	Diversification des modes	Souhaité par les jeunes générations
Type d'exercice (groupe seul)	Diversification des types	Analyser les possibilités éventuelles de regroupements
Exercice particulier	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients
Diplômes complémentaires	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients

Organisation du travail

Indicateur	objet	remarque
½ journée de travail par semaine	Connaître l'offre de soins par demi-journée	Dans le cadre d'une organisation éventuelle de la continuité des soins.
Nombre de jours de congés par an	Offre de soins durant les vacances	Idem
Visites à domicile	Offre de soins	
Travail dans d'autres structures	Offre de soins. Travail Coordonné	Mise en place de protocoles sur des structures communes.
Participation à un réseau de garde	Offre de soins	
Prise d'un remplaçant	Attractivité du secteur et continuité des soins	La mutualisation du remplacement peut être intéressante.
Ré orientation des patients	Travail interprofessionnel	
Moyen de communication préféré	Travail interprofessionnel	Harmonisation des pratiques. Harmonisation des pratiques. Mise à jour des dossiers médicaux. Facilité de l'échange interprofessionnel.
Réunions d'organisation de cabinet	Dynamique de collaboration	De nombreux cabinets de groupe ne se réunissent que rarement.

Informatisation

Indicateur	objet	remarque
Logiciel métier	Connaître les logiciels utilisés et la culture de partage des dossiers	Possibilité de partager les dossiers et de créer sur le territoire une banque de données « standardisée » d'activité
Télétransmission	Base de l'informatisation d'un cabinet	
Messagerie professionnelle	Base de l'informatisation. Possibilité de communication	
Messagerie cryptée	Possibilité de communication sécurisée	

Formation et encadrement

Indicateur	objet	remarque
Participation à de la formation professionnelle	Recensement des organismes de formation	
Participation à un groupe d'échange de pratiques	Idem	
Tuteur de stage	Élément essentiel de l'attractivité du territoire et du potentiel de renouvellement	
Participation à des Associations / réseaux	Dynamique locale et implantation des réseaux	

Perspectives :

Indicateur	objet	remarque
Professionnelles	Réduction d'activité, diversification etc.	
Informatiques	Important pour tenter d'harmoniser les outils	
Autres :		
Droit de prescription	Travail interprofessionnel.	
Évolution vers l'accès direct	Évolution du métier. Offre de soins	
Année envisagée de cessation d'activité	Pas forcément lié à l'âge, permet d'affiner les perspectives	

Votre opinion nous intéresse

Questions variables en fonction de l'état d'avancement du projet. Soit diagnostic des difficultés, volonté de changement, satisfaction des organisations mises en place etc...

Commentaires libres

Justification des questions Médecins

Profil

Indicateur	objet	remarque
Nom Prénom	Savoir qui a répondu	Le non anonymat des réponses peut être un frein. Ces informations sont donc facultatives et peuvent ne pas être liées à la base d'enquête. Si non liée, permet de savoir qui a répondu et de l'informer des résultats. Si liée, permet éventuellement une mise à jour des données par la création de fiches nominatives (en ligne ou pas)
Adresse mail, tél, mobile, fax:	Être en mesure d'informer les répondants. Idéalement permet de constituer une base de coordonnées des acteurs impliqués sur le territoire	
Sexe	Mesure du sex-ratio	La féminisation de la profession peut justifier des organisations nouvelles
Année de naissance	Age moyen par sexe, pyramide des âges, analyse des pratiques par génération etc.	Permet une projection à terme de la démographie
Commune d'exercice	Cartographie	
Commune de résidence	Mesure des distances acceptée pour se rendre sur le lieu de travail	En milieu rural, de nombreux médecins n'habitent pas sur leur lieu d'exercice.
Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice		
Année d'installation dans la commune	Ancienneté et renouvellement des professionnels	Indicateur d'attractivité
Mode d'exercice (libéral, mixte)	Diversification des modes	Souhaité par les jeunes générations
Type d'exercice (groupe seul)	Diversification des types	Analyser les possibilités éventuelles de regroupements
Exercice particulier	Diversité de l'offre	Les modes d'exercice particulier sont comptés en « Généraliste » sans offrir le même service
Actes techniques réalisés	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients

Organisation du travail

Indicateur	objet	remarque
½ journée de travail par semaine	Connaître l'offre de soins par demi-journée	Dans le cadre d'une organisation éventuelle de la continuité des soins.
Nombre de jours de congés par an	Offre de soins durant les vacances	Idem
Visites à domicile	Offre de soins	
Prise de nouveaux patients	Disponibilité de l'offre	Permet de savoir éventuellement de savoir où orienter les patients
Modalité de gestion des patients non programmés	Élément qui perturbe fortement l'organisation de la fluidité des soins	Dans le cadre d'une organisation mutualisée de la continuité des soins
Participation à la permanence des soins	Devenir de la permanence des soins	
Prise d'un remplaçant	Attractivité du secteur et continuité des soins	La mutualisation du remplacement peut être intéressante.
Réunions d'organisation de cabinet	Dynamique de collaboration	De nombreux cabinets de groupe ne se réunissent que rarement.

Informatisation

Indicateur	objet	remarque
Logiciel métier	Connaître les logiciels utilisés et la culture de partage des dossiers	Possibilité de partager les dossiers et de créer sur le territoire une banque de données « standardisée » d'activité
Télétransmission	Base de l'informatisation d'un cabinet	
Messagerie cryptée	Possibilité de communication sécurisée	

Formation et encadrement

Indicateur	objet	remarque
Participation à un groupe de FMC	Recensement des organismes de FMC	
Participation à un groupe d'échange de pratiques	Idem	
Maître de stage	Élément essentiel de l'attractivité du territoire et du potentiel de renouvellement	
Participation à des Associations / réseaux	Dynamique locale et implantation des réseaux	

Perspectives :

Indicateur	objet	remarque
Professionnelles	Réduction d'activité, diversification etc.	
Informatiques	Important pour tenter d'harmoniser les outils	
Autres :		
Année envisagée de cessation d'activité	Pas forcément lié à l'âge, permet d'affiner les perspectives	

Votre opinion nous intéresse

Questions variables en fonction de l'état d'avancement du projet. Soit diagnostic des difficultés, volonté de changement, satisfaction des organisations mises en place, etc...

Commentaires libres

Justification des questions Pharmaciens

Profil

Indicateur	objet	remarque
Nom Prénom	Savoir qui a répondu	Le non anonymat des réponses peut être un frein. Ces informations sont donc facultatives et peuvent ne pas être liées à la base d'enquête. Si non liée, permet de savoir qui a répondu et de l'informer des résultats. Si liée, permet éventuellement une mise à jour des données par la création de fiches nominatives (en ligne ou pas)
Adresse mail, tél, mobile, fax:	Être en mesure d'informer les répondants. Idéalement permet de constituer une base de coordonnées des acteurs impliqués sur le territoire	
Sexe	Mesure du sex-ratio	
Année de naissance	Age moyen par sexe, pyramide des âges, analyse des pratiques par génération etc.	Permet une projection à terme de la démographie
Commune d'exercice	Cartographie	
Commune de résidence	Mesure des distances acceptées pour se rendre sur le lieu de travail	En milieu rural, de nombreux médecins n'habitent pas sur leur lieu d'exercice.
Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice		
Année d'installation dans la commune	Ancienneté et renouvellement des professionnels	Indicateur d'attractivité
Exercice associé(maison de retraite, hôpital)	Diversification des modes	
Type d'exercice (associé, salariés)	Diversification des types	Diversité des acteurs et des implications selon le titulaire ou les salariés. Salariés « interchangeables » dans le cas de nouvelles missions ?
Agrément	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients
Activités spécialisés	Diversité de l'offre	Permet éventuellement d'orienter les patients

Organisation du travail

Indicateur	objet	remarque
½ journée de travail par semaine Nombre de pharmacien présent	Connaître l'offre de soins par demi-journée	Dans le cadre d'une organisation éventuelle de la continuité des soins. Dans le cadre de l'accès libre aux entretiens individuels avec les patients
Nombre de jours de congés par an	Offre de soins durant les vacances	Idem
Délivrance à domicile	Offre de soins	
Ré orientation des patients	Travail interprofessionnel	
Moyen de communication préféré	Travail interprofessionnel	Harmonisation des pratiques. Harmonisation des pratiques. Mise à jour des dossiers médicaux. Facilité de l'échange interprofessionnel.
Espace de confidentialité	Perspectives de transfert de tâches	Les nouvelles missions du pharmacien peuvent être limitées ne serait-ce que par la possibilité d'un espace confidentiel pour un entretien avec les patients
Local d'application	Perspectives de transfert de tâches	
Participation à la permanence des soins	Devenir de la permanence des soins	
Prise d'un remplaçant	Attractivité du secteur et continuité des soins	La mutualisation du remplacement peut être intéressante.
Réunions d'organisation de l'équipe officinale interne	Dynamique de collaboration	De nombreuses officines ne se réunissent que rarement.

Informatisation

Indicateur	objet	remarque
Messagerie professionnelle	Base de l'informatisation. Possibilité de communication	
Messagerie cryptée	Possibilité de communication sécurisée	

Formation et encadrement

Indicateur	objet	remarque
Participation à des formations professionnelles	Recensement des organismes, des thèmes	Complémentarité possible entre les membres de la même pharmacie
Maître de stage	Élément essentiel de l'attractivité du territoire et du potentiel de renouvellement	
Participation à des Associations / réseaux	Dynamique locale et implantation des réseaux	

Perspectives :

Indicateur	objet	remarque
Professionnelles	Réduction d'activité, diversification etc.	
Informatiques	Important pour tenter d'harmoniser les outils	
Répartition sur le territoire	Devenir	Perception des professionnels en fonction de leur connaissance du terrain
Nouvelles missions du pharmacien	Évolution du métier	Intérêt, possibilité pratique de mise en application
Année envisagée de cessation d'activité	Pas forcément lié à l'âge, permet d'affiner les perspectives	

Votre opinion nous intéresse

Questions variables en fonction de l'état d'avancement du projet. Soit diagnostic des difficultés, volonté de changement, satisfaction des organisations mises en place etc...

Commentaires libres

Annexe 3 : Courriers et questionnaires adressés aux professionnels de santé

Caroline Debaecker
114 rue Pinchon
76230 Bois-Guillaume
06 82 54 64 39
carolinedebaecker@hotmail.com

Le 20/07/12

Cher confrère, chère consœur,

Interne en Médecine Générale, je réalise ma thèse sur l'analyse territoriale et la mise en place d'un outil pour cette analyse.

Les données disponibles sur C@rtosanté ou les présentations de l'ARS semblent limitées pour faire face aux problématiques d'organisation de travail actuelles et à venir (problèmes démographiques, nouvelles modalités de travail nécessitant une organisation en réseaux...). L'objectif de cette analyse est de faire un état des lieux précis des ressources en soins de premier recours sur un territoire.

Dans le cadre de l'internat, j'ai découvert la CASE (Communauté d'Agglomération Seine Eure) grâce à trois stages en ambulatoire lors desquels vous m'avez peut-être accueillie ou croisée. Je remplace actuellement régulièrement dans plusieurs cabinets de ce territoire. C'est donc tout naturellement que je m'intéresse à celui-ci pour mon travail de thèse.

Par ailleurs, la CASE bénéficie d'un Réseau Local de Promotion de la Santé et l'analyse territoriale s'intègre dans le Contrat Local de Santé. Ce projet d'analyse est porté par la COSSE (COordination Santé Seine Eure), l'association des professionnels de santé libéraux.

Je me permets donc de vous adresser ce questionnaire, préparé avec l'aide de Sandrine Bridier-Ferré (infirmière à Pîtres), pour élaborer l'analyse territoriale sur la CASE.

L'implication de la COSSE et la participation du Dr Pascal Julienne et de Sandrine Bridier-Ferré, m'apporteront un soutien précieux pour le recueil et l'anonymisation des données ; ainsi que la restitution des résultats, lors d'une présentation pour vous (envisagée à l'hiver 2012-2013).

Vos coordonnées vous sont demandées pour me faciliter la relance des non répondants et pour permettre de « profiter » de ce recueil pour la mise en place d'un projet particulier si une thématique pratique se dégage (demande de formation...).

Vous avez évidemment la possibilité de ne pas répondre à certaines questions, en renvoyant tout de même le questionnaire, si vous ne souhaitez pas communiquer certaines informations.

Je reste à votre disposition pour toute question ou remarque.

Je vous remercie par avance du temps que vous pourrez m'accorder pour ce travail et vous prie de recevoir mes sincères salutations.

Caroline Debaecker

Coordonnées

Nom Prénom : _____

Adresse mail : _____

Tél _____ Fax _____ Mobile _____

Sexe : M F Année de naissance : \ _____ \

Commune de résidence : _____

Commune d'exercice _____

Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice : \ _____ \ mn

Année d'installation dans la commune : \ _____ \

Mode d'exercice : Libéral intégral Exercice mixte (% Salariat _____) Etablissements : _____Type d'exercice : Seul En groupe Nbre d'associés IDE _____

Nbre de collaborateurs IDE _____

 En maison médicale ou groupe pluridisciplinaire

Diplômes complémentaires: (DIU, DU...) _____

Exercice particulier (Soins demandant une actualisation des compétences, un protocole thérapeutique). Lesquels ? : _____Prenez-vous en charge les patients pour toilettes ? Non Oui

Prenez-vous en charge les patients en fin de vie ?

 Non. De quels relais disposez-vous ? (associations, réseaux collègues ...) _____ Oui. Avec qui travaillez-vous alors ? (associations, réseaux collègues ...) _____

Organisation du travail

Nombre de demies journées de travail par semaine (quels horaires ?)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Après-Midi						

Permanence fixe au cabinet : Non Oui

Si oui sur rendez-vous libre

Quels horaires ? _____

Pouvez vous citer les structures avec lesquelles vous travaillez ? (EHPAD, Maison de retraite, associations, réseaux, services sociaux...)

Prise de nouveaux patients ? Oui Non

Modalité de gestion des patients non programmés ?

Prise en charge sur la journée Reportée Refusée

Comment organisez-vous la continuité des soins ? (partage de dossiers ? transmissions ciblées ? / Avec qui ? / Quel moyen de communication ? (transfert automatique sur portable, téléphone dédié...))

Réunions d'organisation de cabinet : Non Oui (Fréquence) ____\ fois par an

Nombre de jours de congés par an : _____ Hors vacances scolaires

Durant les vacances scolaires

Prenez vous un remplaçant pendant vos congés :

Jamais Parfois Souvent Toujours

Informatisation / Communication

Logiciel métier : Non Oui (Fournisseur : _____)

Dossier de soins patient : Non Oui

⇒

Où se trouve-t-il ? Au domicile du patient

A votre cabinet

Autre (Précisez _____)

Partagé avec les autres IDE (dossier papier ou informatisé): Non Oui

Télétransmission : Non Oui

Utilisez vous une adresse mail professionnelle ? Non Oui

Messagerie cryptée : Non Oui (Fournisseur : _____)

Vous arrive t il de ré adresser vos patients vers d'autres professionnels ?

	Jamais	Rarement	Régulièrement	Souvent	Très souvent
Médecin					
Pharmacien					
Kinésithérapeute					
Service social					
Association, réseaux					

Quel mode de communication préférez vous pour des échanges professionnels ?

	Téléphone	Mail	Courier	Contact direct	Autre
Avec les IDE du cabinet					
Avec les médecins					
Avec les pharmaciens					
Avec les kinésithérapeutes					
Avec les laboratoires					
Avec les autres professionnels					

Formation et encadrement

Participation à de la formation professionnelle Oui Non J'aimerais

Si oui la(es)quelle(s) : _____

Accueil d'élèves IDE en stage ? : Non Oui

Participation à des Associations / réseaux (syndicat, URPS, ordre, réseau de santé...) :

Non Oui Domaine de la santé (spécifier) : _____

Hors domaine de la santé (spécifier) _____

Perspectives :

Envisagez vous une modification de votre exercice (mode d'exercice, temps de travail, regroupement, formation, départ etc.) et sous quel délai ?

Professionnelles : _____

Informatiques : _____

Autres (Travail sur le DMP, le partage des informations sur le patient, nouvelles missions, nouvelles compétences...): _____

Utilisez-vous votre droit de prescription ?

Oui. Non

Pourquoi ? _____

Année envisagée de cessation d'activité : \ _____ \

Votre opinion nous intéresse :

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui	Sans opinion
Vous êtes satisfait de vos conditions d'exercice	<input type="checkbox"/>				
Les patients de votre secteur ont facilement accès aux soins d'une IDE	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de l'accès aux soins de vos patients (généralistes, spécialistes, autres professionnels de santé)	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de vos relations avec les autres professionnels					
- Infirmiers	<input type="checkbox"/>				
- Médecins généralistes	<input type="checkbox"/>				
- Médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>				
- Masseurs Kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>				
- Pharmaciens	<input type="checkbox"/>				
- Services sociaux	<input type="checkbox"/>				
- Etablissements hospitaliers	<input type="checkbox"/>				
- HAD	<input type="checkbox"/>				

Suggestions et remarques

Caroline Debaecker
114 rue Pinchon
76230 Bois-Guillaume
06 82 54 64 39
carolinedebaecker@hotmail.com

Le 27/06/12

Cher confrère, chère consœur,

Interne en Médecine Générale, je réalise ma thèse sur l'analyse territoriale et la mise en place d'un outil pour cette analyse.

Les données disponibles sur C@rtosanté ou les présentations de l'ARS semblent limitées pour faire face aux problématiques d'organisation de travail actuelles et à venir (problèmes démographiques, nouvelles modalités de travail nécessitant une organisation en réseaux...). L'objectif de cette analyse est de faire un état des lieux précis des ressources en soins de premier recours sur un territoire.

Dans le cadre de l'internat, j'ai découvert la CASE (Communauté d'Agglomération Seine Eure) grâce à trois stages en ambulatoires lors desquels vous m'avez peut-être accueillie ou croisée. Je remplace actuellement régulièrement dans plusieurs cabinets de ce territoire. C'est donc tout naturellement que je m'intéresse à ce territoire pour mon travail de thèse.

Par ailleurs, la CASE bénéficie d'un Réseau Local de Promotion de la Santé et l'analyse territoriale s'intègre dans le Contrat Local de Santé. Ce projet d'analyse est porté par la COSSE (COordination Santé Seine Eure), l'association des professionnels de santé libéraux.

Je me permets donc de vous adresser ce questionnaire préparé avec l'aide de Michelle Leclerc (URPS des masseurs-kinésithérapeutes) et Nadège Bourlette (masseur-kinésithérapeute libérale au Vaudreuil) pour élaborer l'analyse territoriale sur la CASE.

L'implication de la COSSE et la participation de Nadège Bourlette et Pascal Julienne m'apporteront un soutien précieux pour le recueil et l'anonymisation des données et la restitution des résultats lors d'une présentation pour vous (envisagée à l'hiver 2012-2013).

Vos coordonnées vous sont demandées pour me faciliter la relance des non répondants et pour permettre de « profiter » de ce recueil pour la mise en place d'un projet particulier si une thématique pratique se dégage (demande de formation...).

Vous avez évidemment la possibilité de ne pas répondre à certaines questions en renvoyant tout de même le questionnaire si vous ne souhaitez pas communiquer certaines informations.

Je reste à votre disposition pour toute question ou remarque.

Je vous remercie par avance du temps que vous pourrez m'accorder pour ce travail et vous prie de recevoir mes sincères salutations.

Caroline Debaecker

Coordonnées

Nom Prénom : _____

Adresse mail : _____

Tél _____ Fax _____ Mobile _____

Sexe : M F Année de naissance : \ _____ \

Commune de résidence : _____

Commune d'exercice _____

Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice : \ _____ \ mn

Année d'installation dans la commune : \ _____ \

Mode d'exercice : Libéral intégral Exercice mixte (% Salariat _____) Etablissements : _____Type d'exercice : Seul En groupe (Nbre d'associés MK _____ Nbre de collaborateurs _____)Exercice particulier (uro-gynéco, respiratoire, ostéopathie...):

Diplômes complémentaires: (Master, DIU, DU...) _____

Organisation du travail

½ journée de travail par semaine (cocher les cases)

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
Cabinet+Domicile	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Autre activité	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

Nombre de jours de congés par an : _____ Hors vacances scolaires Durant les vacances scolaires

Prenez vous un remplaçant pendant vos congés :

 Jamais Parfois Souvent ToujoursVisites à domicile : Non Oui

**Dans votre temps de travail, avez-vous des créneaux réguliers dans des structures ?
Lesquelles ? (EHPAD, Maison de retraite, associations, réseaux, services sociaux...)**

Participation à un réseau de garde : Non Oui

Réunions d'organisation de cabinet : Non Oui (Fréquence) \ ____ \ fois par an

Informatisation / Communication

Logiciel métier : Non Oui (Fournisseur : _____)

Partagé avec les autres MK: Non Oui

Télétransmission : Non Oui

Utilisez vous une adresse mail professionnelle ? Non Oui

Messagerie cryptée : Non Oui (Fournisseur : _____)

Vous arrive t il de ré adresser vos patients vers d'autres professionnels de santé ?

	jamais	rarement	Régulièrement	Souvent	Très souvent
médecin					
infirmière					
pharmacien					
service social					
association					

Quel mode de communication préférez vous pour des échanges professionnels ?

	Téléphone	Mail	Courrier	Contact direct	Autre
Avec vos collègues MK					
Avec le médecin prescripteur					
Avec le pharmacien					
Avec l'infirmière					
Avec les autres professionnels					

Formation et encadrement

Participation à de la formation professionnelle Oui Non J'aimerais

Si oui la(es)quelle(s) : _____

Participation à de l'EPP (groupe d'évaluation de pratiques professionnelles) :

Oui Non J'aimerais

Si oui le(s)quel(s) : _____

Tuteur de stage : Non Oui **Formation au tutorat** Non Oui

Participation à des Associations / réseaux (syndicat, URPS, ordre, réseau de santé...) :

Non Oui Domaine de la santé (spécifier) : _____

Hors domaine de la santé (spécifier) : _____

Perspectives :

Envisagez vous une modification de votre exercice (mode d'exercice, temps de travail, regroupement, formation, départ etc.) et sous quel délai ?

Professionnelles : _____

Informatiques : _____

Autres : _____

Etes-vous favorable, dans le cadre des pratiques avancées, à l'évolution de la profession vers un accès direct des patients pour certaines pathologies (bronchiolite, petite traumatologie...)?

Non Oui

Utilisez-vous votre droit de prescription ?

Oui. Non

Pourquoi ? _____

Année envisagée de cessation d'activité : \ _____ \

Votre opinion nous intéresse :

	Nor	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui	Sans opinion
Vous êtes satisfait de vos conditions d'exercice	<input type="checkbox"/>				
Les patients de votre secteur obtiennent facilement un RDV chez un MK	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de l'accès aux soins de vos patients (généralistes, spécialistes, autres professionnels de santé)	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de vos relations avec les autres professionnels					
- Masseurs Kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>				
- Médecins généralistes	<input type="checkbox"/>				
- Médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>				
- Infirmiers	<input type="checkbox"/>				
- Pharmaciens	<input type="checkbox"/>				
- Services sociaux	<input type="checkbox"/>				
- Etablissements hospitaliers	<input type="checkbox"/>				
- HAD	<input type="checkbox"/>				

Suggestions et remarques

Caroline Debaecker
114 rue Pinchon
76230 Bois-Guillaume
06 82 54 64 39
carolinedebaecker@hotmail.com

Le 16/06/12

Cher confrère, chère consœur,

Interne en Médecine Générale, je réalise ma thèse sur l'analyse territoriale et la mise en place d'un outil pour cette analyse.

Les données disponibles sur C@rtosanté ou les présentations de l'ARS semblent limitées pour faire face aux problématiques d'organisation de travail actuelles et à venir (problèmes démographiques, nouvelles modalités de travail nécessitant une organisation en réseaux...). L'objectif de cette analyse est de faire un état des lieux précis des ressources en soins de premier recours sur un territoire.

Dans le cadre de l'internat, j'ai découvert la CASE (Communauté d'Agglomération Seine Eure) grâce à trois stages en ambulatoires sur lors desquels vous m'avez peut-être accueillie ou croisée. Je remplace actuellement régulièrement dans plusieurs cabinets de ce territoire. C'est donc tout naturellement que je m'intéresse à ce territoire pour mon travail de thèse.

Par ailleurs, la CASE bénéficie d'un Réseau Local de Promotion de la Santé et l'analyse territoriale s'intègre dans le Contrat Local de Santé. Ce projet d'analyse est porté par la COSSE (COordination Santé Seine Eure), l'association des professionnels de santé libéraux.

Je me permets donc de vous adresser ce questionnaire préparé avec l'aide d'autres médecins pour élaborer l'analyse territoriale sur la CASE.

L'implication de la COSSE et la participation du Dr Pascal Julienne m'apporteront un soutien précieux pour le recueil et l'anonymisation des données et la restitution des résultats lors d'une présentation pour vous (envisagée à l'hiver 2012-2013).

Vos coordonnées vous sont demandées pour me faciliter la relance des non répondants et pour permettre de « profiter » de ce recueil pour la mise en place d'un projet particulier si une thématique pratique se dégage (informatique, demande de formation...).

Vous avez évidemment la possibilité de ne pas répondre à certaines questions en renvoyant tout de même le questionnaire si vous ne souhaitez pas communiquer certaines informations.

Je reste à votre disposition pour toute question ou remarque.

Je vous remercie par avance du temps que vous pourrez m'accorder pour ce travail et vous prie de recevoir mes sincères salutations.

Caroline Debaecker

Code Anonymisation _____

Coordonnées

Nom Prénom : _____

Adresse mail : _____

Tél _____ Fax _____ Mobile _____

Sexe : M F Année de naissance : \ _____ \

Commune de résidence : _____

Commune d'exercice _____

Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice : \ ____ \ mn

Année d'installation dans la commune : \ _____ \

Mode d'exercice : Libéral intégral
 Exercice mixte (% Salarialat _____) Etablissements : _____

Type d'exercice : Seul
 En groupe (Nbre d'associés MG _____ Nbre de collaborateurs (_)

Exercice particulier (acupuncture, médecine du sport etc.): _____

Actes techniques réalisés : (ECG, DIU, Infiltration etc...) _____

Organisation du travail

½ journée de travail par semaine (cocher les cases)

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
Au cabinet (C+V)	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Autre activité	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

Nombre de jours de congés par an : _____ Hors vacances scolaires
 Durant les vacances scolaires

Visites à domicile : Non Oui

Prise de nouveaux patients Non Oui

Modalité de gestion des patients non programmés : (créneau libre. créneau d'urgence, surbooking...)

Pouvez-vous citer les structures avec lesquelles vous travaillez ? (EHPAD, Maison de retraite, associations, réseaux, services sociaux...)

Participation à la PDS : Oui en Effection Régulation
Non car Exemption Non volontaire

Prise d'un Remplaçant :

Pour les gardes Jamais Parfois Souvent Toujours

Pour les congés Jamais Parfois Souvent Toujours

Jour fixe Jamais Parfois Souvent Toujours

Combien de ½ journées par semaine : ____\

Réunions d'organisation de cabinet : Non Oui (Fréquence) ____\ fois par an

Informatisation

Logiciel métier : Non Oui (Fournisseur : _____)

Partagé avec les autres médecins: Non Oui

Télétransmission : Non Oui

Messagerie cryptée : Non Oui (Fournisseur : _____)

Formation et encadrement

Participation à un groupe de FMC Oui Non J'aimerais

Si oui lequel : _____

Participation à un groupe d'échange de pratiques : Oui Non J'aimerais

Si oui lequel : _____

Maître de stage : Non Oui (Externe interne premier niveau SASPAS)

Participation à des Associations / réseaux :

Non Oui Domaine de la santé (spécifier) : _____

Hors domaine de la santé (spécifier) : _____

Perspectives :

Envisagez vous une modification de votre exercice (mode d'exercice, temps de travail, regroupement, formation, départ etc) et sous quel délai ?

Professionnelles : _____

Informatiques : _____

Autres : _____

Année envisagée de cessation d'activité : \ _____ \

Votre opinion nous intéresse :

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui	Sans opinion
Vous êtes satisfait de vos conditions d'exercice	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de l'organisation de la permanence des soins	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de l'accès aux soins de vos patients (médecin généraliste)	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de l'accès aux soins de vos patients (autres correspondants)	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de vos relations avec les autres professionnels					
- Confrères généralistes	<input type="checkbox"/>				
- Autres spécialités médicales	<input type="checkbox"/>				
- Plateaux techniques (radio, laboratoires)	<input type="checkbox"/>				
- Infirmiers	<input type="checkbox"/>				
- Pharmaciens	<input type="checkbox"/>				
- Kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>				
- Services sociaux	<input type="checkbox"/>				
- Etablissements hospitaliers	<input type="checkbox"/>				
- HAD	<input type="checkbox"/>				

Suggestions et remarques

Caroline Debaecker

114 rue Pinchon
76230 Bois-Guillaume
06 82 54 64 39
carolinedebaecker@hotmail.com

Le 12/07/12

Cher confrère, chère consœur,

Interne en Médecine Générale, je réalise ma thèse sur l'analyse territoriale et la mise en place d'un outil pour cette analyse.

Les données disponibles sur C@rtosanté ou les présentations de l'ARS semblent limitées pour faire face aux problématiques d'organisation de travail actuelles et à venir (problèmes démographiques, nouvelles modalités de travail nécessitant une organisation en réseaux...). L'objectif de cette analyse est de faire un état des lieux précis des ressources en soins de premier recours sur un territoire.

Dans le cadre de l'internat, j'ai découvert la CASE (Communauté d'Agglomération Seine Eure) grâce à trois stages en ambulatoires sur lors desquels vous m'avez peut-être accueillie ou croisée. Je remplace actuellement régulièrement dans plusieurs cabinets de ce territoire. C'est donc tout naturellement que je m'intéresse à ce territoire pour mon travail de thèse.

Par ailleurs, la CASE bénéficie d'un Réseau Local de Promotion de la Santé et l'analyse territoriale s'intègre dans le Contrat Local de Santé. Ce projet d'analyse est porté par la COSSE (COordination Santé Seine Eure), l'association des professionnels de santé libéraux.

Je me permets donc de vous adresser ce questionnaire préparé avec l'aide de Philippe Männlein, pharmacien à Val de Reuil, pour élaborer l'analyse territoriale sur la CASE.

L'implication de la COSSE et la participation des Dr Pascal Julienne et Philippe Männlein m'apporteront un soutien précieux pour le recueil et l'anonymisation des données et la restitution des résultats lors d'une présentation pour vous (envisagée à l'hiver 2012-2013).

Vos coordonnées vous sont demandées pour me faciliter la relance des non répondants et pour permettre de « profiter » de ce recueil pour la mise en place d'un projet particulier si une thématique pratique se dégage (demande de formation...).

Vous avez évidemment la possibilité de ne pas répondre à certaines questions en renvoyant tout de même le questionnaire si vous ne souhaitez pas communiquer certaines informations.

Je reste à votre disposition pour toute question ou remarque.

Je vous remercie par avance du temps que vous pourrez m'accorder pour ce travail et vous prie de recevoir mes sincères salutations.

Caroline Debaecker

Coordonnées

Nom Prénom : _____

Adresse mail : _____

Tél _____ Fax _____ Mobile _____

Sexe : M F Année de naissance : \ _____ \

Commune de résidence : _____

Commune d'exercice _____

Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice : \ _____ \ mn

Année d'installation dans la commune : \ _____ \

Organisation du travailType d'exercice : individuel Associé (Nbre de pharmaciens associés _____)Pharmacien adjoint 1 temps plein ___ temps partiel (___ %)Pharmacien adjoint 2 temps plein ___ temps partiel (___ %)Pharmacien adjoint 3 temps plein ___ temps partiel (___ %)Pharmacien adjoint 4 temps plein ___ temps partiel (___ %)

Prise d'un remplaçant :

Pour les congés Jamais Parfois Souvent ToujoursPour les gardes Jamais Parfois Souvent ToujoursNombre de jours de congés par an : _____ Hors vacances scolaires_____ Durant les vacances scolairesRéunions d'organisation de l'équipe officinale interne : Non Oui (fréquence : ___)Pouvez-vous préciser les thèmes abordés ?

Jours et amplitudes d'ouverture.

Nombre pharmacien(s) présent(s) à l'officine sur ces tranches horaires

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Nombre						
Après-Midi						
Nombre						

Activités associées (exercice en maison de retraite, à l'hôpital...) (préciser les jours et horaires)

Agrément : Orthopédie Fauteuil roulant Autre (préciser _____)

Activités spécialisées :

Avez-vous un espace de confidentialité isolé phonétiquement et visuellement ?

Non. Où se fait l'accueil personnalisé des patients ? (bureau, poste isolé, autre pièce ...)

Oui. Est-ce un espace dédié à cette utilisation ?

Avez-vous un local d'application ? Non Oui

Délivrance à domicile Non Oui

Vous arrive t il de ré adresser vos patients vers d'autres professionnels de santé ?

	jamais	rarement	Régulièrement	Souvent	Très souvent
médecin					
infirmière					
kinésithérapeute					
service social					
association					

Informatisation - Communication

Messagerie professionnelle : Non Oui

Messagerie cryptée : Non Oui (Fournisseur : _____)

Quel moyen de communication préférez-vous pour des échanges professionnels ?

	Téléphone	Mail	Courrier	Contact direct	Autre
Avec les membres de l'officine					
Avec les autres pharmaciens					
Avec les médecins					
Avec les infirmière					
Avec les kinésithérapeute					
Avec les autres professionnels					

Formation et encadrement

Participation à une / des formations professionnelles ?

Titulaire : Oui Non J'aimerais Si oui lequel (thèmes, année...)

Pharmacien Adjoint : Oui Non Si oui lequel :

Maître de stage : Non Oui

Participation à des Associations / réseaux :

Non Oui Domaine de la santé (spécifier) : _____

Hors domaine de la santé (spécifier) : _____

Mandat syndical Non Oui Mandat ordinal Non Oui

Perspectives :

Envisagez vous une modification de votre exercice (mode d'exercice, regroupement, formation, départ etc) et sous quel délai ?

Professionnelles : _____

Autres : _____

Que pensez-vous de la répartition des officines dans le territoire (répartition actuelle et à moyen terme) ?

Pensez-vous vous investir dans les nouvelles missions du pharmacien ? Lesquelles en priorité ?

**Année envisagée de cessation d'activité : _____ **

Votre opinion nous intéresse :

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui	Sans opinion
Vous êtes satisfait de vos conditions d'exercice	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de l'organisation des gardes	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de l'accès aux soins de vos patients au médecin généraliste	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de l'accès aux soins de vos patients aux spécialistes	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes satisfait de vos relations avec les autres professionnels					
- Autres pharmaciens	<input type="checkbox"/>				
- Médecins généralistes	<input type="checkbox"/>				
- Médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>				
- Plateaux techniques (radio, laboratoires)	<input type="checkbox"/>				
- Infirmiers	<input type="checkbox"/>				
- Pharmaciens	<input type="checkbox"/>				
- Kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>				
- Services sociaux	<input type="checkbox"/>				
- Etablissements hospitaliers	<input type="checkbox"/>				
- HAD	<input type="checkbox"/>				

Suggestions et remarques

Annexe 4 : liste des abréviations

AFD : Association Française des Diabétiques
ALD : Affection Longue Durée
ARIM : Agence du Remplacement et de l'Installation Médicale
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Ateliers Santé Ville
AVK : Anti Vitamine K
BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
BUD : Bilan Uro-Dynamique
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CASE : Communauté d'Agglomération Seine-Eure
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
CMP : Centre Médico Psychologique
CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique
CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
COSSE : Coordination Santé Seine Eure
CRCSA : Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux
CSI : Centre de Soins Infirmiers
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSP : Code de Santé Publique
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DOM : Départements d'Outre Mer
DMP : Dossier Médical Personnel
DU : Diplôme Universitaire
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG : Électrocardiogramme
EFR : Exploration Fonctionnelle Respiratoire
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMED : Équipes Mobiles d'Évaluation à Domicile
ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPU : Enseignement Post Universitaire
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ESPREC : Équipe de Soins de PREmier RECour
ETP : Éducation Thérapeutique des Patients
ETP : Équivalent Temps Plein
FFC : Formation Continue Conventiennelle
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FMC : Formation Médicale Continue
FNI : Fédération Nationale des Infirmiers
GCS : Groupements de Coopération Sanitaire
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmiers Diplômés d'État
IDEL : Infirmier Diplômé d'État Libéral
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IK : Indemnités Kilométriques
IME : Institut Médico Éducatif
INPES : Institut National de Promotion et d'Éducation pour la Santé
INRA : Institut National de Recherche Agronomique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPCEM : Institut de Perfectionnement en Éducation et Communication Médicale
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
JORF : Journal Officiel de la République Française
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LGC : Logiciel de Gestion de Cabinet
Loi HPST : Loi Hôpital Santé Patients Territoire
MG : Médecin Généraliste
MK : Masseur-Kinésithérapeute
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONI : Ordre National Infirmier
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PIB : Produit Intérieur Brut
PDS : Pôle De Santé
PDS : Permanence des Soins
PLSP : Pôle Libéral de Santé Publique
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPSPR : Protocoles Pluriprofessionnels de Soins de Premier Recours
PRAQ : Pharmacien Référent de l'Assurance Qualité
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
RIAHN : Réseau des Intervenants en Alcoologie Hauts-Normands
RLPS : Réseau Local de Promotion de Santé
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RRAPP : Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité
SAE : Statistique Annuelle des Établissements de Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SCM : Société Civile de Moyens
SESSAD : Services Éducation Spéciale et Soins A Domicile
SISA : Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires
SIPV : Société des Infirmières en Pathologie Vasculaire
SML : Syndicat des Médecins Libéraux
SNIRAM : Système National d'Informations Inter-Régions d'Assurance Maladie
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
UKR : Union des Kinésithérapeutes Respiratoires
UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS : Union Régionale des Professions de Santé
URPS ML : Union Régionale des Professions de Santé Médecins Libéraux
UTIP : Union Inter Technique Pharmaceutique
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic
Associations of General Practitioners/Family Physicians
ZRR : Zones de Revitalisation Rurale
ZSP : Zones de Soins Primaires
ZUS : Zone Urbaine Sensible

IX Bibliographie

- [1] CNOM, *Atlas National de la Démographie Médicale*. 2013.
- [2] ROBELET M., LAPEYRE – SAGESSE N., ZOLELIO E., *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Janvier 2006.
- [3] CNOM, *Enquête BVA sur les Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*. 2007.
- [4] LE GARREC M.-A., BOUVET M., KOUBI M. (DREES), *Comptes nationaux de la santé 2011*, Document de travail, Série statistiques, septembre 2012 (n°172).
- [5] JORF, *Loi HPST loi n°2009-879 du 21 juillet 2009: Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. 21 juillet 2009.
- [6] WONCA EUROPE, *The european definition of general practice - family médecine*. 2002
- [7] OMS, *Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma Ata (URSS)*. Septembre 1978.
- [8] OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2003 –Façonner l'avenir*. 2003
- [9] STARFIELD B, SHI L., *Policy relevant determinants of health: an international perspective*. Health Policy 2002 (60) 201-218.
- [10] MACINKO J., STARFIELD B, SHI L., *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries*. Health Services research. 2003.
- [11] GAY B., *What are the basic principles to define general practice? Presentation to inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medecine*. 1995.
- [12] OMS, *Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale/médecine de famille en Europe*. Copenhague. 1998.
- [13] FOUCAUD J., BURY J.A., BACLOU-DEBUSSCHE M., EYMARD C., *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Inpes, coll. Santé en action. 2010.
- [14] BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUES J., avec la collaboration de CHEVREUL K., FALCOFF H., *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, Rapport IRDES n° 1675. 2007.
- [15] Health Evidence Network, 2004.
- [16] ARS, *Pacte territoire santé*. Décembre 2012.
- [17] CORDIER A., *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations du comité des « sages »*. Juin 2013.

- [18] JORF, *Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.*
- [19] CHABOT J.-M., *Lettre HAS n° 32 juillet-septembre 2012.*
- [20] ARS, CASE, *Contrat Local de Santé 2012-2015.* Juin 2012.
- [21] GAY B., LE GOAZIOU M.-F., BUDOWSKI P.-L., *Médecine Générale. Connaissances et pratique* 2003.
- [22] LEEUWENHORST GROUP, *The General practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General practice.* 1974.
- [23] IGAS, DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), Rapport de synthèse.* 2006.
- [24] DGOS, *Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* 2012.
- [25] FOURNIER J.-M., *Géographie sociale et territoire, de la confusion sémantique à l'utilité sociale ?* 2007
- [26] SANTOS M., *Por uma outra globalização, do Pensamento Único à consciência universal.* 2000.
- [27] DE HAAS P., *Réflexions sur les zones de soins primaires (ZSP) et territoires de proximité de premier recours,* <http://www.ffmps.fr/>
- [28] DGOS/R2/DSS, *Instruction n° 2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.*
- [29] CERISIER J.-F., *Environnements d'apprentissages collectifs en réseaux.* 1999.
- [30] DEVOUARD F., <http://www.devouard.com/>
- [31] AUBRY R., *Les fonctions de coordination dans le champ de la santé,* Santé Publique hs/2007 Vol. 19, p. 73-77.
- [32] HAS, *Fiche méthodologique Principes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours.* Novembre 2011.
- [33] ORS –ARS, *Diagnostic sanitaire et social des territoires de santé haut-normands.* Janvier 2011.
- [34] ORS, *Diagnostic santé sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure (CASE).* 2009.
- [35] ORS, *Programme Professions de santé 2012-2017.*

- [36] DELAMARE J., GITTON F., VILLET H., YON A., *Les territoires de santé en Haute-Normandie, Situation socio-sanitaire actuelle et perspectives démographiques*, Aval (n°114). 2012
- [37] URPS Médecins de Haute-Normandie, PLSP, *Diagnostic de territoire, Guide méthodologique*. Juillet 2012.
- [38] ARS Haute-Normandie, CASE. *Agglomération Seine-Eure. Contrat Local de Santé 2012-2015 Projet n°37*. 2012
- [39] BOURNOT M.-C., GOUPIL M.-C., TYFFREAU F., *Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié*. DRESS, Études et résultats 2008 (n°649).
- [40] AUDRIC S., *L'exercice en groupe des médecins libéraux*, DREES, Études et résultats 2004, (n° 314).
- [41] MAUREY, H. *Rapport d'information n°335 du Sénat, Annexe IV*. 2013.
- [42] DRIESLA P., *Cueillette bibliographique des obstacles à la réforme des soins de santé en faveur des soins de première ligne*, Santé conjugée (n°37).2006.
- [43] ROBELET M., *La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles*. *Revue française des affaires sociales*, 2005 (n°1), p231-260.
- [42] SCHWEYER F.-X., *Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils*. 2005.

Résumé

Objectif :

Mise en place d'un outil d'analyse territoriale des soins primaires, et analyse territoriale des soins primaires sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure.

Méthode :

Questionnaires issus d'un travail collégial avec chacune des quatre professions étudiées et réalisés selon la méthodologie mise en place avec l'URPS. Analyse statistique descriptive des résultats.

Résultats :

88 questionnaires récupérés sur les 145 attendus. L'étude apporte une meilleure connaissance des professionnels de santé du territoire. Elle confirme la nécessité d'une approche microscopique et pluri-professionnelle pour comprendre l'offre de soins primaires et envisager un travail plus coordonné pour une meilleure prise en charge des patients.

Conclusion :

Ce travail donne une première analyse de l'offre de soins primaires de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure. Au-delà des contraintes économiques et démographiques, il propose, à partir des forces et des organisations déjà en place, quelques pistes pour dynamiser le territoire et poursuivre l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.

Mots clés :

Diagnostic territorial – Soins Primaires – Exercice Pluriprofessionnel – Coordination des Soins.