

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 23 Juin 2016 à Poitiers

par **Madame Miriam ABU TAKIEH**

**Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers :**

*le ressenti des membres de l'Agence Régionale de Santé*

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

**Membres** : Madame le Professeur Christine Silvain

Madame le Professeur Virginie Migeot

Monsieur le Professeur Olivier Pourrat

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Pascal Parthenay



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Ebenne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation  
(de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Amaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeur associé des disciplines médicales**

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

**Professeur associé de médecine générale**

VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
FRECHE Bernard  
GIRARDEAU Stéphane  
GRANDCOLIN Stéphanie  
PARTHENAY Pascal  
VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

DEBAIL Didier, professeur certifié  
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

**Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine**

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

**Professeurs émérites**

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha :** Vous êtes impliqué dans le projet responsabilité sociale en France depuis son origine et en êtes l'initiateur au sein de notre faculté. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver en retour l'expression de mon plus profond respect.

**À Madame le Professeur Christine Silvain :** Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**À Madame le Professeur Virginie Migeot :** Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**À Monsieur le Professeur Olivier Pourrat :** Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez trouver en retour ma gratitude et l'assurance de mes sentiments respectueux.

**À Monsieur le Docteur Pascal Parthenay :** Pour avoir accepté de diriger ce travail. Je vous remercie de m'avoir aidé tout au long de ce travail.

**À Laetitia** pour tout ton aide et pour m'avoir soutenu tout au long de l'internat.

A ma fille **Nina**, merci d'être là.

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	p.4
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	p.7
ABBREVIATIONS.....	p.8
RESUME ET MOTS CLES.....	p.10
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	p.12
1. INTRODUCTION.....	p.13
1.1. La place de l'Agence Régionale de Santé.....	p.15
2. MATERIELS ET METHODES.....	p.17
2.1. Approche qualitative : la méthode des entretiens individuels.....	p.17
2.2. Population.....	p.17
2.3. Le guide de l'entretien qualitatif.....	p.18
2.4. Choix des axes.....	p.18
2.5. Elaboration et validation des questions.....	p.19
2.6. Réalisation des entretiens.....	p.20
2.7. Analyse du contenu.....	p.20
2.7.1. Transcription et anonymisation.....	p.20
2.7.2. Analyse des données et triangulation.....	p.21
3. RESULTATS .....	p.22
3.1. Caractéristiques des interviewés .....	p.22
3.2. Analyse thématique transversale des entretiens .....	p.22
3.2.1. L'identification des besoins en santé de la population et la réponse aux besoins .....	p.30
3.2.1.a. Responsabilité sociale .....	p.38
3.2.2. La création des partenariats .....	p.40
3.2.3. La pratique médicale .....	p.49
3.2.4. La formation et le rôle de la faculté de médecine .....	p.63
3.2.5. Le rôle de la société civile .....	p.81

<b>4. DISCUSSION</b> .....	p.87
<b>4.1. La méthode</b> .....	p.87
4.1.1. <b>Population</b> .....	p.87
4.1.2. <b>L'entretien individuel</b> .....	p.87
4.1.3. <b>Le guide d'entretien et la réalisation des entretiens</b> .....	p.88
4.1.4. <b>La transcription des entretiens et l'analyse des résultats</b> .....	p.89
<b>4.2. Les résultats</b> .....	p.90
4.2.1. <b>L'objectif principal</b> .....	p.90
4.2.2. <b>L'objectif secondaire</b> .....	p.106
<b>4.3. Comparaison avec les autres travaux de thèse</b> .....	p.107
4.4. <b>Intégration dans le projet recherche action</b> .....	p.109
<b>5. CONCLUSION</b> .....	p.110
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p.111
<b>7. ANNEXES</b> .....	p.113
ANNEXE 1 : Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine	p.113
ANNEXE2 : Transcription intégrale des entretiens – Verbatim (sur dvd) .....	p.129
ANNEXE 3 : Courriel de recrutement .....	p.130

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Identification des besoins en santé de la population et réponse aux besoins.....	p.25
Figure 2 : Création des partenariats.....	p.26
Figure 3 : Pratique médicale.....	p.27
Figure 4 : Formation des professionnels et rôle de la faculté de médecine.....	p.28
Figure 5 : Caractéristiques et rôle de la société civile.....	p.29

## ABREVIATIONS

AFM : Association Française contre les Myopathies

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CISS : Collectif Inter associatif sur la Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DIRECCT : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'emploi

ECG : électrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CESP : contrat d'engagement de service public

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique.

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IME : Institut Médico-Educatif

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MDPH : Maison départemental des Personnes Handicapées

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTMG : praticiens territoriaux de médecine générale

RA-RS : Recherche Action Responsabilité Sociale (Projet RA-RS)

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations Sociales de Sécurité sociale et d'Allocations Familiales

VUPS : « Vers l'Unité Pour la Santé »

## RESUME ET MOTS CLES

**Introduction:** la responsabilité sociale des facultés de médecine est un principe qui se développe autour des valeurs fondamentales de pertinence, efficacité, qualité et équité. En 2010, un *consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine* a proposé 10 axes stratégiques permettant à une faculté de médecine de devenir socialement responsable. Le projet de Recherche Action-Responsabilité Sociale (RA-RS) des facultés de médecine, auquel la faculté de médecine de Poitiers participe, a pour but d'expérimenter et d'évaluer la mise en œuvre et l'impact d'une démarche inspirée des valeurs fondamentales de la responsabilité sociale. Dans le cadre de ce projet, ce travail a été réalisé avec l'objectif d'explorer le ressenti des membres de l'Agence Régionale de Santé du Poitou-Charentes, concernant l'approche de la faculté de médecine pour répondre aux besoins de santé de la population.

**Méthode:** il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels réalisés avec les membres des ARS des quatre départements de la région Poitou-Charentes: Vienne, Deux Sèvres, Charente, Charente Maritime. Elle s'intéresse à 5 axes du consensus mondial.

**Résultats:** la faculté de médecine joue un rôle fondamental dans l'adaptation de la pratique des futurs médecins au contexte territorial où les médecins exercent. Le partenariat entre des organismes administratifs (tels que l'ARS) et la faculté de médecine est à renforcer, dans le but d'identifier les besoins en santé du territoire et d'orienter la formation, répondre au mieux à ces besoins. La problématique de la démographie médicale est une actualité à prendre en compte dans l'analyse des besoins. La formation doit aussi s'adapter à l'évolution de la société civile. La coordination et le travail d'équipe sont des principes fondamentaux pour que la pratique des futurs professionnels puisse rejoindre les besoins en santé de la population. La responsabilité sociale de la faculté de médecine passe par la mise en place d'une évaluation continue des compétences des médecins.

**Conclusion:** la faculté de médecine de Poitiers avance dans le projet de Recherche Action-Responsabilité Sociale (RA-RS). Les résultats de cette étude sont alignés aux principes retrouvés dans le consensus mondial. Ce travail fait partie de la première phase du projet RA-RS, dont le but est de recueillir les ressentis des différents acteurs en santé. Restent à déterminer les indicateurs qui permettront d'évaluer l'engagement des facultés de médecine dans la responsabilité sociale.

## **ABSTRACT AND KEY WORDS**

**Introduction:** social accountability of medical schools evolves around the core values of importance, efficiency, quality and equity. In 2010, the Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools proposed 10 strategic axes permitting a medical school to become socially responsible. The project “Recherche Action – Responsabilité Sociale” (RA-RS) of medical schools, in which Poitiers medical school is involved, aims to assess the implementation and impact of a program inspired by the core values of social accountability. As part of this project, this study was carried out to examine the opinions of the Poitou-Charentes Health Regional Agency members (Agence Régionale de Santé du Poitou-Charentes), regarding the medical school strategies to face people’s health needs.

**Method:** this is a qualitative study using personal interviews with members of the Health Regional Agency of the four Poitou-Charentes departments: Vienne, Deux Sevres, Charente, Charente Maritime. It focuses on five axis of the global consensus.

**Results:** Medical schools have a fundamental role in adapting the education of future physicians to the territorial context in which they practice. Administrative bodies (such as health regional agencies) and medical school partnerships must be enhanced to identify the specific health needs of each territory and to modify medical education to best fit these needs. Medical demography must be included in health needs analysis. Evolution of society should be taken into account in medical students’ education. Concerted work and teamwork are crucial principles to prepare future health professionals to adapt to a population’s health needs. Medical school social accountability involves a continuous assessment of health professionals’ competences.

**Conclusion:** The Faculty of Medicine of Poitiers is moving forward on the RA-RS project. This study is part of the first step of the RA-RS project which purpose is to collect the health providers’ opinions and comments. Reliable indicators to assess the medical schools commitment in social accountability will soon to be identified.

**Key words:** Social accountability, medical school, Health Regional Agency (Agence Régionale de Santé du Poitou-Charentes), opinions, qualitative study, personal interview

# 1. INTRODUCTION

Selon la définition de l'OMS en 1995, la responsabilité sociale des facultés de médecine est « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir. Les principaux problèmes de santé sont identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes et les professionnels de la santé, et le public.»

En 2001, l'OMS établit le Projet Vers l'Unité Pour la Santé (VUPS), afin d'étudier et promouvoir des initiatives à l'échelle mondiale pour favoriser l'unité dans la prestation des services centrés sur les besoins des personnes.

Dans cet objectif, il détermine une grille d'évaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine, basée sur les valeurs fondamentales de pertinence, efficience, qualité et équité, appelées « critères de référence essentiels », permettant de déterminer l'efficience d'un système de soin. La responsabilité sociale est évaluée en fonction des degrés de conformité de ces valeurs dans les trois domaines fondamentaux de la responsabilité institutionnelle : la formation, la recherche et la prestation de services.

Cinq principaux partenaires ou intervenants sont également identifiés comme étant essentiels à la création d'un mouvement de responsabilité sociale : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et les communautés ou la société civile.

En 2010, un *consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine* (annexe 1) a proposé 10 directions stratégiques permettant à une faculté de médecine de devenir « socialement responsable », appelés « axes » :

AXE 1 : anticipation des besoins en santé de la société

AXE 2 : création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs

AXE 3 : adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé

AXE 4 : éducation basée sur des résultats escomptés

AXE 5 : instauration d'une gouvernance réactive et responsable

AXE 6 : redéfinition des normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services

AXE 7 : amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services

AXE 8 : institutionnalisation de mécanismes d'accréditation

AXE 9 : adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local

AXE 10 : prise en compte du rôle de la société

Le travail ici présenté s'inscrit dans un projet de recherche-action qui a pour objectif la diffusion de la conférence de consensus tenue en 2010.

A partir d'un échantillon de facultés de médecine francophones, l'objectif général du projet de recherche action est d'expérimenter et d'évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre d'une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale définis par le Consensus Mondial, et d'en démontrer l'utilité comme une stratégie de choix pour améliorer l'impact sur la santé.

Ce projet été conçu en trois phases : au cours de la première phase, dite d' « applicabilité », l'objectif est d'identifier des groupes constitutifs de la structure et de l'organisation de la faculté de médecine (professionnels de santé, étudiants, gestionnaires de santé), et de recueillir auprès de chaque groupe des avis et des perceptions, pour ensuite les analyser et étudier l'applicabilité des principes de responsabilité sociale établis par le consensus mondial. Des travaux de thèse ont déjà été présentés avec des études qualitatives menés auprès des internes de médecine générale, des professionnels paramédicaux, des patients, des maitres de stage ambulatoires et hospitaliers.

La deuxième phase, d' « expérimentation » a pour but de concevoir des indicateurs et instruments de mesure de la responsabilité sociale, selon le modèle de référence C.P.U. (Conceptualisation-Production-Utilisabilité) ; ce modèle s'applique à la faculté de médecine qui ambitionne de devenir socialement responsable, l'objectif étant d'établir un rapport entre les besoins en santé réels des populations, la conception d'un projet facultaire, la production d'une formation médicale et l'évaluation des objectifs fixés.

Une troisième phase, d'évaluation, sera visée à mesurer l'effet de l'application des normes sur le fonctionnement de la faculté et sur la qualité des diplômés. Cette phase permettra de formuler des recommandations pour le processus d'accréditation des facultés de médecine.

Pour ce qui concerne l'engagement de la faculté de médecine de Poitiers, nous nous trouvons actuellement dans la phase de diffusion et d'applicabilité de la conférence de consensus.

Nous avons souhaité étudier les perceptions de la responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers auprès des membres de l'Agence Régionale de Santé du Poitou-Charentes.

L'objectif principal qui se dégage est d'évaluer le ressenti des membres de l'Agence Régionale de Santé concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins de santé de la population.

L'objectif secondaire est identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers.

### **1.1. La place de l'Agence régionale de santé**

Les agences régionales de santé (ARS) sont des instances locales ayant pour objectifs d'«améliorer la santé de la population et d'accroître l'efficacité du système de santé » et de garantir l'efficacité du système de santé au niveau de chaque région. Leur fonction est de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. Elles réunissent, dans cet objectif, tous les acteurs de la santé (médecine de ville, hospitalière, auxiliaires médicaux, pharmacies, assurance maladie, etc.) pour permettre d'identifier les problèmes de la région et d'envisager des solutions concertées.

A ce titre :

- a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé.
- b) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population

Grâce à ces fonctions importantes, le recueil du ressenti des membres de l'ARS vis à vis de la responsabilité sociale de la faculté de médecine a été identifié comme un élément important dans la première phase du projet Recherche-Action.

## **2. MATERIELS ET METHODES**

### **2.1. Approche qualitative : la méthode des entretiens individuels**

La recherche qualitative est un type de recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes. Les données traitées sont des données difficilement quantifiables. Ce type de recherche s'éloigne partiellement de l'objectif pur de démontrer et mesurer, pour intégrer celui d'observer et comprendre.

Le chercheur, ou enquêteur, y adopte un rôle d'observation, d'écoute, de recueil puis d'analyse des expériences, des attitudes et des récits. Il a un rôle réflexif lui permettant d'analyser les attitudes et comportements humains.

Nous avons choisi pour cette étude une approche qualitative en adoptant, en particulier, la méthode de l'entretien individuel. Cette méthode, conçue comme élément méthodologique d'une démarche scientifique, consiste en une interview semi-dirigée où l'enquêteur (la personne qui réalise l'entretien) prévoit quelques questions à poser en guise de point de repère, mais la place est laissée de prévalence au discours et aux argumentations libres de l'informateur (la personne qui participe à l'étude).

Nous avons estimé cette méthode comme la plus appropriée pour la réalisation du travail, soit pour des raisons logistiques (organisations des rendez-vous, lieux de rencontre...) soit dans le but de faire émerger le plus grand nombre de données en terme de ressentis, opinions, expériences personnelles.

### **2.2. Population**

Le nombre final d'entretiens individuels à réaliser n'a pas été fixé de façon précise au préalable, car il est déterminé par la suite selon le principe de « saturation des données » (absence d'émergence de nouvelles idées dans les entretiens).

La population éligible à l'étude étant les membres de l'ARS, il n'y a pas eu de critères de sélection. Une première liste de potentiels participants a été fournie après un entretien préalable avec le responsable du Pôle Ambulatoire et référent pour l'installation de l'Agence Régionale de Santé de Poitiers ; cette liste comprenait les participants (volontaires) à une formation dans le domaine de la médecine de ville, sur la coordination en soins primaires en maison de santé, le but de la

formation étant d'essayer de créer une nouvelle figure professionnelle qui puisse être capable d'accompagner et de coordonner la réalisation d'un projet de santé au sein d'une Maison de Santé.

Un courriel avec présentation de la thésarde et invitation à un entretien individuel a été envoyé à chacun des correspondants figurants dans cette liste (Annexe 3). Ensuite, chaque correspondant a été contacté par téléphone par la thésarde.

Ce premier contact a permis de recruter 9 participants. Trois autres participants ont été recrutés selon l'effet « boule de neige », soit à travers l'obtention de nouvelles coordonnées fournies par deux des interviewés. Les membres de l'ARS intéressés par ce mode de recrutement ont été donc contactés dans un deuxième temps selon les mêmes modalités initiales. Ultérieurement, deux ultérieurs membres de l'Agence Régionale de Santé ayant une fonction importante (direction de délégation départementale et chargé des professions de santé et de l'internat) ont été recrutés directement.

Aucun renseignement ni documentation concernant le sujet traité par ce travail n'a été donné au préalable de la réalisation des entretiens. Pour un des sujets interpellés, ce choix a déterminé un refus à participer à l'étude.

### **2.3. Le guide d'entretien qualitatif**

Le guide d'entretien qualitatif est un questionnaire ouvert semi structuré permettant d'établir une trame lors du déroulement de l'entretien. Il est élaboré en amont de la réalisation des entretiens ; les sujets traités doivent être connues par l'enquêteur, qui doit être capable d'improviser des relances ou des questions en lien avec l'objet de sa recherche dans le but d'obtenir un discours à la fois librement formé par l'informateur et répondant aux questions de la recherche.

### **2.4. Choix des axes**

Comme pour la plupart des autres travaux de thèse réalisés au sein du projet de Recherche Action sur la Responsabilité Sociale des facultés de médecine, nous avons sélectionné cinq axes parmi les dix axes établis par la conférence de consensus du 2010.

Le guide d'entretien a ensuite été élaboré sur la base des axes choisis.

- AXE 1 : anticipation des besoins en santé de la société
- AXE 2 : création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs
- AXE 3 : adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé
- AXE 4 : éducation basée sur des résultats escomptés
- AXE 10 : prise en compte du rôle de la société

## **2.5. Elaboration et validation des questions**

Le guide d'entretien a été réajusté plusieurs fois afin d'obtenir une trame à la fois simple, pour produire le discours et faire en sorte d'obtenir un nombre maximal de données, neutre, pour ne pas orienter le discours, fluide, cohérente et alignée aux autres travaux menés à la faculté de médecine de Poitiers, dans l'objectif d'obtenir des résultats exploitables de façon scientifique lors des étapes successives du projet.

Les questions ont été posées en référence, de manière particulière, à ce moment et dans notre région.

Les questions enfin retenues sont :

- 1) Quels sont les besoins en santé de la population de la région ?
- 2) Quel est le rôle de la faculté de médecine vis-à-vis des besoins de santé de la population ?
- 3) Comment faire pour améliorer la formation des futurs médecins, pour qu'elle soit adaptée aux besoins de la société ?
- 4) Quels devraient être les différents partenaires de la faculté de médecine pour la formation des professionnels de santé ? Quel est le rôle de l'ARS ?
- 5) Les nouveaux médecins vous paraissent-ils compétents ?
- 6) Quels nouveaux modes d'exercice, quelles nouvelles pratiques les professionnels de santé doivent-ils proposer pour s'adapter à l'évolution des besoins de la société ?
- 7) Que pensez-vous de la sélection actuelle des étudiants en médecine et des moyens de formation fournis pendant leurs études ?
- 8) Selon vous, comment évalue-t-on les compétences des étudiants en médecine ?
- 9) Selon vous, comment évalue-t-on les compétences des professionnels de santé en exercice ?
- 10) Quelle est la place de la société civile dans la formation des professionnels de santé ?

## **2.6. Réalisation des entretiens**

Suite à la première prise de contact téléphonique, une date de rendez-vous pour la réalisation de l'entretien était fixée. Les dates et les lieux ont été établis sur la base des disponibilités des interviewées.

Tous les entretiens ont été réalisés dans les différents sièges territoriaux de l'Agence Régionale de Santé (Poitiers, La Rochelle, Angoulême, Niort), selon le lieu de travail de l'interviewé. Quatre entretiens ont eu lieu à l'ARS de Poitiers, quatre à l'ARS d'Angoulême, deux à l'ARS de La Rochelle, quatre à l'ARS de Niort.

La totalité des entretiens a été enregistrés à l'aide de deux moyens d'enregistrement.

Les interviewés ont été informés du caractère enregistré mais anonyme de l'entretien.

Pour chaque interviewé des données de caractère quantitatif ont été recueillis en début d'entretien : l'âge, la fonction au sein de l'Agence Régionale de Santé, et les années de service au sein de l'Agence.

## **2.7. Analyse du contenu**

### **2.7.1. Transcription et anonymisation**

Chaque entretien enregistré a été entièrement retranscrit, mot pour mot, à l'aide du logiciel de traitement de texte Word.

Ensuite nous avons procédé à l'anonymisation des interviewés en attribuant à chaque interviewé un acronyme composé par la lettre « E », suivie par un chiffre progressif attribué en fonction de l'ordre dans lequel l'entretien a été réalisé, et une lettre indiquant l'initiale de la ville où l'entretien a été réalisé (Angoulême, Niort, Poitiers, La Rochelle). Par exemple :

E1A : Premier entretien réalisé à Angoulême

E2P : Deuxième entretien réalisé à Poitiers

Les enregistrements ont été détruits à l'issue de la rédaction des verbatim et de l'anonymisation.

### **2.7.2. Analyse des données et triangulation**

Nous avons procédé à une analyse thématique de l'ensemble des verbatim, dans leur totalité, à l'aide du logiciel NVivo 10. Cette analyse vise à cerner, à travers le découpage d'une série d'expressions, l'essentiel d'un propos qui ressort du discours en rapport avec l'objet d'étude. Les idées dégagées sont ainsi classées par thèmes, puis ces thèmes sont regroupés de manière organisée en un raisonnement. Cette étape permet de déterminer des notions clefs appelés nœuds.

Le directeur de cette recherche et la thésarde ont analysé individuellement le premier verbatim, dans le but d'obtenir une individuation des nœuds et une analyse valide.

Une mise en commun est ensuite réalisée, avec comparaison des nœuds définis. Cette étape est appelée triangulation.

Les verbatim restant ont été enfin analysés par la thésarde seule. Des nouveaux nœuds peuvent apparaître dans la suite de l'analyse.

### 3. RESULTATS ET ANALYSE

#### 3.1. Caractéristiques des interviewees

Nous avons réalisé les entretiens auprès de quatorze membres de l'ARS, dont 5 hommes et 9 femmes. L'âge des interviewés était compris entre 28 ans et 62 ans, l'âge moyenne étant de 48,8 ans. Les années de fonction au sein de l'agence régionale de santé varient entre 1 an et 37 ans. Sont considérés comme années de fonction les années de service pour des organismes qui ont été regroupés et inclus dans l'ARS en 2010, lors de sa création (pour les participants à l'étude, DRAS et DDAS).

**Tableau 1. Caractéristiques des interviewés**

Référence	Age	Sexe	Fonction	Années de fonction
E1N	32	F	Chargé de mission pour la délégation territoriale	5
E2N	61	F	Chargé de l'animation territoriale	6
E3N	56	F	Gestionnaire de dossiers et gestionnaire logistique	37 (en DRAS avant ARS)
E1A	36	H	Gestionnaire PDSA	3
E2A	61	H	Directeur Délégation territoriale	37 (en DDAS avant ARS)
E3A	62	F	Responsable de service permanence de soins	30 (en DDAS avant ARS)
E1LR	45	F	Directeur adjoint délégation territoriale	24 (en DDAS auparavant)
E1P	59	H	Conseiller Technique en Organisation des Soins	6
E4A	46	F	Directeur adjoint délégation territoriale	4
E2P	60	F	Contrôleur des instituts de formation et responsable pédagogique	1
E2LR	54	F	Chargé de mission pour la délégation territoriale	20 (en DDAS avant ARS)
E3P	31	F	Chargé des professions de santé et de l'internat	7 (en DRAS avant ARS)
E4P	28	H	Chargé de mission pour le pôle ambulatoire	4
E4N	52	H	Directeur de délégation territoriale	20 (en DRAS avant ARS)

Les entretiens ont été réalisés entre le 14/12/2015 et le 31/3/2016.

Quatre entretiens ont été réalisés à Poitiers (Vienne), deux entretiens à La Rochelle (Charente Maritime), quatre à Niort (Deux-Sèvres) et quatre à Angoulême (Charente). La durée des entretiens a été comprise entre 29 minutes et 2 heures et 35 minutes. La durée moyenne était de 1 heure et 30 minutes.

Après la réalisation des quatorze entretiens, nous avons constaté que la saturation des données avait été atteinte, avec une redondance des informations sans apparition de nouvelles données.

**Tableau 2. Caractéristiques des entretiens**

Référence	Date d'entretien	Durée entretien	Ville	Département
E1N	14/12/2015	1h10min	Niort	Deux Sèvres
E2N	14/12/2015	1h08min	Niort	Deux Sèvres
E3N	14/12/2015	1h26min	Niort	Deux Sèvres
E1A	18/12/2015	1h12min	Angoulême	Charente
E2A	18/12/2015	2h35min	Angoulême	Charente
E3A	04/01/2016	1h14min	Angoulême	Charente
E1LR	07/01/2016	1h6min	La Rochelle	Charente Maritime
E1P	11/01/2016	52 min	Poitiers	Vienne
E4A	04/02/2016	1h45min	Angoulême	Charente
E2P	08/02/2016	1h50min	Poitiers	Vienne
E2LR	12/02/2016	1h36min	La Rochelle	Charente Maritime
E3P	23/02/2016	1h13min	Poitiers	Vienne
E4P	22/03/2016	29 min	Poitiers	Vienne
E4N	31/03/2016	1h14min	Niort	Deux Sèvres

### **3.2. Analyse thématique transversale des entretiens**

Nous avons effectué avec le directeur de ce travail, l'analyse transversale du verbatim du premier entretien, à l'aide du logiciel NVivo11. L'analyse des autres entretiens a été réalisée par la thésarde seule.

Les données obtenues à l'issue de cette analyse ont permis de déterminer des thèmes et des sous-thèmes à partir des questions posées.

Les thèmes mis en évidence sont :

- L'identification des besoins en santé de la population et la réponse aux besoins
- La création des partenariats dans le système de santé et dans la formation des professionnels de santé
- La pratique médicale
- La formation des professionnels de santé
- Les caractéristiques de la société civile et son rôle dans le système de santé et dans la formation des professionnels de santé

Pour chacun de ces thèmes, nous avons construit une carte conceptuelle ou arbre, ce qui permet de les illustrer, avec les sous-thèmes qui les composent.

Figure 1. Identification des besoins en santé de la population et réponse aux besoins

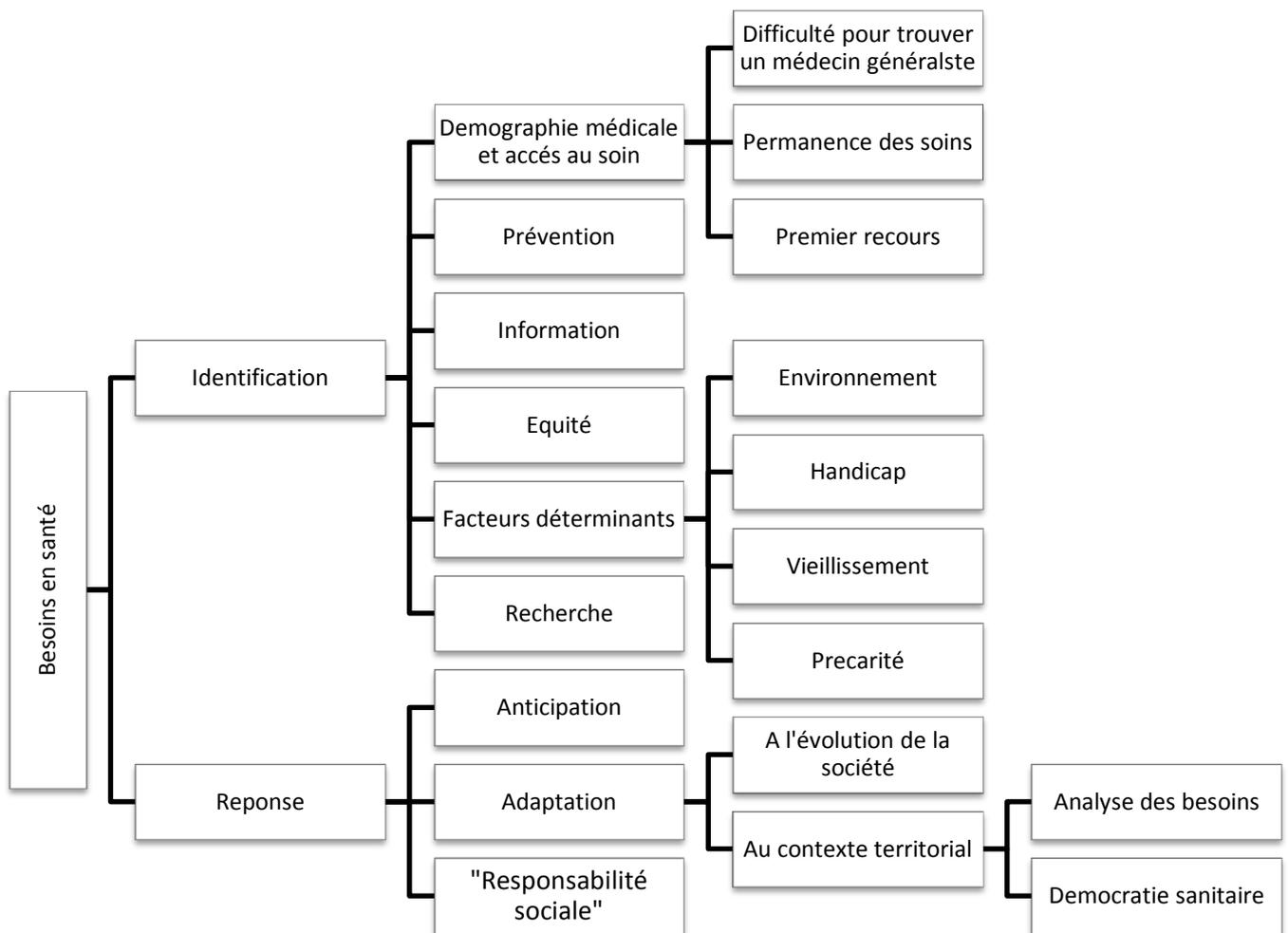


Figure 2. Création des partenariats dans le système de santé et dans la formation des professionnels de santé

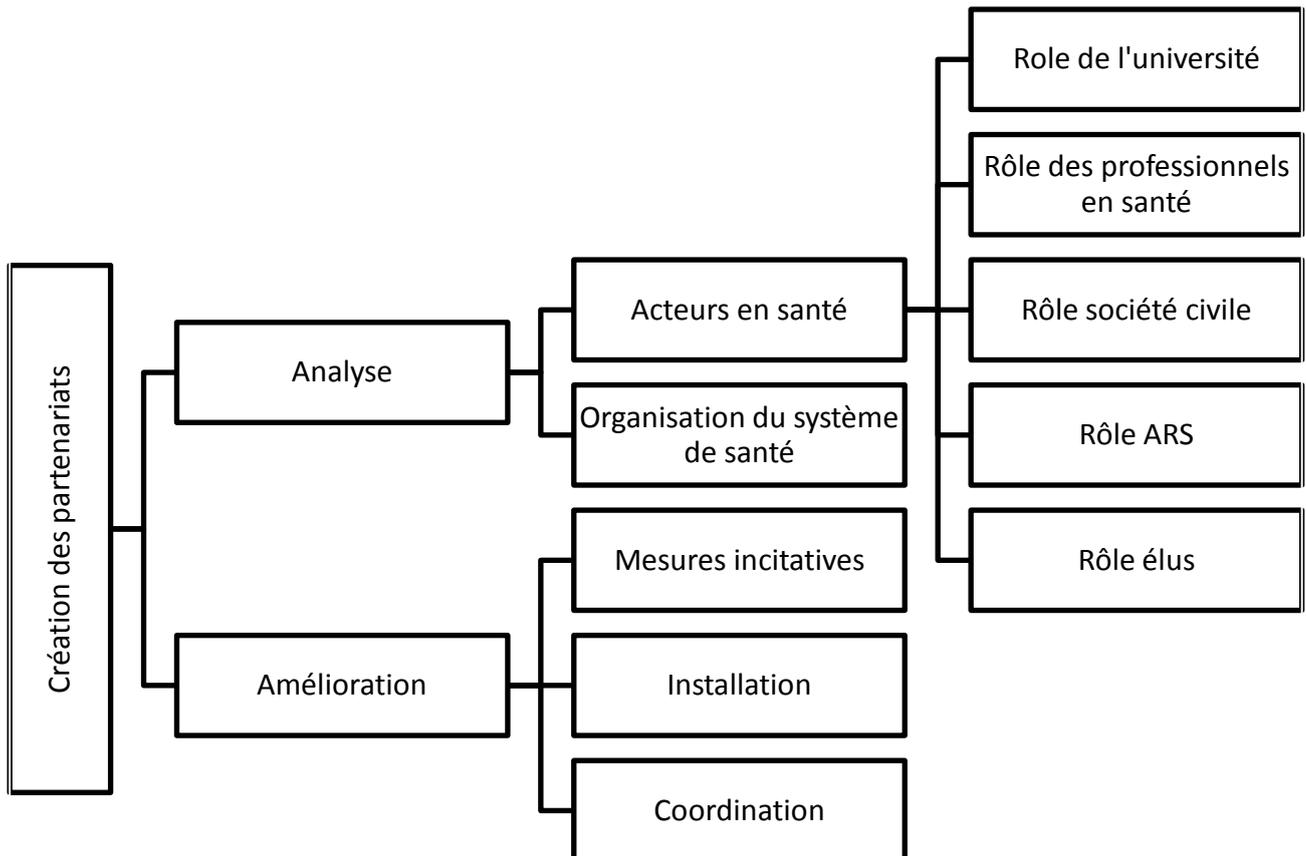


Figure 3. Pratique médicale

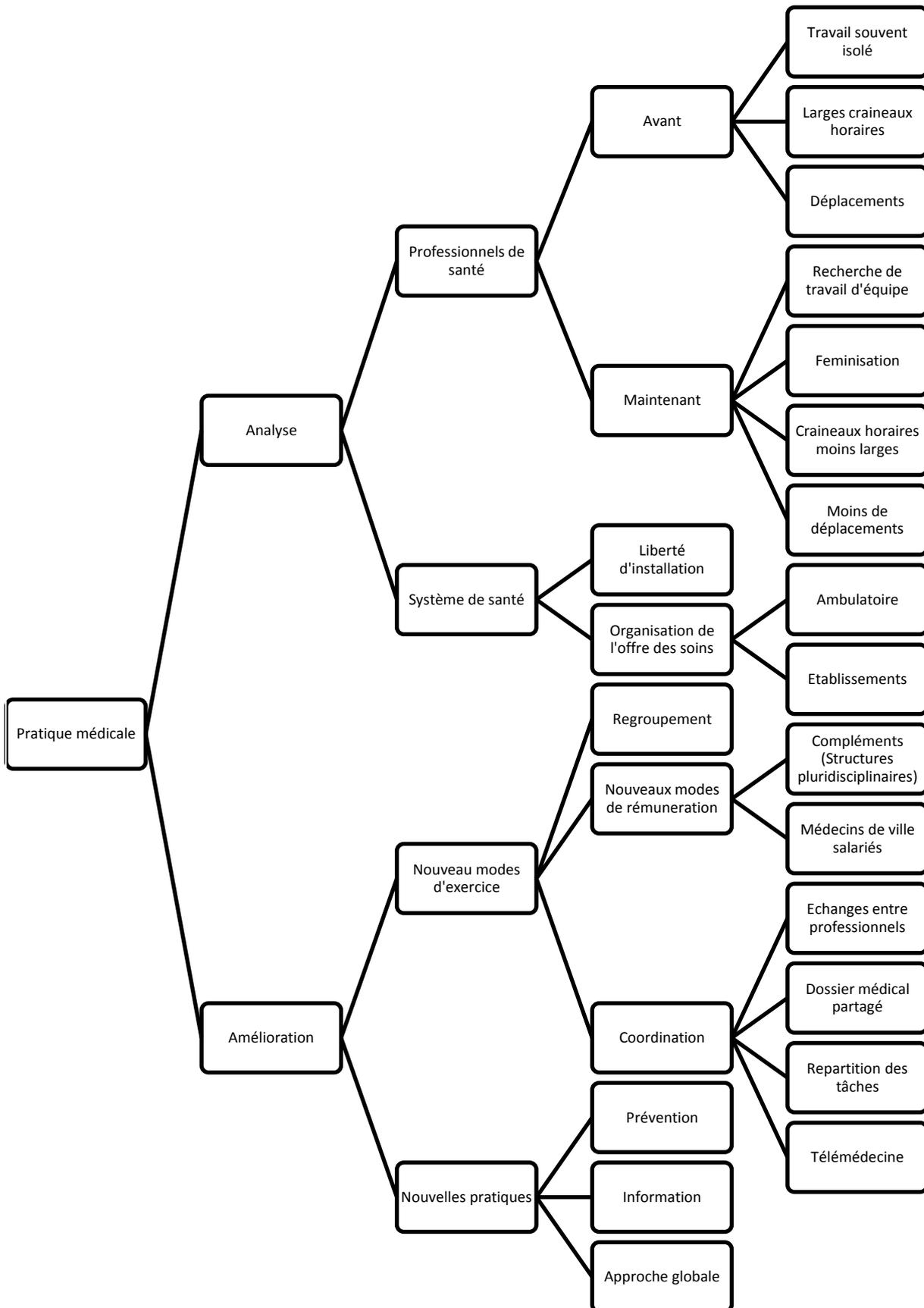


Figure 4. Formation des professionnels en santé

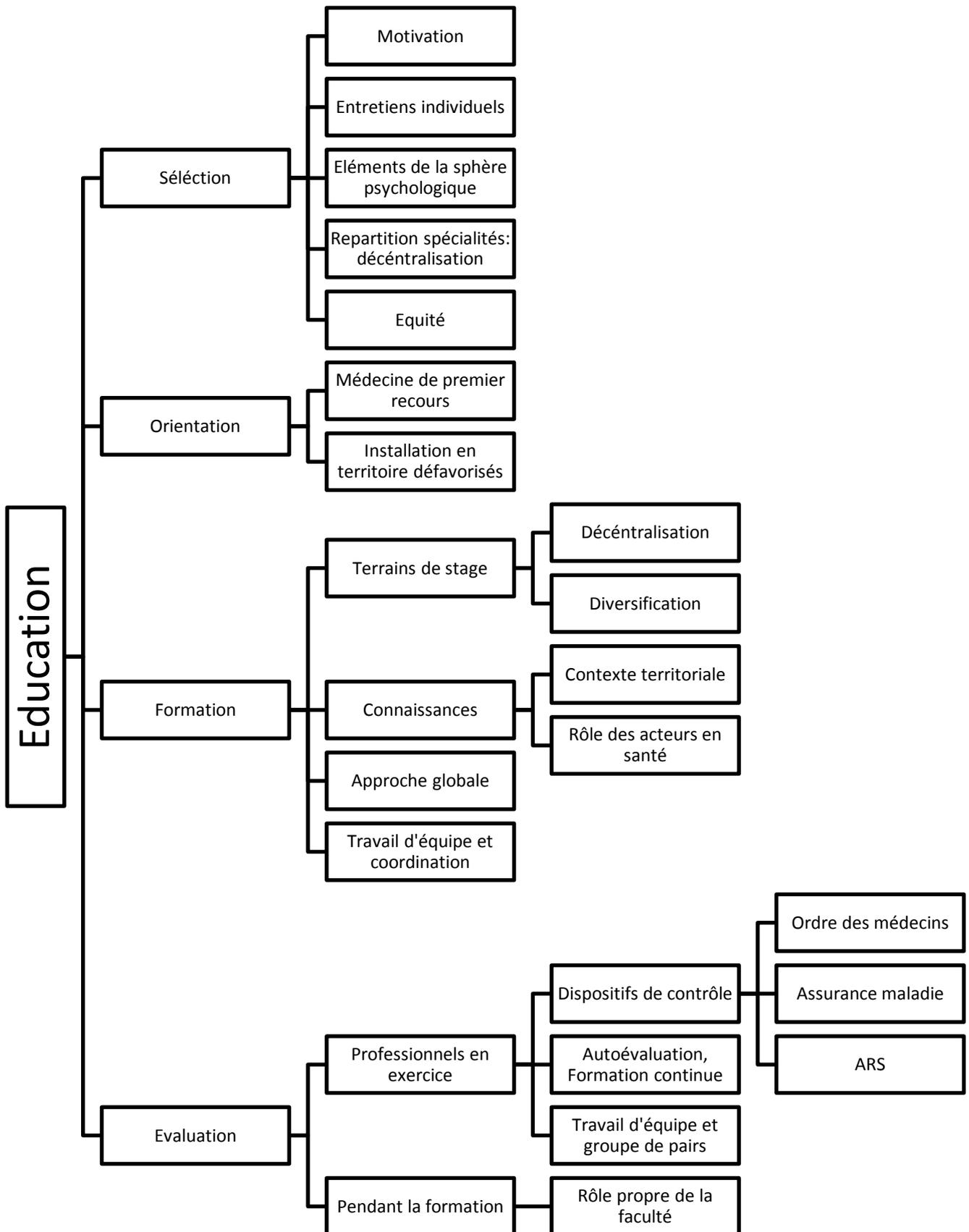
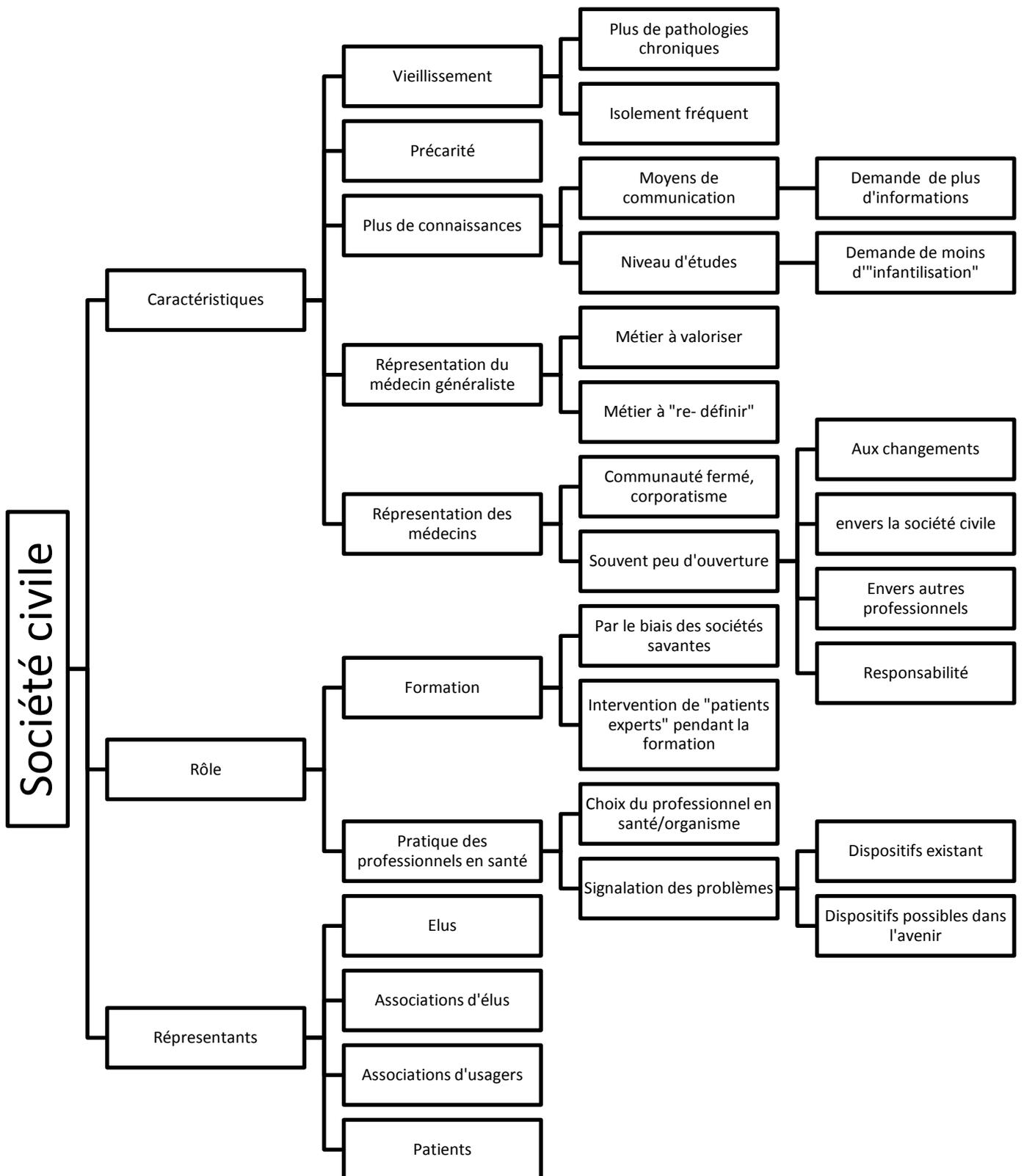


Figure 5. Caractéristiques et rôle de la société civile



### 3.2.1. Identification des besoins en santé de la population et la réponse aux besoins

L'identification des besoins en santé de la population a été centrée pour la totalité des interviewés sur l'accès au soin en relation à la démographie médicale, c'est-à-dire la répartition des médecins exerçant dans le territoire. En particulier, une référence est apportée par la totalité des interviewés à la thématique de la « désertification des campagnes » en terme de professionnels de santé et à la nécessité d'une médecine de proximité.

*E3A : ... si on n'a plus de médecins qui veulent s'installer en libéral, on va avoir des problèmes. On l'entend tous les jours dans les médias, il y a certaines communes où il y a des médecins qui partent et des patients qui se retrouvent sans médecin.*

*E3N : Pour moi il faut une répartition un peu équitable des spécialistes, des médecins traitants, des professionnels de santé... donc éviter les désertifications.*

*Le gros manqué, c'est dans la répartition des professionnels de santé au sens large (...) pour une bonne prise en charge il faut des équipements et des professionnels diversifiés mais repartis également sur un territoire.*

*E1N : Par rapport aux déserts médicaux, il y a une difficulté d'accessibilité aux soins, qui est plus difficile, en campagne, dans les zones un peu plus isolées, qu'en ville.*

*E1LR : ... parce qu'évidemment, on a une certaine pénurie de certains professionnels de santé, et s'ils se concentrent tous dans un endroit, c'est ridicule.*

La difficulté pour trouver un médecin généraliste est souvent traitée :

*E2A : ... l'accès à la médecine générale en proximité, puisque nous sommes dans un territoire – ici, en Charente - où la démographie en Médecine Générale est tendanciellement marquée à la baisse, et elle va y rester certainement dans les prochains 4 à 5 ans qui viennent, et le renouvellement de la génération qui s'arrête, soit pour la retraite, soit parce qu'ils vont changer d'activité, à mon avis, va se faire quand même assez lentement.*

*E1N : le besoin de trouver un médecin généraliste ... voilà, de premier recours aujourd'hui.*

Mais aussi la difficulté pour trouver d'autres professionnels, médecins spécialistes et paramédicaux :

*E4N : Je prends en exemple, on va avoir une sous offre, c'est très pratique parce que c'est juste... très récent pour moi, de radiologie en Deux Sèvres. Impossible d'en trouver. On ne peut pas recruter de nouveau radiologues. On va se confronter à une pénurie de radiologues. Pénurie qui va faire qu'on va devoir fermer des cabinets de radiologie dans des lieux de proximité comme Melle Saint Maixent, par exemple.*

*Donc il va y avoir des gens qui ne vont plus pouvoir avoir accès facilement à des radios, diagnostiques, et qu'il va falloir qui viennent sur Niort. Donc, il peut y avoir même un renoncement au soin, par défaut de radiologues de proximité.*

*E2A : la deuxième inquiétude port sur les spécialités ; on est dans un territoire où le nombre de spécialiste dans certaines disciplines est en chute assez importante. On manque de psychiatres, on a de moins en moins psychiatres libéraux, il n'y a pas suffisamment de psychiatres publiques dans les hôpitaux publiques, on manque d'anesthésistes, on a parfois du mal à trouver des oncologues, on a du mal à trouver des endocrinologues/diabétologues, et d'autre spécialistes : cardiologues, il y a très peu de cardiologues en Charente (...)*

*que l'on manque de psychiatres, cardiologues, anesthésistes-réanimateurs, obstétriciens, diabétologues... c'est difficile à expliquer. Parce que on est plutôt sur des métiers qui sont exercés, voilà, dans les centres urbains, dans les établissements de santé, et à priori dans chaque département on va pouvoir offrir quand même une offre un peu attractive quand même aux professionnels qui s'intéresseraient à cette activité. Donc là je trouve quand même qu'on est pris en défaut de façon assez forte.*

La difficulté à trouver certains paramédicaux est ressentie surtout dans les structures et établissements collectifs. On remarque, à ce propos, le manque de kinésithérapeutes et psychomotriciens dans des établissements comme les EHPAD et les IME :

*E1N : ...qu'il y a des secteurs qui manquent cruellement de professionnels, hein ? Notamment le médicosocial, le handicap, ils manquent de professionnels orthophonistes, médecins pour travailler dans les structures (...)*

*...sur les orthophonistes, sur les CMPP ou les CAMPS, par exemple. Ou sur certains professionnels comme les kinés aussi, dans les ... pour le handicap moteur. Qui a des grosses difficultés de recrutement. Les structures font appel quasiment qu'au monde libéral.*

*... on est presque à huit mois de délai d'attente avant le premier rendez-vous. Par faute de professionnels : orthophonistes, parfois kinés, dans certaines structures.*

Certains font appel au besoin de soins de premier recours en faisant référence notamment, en dehors de la médecine générale, aux soins de chirurgie dentaire et d'ophtalmologie:

*E3A : ... moi je dirais tout ce que c'est vers, euh... les dentistes. (...)Et aussi bien les yeux, les lunettes, et tout ça.*

*E3P : l'ophtalmologie, après les dentistes (...) Tout le monde n'a pas accès aux soins dentaires (...), on entend souvent les ophtalmos, enfin la vue, ...*

Les réflexions sur la démographie médicale emmènent enfin au concept de la permanence des soins, soit la possibilité d'un accès aux soins, en particulier pour ce qui concerne les urgences médicales, de manière indépendante des créneaux horaires, dans les vingt-quatre heures comme tout au long de l'année (jours fériés) :

*E4A : ... il y a un impact dans la continuité des soins et dans la permanence des soins. Ou alors il faut trouver un autre système qui répond à ça. Ça peut être les centres de santé mais ça veut dire que les centres de santé, le patient il va devoir venir. C'est toujours pareil. (...)*

*...moins y aura de médecins sur une zone plus y aura des difficultés pour assurer ces permanence des soins. Ou alors il faut travailler différemment sur cet accès au soin. On voit très bien que depuis 2012 sur le Poitou-Charentes il n'y a pratiquement plus de ... enfin, d'effecteurs de terrain, on appelle ça d'effecteurs de terrain, en nuit profonde, c'est-à-dire de 0h à 8h. Il y a une organisation qui est mise en place quand même, mais ça, c'est, je vais dire, cette organisation, elle est liée avec l'installation des professionnels sur le terrain.*

Dans les besoins de la population il est après argumenté le concept d'équité, soit de possibilité d'accès au soin pour la totalité de la population :

*E2LR : ...d'avoir au moins une couverture sociale minimum, et ça c'est l'assurance maladie qui le permet, avec la couverture maladie universelle et la couverture maladie avec la mutuelle, et ça ça va encore évoluer, je crois, avec la nouvelle loi de santé (...) permettre, garantir à tout le monde, quel que soit son niveau de vie, l'accès au soin. Quel que soit, hein ? Le soin, c'est le soin basique, c'est le médecin traitant, c'est le médecin généraliste, c'est les soins à l'hôpital, c'est... la prévention*

*E2LR : C'est-à-dire que quelqu'un qui a un travail, qui est bien dans sa vie... il va se dire bon, j'ai mal aux dents, faut que j'aie voir le dentiste, je vois moins, faut que j'aie voir l'ophtalmo, alors que quelqu'un qui est très loin du soin, sa première préoccupation c'est tout bêtement, de... de manger, de dormir, de... pour lui, le soins, ce n'est pas une priorité, alors que ça devrait l'être, parce que... euh, le soin, c'est, enfin, quand on est bien dans sa santé, au sens large du terme, on est bien partout, parce que c'est le bien le plus précieux quand même.*

*E4A : bénéficier d'un minimum d'accès au soin, que certaines personnes n'ont pas du tout parce qu'ils n'ont pas les moyens. Donc, déjà... Parce que celui qui a les moyens, ce n'est pas un problème. Mais celui qui n'a pas les facilités, euh... Pas la facilité de déplacement, et... euh, qui n'a pas une complémentaire de santé, par exemple, ne va pas aller vers des soins puisqu'il sait que, soit il ne peut pas payer, donc il va se priver du ... du minimum qui sont, moi je dirais, pour moi c'est les yeux, les dents, puis pour les enfants, le suivi pour les enfants, surtout. Et dans les personnes âgées, c'est pareil, c'est la même chose.*

*... il y a aussi tout le travail d'équité, hein ? Des populations prioritaires, des populations vulnérables, aujourd'hui, en France : les personnes âgées, les personnes en situation de précarité, pour moi il y a une forme d'équité, aussi, dans l'accès au soin...*

*E1A : C'est important que ça soit suivi par l'état mais faut que ça soit sur tout le territoire.*

*C'est important qu'il y ait une égalité sur l'ensemble du territoire national et c'est important que les lois soient appliquées pour tout le monde et sur l'ensemble du territoire.*

Un accent particulier est mis par la plupart des interviewés aux besoins de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage :

*E2LR : ...faut qu'il y ait moins de malades, et pour moins de malades, bah, il faut mettre le paquet sur la prévention, ce n'est pas compliqué...*

*... c'est la promotion et prévention de la santé. Donc c'est aussi apprendre aux gens à être bien dans leur vie, eh ? Ce qu'on appelle, les... les compétences psychosociales pour être bien dans sa peau, donc... moi je suis une convaincue de promotion et prévention, avant tout, quoi. Et comme ça on pourrait agir sur beaucoup de dépenses, et ... qu'on pourrait éviter. Ça c'est clair.*

*E1LR : je pense qu'il y a des gros besoins en termes de promotion de la santé déjà et de prévention.*

*... à la fois éducation thérapeutique et prévention. C'est vraiment l'idée de la prévention de la santé. C'est-à-dire que, euh, voilà la culture santé en gros elle soit un peu plus présente et partagée...*

*E4N : ...il y a des éducations qui existent, de prévention, mais elles ne sont pas sur un parcours de tout au long de la vie... de prévention. Il y a les bilans bucco dentaires, vous avez quelques étapes sur les vaccinations, mais il n'y a pas une éducation à la santé constante pour tous. Est c'est bien de l'envisager.*

Egalement, des commentaires sont faits sur la nécessité de prévention et dépistage au sein des populations différentes (personnes dans des situations de handicap, personnes âgées, jeunes...)

*E3A : ...le besoin est de dépistage, essentiellement pour les personnes âgées et notamment dentaire (...), consultation mémoire, ...*

*... Pour les jeunes, c'est vraiment un besoin de prévention (...) dans l'addiction (...), information sur les maladies sexuellement transmissibles, ...*

*...tout ce qui demande des manipulations et des appareillages particuliers, la mammographie, par exemple, pour les personnes handicapées, ils n'ont pas accès à ce dépistage,*

*... la nutrition on en entend partout, eh ? Il y a vraiment d'autres styles de prévention, sur des maladies, comme ça, qui sont importantes. Et qui ne sont pas bien fait*

*...pour les insuffisances rénales il y a plein de choses, une fois que la personne a été greffée, le suivi du médecin il est vraiment important, enfin, il suffit de... de rien pour mettre en l'air un rein qui vient d'être greffé, et... on voit des jeunes patients, là, qui n'ont pas été bien suivis, ou encadrés, ou je ne sais pas comment on peut dire, mal accompagnés ou pas suffisamment, et qui mettent en l'air la greffe, mais simplement parce qu'on ne leur a pas dit certaines choses...*

Un autre élément identifié est la nécessité des usagers d'être renseignés, informés par les professionnels sur leur état de santé, sur les prises en charge nécessaires, sur la prévention, etc.

*E3A : quel médecin a pris le temps, médicalement, de lui dire voilà, le cerveau fonctionne comme ça... (...)*

*Mon médecin, Il n'est pas à fond dans les médicaments, mais il explique pourquoi. Il explique comme ça fonctionne le cerveau, le corps, puis après vous faites comme vous voulez, je vous dis que là... c'est un vrai accompagnement, quoi...*

*E4A : il faut aussi expliquer aux gens, ce que c'est un bilan de santé, ce que ça va enclencher, et tout ça. Et on a vu que si on n'explique pas, d'abord, la personne a peur, parce qu'elle se dit bon, on va me trouver ça, puis ça va enclencher ça, et ça, euh,...*

*E2N : par exemple le dentiste, pareil, quand on va chez le dentiste, il peut y en avoir un qui explique bien, qui va prendre plus de temps par rapport à un autre, ... c'est toujours pareil, ça dépend des professionnels. Donc l'écoute et aussi les explications. On parle toujours de consentement éclairé, mis au vu de tout ça, le consentement n'est pas très éclairé, hein ?*

Le patient doit être informé aussi sur l'organisation du système de santé sur le territoire :

*E3A : ... orienter complètement les patients et pour les orienter il faut qu'eux même soient bien formés à la connaissance des possibilités dans un territoire...*

*E1LR : ... si on parle en plus du système de santé c'est-à-dire qui fait quoi, où on s'adresse, alors là c'est d'une complexité folle pour l'utilisateur lambda...*

... et sur l'évolution de l'offre de soins au point de vue technique ;

*E2A : en France on n'a pas assez de débats véritablement initiés et portés par le monde médical envers le grand public, pour avertir la population, pour avertir les représentants de la populations sur certaines choses. Finalement, les gens entendent parler de la santé uniquement individuellement, quand ils se retrouvent face à un médecin, un anesthésiste, un chirurgien, un gastroentérologue d'un hôpital ou d'une clinique, qui sont en train de leur expliquer qu'ils ont ceci et cela, qu'on va faire ceci et cela, pour essayer de soigner, mais personne n'explique et personne ne fait en sorte que collectivement la population soit aussi bien informée de l'évolution des techniques thérapeutiques, comme peuvent être, je ne sais pas moi, des techniques de l'informatique, de la vidéo, de tout ce qu'on veut. Tout le monde sait ce que c'est un smartphone et à quoi ça sert, mais personne ne sait ce qu'on fait dans les services de chirurgie. Et tout le monde croit qu'un service de chirurgie à Ruffec et un service de chirurgie à l'hôpital américain de Paris c'est la même chose, ou presque.*

La recherche est citée comme élément à intégrer dans les besoins en santé de la collectivité et en relation à une réponse optimale aux besoins, par un des sujets interviewés :

*E2P : il y a des besoins à investir dans la recherche, pour couvrir ce que ... c'est la seule voie où on peut avoir des progrès, dans les prise en charge et les traitements, des personnes, mais ... ça aussi, la recherche, il faudrait quand même... euh... qu'elle soit peut-être un peu plus valorisée, et subventionnée. Recherche médicale, recherche technologique liée au médicale... Voilà, quoi, tout ça. ... euh... Voilà.*

L'identification des besoins en santé de la population nécessite en amont l'identification des facteurs déterminants de ces besoins. En particulier, sont argumentés les facteurs environnementaux en général, dont plusieurs sont cités comme exemple par les interviewés : notamment la qualité de l'eau, le sport, le travail, l'habitat, la qualité de vie, et certaines conditions particulières comme le handicap et les conditions de précarité:

*E1N : il y a un ensemble de déterminants culturels, socio-économiques, environnementaux... qui influencent notre état de santé. Donc il y a finalement aussi des acteurs de l'industrie, le monde de l'entreprise, le monde du travail... qui influence aussi notre état de santé, et là les leviers... euh...on ne les trouve pas dans l'organisation des soins*

*E2LR : On est en bonne santé parce que, aussi, on est bien dans la vie, parce qu'on a du travail, parce qu'on a... un environnement familial qui est adéquat..., bah, c'est tout. L'état de santé ce n'est pas que l'absence de maladie. Vous voyez ce que je veux dire ? (...)*

*...l'air qu'on respire, la qualité de ce qu'on mange, on va agir sur la santé*

*E4N : ... la santé recouvre aussi pour moi tout ce qui va être... sujet de qualité de l'eau, qualité de ... de l'environnement, les pesticides,...*

*...Il y a à la fois l'environnement, je dirais de tout ce qui va être ... euh, environnement immédiat de la personne, donc je dirais qualité de vie de son habitat, par exemple, lutter à la fois contre l'habitat insalubre, passer dans la culture des gens aussi qui sont... responsables de cet environnement proche, par exemple : penser à aérer au quotidien leur domicile, pour éviter la stagnation de l'air et des pollens de pollution que l'on peut avoir dans l'air ambiant, ça va être... Donc, ça, c'est l'environnement immédiat,...*

*...La nourriture, l'habitat, et aussi bien sûr, la... les activités physiques ...*

*E4A : le bruit, l'eau, l'habitat, ... euh, ça c'est des conditions, quand même, euh, sans aller au soin propre, c'est des conditions de vie qui ont un impact sur la santé...*

*...Par exemple, les conditions d'habitat, veiller à ce que les gens aient des conditions de logement normales, non insalubres ; pour l'eau, bah, veiller à que l'eau du robinet soit bonne, c'est tout aussi important, euh, l'air qu'on respire ne soit pas trop polluée, que le bruit ne soit pas... euh, il y a plein d'impacts sur la santé.*

*E2LR : C'est vrai qu'on n'a pas parlé d'accès financier aussi, ça peut être un sujet à certains endroit parce que on peut avoir très bien les professionnels libéraux mais si ils sont tous conventionnés secteur 2, euh.*

*Tout le monde n'ira pas accéder aux soins contrairement à ce que vous pensez. Sauf qu'aujourd'hui ce n'est pas vraiment référencé, on sera... moi je serais incapable de décrire la situation sur le département.*

Pour ce qui concerne les propositions sur la réponse aux besoins de santé, le ressenti des interviewés est centré sur l'adaptation de l'offre des soins au contexte territorial, d'un côté, et à l'évolution de la société civile, de l'autre. Cette adaptation passe forcément par des efforts

d'anticipation et d'analyse des besoins en santé propres à chaque territoire. De plus, pour la plupart des interviewés, il appartient aux acteurs en santé (professionnels de santé et leur partenaires) le rôle important de réfléchir à tous les éléments qui peuvent caractériser l'évolution de la société, leurs impacts sur la santé, les solutions possibles aux éventuels problèmes.

*E2A : Donc, ... bon, regardez la complémentaire de santé obligatoire qui se met en place progressivement, voilà, ça ... ça peut faire craindre aux professionnels que les mutuelles vont avoir encore plus de place dans l'organisation de la santé à travers la définition de palier de soins, choses comme ça, mais voilà, c'est une donnée, et il va se mettre en place, donc il faut s'y préparer, il faut y réfléchir et encore une fois mesurer les impacts des réformes et en tirer les enseignements et... par anticipation, je dirais, parce que en France on a peut-être trop suivi le tort de mettre en place des réformes et puis de s'interroger seulement après coup ce que ça a produit. (...)*

*... l'évolution qu'on appelle aujourd'hui la digitalisation de la société ... euh, voilà, c'est un sujet important dans le domaine de la santé. Euh... certains, certains voient déjà les individus équipés avec des petits appareils enregistrant beaucoup des choses sur leur état somatique, leur transfert en salle avec de manière automatisé vers des professionnels de santé, et des mutuelles qui capteraient cet information pour encadrer aussi le processus, le parcours des soins. Il y a quand même plein de sujets, y compris des sujets éthiques, hein ? Autour de la liberté individuelle, etc. Qui sont posés à travers l'évolution actuelle de notre société, et notamment les effets de la numérisation, ça vaut aussi pour le champ de la santé. Et ça c'est important, je pense qu'effectivement l'université puisse... peut-être ... euh, voilà, aider aussi les institutions à réfléchir sur ce qui peut se produire, sur ce qui est bon, pour l'individu, le collectif en général et puis ce qui peut être à risque. Donc, ... voilà, moi je pense qu'il y a des sujets de travail intéressants.*

*E2P : ... Aujourd'hui, on peut se renseigner sur internet...*

*On peut diversifier, les choses, ses traitements, ses approches, ses rendez-vous, voilà ; dans la mesure du raisonnable, bien évidemment, parce que tout a un coût. Mais, euh... il faut un peu que le professionnel soit plus polyvalent. Avant on était... enfermés, il faut être beaucoup plus ouverts, polyvalents... à ce qui se passe aujourd'hui. Il y a la polymorphie des patients, il y a ... euh... encore plus de choses aujourd'hui qu'avant.*

*E1N : il n'y a pas quelque chose de... ce n'est pas que des outils standardisés, quoi. Il y a par exemple une maison de santé sur le territoire qui développe des consultations-précarité ; les médecins ont fait le constat d'une précarité... d'une patientèle de plus en plus précaire ; à partir de ce constat-là créé une consultation-précarité qui ne pouvaient pas faire seuls puisqu'il n'avaient pas les compétences des assistantes sociales, par exemple, et qui ont vraiment créé un partenariat avec les partenaires du droit commun, à savoir l'APAS du centre hospitalier et les assistantes sociales du conseil générale ; là on est bien aussi dans des formes de responsabilité ... on va dire... sociale de ce collectif-là qui apporte ... voilà, vraiment une réponse à un besoin en santé, on est vraiment sur du « sur mesure » et ce n'est pas forcément le même type de dispositif qui sera mis en place sur une commune à côté ou sur un autre territoire.. Ils ont vraiment pu faire...euh... adapter au contexte et faire en fonction des ressources qu'ils avaient en proximité. Ils ont créé cette consultation pour répondre à un besoin de santé vraiment en proximité, donc enlevé les difficultés, les barrières de la mobilité.*

Dans le même esprit, certains interviewés ont introduit le concept de démocratie sanitaire : continuer à développer la mise en œuvre de ce principe représente pour les interviewés une des pistes à suivre pour répondre aux besoins en santé.

*E2LR : démocratie sanitaire ; c'est quelque chose qui a été abordé dans la loi HPST, et qui maintenant va être modifié dans la loi de modernisation du système de santé, qui a été promulgué le 26 janvier, donc c'est tout récent, mais dans la loi HPST, cette loi introduit ce qu'on appelle la démocratie sanitaire, c'est-à-dire, placer l'utilisateur, le patient, au cœur des décisions ; tenir compte du patient, de l'utilisateur, pour organiser le système de santé...*

*... on a identifié cette difficulté-là sur un territoire, et on y travaille actuellement. Donc, la démocratie sanitaire, c'est ça. C'est-à-dire, partir de difficulté de l'utilisateur dans un parcours, et essayer d'identifier les points de rupture, pour essayer de mettre des actions pour pallier cette difficulté.*

### **3.2.1.a. Responsabilité sociale**

Dans la réflexion sur la réponse aux besoins, le principe de responsabilité sociale est directement évoqué pendant quelques entretiens. Les réflexions sont de caractère général ou concernent surtout le domaine du choix d'installation :

*E1N : Si on rejoint la thématique sur la Responsabilité sociale c'est vrai que aujourd'hui pour les professionnels de recours je me dis que, euh, exercer là où les besoins de santé se font ressentir ...même si effectivement il y a la liberté d'installation, c'est pour moi une démarche de responsabilité sociale que de s'installer là où les populations ont pas facilement recours à un médecin généraliste ; c'est une responsabilité collective des professionnels. Même s'il y a le principe de liberté d'installation il y a... il doit y avoir quand même une conscience, une responsabilité... euh... sociale des professionnels dans le choix de leur installation et de prendre en compte les besoins en santé des territoires vraiment très fragiles et prioritaires.*

*Ça relève aussi de la responsabilité d'un acteur, que ça soit médicosocial, médecin généraliste ou d'un hôpital d'exercer sa profession dans un environnement global et tenir compte aussi des acteurs qui l'entoure. Il y a très peu de professionnels de santé qui ont un statut salarié dans ces structures. Pour la simple raison, c'est la rémunération. Dans la Responsabilité Sociale je trouve que c'est aussi un élément. C'est des secteurs qui ont énormément de postes vacants de professionnels de type kinés orthophonistes, médecin. C'est peu attractif. Quand je rejoigne la responsabilité, c'est que... une manque de professionnels dans ces structures c'est que ça a une répercussion sur les délais d'attente, les délais de prise en charge, qui pour être efficaces devraient être faites par exemple dans trois, quatre mois, sont des durées de prise en charge de six mois... on a une responsabilité, une coresponsabilité avec les autres acteurs du territoire, que ça soit sur le milieu social ou hospitalier, dans la façon d'organiser les soins.*

*E1P : Si je fais un métier de la santé c'est pour répondre aux besoins de la population, donc, il faut, sensibiliser les jeunes professionnels, que, si je veux répondre à la question, il faut que je fasse un métier qui réponde à ce besoin.*

*E2P : Il y a des secteurs en France où il n'y a pas de médecins, c'est dommage, euh... est-ce que ça veut dire que... euh, je ne sais pas ce que ça veut dire, d'ailleurs. Il y a des secteurs où il n'y a pas de paramédicaux. On sait très bien que tout le monde est un peu dans le sud, et puis dans les côtes, euh... Bon. Ce n'est pas ça le sens collectif, (...) est-ce qu'on a vraiment un regard, une analyse globale de la santé ? Je ne pense pas. Ce ne sont que des parties prenantes qui se positionnent. Et c'est regrettable que finalement il n'y ait pas ce sens commun à travers l'organisation de la santé. On manque de sens commun, collectif ; chacun défend ses positions, ses avantages, ses inconvénients, ce que ça va lui coûter, et ... alors, il peut être aidé, pas aidé, etc. Et puis ses prérogatives, ses compétences, ses responsabilités, son positionnement social, et on est toujours en lutte, enfin, l'organisation est en lutte, comme ça.*

Des réflexions sont faites aussi par rapport à la pratique médicale :

*E4N : le médecin est responsable lui aussi, de la façon du système aujourd'hui qui est un peu en fragilité, c'est... ce n'est pas de sa faute, au médecin, mais il en est quelque part lui-même un acteur. Il doit aussi pouvoir agir d'une manière efficace et efficiente sur ce qu'il fait. En privilégiant bien sûr la qualité de soin, et c'est, ce n'est pas mon rôle de remettre en cause le choix de ... des soins qui sont faites par les médecins, mais... on ne devrait plus rencontrer, et pourtant c'est toujours le cas, de ... de gens qui peuvent se vanter dans la rue, qui se baladent « ah, bah, je suis en arrêt maladie ». Et qui n'est pas malade. On ne devrait plus rencontrer ça, vous êtes des prescripteurs, et je ne devrais pas entendre les médecins dire, et je l'entends toujours, certains médecins dire, « ah mais... comment voulez-vous refuser à un patient... ? » Bah, vous devez refuser à un patient. Vous êtes prescripteur, vous avez le droit pour vous. C'est vous qui avez la main, c'est vous qui avez la signature, vous devez pouvoir refuser à n'importe quel usager, un médicament dont il n'a pas besoin, vous ne prescrivez pas, un arrêt maladie dont il n'a pas besoin, vous ne prescrivez pas. Pour que ces médecins puissent jouer ce rôle-là jusqu'à ce niveau-là il faut qu'il ait conscience pleinement qu'il est la clef du système de santé. Il va se concentrer sur ce qui sait faire, le soin, alors que finalement il a une mission plus large, dans la santé.*

*Il n'est pas normal que j'entends aussi, aujourd'hui, encore des praticiens dans le monde hospitalier : « non, moi je ne veux pas travailler avec mon collègue de chirurgie, alors que je suis dans la chirurgie aussi, mais à côté, mais je ne veux pas travailler avec lui car je ne m'entends pas avec lui » Et mettre en dysfonctionnement la prise en charge du patient qui peut passer de l'un à l'autre. Parce qu'ils ne veulent pas se parler. C'est inadmissible. Vous voulez le bien du patient. Alors, après ils vont me dire oui, c'est l'usager, qualité de soin, mais justement !*

Le principe de responsabilité est aussi évoqué en faisant la relation avec la formation :

*E1N : par rapport aux postes ouverts au concours, enfin... et après dans la façon une fois que la personne a eu son concours, qu'elle a été formée et qu'elle fait choix de s'installer, peut être... toute en amont, au moment de la formation une prise aussi de conscience sur les milieux aujourd'hui où il y a vraiment les besoins de santé, et les structures où il y a vraiment les besoins de santé. (...)*

*Un médecin, même s'il exerce en libéral, effectivement, il a reçu pendant sa formation le soutien de l'état, le soutien de la collectivité pour financer ses études, euh... il est rémunéré à l'acte, par l'usager, aujourd'hui, ... remboursé par l'assurance maladie mais le médecin aujourd'hui est libéral, libéral par rapport à là où il souhaite s'installer, par rapport à son activité, la façon d'organiser, mais ça reste une activité financé par l'état, financé par l'assurance maladie, donc il a aussi une responsabilité vis-à-vis du citoyen et vis-à-vis de l'état qui aujourd'hui, en tous les cas en France finance encore l'accès aux soins. On a l'accès aux soins gratuit ; il y a aussi une forme de responsabilité, de pertinence dans les soins qui sont fait par rapport au grand financeur de la santé qui est l'assurance maladie. Voilà. Donc libéral, oui, mais responsable.*

### 3.2.2. Création des partenariats dans le système de santé et dans la formation des professionnels de santé

Le deuxième grand thème qui se dégage de l'analyse des données est l'identification des acteurs en santé et les partenariats entre les intervenants. Dans la plupart des entretiens, le discours a donc été orienté dans un premier temps sur l'identification des acteurs en santé et des partenariats entre ces acteurs au sein du système de santé ; ensuite sur les possibles évolutions et améliorations de ces partenariats ; enfin sur les partenaires de la faculté de médecine, les relations de la faculté avec les autres acteurs en santé et les possibles améliorations en ce sens, vis-à-vis de la réponse aux besoins en santé de la population.

Certains des interviewés font noter comme il est relativement difficile d'identifier des intervenants donnés, dans une société caractérisée par un si vaste éventail de facteurs qui déterminent l'état de santé d'une personne (comme décrit lors de l'analyse des besoins).

*E4N : on est quand même tous acteurs de la santé, finalement.*

*il y a des sujets aussi ... environnement, l'urbanisme, les choix des matériaux de construction, un étage, deux étages, euh... est qu'ils vont faire un EPHAD sur trois étages, alors qu'il y a des personnes âgées qui ont du mal, l'accessibilité, ... tous les choix architecturaux d'aménagement d'une ville, ou d'une collectivité urbaine, le choix d'un parc, le choix de ... de garder des espaces verts, des lieux de marche, des parcours... Tous les politiques finalement ont un rôle quelque part qui agit sur la santé, et qui favorise la santé. Qui peut favoriser la santé.*

*E3A : tout le monde a un rôle dans le domaine de la santé. Qui que soit, parce que ce n'est pas forcément du soin en tant que tel, ça peut avoir des impacts sur la santé. Et c'est les impacts sur la santé de la personne. C'est indirect, quoi, je dirais, ce n'est pas le dossier médical de la personne, mais ça peut avoir des impacts sur la santé de la personne.*

Plusieurs sont les acteurs en santé évoqués, surtout lors de la réflexion centrée plutôt sur l'organisation des parcours de soins (en particulier sur échelle territoriale). L'individuation des acteurs en santé et des partenariats est faite souvent en parallèle avec la description de certaines activités propres de l'ARS et de l'organisation du système de santé sous échelle territoriale :

*E2LR : à l'intérieur de ces quartiers prioritaires les différents partenaires, qui sont les élus, l'agence régionale de santé, le conseil régional, enfin tous les partenaires qui gravitent autour de, autour de certaines thématiques, alors ça peut être la police, par rapport à la délinquance, ça peut-être l'éducation nationale pour les enfants, ça peut-être la direction de la cohésion sociale par rapport au ... aux problématiques sociales de tout genre, euh, on a aussi la justice...*

*E2LR : ... les professionnels de santé, parce qu'on ne fait rien sans eux, et les élus, parfois, parce que les élus aussi, sont très attachés, à l'offre de soins dans une commune...*

*On a des élus, on a des représentants du conseil du département, on a des représentants de la région, on a des représentants de la collectivité territoriale, on a des maires, on a des partenaires, alors, l'assurance maladie, la MSA, ... on a des partenaires de la vie des usagers, on a des associations d'usagers, on a des associations aussi, comme l'UDAF, de protection de l'utilisateur, et donc on travaille au sein de ces conférences de territoires...*

Les professionnels de santé et les structures de soins sont évoqués dans tous les entretiens: les professionnels exerçant en ville, les établissements de soins, les établissements médicosociaux, les réseaux de soins.

*E4A : dans le domaine de la santé, on va regarder qu'il y a... les hôpitaux. Ensuite on a la médecine... moi je l'appelle ambulatoire, c'est toute la médecine libérale, fin en dehors de l'hôpital...*

*Sur le médicosocial, on va avoir les établissements, EPHAD, IME, MAS, voilà tous ceux qui ont un financement dans le médicosocial et qu'on les reconnaît comme établissements leurs appartenant...*

*les SSIAD, donc là, dans le médicosocial, en soins infirmiers.*

*...les réseaux de santé, gérontologiques, réseau onco, réseau anti douleur, diabète, etcetera... on a les infirmiers particuliers là... asalée, qui ont eu des délégations de tâche...*

*E2P : quelqu'un qui est malade va voir le médecin. Bon. Il a besoin aussi de prestations paramédicales, d'auxiliaires médicaux. Il a besoin, peut-être, de centres hospitaliers qui vont le prendre en charge pour la radio-diagnostique, pour un traitement pointu, pour le suivi. Il a besoin des organisations des professionnels de santé qui sont en hospitalisation à domicile. Il a besoin... de son médecin traitant, bien évidemment.*

*E1N : le premier recours au sens large, bah en libéral: infirmiers, kinés, le médico-social... le secteur hospitalier, le secteur de soins, le secteur de la Prévention, de l'Education Nationale, la PMI...*

Les élus sont très fréquemment évoqués dans la totalité des entretiens ;

*E1N : et via les élus, il y a les associations des usagers mais il y a aussi les élus sur le territoire, qui nous font remonter les... aussi des constats et ??? un maire d'une commune qui s'inquiète du départ de ses médecins généralistes et qui a effectivement entre guillemets, qui recueille toutes les difficultés de sa population, a tendance à s'orienter vers nous, à nous en faire part.*

*E2A : ... des élus qui sont en contact en permanence avec la population et ils n'aiment pas forcément entendre parler de problèmes de santé et d'accès aux soins. Donc, voilà, ça fait peut-être aussi partie des acteurs.*

*E2LR : ... les élus, parfois, parce que les élus aussi, sont très attachés, à l'offre de soins dans une commune...*

*E3A : pour tous ceux qui sont domiciliés, pour quelqu'un qui est domicilié, le maire de la commune... euh, peut avoir à un moment de l'information sur comment une famille a des problématiques. Forcément, il le sait. Enfin, je parle surtout, plutôt au niveau rural. Si une famille a des difficultés, souvent, aussi, les familles, le maire de la commune, c'est le lieu aussi où les personnes peuvent aller dire : bah, j'ai des problèmes pour telle et telle chose. Qui peut avoir un impact, par exemple logement insalubre... peut avoir un impact sur la santé d'une personne. Donc, le maire, enfin, la commune est aussi... une porte d'entrée. Et lui, va aussi orienter vers un professionnel de santé, qui est compétent. Parce qu'il n'est pas compétent sur tout... mais souvent ça peut être une porte d'entrée. Pour orienter la personne, ou signaler, à l'inverse.*

La société civile avec ses représentations est évoquée par une partie des interviewés :

*E4N : Les associations, aussi, association de type malade. Association d'usagers malades, souvent regroupé en structures, par exemple le collectif inter-associatif en santé, le CISS Poitou Charentes, je ne sais pas si vous l'avez rencontré ou pas, mais... Il y a le CISS Poitou Charentes qui existe, et qui ressemble plusieurs usagers, il y a les associations, par exemple, comme Croix Rouge, comme l'AFM, euh... Des associations qui représentent des usagers de certaines pathologies chroniques ou handicap, qui ont besoin de prise en charge de soins en santé.*

*E1N : ...sur certaines filières en cancérologie certaines praticiens disent avoir ouvert leur bureaux à la lutte contre le cancer et que quand le praticien va être dans l'annonce du diagnostic on crée du partenariat... avec l'association des usagers.*

Le rôle de l'ARS, avec ses partenariats, est évoqué et détaillé par la totalité des interviewés :

*E2LR : On aborde ce qu'on appelle un contrat de ville. Et ce contrat de ville ça permet de réduire les inégalités sociales de toutes ordres, et notamment celles de santé, parce que nous, l'agence régionale de santé, on propose un certain nombre de mesures pour essayer de pallier cette difficulté. Donc, on identifie des axes de travail, et après on met des actions, on mène des actions qu'on propose avec les différents partenaires, et parmi ces actions, on a ce qu'on appelle un contrat local de santé, c'est-à-dire que... on essaie d'identifier des axes prioritaires, en fonction des besoins d'un territoire, on fait un diagnostic, on élabore un diagnostic, et en fonction de ce diagnostic on se dit bien, il faudrait peut-être travailler plus cet axe-là.*

*E4N : on essaie d'organiser ça dans l'Agence avec les acteurs de chaque territoire. C'est identifier ces besoins et travailler avec un contrat local de santé qui va contractualiser entre l'Agence, les médecins, les établissements médicosociaux sanitaires, les élus, sur quelles sont les priorités du territoire en terme de santé. Santé, prévention, soins, santé mentale, tous les différents volets. Et même sociale.*

*E2A : On a par ailleurs à travailler le lien entre ces équipes de soins primaires et les établissements de santé de proximité, puisqu'on a besoin de renforcer les échanges de données et d'information sur les patients entre ces groupes professionnels...*

*E1LR : On a essayé de mettre en place ce qu'on appelle les comités d'acteur en santé... euh... donc l'idée c'est un peu de ...que ce soit pas l'ARS qui arrive avec une analyse toute faite et des idées clé en main à mettre en place quelque part... (euh) mais que sur un petit territoire donné donc on est bien en infra départemental, on travaille, déjà qu'on arrive à mettre autour de la table tous les gens concernés par la santé. Que ce soit élus, associations, établissements, professionnels libéraux euh qu'on, qu'ils partagent entre eux une analyse des difficultés de leur territoire, et qui réfléchissent à des choses à mettre en place très concrètes euh voilà, dont ils seraient à la fois les concepteurs et les réalisateurs. Donc c'est l'idée de ce qu'on met derrière le comité d'acteurs en santé.*

Ils sont cités aussi certaines entités comme les associations représentatives des professionnels, les associations représentatives des élus, la caisse primaire d'assurance maladie, les instances sociales et les instances de justice telles que la préfecture, certaines établissements collectifs non médicales, comme les prisons.

*E4A : tous les acteurs du libéral, hein ? il y a tous les URPS, Ordre, syndicats, les représentations des ordres, des syndicats, Union Régional des Professionnels en Santé, qui représente un métier, les représentants des métiers, quoi, kiné, médecin, pharmacien, infirmier, orthophoniste, sage-femme. Le Conseil Départemental qui finance tout l'aide, avec l'MDPH pour les personnes âgées personnes handicapées, le Conseil Régional (...) la partie police judiciaire, parce qu' ils ont des centres fermés, des unités fermées dans lesquelles la santé rentre, les prisons (...), DIRECCT dans le social, c'est-à-dire la direction de l'emploi et du travail, parce que par le biais de l'inspection du travail, on est en lien avec la médecine du travail, toutes les écoles, Il y a les mutuelles, La CPAM...*

*E1LR : Y'a également bien entendu (la) les régimes d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les caisses de retraite.*

Les propositions d'amélioration évoquent globalement le renforcement des partenariats existants. L'accent est posé sur l'accompagnement à l'installation des professionnels de santé dans les territoires nécessitant, définis comme prioritaires ; plusieurs fois les interviewés évoquent aussi, dans ce sens, les mesures incitatives prévues par les communautés et les gestionnaires pour favoriser et rendre plus attractive l'installation dans ces territoires.

*E3A : un étudiant peut bénéficier de ce qu'on appelle un contrat d'engagement service publique, ou des bourses versé par certaines collectivités territoriales. Euh, ils avaient déjà des bourses par les collectivités territoriales, d'accordés à certains médecins qui avaient des besoins, pour faciliter leurs études, bah, à condition qui s'installent dans le département, pour les communautés territoriales. Le contrat d'engagement service publique, qui était mis en place depuis un certain temps, ... facilitent justement à tout médecin, quel qui soit son ... je dirais, ses moyens, parce que c'est quand même cher, de faire des études médicales, mais de bénéficier de cette formation, bien sûr avec un engagement derrière, à exercer sur x temps sur une zone déficitaire, mais facilitait, oui, l'accès des jeunes étudiants pour faire la profession médicale. Et très bénéfique, parce qu'en plus l'avantage des contrats d'engagement service publique c'est qu'ils ne sont pas obligés à s'installer sur le département où il fait des études, il s'installe partout en France. Mais, sur une zone déficitaire. (...) Le contrat de praticien de médecine générale, que le médecin signe avec l'agence, où on facilite son démarrage. C'est un complément de salaire pour faciliter son démarrage quand il s'installe. Donc je dirais que toutes ces aides, elles viennent faciliter l'accès au jeunes ... euh, pour être médecin. Pour toutes catégories de population. Parce qu'un jeune étudiant qui n'aurait pas les moyens d'aller vers ça, peut par ce biais-là obtenir une facilité d'accès aux études médicales. Parce que s'il n'a pas de famille pour l'aider, ça va être difficile pour lui. Donc, ça facilite. Je ne dis pas qu'encore c'est... mais ça a bien facilité. Je pense qu'il faut en rester au fait que c'est très bien qu'avant les bourses disponibles par les communautés territoriales, ils reliaient le jeune à un département. Maintenant c'est national, donc pour le jeune c'est bien parce que le jeune, quand il fait des études qui sont longues, il ne peut pas savoir au début vraiment où il va aller s'installer. C'est logique, ces études sont dures, ils sont longs et ... pendant sa formation il pourrait découvrir par ses stages un autre endroit où il voudrait aller s'installer. Et le contrat d'engagement service publique facilite ça, puisque... il n'est pas lié à un endroit.*

Une argumentation forte est apportée sur l'importance de la coordination et des échanges du travail des différents acteurs en santé.

*E1A : si tous les acteurs qui tournent autour de l'utilisateur, d'un patient, arrivent à se mettre en réseau... bah d'ailleurs ça se fait, c'est-à-dire qu'il y a un secteur qui détecte quelque chose qui va faire intervenir ses collègues du social, ses collègues du médical et puis du coup la personne va être accompagnée, ça c'est quelque chose qui fonctionne, déjà. Mais comment permettre que ça se développe mieux... ? Bah il faudrait plus de personnel et puis plus de moyens financiers et humains.*

La réflexion autour des mesures incitatives et de l'installation sur les zones déficientes est enfin au centre du discours pour ce qui concerne les partenariats de la faculté de médecine.

De manière générale, plusieurs interviewés ont identifiés certains des acteurs en santé comme potentiels partenaires de la faculté de médecine, (notamment l'ARS elle-même, mais aussi d'autres instances administratives comme les URPS, l'assurance maladie, les usagers) :

*E4N : je crois que c'est conjointement faculté-Agence, hein ? Faculté-Agence, et puis à mon avis euh, le conseil de l'ordre par exemple aussi, hein ? On doit pouvoir, à trois, être les partenaires pour pouvoir construire un peu plus de... d'intégration, pendant la formation, des jeunes sur l'activité au quotidien, telle qu'elle se passe en réalité et qui leur permettrait d'avoir connaissance des partenaires, des coordinations, connaissance, euh.. et l'apprentissage de tout ce qu'on a pu évoquer, en terme de système de santé, partenariat, de coordination, prévention, promotion, enfin... le besoins en santé dans la globalité.*

*E2A : s'il y avait un dialogue permanent entre ceux qui analysent le système de santé, dont ARS, et le système de formation d'autre part, ça serait très enrichissant et on parviendrait à avoir des meilleurs ajustements entre la demande de professionnels formés et la réalité des jeunes formés qui arrivent dans le territoire.*

*...les fédérations professionnelles, notamment les fédérations d'établissement, fédération hospitalière de France, euh... la fédération de l'hospitalisation privée, il y a l'assurance maladie, bien sûr, notamment le contrôle médical. Je ne sais pas si eux, contrôle médical, assurance maladie, ils sont présent ou pas, s'ils ont des relations avec, des partenariats organisés avec l'université. Mais ça me semble important parce que les professionnels parce que... bah, les fédérations professionnelles, ce sont des quand même milieux qui représentent institutionnellement, donc soit l'hôpital public soit les établissements de santé privés, donc quand même des structures qui sont appelés à recruter un grand nombre de médecins (...)*

*j'imagine que aujourd'hui l'université quand elle forme les nouveaux professionnels médecins elle intègre forcément une réflexion sur les technologies mobilisées et utilisées par les professionnels, ceux qui seront utilisées demain, et l'ARS, l'assurance maladie, tout le monde peut être... les grands institutions qui participent à l'organisation du système de santé peuvent être intéressées par cette réflexion (...) je trouve que le dialogue entre l'université et les institutions comme la nôtre, l'ARS, par exemple, c'est un dialogue qui est trop régional, euh... qui n'associe pas suffisamment les gens du terrain, trop régional au sens où il y a que la tête de l'institution « ARS » qui dialogue, finalement, avec l'université.*

*E3A : l'autre jour on a fait une formation pour les ... là c'était plus pour des jeunes professionnels qui vont s'installer à terme, dans le cas des contrats d'engagement en service public, donc là soit ils sont des étudiants, soit c'est des internes, mais ils ont un contrat d'engagement au service public, donc ils perçoivent des bourses pour faciliter leurs études, à condition qu'ils s'installent, quand ils sortiront de leurs études, sur une zone déficitaire. Et à ce titre-là, l'agence, en lien bien sûr ... bah, voilà, avec la faculté, on est vraiment partenaire, on a fait en sorte qu'ils rencontrent les caisses des professionnels de santé, pour faciliter leur installation. Qu'est-ce qu'ils devront faire ? Comment devront faire telle et telle chose quand ils vont s'installer ? Donc, ça fait partie de la formation d'un médecin, mais c'est plus du côté...faciliter son installation. Voilà, donc ce sont tous les partenaires : que ce soit la CARMF, par exemple, la casse de retraite des médecins, savoir comment ils perçoivent leur retraite, quels sont les démarches à faire, tout ça. Donc, ça fait partie de la formation. Qui se fait aussi, qui peut se faire en lien avec la faculté de médecine. Comme, je pense, les caisses primaires d'assurance maladie. Qui sont des acteurs importants. Aussi bien pour le professionnel de santé quand il va démarrer. Et ces partenaires, bah, ils interviennent, hein ? Dans les facultés de médecine, pour,...euh, expliquer leurs rôles, hein ? L'URSSAF, par exemple, intervient aussi. Ça c'est plus le volet, euh... pratique du médecin, pour après quand il va devoir s'installer, toutes ses démarches d'installation, voilà. La faculté de médecine, dans le cadre des parcours de formation des professionnels de santé... euh, ils ont accès à tous les partenaires que le professionnel de santé devra contacter à terme pour quand il s'installera. Ça se fait. Comme, par exemple je sais que les caisses d'assurance maladie travaillent avec les professionnels aussi, pour expliquer des choses, pour les moyens informatiques, conseiller des choses.*

*E1N : c'est les partenariats organisés avec les représentants des professionnels de santé, enfin, les fédérations, en médicosocial, les URPS...*

*Après, oui, voilà, la faculté de médecine peut trouver des partenariats avec les représentants des usagers pour ... Dans le rôle de la formation. C'est la parole du citoyen vers les... Dans les collectives, après, dans les associations des usagers. Parole à prendre en compte.*

*...créer des partenariats sur les interventions avec des représentants des usagers. Qui peuvent, effectivement, évoquer, pareil, la qualité des soins, la qualité des prises en charge, l'attente des usagers sur certaines filières. C'est à la faculté d'organiser ces liens. Au niveau de la construction des modules.*

### 3.2.3. La pratique médicale

Dans l'analyse de la pratique médicale, les membres de l'ARS remarquent des différences entre la pratique de la médecine dans le passé par rapport à nos jours. Ils évoquent aussi, également, une différence entre les médecins un peu plus âgés et les nouveaux professionnels sortant de la formation. Certaines différences entre pratique des « anciens » et « nouveaux » professionnels sont remarqué par quelques interviewés aussi dans d'autres professions de santé, comme les infirmiers. Les différences remarqués versent essentiellement sur la volonté des nouveaux médecins (contraire aux ancien médecins) de travailler en réseau avec des collègues et d'autres professionnels de santé ; volonté associée aussi à la recherche d'une organisation de travail plus « compatible » avec la vie privée du professionnel : créneaux de travail plus restreint et possibilité de la part d'autre collègues d'assurer la continuité de soins soit en termes de permanence de soins, soit en termes de suivi des dossiers des patients ; cette caractéristiques sont mise en relation par quelques interviewés avec la prévalence de médecins femmes plus importante que dans le passé. Une mineure disponibilité aux déplacements est également évoquée.

*E2LR : les jeunes médecins, pour en avoir rencontré certains, ils ne veulent plus travailler cinquante heures par semaine, ça c'est clair, ils veulent avoir une vie de famille, et en plus la profession se féminise, on a de plus en plus de médecins femmes (...). Il y a une volonté des nouveaux médecins de partager, à la fois euh, bah les plages horaires, l'organisation, de partager aussi, de mutualiser, bah une secrétaire, de mutualiser d'autres professionnels de santé, de travailler sur des cas complexes, c'est-à-dire que quand il y a un problème qui est identifié, soit par une infirmière, l'infirmière elle passe, par exemple, pour un diabétique et elle se dit bah là, ça ne va pas, il y a quelque chose qui passe, puis le kiné il passe derrière, il a fait autre chose, et ça ne va pas non plus donc réunir tous ensemble, l'infirmière, le kiné, parfois la podologue, hein ? Puisqu'on parle de diabète ; et donc il y a une prise en charge commune, c'est pas toujours bien vécu par le médecin, qui avait l'impression que lui, il faisait tout ça tout seul, quoi. (...)*

*(Les médecins installés depuis longtemps)... on sent bien qu'ils sont attachés à leur patientèle, c'est mon patient*

*E4P : Ce que je peux voir en tout cas, est qu'ils cherchent à travailler ensemble, euh, pas travailler de manière isolée, pouvoir se reposer sur quelqu'un, même si on est sur une profession libérale, ils ne cherchent pas à travailler dans un petit cabinet ... eu, enfermé et tout, avec, par exemple un système d'information qui va être... un système d'information qui ne fonctionne pas, ou peu, ou des dossiers pas informatisés, voilà, cherchent vraiment à travailler en équipe, euh, moi sur les échanges que j'ai pu avoir avec certaines professionnelles, travailler ensemble et, voilà, pouvoir aussi, comment dire, à un moment donné, je (vais) pas assurer, jusqu'à, 22, 23 heures, ... après, quoi que, ça va dépendre peut être des personnes, mais il y en a qui aiment bien aussi avoir maintenant leur vie privée, ils sont, certes, médecins, pendant leurs heures de travail, mais à un moment donné je pense qu'ils aiment aussi avoir leur vie personnelle.*

*E3P : on voit bien aujourd'hui que c'est plus la même mentalité que les médecins qu'il y a 15/20 ans voire 10 ans. Maintenant on voit que ils veulent profiter de leur famille, ils ne veulent pas forcément faire des horaires, euh, à rallonge alors que c'était enfin c'était pas du tout l'esprit, euh, y'a 15/20 ans quoi. Ça évolue, ce qui est normal, ça évolue, faut prendre en compte aussi l'évolution des mentalités*

*E2N : les nouveaux médecins, déjà ils ne veulent pas s'installer tous seuls ; ils travaillent plus facilement avec les autres professionnels. Donc il y a déjà cette volonté. Ce qu'on constate, c'est que justement, il y a des regroupements professionnels. Ces nouveaux médecins, c'est ce qu'ils recherchent, en tout cas.*

Parfois les différences décrites concernent la pratique médicale.

*E3N : ils n'ont pas forcément les mêmes compétences. Ils vont être bons sur certains points que les anciens médecins n'étaient pas bons, et... par contre ils vont être mauvais sur des points où les anciens médecins étaient bons. je pense qu'ils sont peut-être plus performant dans les actes techniques, parce que peut être mieux informés sur les actes techniques... que peuvent prescrire ou que peuvent faire, (...) les médecins n'ont plus forcément la réponse au problème ; ils répondent peut être moins bien aux... comment dire, aux questions qui sont posées ; (...).Je ne sais pas comment... enfin, le médecin, quand il se déplaçait, il mettait un traitement de cheval au premier coup, ... euh, en général, on était soignés, il n'y avait plus de problème. Il ne revenait pas. Alors que maintenant, le médecin quand on l'appelle, il va nous dire ... il va nous donner un traitement gentillette, je dirais, ... euh... ça passe, tant mieux, ça ne passe pas, il faut retourner. Et... enfin, ça me donne l'impression qu'ils sont moins performants sur certains aspects, mais je ne saurais pas le quantifier. Je ne saurais pas l'exprimer autrement.*

*(...)*

*Ce qui serait bien c'est qu'ils soient plus disponibles mais comment y arriver ? Je ne sais pas. Il faudrait au'ils soient plus disponibles, au'ils acceptent de se déplacer.*

Quelques interviewés remarquent une sensibilité plus importante des « nouveaux » médecins envers tous les éléments qui font partie de la prise en charge globale de la personne ; la « féminisation » du métier est parfois mise en relation avec une majeure aptitude à l'écoute.

*E3N : développer l'aspect sociale et psychologique pour prendre les autres parties de la santé que ne sont pas que du soin mais peut être que c'est un point que peut être développé. Je crois que les nouvelles générations sont déjà en plus formées sur le sujet.*

*E1P : Au jour d'aujourd'hui, euh, les jeunes médecins euh... ont une certaine ouverture d'esprit, sont à l'écoute, du patient, peut être que l'on revient justement vers une dimension plus humaine de la prise en charge, par rapport à il y a quelques années. La féminisation du métier de médecin, a cet avantage, c'est que je trouve que les femmes médecins sont beaucoup plus humaines et plus à l'écoute, en grande majorité. La féminisation du métier de médecin pour moi est très favorable parce que ça a apporté une certaine dimension plus humaine au soin et à l'écoute des autres.*

*E2P : je parle de ma génération, j'ai soixante ans, c'est des vieux. Hein ? Et ... ils ne faisaient pas tellement d'éducation. Il y en avait qu'en faisaient, mais ce n'était pas tellement développé, par exemple, ils n'avaient pas le temps. Et ... je voyais dans les consultations CHU, ils n'avaient pas le temps non plus, d'éduquer le patient sur... euh, ils le molestaient plutôt, pour le forcer, mais écoutez, vous faites ça, mais faut pas faire ça, alors que aujourd'hui on dit, bah oui, mais on tient compte d'autres dimensions humaines, et ... on les amène aussi les médecins à dire ça, bon il faut effectivement qu'ils aient le temps de pratiquer leur médical mais... ça fait aussi partie de la thérapie.*

Autres interviewés font ressortir une aptitude plus penchée par rapport aux « anciens » médecins, sur la promotion et la prévention de la santé :

*E2LR : moi quand je travaille avec eux, là, quand on fait les projets de santé au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, ils arrivent avec des protocoles, quoi. Ils ont dans la tête des protocoles de prise en charge pour éduquer leurs patients. Je pense que l'ancienne génération a moins cet aspect de... j'essaie de prévenir, il vaut mieux, enfin,... ce qu'on dit en France, il vaut mieux prévenir, que guérir...*

Quelques interviewés évoquent même des divergences « générationnelles » entre médecins :

*E2LR : c'est compliqué de travailler aussi avec les médecins qui sont installés localement. Puisqu'ils ont une vision qui... qui est différente des... des internes qui sortent des études, parce qu'ils ont une vision de la médecine qui est plus celle des médecins seniors, qui ont une vision quand même très cloisonnée... Je visse ma plaque à cet endroit, et j'y reste pendant quarante ans, certains ne font pas du tout de formation continue, maintenant elle est devenue obligatoire, mais jusqu'à ... il n'y a pas longtemps, ce n'était pas obligatoire, la formation continue des médecins, donc, disons que la confrontation des deux, parfois est... ce n'est pas toujours évidente. On sent bien qu'il y a des... réticence de la part des médecins seniors à voir s'installer des ... des nouveaux médecins, la nouvelle génération, entre guillemets, parce qu'ils ont une vision différente de la leur, et que ça bouscule, un peu, leur... leur compte à soi, parce que les médecins, quand même, certains médecins ont un égo assez... des personnalités assez fortes, et comme ils ont toujours travaillé comme ça, pendant quarante ans, pourquoi est-ce qu'on va changer, quoi. Donc je trouve que l'expérience qui est menée, là, avec les internes en médecine est assez intéressante. Mais il y a cette confrontation qui n'est pas évidente.*

Il est cité également l'aspect prévention, auquel les nouveaux médecins semblent être plus attentifs :

*E2LR : l'aspect prévention, enfin, pour les médecins que j'ai rencontré à l'époque, hein ? L'aspect prévention n'est pas du tout évoqué, je veux dire le premier réflexe c'est : je vous donne un médicament. Ce n'est pas de dire : je vous dis, de faire trente minutes de sport tous les jours. (...)*

*...au lieu de se focaliser sur un plateau technique pour lutter contre la maladie cardio-vasculaire qui est là, un infarctus, ... etc., c'est : comment on peut éviter d'avoir ces patients qui sont très affligés, venir sur ces plateaux technique-là. C'est comment on travaille cela. Et je pense que les médecins, les nouveaux médecins, ils ont plus cette approche préventive.*

En dehors de l'analyse de la pratique propre des professionnels de santé, les réflexions se portent sur l'organisation du système de santé.

Dans ce domaine, les interviewés font ressortir certaines problématiques liés au décalage entre évolution de la société (et de ses besoins en santé), et organisation de l'offre de soins : par exemple, la population vieillissante, surtout en milieu rural, et la densité de professionnelles souvent déficitaire. La nécessité de répondre à ces problèmes a fait naître certains dispositifs, surtout en médecine ambulatoire :

*E2A : on dit toujours que le médecin traitant, c'est lui qui coordonne la prise en charge, mais le médecin traitant est tellement débordé par ses consultations et ses visites, qu'il n'a pas beaucoup de temps à consacrer à cette coordination etc. La question de la coordination des soins des personnes âgées, très âgées, dépendantes etc. c'est un sujet à développer dans le futur. Aujourd'hui il y a que les réseaux gérontologiques et les MAIA, je ne sais pas si vous avez entendu parler des MAIA, ce sont des réseaux qui cherchent à intégrer l'ensemble des acteurs qui concourent dans la prise en charge d'une personne âgée dans un territoire. Notamment pour prendre en charge les personnes qui sont dans des situations plus lourde et plus complexe. Les situations moins lourdes, moins complexes sont prises en charge par les réseaux gérontologiques. Mais, voilà, n'accède finalement à cette forme de coordination qu'un petit monde. La file active est relativement faible en regard de la population âgée dans un département. La file active d'un réseau gérontologique, la file active d'une MAIA, c'est un gestionnaire de cas dans une MAIA sur 35-40 situations, entre 35 et 40 situations*

*E1LR : par exemple on a des MAIA qui ont été créés sur les dernières années. Ce sont des dispositifs d'accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie avec des maladies neurodégénératives. Donc l'objectif, c'est de maintien à domicile et dans les MAIA, on a des personnels spécifiquement formés à la gestion handicap qui peuvent faciliter pour la personne et sa famille (euh), finalement la mise en place de toutes les réponses nécessaires pour le maintien à domicile, voilà.*

*E4N : En Deux Sèvres et Poitou Charentes est assez développée la notion de ... d'infirmière sur l'éducation thérapeutique du patient. Vous connaissez le dispositif ASALEE*

*E1P : groupements hospitaliers de territoire, ça c'est quelque chose qui effectivement, euh, doit se développer*

La notion de regroupement pluri professionnel et structures pluridisciplinaires est donc introduite ; Tous les interviewés parlent des structures pluridisciplinaires, soit pour ce qui concerne la pratique médicale actuelle, qui semble s'affirmer de plus en plus (en termes d'organisation), soit pour ce qui concerne les propositions d'amélioration :

*E1LR : on travaille beaucoup nous sur (euh) l'accès aux soins de tout premier recours, la politique de développement des maisons et des pôles de santé donc qui commence à prendre un petit peu donc avec des regroupements où à chaque fois il y a au moins deux médecins et puis plusieurs autres professionnels de santé, infirmiers, kinés, pharmaciens, etc... Euh, et dans ces logiques de développement de pôle de santé, c'est d'avoir des jeunes médecins qui sortent de la faculté et qui aient envie d'être médecin généraliste et encore plus en territoire rural. (...)*

*À condition que ce soit pas juste un regroupement physique, matériel, c'est-à-dire ce n'est pas l'idée de se dire on va être dans les mêmes locaux parce que ça nous coûtera moins, ils seront fonctionnels et puis on se croisera tous les jours. C'est vraiment l'idée d'être sur un même lieu pour pouvoir travailler ensemble, c'est-à-dire avoir des temps de concertation, de staff sur des situations, euh, avoir un système d'informations partagées, donc euh, voilà par exemple, ben euh, l'infirmière elle va pouvoir savoir ce que le médecin fait, etc. euh, c'est vraiment des choses comme ça...*

*E1N : dans l'approche des maisons et pôles de santé, où il y a des exercices coordonnés pluridisciplinaires, avec les autres, déjà, partenaires de premier recours... je pense en tous les cas que c'est un outil qui ... en tous cas il me semble porter ses fruits sur les maisons de santé aujourd'hui qui sont plus anciennes, qui sont en fonctionnement.*

*E2N : un nouveau mode d'exercice est déjà proposé, est déjà... C'est de se regrouper en maison de santé, en ... De faire des projets de santé avec d'autres professionnels, c'est déjà pas mal. Dans le département il y en a pas mal. à côté de Thouars, par exemple, il y a un pôle avec six sites où les professionnels sont regroupés comme ça, ils travaillent tous en réseaux et il y a déjà des jeunes qui sont venus s'installer. Parce que justement il y avait cette synergie-là et ce travail en commun qui les intéressait. Mais bon, il y en a d'autres qui se mettent en place dans le département.*

*E2A : Au départ, la motivation était essentiellement démographique. Il manque des professionnelles, donc les territoires s'organisent pour essayer de capter des nouveaux professionnels. Et puis petit à petit, en faisant cela, je pense que les professionnels aussi ont vu l'intérêt de ces regroupements, bien sûr pour essayer d'attirer des confrères, mais au même temps aussi pour essayer de travailler différemment.*

La plupart des interviewés parlent enfin de la liberté d'installation :

*E3N : Toute la population a un accès relativement facile à une pharmacie. Ce qui n'est pas le cas, par exemple pour les médecins, qui peuvent s'installer ou ils veulent. Mais ça, il ne faut pas le dire.*

*E1P : Actuellement les médecins ils ont une liberté d'installation, on voit bien que toute la côte Charente-Maritime par exemple, c'est rempli, couvert de médecin, et de kiné, d'infirmier, enfin, bon...*

*E1N : la liberté d'installation est un principe... de... voilà, de... en tout cas eu niveau des médecins généralistes...*

*E2LR : Avec ces médecins qui ne veulent pas s'installer dans ces territoires-là et comme on ne peut pas, la loi ne permet pas d'obliger les médecins à s'installer là où ils ne veulent pas aller, on est confronté parfois au problème de la désertification médicale. (...)*

*D'abord, c'est compliqué pour les gens, parce qu'ils ne vont pas pouvoir en vivre de façon correcte, et que c'est complètement inégal par rapport à une population qui n'a plus d'accès aux soins du tout. Donc, pour les infirmiers, maintenant, infirmiers et infirmiers libéraux, il y a des zones maintenant qui sont ciblées par l'assurance maladie et les infirmiers ne peuvent pas s'installer n'importe où. Quand la zone est très sur dotée, elle ne pourra pas y aller. Donc, ça, on n'arrive pas à faire ça pour les médecins. Ça, je pense qu'aucun politique ne veut faire ; n'a le courage de faire. Parce que c'est tellement quelque chose... c'est presque intouchable. A mon sens, c'est intouchable. Et aucun pouvoir politique, de gauche ou de droite, à ma connaissance n'a eu le courage de s'y appeler. Ce n'est jamais même évoqué. Pourtant la loi de modernisation du système de santé, Dieu sait si elle a fait parler d'elle, hein ? Mais ce n'est jamais, jamais, jamais été évoqué. Personne ne veut s'y attaquer*

*E2A : freiner les implantations dans des territoires qui sont jugés comme suffisamment dotés, déjà, en professionnels. Sur le mode de régulation comme celle des infirmiers où la profession avait accepté des règles qui font que... on ne peut pas s'installer dans des territoires, s'il n'y a pas de départs en contrepartie, puisqu'il s'agit de territoires qui sont déjà bien dotés en professionnels.*

*E3A : de toute façon tant que le médecin il est libre de s'installer où il veut, pour l'instant ce n'est pas changé, hein ?*

*E1N : si on prend les médecins, il y a la liberté d'installation, il y a après... en fonction si on est salarié ou libéral pour un kiné, bah il y a l'attractiv... bah, la rémunération, il y a tout ça, donc bah après c'est du libre choix du professionnel, d'exercer.*

Les regroupements professionnels sont vus comme une évolution positive par la totalité des interviewés :

*E4P : Bah je pense que... Les maisons de santé soient un bon moyen, pour que la population ait un recours complet à l'offre de soins parce qu'ils regroupent un peu, un nombre de professionnels dans le même lieu, et permet une coordination un petit peu plus complexe. Euh, autour du patient, et finalement, bah, lui apporter beaucoup plus*

*E2A : ces outils permettent effectivement à ces professionnels d'organiser eux-mêmes une coordination des soins à la population, qui soit bénéfique à la population et bénéfique pour eux en tant que professionnels aussi dans leur mode de fonctionnement. Et dans l'articulation qu'ils ont avec l'ensemble des paramédicaux ou des autres professionnels médicaux, on va dire non médecin généralistes, qui participent à ces équipes*

*E3A : ça permet d'aller un peu plus vers la prévention. Et puis, ça amène quand même un suivi pluridisciplinaire dans le parcours des soins pour une personne. Qui est prise en charge au sein de cette maison de santé. C'est plus facile pour la personne, il a tout sur place. Il n'a pas besoin d'aller dans un autre endroit... Il y a un projet de soins, donc il y a une coordination entre professionnels. C'est plus facile.*

*E3P : avec les maisons de santé, enfin déjà, c'est déjà un bon point de regrouper plusieurs professions ça permet de pas avoir quelqu'un isolé, euh (...) il ne faut plus rester isolé et se regrouper (euh) et même échanger sur les pratiques. Le mieux je pense que c'est une installation dans une maison de santé avec d'autres professionnels ou dans un cabinet de groupe (euh) qu'avec des médecins et de faire des horaires, euh, corrects enfin normaux quoi.*

*E2N : surtout le projet commun, de s'engager dans une démarche de coordination, de mise en commun des dossiers, de travailler en réseaux, même si ce n'est pas en maison de santé mais au moins de travailler ensemble, ça c'est bien. (...) surtout le projet commun, de s'engager dans une démarche de coordination, de mise en commun des dossiers, de travailler en réseaux,*

*E3N : il y a que en mettant des maisons de santé, enfin, et pas que, mais le plus simple, le plus facile, c'est quand même les maisons de santé ou pôles de santé où il y a un projet médical qui organise la permanence et qui fait qu'ils ne sont pas tous seuls dans leur coin, que s'il y a un secrétariat, il est reparti entre plusieurs personnes, non pas à la charge d'un seul, enfin il y a des avantages, des confort d'exercice qui sont non négligeables*

*E1P : ces maisons de santé sont des regroupements qui ne sont pas forcément des regroupements où il y a une vraie coopération, géographiquement les gens sont dans un même lieu mais ils ne travaillent pas forcément, euh, autour du patient main dans la main, donc ça, il faut le renforcer, euh, et pouvoir faire en sorte que effectivement, et bien, un patient, il va être vu par le médecin qui va le diriger vers son voisin euh infirmier ou son voisin, euh qui est euh, dans une même unité de lieu, ou avec le kiné, ou avec l'orthoptiste justement, de façon qu'il y ait une vraie prise en charge coordonnée quoi, donc c'est là qu'il faut améliorer la coordination des acteurs, euh, en santé quoi. (...)  
Je pense qu'il faut favoriser les regroupements de professionnels qu'il puisse y avoir des relais. « Quand je suis en congés, c'est mon collègue qui prend la suite », euh, ça aussi c'est quelque chose qui doit devenir naturel et se développer quoi.*

Les idées qui s'en dégagent sont, comme on peut voir, les possibilités augmentées de prévention, la possibilité d'échange entre professionnels, la possibilité de continuité de soins en cas d'absence.

D'autres dispositifs de regroupement comme les centres de santé sont également évoqués.

Une autre donnée qui ressort de la totalité des entretiens, pour ce qui concerne les nouveaux modes d'exercice, se développe en regard des nouveaux modes de rémunération : on parle soit de rémunérations forfaitaires complémentaires proposées lors de la mise en place d'un

projet de santé dans une structure pluridisciplinaire (maison ou pôle de santé), soit de statut de salariat pour les médecins travaillant dans les centres de santé :

*E2LR : Il y a l'acte, et puis en parallèle, certains professionnels de santé, qui en fonction de certains critères un petit peu ... que je ne vais pas vous énumérer, parce que ça serait un peu trop long, peuvent toucher des sommes forfaitaires en fonction de leurs pratiques. (...) C'est une convention avec un certain nombre de critères qui sont indiqués, et donc ils ont un certain nombre d'engagements, ils s'engagent à avoir un système d'information partagée, par exemple. les professionnels de santé s'engagent dans un système d'information partagé, c'est à dire que, n'importe qui peut avoir accès au dossier du patient(...)c'est un nombre de points, socle, et ça leur permet de percevoir un financement forfaitaire, une enveloppe forfaitaire, annuelle, qui peut être de l'ordre de plus de cinquante mille euros, et donc ça, ils en font ce qu'ils veulent (...) Ils se le partagent entre eux, s'ils veulent, ou alors, certains ça leur permet, ce que je vous disais, de faire moins de consultations et de consacrer à ce moment-là, du temps à faire de la prévention, de l'éducation thérapeutique, ... euh, ou alors ça leur permet aussi, s'ils n'ont pas envie de le faire eux-mêmes, de payer des vacances, c'est-à-dire, de faire venir une diététicienne, ou une psychologue, ou une orthoptiste, une orthophoniste(...) d'offrir, aux patients, de ce territoire-là, une offre de soins conséquente, un petit peu plus étoffée. Et pas aller courir à cinquante Kilomètres pour une consultation d'orthophoniste qu'on aura presque dans six mois ou un an, tellement la pénurie est grande. Donc, les nouveaux modes de rémunération permettent de ... euh, d'améliorer l'accès aux soins au sein de ces structures-là.*

*E1LR : quand ils sont en maison ou pôle de santé ils peuvent demander à emmarger ce que l'on appelle les nouveaux modes de rémunération qui sont proposés par l'assurance maladie qui est en fait un forfait collectif pour l'ensemble des professionnels qui sont dans la maison ou pôle de santé en plus de ce qu'ils perçoivent à l'acte, ils perçoivent toujours leurs consultations, ça change rien mais ils ont en plus cette rémunération dont ils font ce qu'ils veulent voilà et ça peut leur permettre en autre de salarier un professionnel de santé comme je pense par exemple aux ergothérapeutes qui peuvent pas eux consulter et facturer à l'acte mais peuvent être salariés par d'autres professionnels de santé. Ils peuvent demander à une diététicienne de venir et de faire des consultations euh pour les patients qui n'ont pas les moyens de payer des choses comme ça. Donc ça peut donner une autre dynamique aussi et ça peut leur permettre ben d'être plus sur des projets de prévention ou d'éducation thérapeutique parce que voilà ça leur donne les moyens de faire ça et ça leur facilite.*

*E2A : ce que craignent parfois les professionnels, c'est qu'à travers ce type d'outils les institutions publiques se glissent un peu plus dans leur activité, donc eux ils y voient une menace à leur liberté de pratique ; nous, ce n'est pas dans cet esprit-là bien sûr qu'on veut travailler avec eux. Ce qu'on souhaite c'est simplement que ces outils permettent effectivement à ces professionnels d'organiser eux-mêmes une coordination des soins à la population, qui soit bénéfique à la population et bénéfique pour eux en tant que professionnels aussi dans leur mode de fonctionnement. Et dans l'articulation qu'ils ont avec l'ensemble des paramédicaux ou des autres professionnels médicaux, on va dire non médecin généralistes, qui participent à ces équipes.*

Quelques interviewés évoquent la possibilité, dans le futur, de proposer aussi pour les

médecins généralistes de ville, lorsqu'ils le souhaitent, d'avoir un statut uniquement salarié, par exemple dans un contexte de collaboration avec des médecins libéraux :

*E4N : Je pense qu'aujourd'hui on a suffisamment de modèles de structures et d'exercices pour les besoins de la population. Il en manque un, c'est de permettre le salariat. C'est de permettre le salariat des médecins en ville. Là-dessus, on n'a pas suffisamment avancé aujourd'hui.*

*(...) pas de m'occuper des problèmes d'employeur ou de profession libéral. D'être salarié, de faire mon métier de prise en charge aux soins, mon métier de prévention, de coordination de soins etc., comme on peut trouver en milieu hospitalier public, hein ? Et ça, aujourd'hui, on ne peut pas le faire en ville. Pas le faire en proximité de l'utilisateur. On ne peut pas être médecin généraliste salarié de la maison de santé.*

*Un centre de santé peut recruter un médecin. Pour faire de la médecine générale, classique. Mais le modèle même, structure juridique, structure... le modèle économique de la maison de santé, il y a peut-être à le revoir pour revoir mieux le ... l'utiliser comme un autre levier possible sur le territoire. Et je pense qu'au-delà des centres de santé, qui ont une structure juridique qui existe, il faudrait aussi permettre à des cabinets libéraux, de médecins, d'être eux-mêmes employeurs d'un autre médecin salarié.*

*E1P : il y aura aussi des médecins généralistes qui seront à la fois bi-appartenant, c'est à dire, 50% salarié, 50% médecin généraliste ; la consultation du médecin généraliste se fera à l'hôpital aussi. Il peut y avoir des médecins généralistes à l'hôpital, qui sont salariés de l'hôpital mais qui font un travail de médecin généraliste ; il y a les maisons de garde des médecins généralistes, près des urgences, qui commencent à se mettre en place, moi je verrai bien des cabinets de médecins généralistes près des urgences, parce qu'il y a beaucoup d'activités qui des médecins des gens qui viennent aux urgences alors qu'un simple généraliste pourrait gérer le problème, sans aller aux urgences (...); ils engorgent les urgences, donc ça crée aussi un problème dans les urgences, donc il vaudrait mieux qu'il y ait des médecins généralistes près des urgences, et des vrais cabinets à côté des urgences et à ce moment-là, à l'accueil, on dit « vous monsieur, vous, vous allez voir au cabinet du médecin généraliste », vous n'allez pas rentrer dans le circuit des urgences, parce qu'il n'y a pas... Besoin d'être vu...*

*(...)*

*Un hôpital ouvert sur la ville, les médecins généralistes, qui seront à proximité, aussi, des médecins généralistes, et une capacité à consulter à l'hôpital, euh, sans passer par le circuit des urgences, peut-être des médecins je vous dis, bi-appartenant, qui, de plus en plus, qui seront à la fois... Une activité dans l'hôpital et une activité en mode libéral quoi.*

Le principe générale qui revient et est affirmé de façon forte dans tous les entretiens est celui de l'interdisciplinarité et de la coordination entre les professionnels. Coordination qui s'appuie à la fois sur des éléments clefs qui sont les échanges entre professionnels...

*E1LR : c'est pas l'idée de se dire on va être dans les mêmes locaux parce que ça nous coûtera moins, ils seront fonctionnels et puis on se croisera tous les jours. C'est vraiment l'idée d'être sur un même lieu pour pouvoir travailler ensemble, c'est-à-dire avoir des temps de concertation, de staff sur des situations, euh, avoir un système d'informations partagées, donc euh, voilà par exemple, ben euh, l'infirmière elle va pouvoir savoir ce que le médecin fait, etc. euh, c'est vraiment des choses comme ça...*

*E2N : surtout le projet commun, de s'engager dans une démarche de coordination, de mise en commun des dossiers, de travailler en réseaux, même si ce n'est pas en maison de santé mais au moins de travailler ensemble, ça c'est bien.*

... La diffusion de l'utilisation du dossier médical partagé...

*E2P : partager les données du patient avec d'autres professionnelles;... les dossiers partagés, par exemple, ça c'est une ... c'est bien. Mais toujours de manière déontologique, dans le respect des personnes, et puis sous secret, bien évidemment. On ne peut pas confier sa vie comme ça, à cinquante personnes, et avec l'accord de l'utilisateur. Ça c'est prévu dans la loi de santé, par exemple. Mais bon, je pense que ça peut se faire que bien.*

*E1A : sur les maisons médicales... sur les maisons pluridisciplinaires, plutôt... il y a un dossier par patient et le patient il peut très bien avoir besoin de soins infirmiers, de soins Kiné, de soins en médecine générale, l'ensemble des personnes qui sont sur la maison de santé auront accès à ce dossier unique. Ils peuvent voir ce qui a été fait ou pas fait.*

*E2N : Dans les maisons de santé, il y en a déjà certains qui travaillent comme ça. Partagent leurs dossiers. Entre médecins, ils partagent les données médicales, après, avec l'infirmier, le kiné, ... ils partagent peut-être pas toutes les données médicales mais partagent un certain nombre de données. Qui peuvent servir à ... voilà, en tout cas ils ont un socle commun. Au lieu d'avoir trois systèmes différents qui ne communiquent pas entre eux. Le partage des dossiers permet une meilleure connaissance du patient et surtout de savoir ce que l'autre professionnel a pu faire. C'est important, aussi, pour éviter des doublons, pour éviter de dire la même chose...*

... la répartition des tâches...

*E2P : Ils ont aussi des ... une autonomie de plus en plus, enfin, après formation, hein ? Sur des pratiques avancées, notamment l'échographie, ou je ne sais plus quel type d'examen, ... euh, fait au préalable par un médecin, et aujourd'hui qu'un manip peut faire, par exemple. Il y a des choses qui bougent, comme ça...*

*E2A : je pense qu'il faudra aller plus loin, notamment dans la répartition des missions et des tâches entre professionnels médicaux et professionnels non médicaux. C'est toutes les difficultés, les débats qu'on voit aujourd'hui ... sur les délégations des tâches ou des fonctions... Aujourd'hui dans la loi de santé qui est publiée où on parle de pratique avancée. C'est toujours cette idée qui prévoit que un professionnel médical pourrait demander à un paramédical de faire des actes pour lui, pour le décharger de sa file active de patients parfois trop lourde à assumer, en confiant à l'infirmière, au pharmacien, à un masseur-kiné, qui auront peut être reçu une formation complémentaire particulière.... Certains suivis de patients chroniques ... Quand il s'agit de suivre une hypertension, des choses comme ça, un diabète... il y a des petits actes médicotecniques qui peuvent être fait par un autre professionnel que le médecin, qui vont soulager le temps de travail d'un médecin, qui du coup pourrait voir plus de patients, ou consacrer plus de temps aux patients qui prends déjà en charge. Je pense que c'est en agissant un peu sur ces deux registres de changement qu'on pourrait contrecarrer l'évolution de la démographie.*

... et la télémédecine.

*E2P : l'informatique, les visioconférences, aussi, seraient drôlement à développer, dire voilà j'envoie ça, la radio, tu peux me donner ton avis ? Ça serait alors là, vachement bien, ça.*

*E1P : développer aussi des nouveaux outils, des nouvelles technologies, pour que les patients puissent avoir une réponse, de spécialiste, le plus rapidement possible. La télémédecine peut être une réponse (...). Par le transfert d'images et par la télémédecine on peut avoir des réponses plus rapides, où le médecin généraliste peut avoir une réponse du spécialiste, plus rapidement, en transférant des images.*

*E1LR : nous on est pas très avancé sur la télémédecine mais on voit bien que c'est un des grands enjeux de demain et que c'est quelque chose qui est appelé à se développer donc euh je mesure pas moi de là où je suis aujourd'hui l'impact précis que ça aura sur la pratique de demain mais ce qui est sûr c'est que ça peut permettre à des professionnels de santé qui sont un peu isolés ou un peu loin d'un plateau technique comme un CHU, euh justement de continuer à travailler là où ils sont en ayant des ressources d'analyses, d'expertises, de conseils sur des, des situations. Donc ça peut être des choses qui font aussi évoluer la pratique par endroit. (...)si demain euh euh je dis n'importe quoi les cabinets de radiologies pour des raisons économiques se regroupent et qu'on en a plus euh partout, ben un moment c'est quoi la réponse, pour les gens on va pas les mettre sur la route sans arrêt pour aller passer une radio tout à fait banale, donc euh, il vaut peut mieux euh qu'il y ai du personnel (euh) qui puissent prendre simplement le cliché à un endroit donné et qu'il soit transmis là où sont les médecins radiologues qui feront l'analyse donc c'est peut être ça, c'est peut-être des choses toutes bêtes voilà. C'est-à-dire que sans avoir vraiment les médecins sur place on peut avoir quand même l'activité puisqu'elle est partagée entre plusieurs sites...*

*E4N : toutes activités de radiologie ne nécessitent pas forcément la présence d'un radiologue en proximité. Il peut y avoir un radiologue qui interprète à distance, mais il faut près de... l'appareil de radiologie, quand même une certaine compétence, pas forcément complète de radiologie, pour faire l'acte de radiologie, pour agir s'il y a besoin d'injection de produit pour faire la radiologie... et ça, on peut avoir un médecin, on peut avoir une infirmière, on peut avoir un autre professionnel de santé qui soit formé pour faire ces actes de base, ou en tout cas plus... plus simples, pour conduire la radio en tant que telle, que ça soit imagerie, ou radiologie de base, ou échographie, et que l'interprétation soit faite par des radiologues, entre guillemets, experts. On pourrait imaginer cette passerelle-là. Ça, ça n'existe pas aujourd'hui. On pourrait s'appuyer sur des... des plus de... de souplesse.*

La naissance de nouvelles professions est aussi envisagée en parallèle à l'évolution de la pratique médicale et à la réorganisation de l'offre de soins ambulatoire : notamment, d'un côté, avec le développement de structures pluridisciplinaires se profile l'utilité d'un coordinateur qui en accompagne la mise en place et le fonctionnement.

E3A : ...faire en sorte de les accompagner et faciliter la mise en place de ces nouveaux systèmes. Parce qu'on voit bien que ... euh, mettre en place une maison de santé pluridisciplinaire, construire un projet de santé, euh, déposer les dossiers et tout ça, ça demande du temps, et on voit bien qu'on a besoin de gens qui coordonnent ça, qui soient consacrés à ça. Parce que c'est du temps. Et le professionnel de santé, même s'il participe, ce n'est pas toujours évident qu'il ait le temps. Ça n'empêchera pas qu'il souhaite le faire, mais on voit bien qu'il a besoin de quelqu'un qui soit compétent et qui coordonne tout ça, qui facilite. C'est pour ça qu'on a mis en place de formations pour ces personnes, pour les aider à coordonner ces mises en place. Je pense que ça ça va être très intéressant. C'est fait récemment par l'école de santé, pour former ceux qu'on a appelé les coordonnateurs. (...) Donc c'est l'école qui prend aussi tous les administratifs, directeurs d'hôpitaux, et tout ça, et elle organise de formations et actuellement elle est en train d'organiser une formation pour des professionnels de santé qui souhaitent être coordonnateurs de la mise en place de ces nouveaux lieux. (...) ça peut être un médecin, un infirmier, ... mais il faut qu'elle soit employé d'une maison de santé. Voilà. Et qui vont être formé à coordonner des équipes, les informer, comment elles doivent faire, et tout ça. Parce que c'est vrai que c'est du temps, pour monter les dossiers, euh, coordonner, aider au montage de tous ces nouveaux systèmes qui sont mises en place. Voilà, je dirais qu'il y a beaucoup de choses qui sont mises en place, et il faut maintenant prévoir un accompagnement. (...)

Coordination plutôt ... d'accompagner les professionnels au montage de ces nouvelles choses qui se mettent en place. Et comment ils doivent faire pour construire le projet de santé, comment doivent s'organiser, comment faire vivre la... la coordination. Après, faut évaluer les dispositifs, comme tous dispositifs mis en place, on évalue et on améliore.

E2A : la recomposition de l'offre ambulatoire ça demande beaucoup de temps aux professionnels. Tous nous le disent, quand on met en place des maisons de santé ou des pôles de santé tous nous disent : bon, c'est quand même lourd, piloter la construction d'une équipe, se habituer à travailler ensemble, mettre en place au sein de l'équipe ces pratiques pluri professionnelles donc ça, c'est exigeant, ça prend du temps. Le faire également en direction des établissements de santé, voilà, c'est aussi une exigence supplémentaire, du temps à consacrer, etc. Donc, tout ne peut pas se faire au même temps.

De l'autre côté, le suivi de la personne étant probablement assuré, dans la pratique médicale future, par un ensemble de professionnels qui agissent de façon coordonnée entre eux, il serait utile d'envisager l'existence d'une personne (ressortissant toujours d'une formation de professionnel en santé) déléguée de coordonner les soins autour d'un patient, donc assurer le suivi médical complet :

E2A : ... puis peut-être effectivement des métiers nouveaux à faire naitre autour de cette question de coordination de soins au bénéfice d'une personne. Et dans les maisons de santé, l'agence (mais pas que en Poitou Charente, hein? Partout en France) commence à se faire la promotion des métiers tournés sur la coordination des soins primaires. C'est-à-dire, finalement, de dire, quand on est une équipe de soins primaires, un médecin traitant, enfin plusieurs médecins traitants, quelques kinés, plusieurs infirmières libérales, pédicure, etc. ... est-ce qu'il ne faut pas que une personne soit plus chargée des problématiques de coordination pour certains patients, pas pour tous, parce qu'encore une fois, quand les aidants familiaux ou la personne elle-même, peuvent assurer la gestion du parcours de soin, gérer les rendez-vous, les déplacements etc... c'est bien. Mais à partir du moment où ces choses-là n'existent plus, je pense qu'on aura besoin que certains de ces professionnels puissent assurer cette coordination de façon à faciliter aussi l'intervention du médecin traitant, du kiné, de la pédicure etc... Faudra qu'il y a quelqu'un qui dit : Il y a Mme Telle qui habite au n. 9 de la rue y, euh... attention, on a convenu qu'il faudra qu'elle ait la séance de kiné dans un mois, il faut que la pédicure passe à telle date.... Bon.... Et là, on est dans un métier où... voilà, il faut mobiliser d'autres compétences qui ne sont pas celles du clinicien, qui ne sont pas celles du paramédical qui travaille sur une discipline particulière avec son plateau technique ... etc. Et je vois que cette idée fait de plus en plus son chemin parce que les professionnels de santé se rendent bien compte qu'ils ne peuvent pas tout faire eux-mêmes, quoi.

Les éléments clefs indispensables pour rejoindre les besoins en santé qui devraient caractériser les nouvelles pratiques sont représentés, encore une fois, par la prévention et la promotion de la santé, l'approche globale de la personne et une information plus complète à l'utilisateur :

E2N : Le médecin traitant comme le spécialiste. Est qu'il se préoccupe de, après, si la personne a une grave maladie, comment va s'alimenter, comment va... si elle va suffisamment faire du sport, prendre... faire de l'activité pour entretenir aussi son ... son moral (...)

... chez les professionnels libéraux il faudrait poser des questions sur la prise en charge en elle-même. Sur la relation du professionnel, s'il a bien expliqué ce qu'il allait faire, le traitement qu'il donne, les éventuels effets indésirables, pourquoi il donne ce traitement et pas un autre, etc., sauf que le médecin, s'il devrait faire tout ça il passerait beaucoup de temps. C'est pour ça qu'il ne le fait pas.

E3A : c'est de la prévention quoi. Avant, c'est de prévenir, et faire en sorte que la personne ...euh, commencer à la préparer pour faire en sorte qu'elle y ait. Préparer la personne à aller vers les soins. Là on est à la limite entre le social et la santé. Tout le monde n'a pas besoin d'un suivi sociale, mais moi je dirais, c'est plus de l'information. Alors, comment donner l'information... Je ne sais pas, par des réunions d'information. (...)

un peu plus vers la prévention. C'est par le biais du médecin généraliste.

### 3.2.4. Formation des professionnels de santé

Pour la totalité des interviewés, la faculté de médecine a avant tout le rôle prioritaire de sensibilisation des futurs professionnels sur les problématiques de la population et sur les problématiques propres à chaque territoire.

*E1N : favoriser l'orientation, finalement l'implantation de l'exercice des futurs médecins et futurs professionnels de santé là où les besoins de santé ont été repérés, alors, quel que soit... ça peut être géographique, mais ça peut être aussi les secteurs, notamment le secteur du handicap, ou le secteur aussi des médecins de PMI...*

*E2N : Pour moi la faculté de médecine forme des médecins, c'est-à-dire qu'elle leur donne des enseignements pour connaître des maladies.... Tout un tas de connaissances, après, je ne suis pas sûre qu'elle forme sur les besoins de santé de la population...*

En particulier, un accent est posé sur le rôle de la faculté de médecine de sensibiliser les étudiants vers la problématique liée à la démographie médicale, soit en termes de distribution sur le territoire que de prévalence des différentes spécialités :

*E2LR : je pense que la faculté de médecine pourrait orienter ses futurs médecins sur le fait qu'on peut s'installer ailleurs que dans des contras agréables, faciles à vivre...*

*E1LR : ...amener des internes, qui vont sortir du cursus de leurs études, à venir travailler dans des zones de désertification médicale...*

*E3P : Elle doit orienter... Actuellement par exemple on voit bien qu'elle a un rôle important pour faciliter ... euh, que les médecins généralistes s'installent en libéral, en secteur...*

*E2N : Faudrait solliciter les étudiants à choisir cette spécialité en montrant que ce n'est pas moins valorisant. Ce n'est pas ... Parce que le spécialiste a une espèce de ... d'aura, peut-être, alors que la médecine générale c'est tout-à-fait honorable ... ce n'est pas du tout... c'est très bien de choisir ça...*

*E3A : Elle (La faculté) doit orienter... Actuellement par exemple on voit bien qu'elle a un rôle important pour faciliter ... euh, que les médecins généralistes s'installent en libéral, en secteur*

*E1P : la faculté a un rôle aussi de faire en sorte de ne pas dévaloriser un métier par rapport à un autre, de faire attention à être très vigilant à cela, et à faire en sorte que le métier de médecin généraliste soit un métier tout aussi bien valorisé que le métier de cardiologue, ou le métier de endocrino ou autre, quoi ; elle a une rôle de régulation et dans la valorisation des métiers pour faire en sorte de ne plus se retrouver dans une impasse et de se dire « on en trouve plus quoi » donc là aussi en terme de gestion prévisionnelle, euh, des spécialistes, la faculté a un rôle à jouer : on ne peut pas laisser les gens faire tout « ça, j'aime bien faire ci, faire à », euh, il y a une réponse à un besoin de la population. Après on se retrouve avec trop de spécialistes dans tel domaine, et pas assez dans d'autres. Alors, je sais bien que c'est difficile de dire « vous vous ne ferez pas telle spécialité, parce qu'on en a trop », après c'est un discours à tenir, après c'est à la personne, si elle veut absolument être gynéco ou pédiatre ou autre, après ce sera bien sûr à la personne de pouvoir euh... De prendre sa décision. On ne peut pas imposer, je pense, ou interdire à un étudiant de faire telle ou telle discipline parce que il y en a trop mais c'est quand même lui faire savoir, faire en sorte qu'il se projette euh... Que dans 10 ans, la branche dans laquelle il s'engage sera complètement bouchée et il faudra qu'il aille très loin s'il veut trouver un place parce que, il y en a trop, ou au contraire, (...) ...il faut que ce soit le besoin dans 10 15 ans qui fait que j'ai envie d'être pédiatre parce que je sais par exemple qu'en pédiatrie il n'y aura plus de pédiatre et que (...) ) Je trouve que la fac de médecine ne se penche pas assez sur cette gestion prévisionnelle. Mais c'est du rôle d'informer les étudiants, des projections dans 10-15 ans. Ça c'est à la fac de médecine. ça, ça devrait, au moment où on arrive en quatrième année, et où on commence à réfléchir « oui, je vais être interne, qu'est-ce que je vais faire, quelle spécialité », il faudrait informer les étudiants, de la projection dans 10 ans. Ils vont être internes ou être spécialistes installés dans 10 ans, et bien dans 10 ans c'est quoi le besoin...*

L'enseignement du métier du médecin (diagnostic, prise en charge, etc.) reste le rôle principal de la faculté. Sur cet argument, les interviewés déclarent de ne pas être en mesure d'argumenter, puisqu'ils ne connaissent pas le cursus de la formation en médecine.

La nécessité d'adaptation de l'offre de soins aux contexte territorial et la nécessité de venir à la rencontre des besoins en santé vis- à vis de certaines problématiques spécifiques ou certaines tranches de population qui sont plus fragiles fait émerger l'utilité de construire un parcours de soin complet autour d'un patient. Dans ce sens, le rôle de la formation est de fournir aux futurs professionnels les moyens pour connaître l'organisation du système de santé dans lequel ils travaillent, donc la répartition des tâches et les différents acteurs en santé avec leur rôle.

*E4A : le rôle de la faculté de médecine c'est d'expliquer les politiques de santé ou les métiers de la santé et les différents services existants près des usagers, et à le mettre dans les contenu des cours ; (...) expliquer tous les nouveaux services ; (...)d'apprendre à travailler sur le parcours de l'individu et pas que sur le clinicien (...); positionner la politique de santé et tous les acteurs d'un territoire en expliquant la place et le rôle de chacun ; (...) orienter complètement les patients et pour les orienter il faut qu'eux même soient bien formés à la connaissance des possibilités dans un territoire (...)*

*Il faut vraiment que ça soit en lien avec, on pourrait dire l'entreprise mais aujourd'hui c'est tous les acteurs en santé (...). On n'apprend pas bien à savoir ce que fait l'autre. Etre moins en secteur, on a tous besoin les uns des autres. Et ce que chacun fait, c'est important. Le social, le médicosocial, le sanitaire... tout le monde a sa responsabilité dans le parcours.*

*E1P : une meilleure connaissance des métiers aussi, de meilleurs échanges entres les gens, ça permettrait aussi d'avoir, dans le parcours de soin du patient, un parcours de soin plus efficient, et peut-être on perd du temps parfois et on ne l'envoie pas vers la bonne personne tout de suite. Donc, une meilleur connaissance des métiers du soin, les uns des autres(...) Si on renforçait les liens dès la formations, entre les différentes personnes, et bien on aurait une meilleure efficience dans la collaboration future entre ces différents professionnels : ils auraient plus envie d'aller entres eux, et d'échanger avec les compétences des uns des autres pour travailler ensemble. Mais ça c'est effectivement le conseil régional... Ça commence, c'est prévu qu'il y ait du temps d'enseignement qui est du domaine de l'université, donc il y a du temps d'enseignement fait par des PU PH, auprès des paramédicaux avec les études, donc il y a un début, ça commence, à venir, le conseil régional maintenant vient, il y a des réunions entre l'université et le conseil régional. Et l'ARS bien sûr, dans la boucle.*

*E3N : savoir bien ce que chacun peut faire. Connaitre la définition du travail des uns et des autres et de savoir qui sont les uns et les autres. Savoir s'il y a des établissements, s'il y a des infirmières, si... s'il y a des personnes pour la PMI, par exemple, pour la petite enfance, savoir s'il y a un service de PMI à proximité*

*E4N : on voit beaucoup de médecins arrivant sur le travail, très bons, très complets sur les soins, la prise en charge aux soins, mais absolument ni formés, ni préparés, au travail collectif, que ce soit en hôpital ou pas. Apprécier le mode de fonctionnement d'un hôpital, le mode de fonctionnement du milieu médicosocial, le mode de fonctionnement d'un cabinet de groupe, la SISA, qu'est que c'est, comment ça fonctionne, s'interroger aussi dans les politiques tout simplement aussi de... des soins qu'ils prodiguent. Aujourd'hui il n'y a aucune formation sur la pertinence des soins (...) Je pense que la connaissance du système de santé doit être plus intégrée en termes de connaissances par les médecins qui peuvent sortir de la faculté. Leur rôle aussi important dans l'économie, aussi, générale du système de santé. Savoir que finalement, en tant que prescripteur, rôle majeur du médecin traitant, coordination des soins, vous êtes ... les médecins sont la clef du parcours d'un usager dans sa prise en charge.*

*E2N : Je ne sais pas s'ils ont connaissance très fine de tout ce qu'ils ont besoin et même au niveau du maillage. Je ne sais pas trop s'ils connaissent bien comment est maillé un territoire au niveau de tous les acteurs qui travaillent sur la santé physique mais aussi mentale et tout ce qu'il y a... tous les gens qui concourent à améliorer la santé ou à prendre en charge les personnes. Je ne suis pas sûre que les médecins soient formés à ça. A bien connaître tous les acteurs qu'il y a autour des personnes. Une personne, dans sa vie quotidienne, ...*

L'enjeu est donc l'éducation au travail d'équipe. Les opinions sont un peu divergentes sur l'utilité de la formation vis-à-vis du travail en coordination. Certains font appel plutôt à une mesure humaine, une prédisposition et une volonté de la part de chaque personne, même si la formation peut jouer une partie dans cette prédisposition.

*E1LR : je pense qu'on peut être formé au travail en équipe et que si on veut que les gens le pratique, il faut qu'ils soient formés dans l'idéal parce que euh ça suppose de connaître le métier des autres, exactement ce qu'ils font, est ce qu'on peut travailler avec eux, de quelle façon et d'avoir pu pratiquer au cours des stages et voilà.*

*E3N : on peut avoir une formation au travail d'équipe mais comme je disais tout à l'heure, une personne qui ne veut pas travailler en équipe et qui n'a pas la mentalité du travail d'équipe elle ne l'aura jamais. (...). On pourrait très bien expliquer que les étudiants ne sont pas les plus beaux, les meilleurs, les plus gentils. Et qu'il y a autre chose en dehors d'eux. Ça, bah, c'est pour toutes les formations.*

*E2N : C'est l'expérience qui fait qu'un médecin connaît mieux la population qu'il prend en charge. C'est l'exercice lui-même. Même si pendant le stage de six mois il voit déjà un peu comment ça se passe, il n'est pas confronté directement, quoi. Après, c'est l'immersion qui fait que petit-à-petit il se forme lui-même son réseau. Une fois qu'il est installé dans un secteur, il va connaître petit-à-petit les autres intervenants. Se faire son réseau. Comme tous professionnels, quand on arrive quelque part, dans un endroit nouveau.*

La formation doit aussi tenir compte des caractéristiques de la population. Elle devrait, notamment, être plus complète sur la prise en charge des patients dans certains contextes, comme le handicap...

*E2LR : la formation, justement, des professionnels de santé, notamment des médecins psychiatres, par rapport à l'autisme, elle est pratiquement inexistante, quoi. Il y a peu de formation. Donc, c'est vrai que les psychiatres... Enfin, maintenant ça change, parce qu'on a le plan autisme, et tout ça, ça évolue, mais auparavant, la prise en charge, en 2010, par exemple, ou en 2012 était le même qu'en 1970, par exemple.*

*(...) Quand un enfant est autiste, si la prise en charge est adéquate dès la toute petite enfance, cet enfant ne va devenir un grand qui va se taper la tête contre le mur ou qui va se balancer toute la journée, quoi. C'est quelqu'un qui va pouvoir s'insérer. Avoir une vie sociale.*

*E4A : les médecins ne sont pas formés à ... euh... à recevoir du public handicapé. (...); les médecins généralistes, il y en a qui sont formés sur le handicap, qui ont recherché comment faire, ils sont connus, donc on les interpelle, mais ils sont vieux, il y en a qui partent à la retraite, et on voit bien que chez les nouveaux jeunes médecins, il faut recommencer, comme les directeurs d'IME, à leur expliquer, à refaire des liens, ... mais ce n'est pas organisé (...). Les personnes handicapés vieillissent aussi, avant elles ne vieillissaient pas. Donc après il y a des besoins de santé dans ce domaine-là. Et des formations, on fait des formations dans le territoire, mélangés, pour les échanges de pratique entre différents IME, avec des psychologues... mais on a du mal, aucun médecin traitant ne vient participer à ces échanges.*

*E1LR : médecins, dentistes, etc... qui n'est pas toujours facile parce que quand une personne, son handicap se traduit par des difficultés de communication ou un comportement un petit peu agité ou différent de ce qu'on voit.... ? D'habitude (euh). Les professionnels de santé sont parfois démunis pour les accueillir (euh) parce qu'ils savent pas vraiment faire, ils sont pas forcés, forcément, comment dire, formés voir dans certains cas ils ont des locaux ou du matériel qui ne sont pas adaptés, (...) c'est une avancée concrète parce que des fois ne serait-ce que aller chez le dentiste ou passer un examen gynécologique (euh) c'est pas toujours possible, je dirais, dans un cabinet lambda tout simplement parce qu'il n'y a pas le savoir-faire et y'a pas non plus le temps nécessaire à l'accompagnement de ces personnes, donc voilà.*

*(...) Ce sont souvent les professionnels de santé (euh), les médecins, ou certains en tout cas qui est un peu plus sensibilisés à ça effectivement (euh) ben ils nous expliquent effectivement que dans leur formation initiale c'est très peu abordé donc effectivement (euh) accueillir une personne autiste dans son cabinet pour la soigner, si on ne sait pas ce que c'est que l'autisme (euh) quelles sont vraiment les manifestations et quels sont les moyens d'entrée en communication, apaiser la personne, on risque de ne pas pouvoir la soigner (...) Soit on dit (ben) tous les professionnels de santé devraient être formés et connaître, savoir....etc.et là, la question c'est : est-ce que dans les programmes de formation initiale, on peut embrasser tous les sujets suffisamment pour être prêt tous en sortant voilà ou alors il faut avoir des gens un peu spécialisés et un (un) plus une logique de réseau à ce moment-là pour avoir une offre.*

... ou le vieillissement et les conditions de précarité

*E1LR : les personnes en situations de précarité, les personnes handicapées, euh, les personnes aussi qui ont des troubles psychiques qui ont des besoins de santé particulièrement importants mais voilà qui sont pas toujours faciles non plus à accompagner dans le soin (euh) ça serait important que les formateurs, ils soient aussi, pour certains un petit peu experts sur ces sujets là et qu'en tout cas ils puissent les amener dans les cursus de formation, pour qu'ensuite ce soit pas au détour d'un stage ou d'une pratique professionnelle que les médecins le découvrent et se trouvent confrontés sans doute (ben) à des moments, à des choses qui savent pas, qu'on ne peut pas prendre en compte ben parce qu'ils ne l'ont pas appris à un moment dans leurs études quoi.(...) savoir de qui on parle euh quand on va avoir des gens un peu précaire. Prendre en compte le fait qu'on ne peut pas leur dire et ben voilà ça vous allez vous soigner comme ci comme ça en faisant complètement abstraction de leurs problèmes financiers, matériels et simplement juste savoir un peu, avoir des idées, savoir décrypter ça, sans se transformer en travailleur social du tout mais avoir un peu réfléchi là-dessus pendant sa formation pour le jour où on est en consultation, ne pas éluder tous ces aspects un peu relationnels humains sociaux parce que ben on saura pas trop comment les traiter quoi.*

La formation doit aussi tenir compte de l'évolution de la société et du progrès de la technologie : l'importance de la formation continue est fondamentale.

*E2A : d'adapter la formation à l'évolution du métier. Ça c'est, moi je l'entends dire depuis plus de 30 ans. J'imagine qu'aujourd'hui aussi, pour former des chirurgiens, par exemple, ça ne doit pas être simple, quand même, avec l'évolution quand même assez rapide des techniques qu'on connaît actuellement. On est obligé à être réceptives à l'évolution des techniques pour que ceux qui travaillent dans la préparation de nouvelles générations, préparent bien les gens aux nouvelles techniques. Alors, je n'ai pas trop d'inquiétude par rapport aux chirurgiens parce que dans les établissements de santé on entend dire que de toute façon les jeunes chirurgiens qui ont été formés, justement, dans les CHU à ces nouvelles techniques, ne veulent que ça, et ne veulent plus travailler différemment. (... ) ; la formation continue étant quand même un bon moyen de ... de permettre aux professionnels des deux univers de se fréquenter régulièrement et de se connaître et donc de travailler des sujets ensemble. Mais ce n'est pas toujours simple.*

*E3A : comme dans tous métiers, hein ? Le métier évolue, et donc c'est la formation continue. Comme tous professionnels, quoi. Parce qu'on... euh, on ne peut pas dire, à un moment T c'est comme ça, et puis c'est comme ça. Il y a toujours un parcours... qui est différent.*

*E2P : Et qu'ils soient avertis. Une personne avertie en valant deux, il faut les avertir de ce contexte, de ... demain, dans dix ans, faire des projections, les médecins, voilà, ils vont plus s'occuper des personnes âgés (je dis... une hérésie), que, peut-être... il faudrait aussi faire de l'éducation à la santé, faudra... il faut prévoir, donc, tout ça, on dirait qu'il n'y a rien de prévu, que... c'était monolithique.*

*E2A : il y a des techniques qui évoluent, des médicaments qui évoluent aussi, et c'est vrai que comme on fait pour... alors, c'est vraiment un parallèle qui est un peu extrême, mais autant comme on fait des renouvellements tous les cinq ans pour tout ce qui est formation de premier secours, tous les cinq ans on doit faire un recyclage à partir du moment où on l'a eu. Je ne sais pas si les médecins font une sorte de recyclage de leurs compétences régulièrement pour voir où ils en sont dans leur pratique médicale, ça je ne sais pas. J'espère (rires). Je sais qu'il y a des congrès qui existent pour des thématiques particulières pour voir comment ça a évolué, ça c'est très bien, mais...*

Dans le cas de la formation continue, certains évoquent la problématique du financement :

*E2A : J'entendais dernièrement de l'hôpital de Barbezieux que la formation continue qu'était organisée jusqu'à présent avec les libéraux pour l'instant était en pleine difficulté parce que... plus personne pour s'en occuper, et... voilà, parfois ça tient à peu de choses, et... il faut reconstituer des dispositifs qui permettent, encore une fois, sur le monde ambulatoire et le monde des établissements de santé de s'interpénétrer de façon régulière. (...)on ne peut pas sans cesse dire qu'il faut que la politique de santé concerne tous les territoires, qu'à l'échelle de chaque territoire la population ait accès à des soins de qualité, et au même temps ne pas se poser la question, effectivement, des moyens dont les professionnels peuvent disposer à l'échelle de chaque territoire, de ces territoires, pour organiser leur formation continue. On a trop vécu par le système des laboratoires, de l'argent qui arrive par des moyens finalement qui ne sont pas tout à fait adaptés, quand même, et des professionnels qui s'auto-organisent ...euh, voilà, je pense que cette période-là est un peu révolue, là il faut vraiment construire quelque chose de plus durable, de plus neutre du point de vue des financements, et au même temps, voilà, quelque chose qui reste toujours très consensuelle, bâti avec les professionnels eux-mêmes parce que c'est pour eux, de toute façon, hein ? Ça ça me semble très important. Alors, après il y a les espaces territoriaux, hein ? Quelle est la bonne échelle de territoire pour faire ces chose- là, maintenant que nous sommes dans les grandes régions, euh... Mais comme nous sommes dans les grandes régions, il faut aussi descendre dans les territoires plus petits pour que des choses se passent, mais ... ça me semble important, je ne sais pas comment les choses en Aquitaine fonctionnaient, mais... voilà, ... je pense que... Moi je leur dirais, au sein de l'Agence, là, au nouveau pôle qui sera chargé des ressources humaines en santé ; voilà, il faut se préoccuper aussi des dispositifs préexistants à faire évoluer de la formation continue des professionnels médecins. Médecins et autres professionnels, bien sûr.*

*E4A : avant c'était fait par les laboratoires, hein ? Vous le savez bien, mais aujourd'hui ce n'est plus ça, parce que sinon, ils ne sont plus libres enfin voilà, il y a des connotations d'éthique, mais derrière, du coup, il n'y a plus de formation. Donc, c'est quand même dommageable. Mais je pense que là il y a un rôle effectivement de l'université.*

La plupart des interviewés remarquent l'importance d'une prise en charge globale (soit d'une prise en charge ne tenant pas compte seulement de la pathologie d'organe, mais aussi des facteurs psychologiques et environnementaux), et l'importance de la dimension humaine dans la relation avec le patient.

*E1LR : Mais pour moi en même temps un médecin c'est capable de réfléchir et de pas perdre de vue qu'il s'adresse à une personne d'abord et pas une pathologie. Et peut-être que c'est plus sur cet aspect de psychologie ou sociologie ou science humaine, qu'il y aurait un petit peu plus l'accent à mettre.*

*E3N : former les médecins à répondre... à prendre en charge des pathologies... et éventuellement développer l'aspect social et psychologique. Prendre les autres parties de la santé que ne sont pas que du soin mais peut être que c'est un point que peut être développé ; développer tout ce qu'est l'aspect prévention (...). J'ai l'impression qu'on leur inculque beaucoup de notions pour les soins techniques ; ce qu'il y a à côté qui est un petit peu moins pris en considération.*

*E1P : il faudrait laisser plus de place à tout ce qui est, euh, l'entretien d'aide, l'écoute, la communication, le management aussi, tous les médecins ne sont pas assez formés à ces aspects-là. (...) qu'il y ait des enseignements qui leur donnerait une ouverture plus large aussi dans, euh, par rapport à l'humain quoi, aux problèmes et non pas uniquement des... Basé encore trop sur le domaine scientifique quoi. Il en faut, quoi, mais, il n'y a pas que ça. (...)*

*Pendant que je suis avec le patient, je suis avec lui, je lui parle, j'essaie de le connaître, de le comprendre, je ne fais pas uniquement « âge, date, et autres données, pouls, tension » et puis voilà quoi, je fais autre chose que ça. Je dois faire autre chose dans tous les cas. On rentre un peu dans la relation singulière avec la personne, et je crois qu'aujourd'hui les médecins qui font de l'enseignement sont aussi très sensibilisés à ça ...*

*E2P : Ce qu'on a pu reprocher peut-être à l'université depuis longtemps c'est que on s'appuie que sur des connaissances, mais après il y avait tout un comportement social et professionnel qui n'était pas suffisamment travaillé. Tous les axes de psychologie, de communication, l'atteinte, enfin moi j'ai vu mes amis, mon âge, n'ont pas reçu ça en formation, à la fac de médecine, on recevait, au niveau paramédical, on nous demandait de réfléchir sur une dimension humaine, mais autre que ... scientifique et médicale, hein ? Ou paramédical-technique. (...) Il faut apporter ces choses-là, je pense. Pas que la science pure et dure, mais d'autres dimensions, humaines, psychosocial*

Le concept de l'information donnée à l'utilisateur prend sa place aussi dans l'argumentation sur la formation :

*E1LR : il disait que lui quand il avait commencé à pratiquer comme médecin euh et qu'il avait dû pour la première fois annoncer un décès, qu'il ne savait pas comment faire parce qu'il avait jamais appris, qu'il avait été sans doute très mauvais et que il lui avait fallu apprendre sur le tas à le faire voilà plusieurs fois voilà donc (euh) il s'interrogeait par rapport à ça et c'est vrai que ça interroge puisque lui ça l'interrogeait en tant qu'individu dans sa pratique. Mais pour chaque personne, famille a qui il aura mal annoncé un décès c'est catastrophique quoi et c'est quelque chose qui marque les gens et qui reste donc (euh) alors je sais pas qu'elle est la formation des médecins aujourd'hui mais je pense que sur ces aspects-là. Il y a sans doute mieux à faire. Prendre en compte ces aspects de science humaine et un peu de sociologie*

L'importance de la prévention revient aussi dans l'argumentation sur la formation :

*E2LR : le, le levier c'est ça, aussi. Introduire dans les études des internes, des médecins, des ateliers, enfin développer la prévention et promotion de la santé, tout bêtement, dans les études*

*E1LR : on peut penser que la culture de la prévention et de la promotion de la santé est plus développée dès l'étape de la formation initiale, euh, on serait moins sur le curatif et puis on développerait des nouvelles choses car des jeunes professionnels arriveraient en ayant appris à faire ça et ayant dans leur pratique, hein.*

*E4N : l'Agence pourrait apporter des regards complémentaires aux ... à la faculté de médecine sur la prévention et promotion de la santé. Quand je parlais d'urbanisme favorable à la santé ça serait bien aussi que, sur ces champs-là, sur des sujets comme cela, que le médecin soit aussi sensibilisé et puisse être informé, qu'il y a des politiques en santé qui visent à ... à améliorer et construire toujours plus de prévention. Alors, je ne sais pas si ça doit rentrer dans le cursus de formation. Pourquoi pas, mais... ça doit rentrer aussi dans la culture générale du soin que celui de la prévention. Donc, faire connaître plus aux professionnels de santé, tout ce qui se passe au niveau des décisions et des activités mises en place, de tout ce qui est mis en place sur le territoire.*

*E2N : il y a des choses qui se font, sur d'autres professionnels, je ne sais pas pour les médecins mais je sais que par exemple pour les infirmières il y a des actions... où ils vont à la rencontre de la population, par exemple une campagne de prévention pour expliquer à la population que ... sur certains dépistages, sensibiliser sur les dépistages, sur la vaccination... Je ne sais pas si les médecins sont formés à la prévention.*

*E3N : développer tout ce qu'est l'aspect prévention. La faculté pourrait apporter plus sur ce point-là*

Certains considèrent l'utilité d'envisager plus de possibilité pour les professionnelles de changer d'orientation, notamment avec des passerelles, des formations complémentaires.

*E4A : des formations transversales avec toutes les professionnels dans la santé, et puis des formations très pointues pour les médecins.*

*E4N : c'est la capacité des passerelles. Et des formations continues qui permettent aussi au médecin de ne pas forcément être cloisonné dans une spécialité à vie. C'est-à-dire qu'on voit de plus en plus que le métier évolue vite, hein ? Du médecin. Un jour vous pouvez commencer généraliste, mais, euh, au fil du temps vouloir vous spécialiser en gériatrie, ou devenir médecin coordonnateur dans des structures type EPHAD, ou bien de devenir, je ne sais pas moi, même paramédical, pourquoi pas, euh, d'être plus dans ... euh, la pédiatrie, les personnes n'existent pas trop aujourd'hui, dans les spécialités, à chaque fois. Que ce soit des spécialités en ville, ou les spécialités hospitalières, il y a des passerelles qui sont pas nombreuses. Alors, je pense qu'elles sont à développer. Parce que, d'une part, les motivations des médecins changent, mais les besoins des populations changent aussi, et parfois on peut avoir un sur offre de certains spécialités, et y avoir une sous offre d'une autre spécialité.*

*E2A : il faut qu'on ait vers plus de passerelle, de mélange, d'interactions organisées entre professionnels médicaux et professionnels paramédicaux. (...) Est-ce que demain on formera des médecins généralistes que resteront généralistes toute leur vie ? Ce n'est pas sûr du tout. On pourrait très bien imaginer qu'on puisse être médecin généraliste un certain moment de sa vie professionnelle, et puis qu'à d'autres moments soit en établissement de santé... ou médecin spécialiste d'HAD, par exemple, ... et ... je pense que ... ça peut être intéressant, entre les spécialités, médecine gériatrique, médecine interne dans les hôpitaux, par exemple, et la médecine générale...Voilà, qu'il y a plus de fluidité et de mobilité dans les parcours professionnels... des professionnels eux-mêmes. Pour peut-être aussi... euh... voilà, casser un peu ce cloisonnement qu'on a connu pendant longtemps et ... voilà, qui a ses avantages mais qu'il a ses inconvénients aussi.*

Un des sujets interviewés avance l'idée de la collaboration entre faculté et ARS sur certains échanges ou pour certaines activités.

*E4A : On pourrait valoriser l'Hôpital d'Angoulême en ayant tout un travail de formation avec des coloc intéressants qui pourraient faire que les médecins, mélangés aussi à d'autres acteurs du social et du médico-social qui sont intéressés... dans toutes les thématiques... on aurait des belles formations. (...) dans les groupes des territoires où les salariés quels qu'ils soient, qu'on a cités sont présents des heures ouvrables 10h-12h, 14h-16h, là le médecin on n'arrive pas à le toucher, à part l'URPS qui vient, parce que c'est quelqu'un à la retraite, les médecins qui travaillent auprès des patients on ne les voit pas, c'est normal. Peut-être ça serai vraiment bien que la fac nous envoie ses universitaires de la 3eme, 4eme, 5eme années, que eux pourrait apporter le coté vraiment médical sur lequel nous on but puisque on n'est pas médecin, et on n'a pas cette connaissance fine du coté médecin, clinicien, et de la maladie en tant que telle aussi, dont on manque quand on décide des choses parfois dans le parcours de la personne.*

Le discours autour de la formation se concentre surtout sur l'importance de la pratique sur le terrain, sur l'augmentation et sur la diversification des terrains de stage.

*E3P : ça serait de les garder après, en fait. Au moins la majorité les garder sur nos territoires. Donc la faculté serait de la formation jusqu'à l'accompagnement, euh, à l'installation aussi je pense que ils ont aussi un rôle, euh, à jouer, c'est aussi en développant les terrains de stages qu'on va dans des lieux où y'a des déserts médicaux, euh*

*E1A : former les médecins, ça c'est la fonction de base, mais ... euh... ce n'est pas de former que des spécialistes, c'est aussi former des généralistes, et puis c'est de leur permettre de découvrir la totalité de l'éventail de la pratique médicale. (...) qu'il n'y a pas que la partie hospitalière qui doit être mise en avant. Euh... La pratique libérale c'est quelque chose d'important, parce que justement ça permet aussi de mailler l'ensemble du territoire national avec des professionnels de santé.*

La plupart des interviewés proposent des stages sur des territoires plus décentrées, que ce soit en médecine de ville ou dans des centres hospitaliers mineurs...

*E2A : finalement les médecins, ils sont formés sur les bancs de l'université, puis ils sont formés dans les services hospitaliers, du CHU, c'est sûr, des hôpitaux de référence comme Angoulême, La Rochelle, certains aussi, parce qu'il y a des internes aussi à Cognac, mais en dessous, on les voit très peu. Il y a quand même là un développement des terrains de stage auprès des médecins généralistes, mais ça reste très limité, quand même. Et au final, la plupart des professionnels médicaux, ils rentrent dans le système de santé en ayant été formé essentiellement, voilà, on va dire, à l'université, dans les grands hôpitaux et cliniques, et puis pour quelques un, dans les cabinets de ville. Mais pas tant que ça. Et donc je trouve que c'est dommage. Il me semble qu'il faudrait que le cursus universitaire permette à plus de jeunes en formation d'aller vers d'autres terrains de stage, d'avoir plus de souplesse entre ces terrains de stage. Il me semble que dans les orientations à privilégier il faudrait que la formation, l'université prend bien en compte tous les véritables lieux de soin.*

*E3P : ça se joue sur la formation en fait, euh, on voit bien y'a de grands terrains de stage dans les gros, enfin dans les centres hospitaliers, est important, mais pas forcément dans les petits, euh, dans les petits quoi. L'offre de soins, elle n'est pas que dans les centres hospitaliers, euh, de taille, euh, importante comme Niort, La Rochelle. Y'a aussi des petits établissements enfin.. Mais après ça va se faire aussi avec les regroupements de centre hospitaliers qui sont en train de se faire (...) élargir la palette des terrains de stages et ça c'est (euh) le rôle de la faculté mais aussi en lien avec les URPS, l'ARS, euh, voilà. Mais c'est plus la faculté pour le côté formation, terrain de stage c'est plus eux qui sont dans la dynamique quoi.*

*E4N : sur les spécialités, ... on est peut-être encore trop dans la spécialité même et trop près des professeurs aux CHU. Parce qu'ils sont tous, quand même, beaucoup au CHU. Il n'y a pas encore suffisamment de liens et d'écoute pour que les lieux de stages et de formation soient plus diversifiés et permettent aux internes finalement plus de parcours dans les structures. (...) je regrette qu'aujourd'hui, on n'a pas plus de partenariat dans les cliniques, par exemple. Pas plus de... il y en a pas d'ailleurs. D'internes dans les cliniques. Qu'il n'y a pas non plus d'internes, de stages, en soins de suite et réadaptation, pas beaucoup. Il pourrait y en avoir plus (...) En santé mentale, psychiatrie, c'est... deux hôpitaux spécialisés psychiatriques qui ont beaucoup d'internes, il y en a moins sur les hôpitaux périphériques. Et c'est vrai que d'avoir ... l'éventail des lieux de stage par rapport à l'éventail du système de soins où il y a les prises en charge, c'est important qu'on arrive à avoir.. Qu'on recouvre au moins les deux.*

Ou dans d'autres types d'établissements, notamment médicosociaux (EPHAD, IME, ...)

*E1N : ça peut être éligible aux terrains de stage, après, est-ce que c'est valorisé.. ? Est-ce que c'est rendu attractif par les structures et par la faculté... ? Je ne peux pas vous dire ça. Mais en tous les cas, quand je rejoins la responsabilité, c'est que... une manque de professionnels dans ces structures c'est que ça a une répercussion sur les délais d'attente, les délais de prise en charge, qui pour être efficaces devraient être faites par exemple dans trois, quatre mois, sont des durées de prise en charge de six mois...*

*(...) diversifier les lieux de stage. A la fois dans le sanitaires mais dans le médicosocial aussi. Au sein de la formation, voilà diversifier les stages. Puis apporter une forme de vigilance sur les territoires ou les secteurs prioritaires*

Une diversification des lieux de stage, notamment avec une intégration de stages en médecine ambulatoire, est décrite aussi pour ce qui concerne la formation des spécialités.

*E3P : rechercher des terrains de stage, on voit pour les dermatos, pour la psychiatrie (...) Ça commence à se développer pour la dermato, la pédiatrie et on commence à voir pour la psychiatrie pour avoir des stages en libéral aussi.*

A ce propos, plusieurs interviewés évoquent la difficulté pour trouver des médecins disponibles pour accueillir des internes ou des externes en stage.

*E3A : Je pense qu'en ce moment la faculté de médecine fait tout pour faire en sorte que les médecins trouvent des stages... elle travaille beaucoup, en ce moment. Pour former, à l'inverse, pour faire des liens... euh, former ceux qui devront être maîtres de stage. Trouver les maîtres des stages, par exemple. Parce que, c'est bien beau que les étudiants fassent des stages, mais il faut trouver un maître de stage. Toujours pareil. Donc, il faut que la faculté de médecine travaille là-dessus. Donc, c'est important.*

*E3P : la problématique pour les maîtres de stages, en libéral c'est du temps ! C'est consommateur de temps. Il y a certains libéraux qui ne veulent pas forcément (euh) prendre en charge un interne même si c'est que deux mois. Je sais que les dermatologues on en a ouvert mais certains qui n'étaient pas forcément prêts à prendre un interne, ou si ils prenaient un interne c'était un interne (euh), en fin de cursus, en dernière année qui est apte à (rire)qui sait déjà; pas quelqu'un qui est 1ère ou 2ème année.*

Une partie de la réflexion pour ce qui concerne le rôle de la faculté de médecine vis-à-vis des besoins en santé est finalement orientée sur la sélection des étudiants, les moyens fournis pendant les études et l'évaluation, des étudiants comme des professionnels en exercice. Sur ces deux aspects, une partie des interviewés a déclaré l'absence de renseignements suffisants pour pouvoir apporter des argumentations. Toutefois, un certain nombre de données ont pu être collectés.

Pour ce qui concerne la sélection, plusieurs interviewés évoquent une amélioration en intégrant des éléments de la sphère psychologique et des indicateurs de motivation.

*E4A : Ça nous a empêché peut-être plus tard d'avoir un médecin qui avait envie d'être médecin. Alors qu'il y en a qui font le concours, ils ont moins envie d'être médecins, mais ils passent le concours. Ce n'est pas grave si on aurait plus de facilité, on mettra plus de monde à devenir médecin, et après la sélection naturelle elle se ferait dans le métier. Aujourd'hui, il y a quand même des gens très motivés à qui on ne donne pas le capacité à être médecin, et après il y a des gens qui ne sont pas très motivés qui se retrouvent médecins, et puis qui travaillent... moyen*

*E3P : La première année commune, je trouve que c'est, euh, c'est bien après c'est encore un classement où il faut être le meilleur pour pouvoir choisir médecine ou pharmacie (euh) et puis les derniers choisissent masseur kiné ou je ne sais quoi. Alors que c'est pas forcément le choix, après je sais que c'est dur. La première année est très très dure et vu qu'il y a un concours derrière c'est voilà. Après je pense que pour la sélection, euh, alors c'est valable pour toutes les professions, je pense qu'il manque une part de test, euh, alors je sais pas ça, je ne sais pas si ils en font, euh, test psychotechnique ou psychologique, euh. Pour faire un tri supplémentaire. (...) y'a des personnes qui sont pas du tout, pas du tout faites pour ces études quoi. Mais c'est valable aussi pour infirmier, c'est valable pour les autres professions. Quand, euh, au bout d'un certain nombre d'années, on se rend compte que la personne en fait elle est pas du tout, euh, je pense que ça manque et je ne pense pas me tromper. Je pense que ça existe pas, qu'il n'y a pas de sélection, euh, au niveau psycho.*

*E2P : on pourrait sensibiliser peut-être d'avantage ces jeunes au cours de la première année, pas seulement sur une sélection de connaissances pures (que tout le monde se passe au fil des années, chacun s'entraîne, enfin il y a des... il y a un investissement financier et personnel énorme là-dedans), mais aussi sur des valeurs humaines, des comportements, plus comportemental, plus... euh, la culture générale,*

Certains évaluent la possibilité d'entretiens individuels

*E1P : Il n'y a pas d'entretien de pré-sélection pour rentrer en médecine. Je trouve ça un peu dommage ; Qu'on n'ait pas suffisamment pris en compte des critères humains, alors, scientifiques, bien sûr, il le faut, mais aussi des critères de profils, enfin, humain, euh, humaniste, motivation : quelles sont les motivations pour entrer en médecine quoi. On ne prend pas assez en compte les motivations, et ce qui fait qu'on a 900 personnes qui font une première année de médecine, pour 200 quoi. Je préférerais qu'il n'y en ait que 500 qui rentrent vraiment en première année de médecine, et ces 500 -là, et bien, euh, ensuite, voilà, ils vont concourir pour pouvoir passer en deuxième année. Au lieu d'en faire rentrer 1000 dont on sait qu'il y en a 500 qui perdent leur temps et qui n'ont rien à faire ici. Ils sont en fac de médecine mais franchement ils n'ont rien à faire en fac de médecine. Et je trouve ça dommage, parce que ça perturbe le travail de ceux qui ont vraiment envie de bosser en première année, ça fait des amphithéâtres archis pleins, euh, ils font faire de la vision dans une salle à côté, enfin bon c'est... Alors qu'en fait, si on avait une présélection qui était faite, avec des entretiens très ciblés hein, rapide, parce que je comprends, s'il y en a 1000 à passer, euh, ça prend du temps. Mais avec des entretiens de ¼ d'heures avec des gens experts en communication, des gens experts aussi en profil psychologique, ça pourrait aller assez vite, et ça permettrait de faire un premier écrémage. Et ça éviterait qu'il y en ait 1000 qui soient là en première année, euh, alors qu'on sait très bien qu'il y en a que 500 qui sont vraiment, qui ont vraiment le profil.*

Pour ce qui concerne le numérus clausus, plusieurs interviewés envisagent une décentralisation sur la gestion de la répartition des spécialités :

*E4N : Sur le numérus clausus, là je regrette pour l'instant que l'examen national ne nous permet pas d'avoir plus d'autonomie locale, pour ... gérer le numérus clausus. Entre les spécialités. Parce qu'on a parfois certains besoins de spécialités qu'on identifie bien en région, devoir ou réduire ou augmenter, d'une année sur l'autre, mais que pour le faire nous n'avons pas le feu vert au niveau national. Alors qu'on pourrait avoir besoin de réguler. On signale, mais on n'est pas forcément entendu. Alors, je pense qu'il pourrait y avoir peut-être un peu plus de ... de confiance du niveau national pour permettre que... dans la mesure de la limite que le numérus clausus puisse un peu plus s'ajuster localement, pour tenir compte, ou de l'effet pyramide des âges qui fait qu'on sait qu'il va y avoir un déficit sur certaines spécialités qui faut augmenter, ou qu'on sait qu'il y a un souci ... euh, sur le cursus de formation à un moment donné et qu'on n'arrive pas à bien former ... pour telle ou telle raison, qui peut être manque de professeurs, manque de maîtres de stage, qui peut être autre... sur une conjoncture qui fait qui, voilà, on aurait besoin de diminuer ici, augmenter là, et ça, on ne peut pas toujours... on n'a pas la compétence, chaque année, de le faire*

Par rapport aux moyens fournis pendant les études, quelques interviewés évoquent une certaine inégalité entre les étudiants, mais les opinions sont divergentes.

*E2LR : des études de médecine, c'est long, et c'est onéreux, donc ... euh, quelqu'un qui... une jeune femme ou un jeune homme qui est issu d'un milieu un petit peu plus défavorisé ça va être beaucoup plus difficile, donc là c'est très inégale, quand même, à mon sens. Est-ce qu'en France, on permet... je crois qu'on tente à permettre à tous d'avoir un niveau d'études satisfaisant, mais il y a quand même des inégalités sociales, encore, aussi du point de vue des études. Ce n'est pas pour autant qu'il y a des enfants qui sont issues de familles moins aisées, qui n'y arrivent pas, ce n'est pas ce que je veux dire, mais ... c'est moins facile. Alors que pour d'autres c'est plus facile, quand on a déjà... même pour, pour tout, sans parler de médecin, un jeune qui veut continuer un cursus d'études supérieures, si ses parents ne peuvent pas suivre du point de vue, tout bêtement, pour payer le loyer du logement dans une ville universitaire, c'est compliqué parce que ce jeune-là il va être obligé de travailler. Donc ça va être d'autant ... euh, de temps défalqué sur les études. Voilà. Donc, est-ce qu'on donne toutes les moyens, pour qu'on... moi je dirais qu'on ne donne jamais assez. D'après mes retours, il y a encore des inégalités même au niveau de l'accès aux études supérieures. Je pense qu'il y a une certaine égalité jusqu'au bac, grosso modo, mais après je crois qu'il y a une césure. Si on fait l'étude des jeunes qui sont en études supérieures, si on voit leur niveau de vie, on va se rendre compte que quand même, il y a un fort pourcentage qui est issu d'un milieu favorisé, hein ? à mon sens, je crois. Parce que bon, je regarde un petit peu autour de moi, et quelqu'un qui est issu d'un milieu ouvrier... il va pas aller beaucoup plus loin que le bac+2, bac+3, quoi, eh ? Euh... maximum 4 ou 5. Mais bac+10, je ne crois pas. Beaucoup moins facilement. Ou alors ça veut dire que cette personne-là, en parallèle de ses études elle va être obligée de travailler. Je connais quelqu'un de ma famille qui est dans ce cas-là, et... et c'est quelqu'un qui travaille, et qui suit ses études, et je sais que c'est compliqué. Et c'est compliqué aussi pour sa famille, parce que sa famille se rend compte qu'elle ne peut pas, aussi, être aidant et facilitant pour son enfant, quoi. A moment donné, les parents quand ils vieillissent ils vont avoir des petites retraites, donc... ils ne vont pas pouvoir ... dix ans d'études, c'est important, hein ? Moi je pense qu'il y a encore des efforts à faire de ce côté-là.*

*E3A : Le contrat d'engagement service publique, qui était mis en place depuis un certain temps, ... facilitent justement à tout médecin, quel que soit son ... je dirais, ses moyens, parce que c'est quand même cher, de faire des études médicales, mais de bénéficier de cette formation, bien sûr avec un engagement derrière, à exercer sur x temps sur une zone déficitaire, mais facilitait, oui, l'accès des jeunes étudiants pour faire la profession médicale. (...) Le contrat de praticien de médecine générale, que le médecin signe avec l'agence ; on facilite son démarrage. C'est un complément de salaire pour faciliter son démarrage quand il s'installe. Donc je dirais que toutes ces aides, elles viennent faciliter l'accès au jeunes ... euh, pour être médecin. Pour toutes catégories de population. Parce qu'un jeune étudiant qui n'aurait pas les moyens d'aller vers ça, peut par ce biais-là obtenir une facilité d'accès aux études médicales. Parce que s'il n'a pas de famille pour l'aider, ça va être difficile pour lui. Donc, ça facilite. Je ne dis pas qu'encore c'est... mais ça a bien facilité.*

Enfin, les données qui ressortent en termes d'évaluation concernent surtout l'évaluation des professionnels en exercice, et en mesure mineure les étudiants.

*E2LR : moi je pense que c'est à la fin de leur cursus, quoi. Donc, ils doivent, ils sont évalués au sein de ... par les examens, à chaque fois. Je suppose que c'est ça, et puis à la fin, ils ont leur thèse, et... ça passe ou ça passe pas. Je pense que c'est ça. Mais bon, ça, c'est le médecin quand il va finir son cursus. Le médecin tout au long de sa carrière c'est plus compliqué. Faut vraiment qu'il ait fait une très très grosse boulette, pour que le conseil de l'ordre des médecins lui dise, c'est fini, mon petit père, tu travailles plus, quoi.*

*E3P : les étudiants, je, je suppose que c'est les professeurs. Puis après en stage, ça doit être leurs maîtres de stage je suppose. Les internes, c'est, euh, le responsable, alors soi-disant, normalement c'est le responsable médical du service mais, euh, il devrait y avoir aussi une évaluation faite par le coordonnateur de la spécialité, pour le suivi des maquettes et je pense que, euh, ça ce n'est pas forcément fait. Et éventuellement la faculté qui devrait aussi, euh, je pense (rire), vérifier, euh, les évaluations de stage et des fois peut-être faire des évaluations au niveau, enfin de suivre le cursus, voilà. Sur la théorie je sais pas, par contre, euh, je suppose qu'il doit, enfin vous avez des examens pratiques ou euh, je sais pas du tout, parce ce que vous avez des cours aussi, donc (euh) peut-être les professeurs qui, euh, je sais pas du tout, euh. Mais ouais, enfin, pour les stages c'est normalement c'est le maître de stage qui évalue.*

*E2N : quand ils sont libéraux ils ne sont pas évalués, hein ? Quand ils sont installés, une fois qu'il y a un exercice libéral, il n'y a pas d'évaluation. Mais peut-être qu'il faudrait. (...). Chez les professionnels libéraux il faudrait poser des questions sur la prise en charge en elle-même. Sur la relation du professionnel, s'il a bien expliqué ce qu'il allait faire, le traitement qu'il donne, les éventuels effets indésirables, pourquoi il donne ce traitement et pas un autre, etc., sauf que le médecin, s'il devrait faire tout ça il passerait beaucoup de temps. C'est pour ça qu'il ne le fait pas*

Pour l'évaluation des professionnels en exercice, les dispositifs existants sont plutôt des dispositifs de contrôle. Parmi les acteurs impliqués on retrouve l'assurance maladie, le Conseil de l'Ordre et l'ARS.

*E1A : Bah, je pense que vous êtes aussi évalués... mais ce n'est pas... enfin, est-ce que vous parlez que c'est vraiment lié à l'acte médical? Mais il y a tout ce qui est lié au nombre d'actes que vous faites, les arrêts maladie que vous faites ou vous ne faites pas, la quantité de prescriptions, enfin tout ça est vérifié par l'assurance maladie. Par la CPAM. Mais est-ce que c'est vraiment un moyen de vérifier... Enfin, c'est un moyen de vérifier une pratique médicale mais est-ce que c'est un moyen de voir si un médecin est un bon médecin ou un mauvais médecin, je ne suis pas sûr que ça soit vraiment un moyen de voir ça. Est-ce que un médecin va prescrire plus d'antibiotiques qu'un autre ? Enfin, ça dépend de sa patientèle.*

*E2N : qu'il y a une évaluation qui se fait déjà, c'est celle de l'assurance maladie, qui fait par rapport au nombre d'actes qui sont faits. C'est déjà une évaluation, de savoir : tel médecin, il a tant de patients, il fait tant d'actes. Après, par rapport à d'autres, on a une idée. Ça donne déjà une idée mais ça ne donne pas une évaluation qualitative. Le quantitatif, c'est plus facile. Le qualitatif, je ne vois pas vraiment de moyen d'évaluation.*

*E3P : l'ARS a possibilité, comme les infirmiers, masseurs kinés, euh, on a la possibilité de faire des contrôles. On peut aller contrôler les cabinets libéraux, donc en établissement, y'a des ins.. enfin y'a des contrôles aussi qui se font hein, mais dans les établissements c'est plus...les praticiens c'est plus rare, faut vraiment qu'il y ai un problème, enfin pour que ce soit lié à un praticien, c'est parce qu'il y a un problème en général, c'est pas euh. Parce que dans les établissements, c'est une visite (euh) dans un service mais pas, euh, pas sur les pratiques, voilà. Faut vraiment que ça vise le praticien pour aller très loin (euh), pour faire une sorte d'évaluation et encore, c'est pas, voilà.. Sinon, l'ARS a la possibilité aussi de faire des contrôles dans les cabinets libéraux. Mais en général quand on y va c'est que y'a eu un problème avant. Mais c'est, je sais pas si c'est une évaluation, évaluation quoi, si c'est, ça va être un contrôle euh. L'assurance maladie aussi je pense qui doit faire certains contrôles. Mais ça va être sur des, leurs champs de compétences. Mais oui, enfin, je ne vois pas pourquoi, eux, ne seraient pas non plus évalués et suivis, euh, comme tout professionnel. Même en dehors du médical, enfin. ça veut dire qu'on les laisse tranquille en plus (rires)(...). Faut pas les évaluer quand y'a un problème quoi ! Parce que c'est souvent, malheureusement, c'est souvent (euh) comme ça qu'il y a des contrôles. Parce que y'a eu un problème, ou y'a une plainte, ou euh.. voilà. Mais y'a plusieurs moyens de contrôler, ça peut être l'ARS, le Conseil de l'ordre, l'Assurance Maladie pour son champ de compétences, euh*

*E3A : Les ordres ont un regard sur les professionnels de santé, c'est logique, c'est leur rôle. Un médecin, un professionnel de santé installé, il dépend d'un ordre, c'est à lui qu'appartient d'évaluer ses paires.*

Les opinions convergent, aussi pour ce sous-domaine, sur l'importance de la formation continue ; les nouveaux modes d'exercice, et notamment le regroupement, peuvent représenter un élément positif aussi pour cet aspect, en facilitant les échanges.

*E4N : Bah, c'est ce qui était prévu dans le dispositif professionnel continu, mais, euh, on forme, on oblige à faire des formations, mais il n'y a pas d'évaluation à la fin, ... à nouveau des compétences. (...) une des bonnes choses qui se font maintenant, c'est le travail d'équipe qui permet de s'interroger sur sa pratique. Les groupes de pairs, par exemple, ce sont très utiles et formateurs. Mais là c'est pareil, ce n'est pas non plus de l'évaluation. On n'évalue pas individuellement chacun dans sa compétence. Et qui soit praticien hospitalier ou médecin généraliste, peu importe son activité.*

L'évaluation des professionnels en exercice doit être faite par des paires, selon les opinions de la plupart des interviewés.

*E2P : être évalué par ses paires, c'est le minimum, qu'il y ait un regard médical, ça me paraît important,*

*E3A : Un médecin, il est formé, il a un diplôme, c'est ... euh, c'est ses paires qui peuvent avoir un regard sur lui.*

*E4A : c'est entre paires qu'il faudrait la faire l'évaluation. Moi je pense que l'Ordre des médecins doit être renforcé sérieusement, et professionnalisé.*

L'autoévaluation et l'autoformation pendant la pratique est aussi évoquée dans la plupart des entretiens.

*E2P : à chaque fois qu'on fait quelque chose en tant que médecin ou non médecins, on est évalué tous les jours. C'est-à-dire qu'on se fait sa propre ... on construit sa propre image, et on va la donner à ceux qui, avec lesquels on travaille. C'est-à-dire, on va être qualifiés au final, en bon ou mauvais. il faut peut-être se poser la question, oui, mais bon ... là j'avais pas trop compris, il faudrait que je fasse ça, ou je révise, ou je prends, la tâche d'un pair et je lui dis écoute, t'es vachement calé là-dedans, est-ce que tu peux venir avec moi pour que je fasse ça. Ça c'est important, moi je l'ai vu faire, souvent. Euh... celui qui ne fait pas ça, il se ment, il ment aux patients et à son entourage. Ce n'est pas bien. Donc ça, faut le faire et ... il n'y a pas d'évaluation sans autoévaluation*

Pour ce qui concerne les étudiants, l'évaluation est un rôle propre de la faculté. Un des sujets évoque, pour les internes en stage, l'importance du rôle du coordonnateur et d'une évaluation attentive des compétences ; la faculté devrait effectuer une supervision sur les évaluations des stages des internes faites par les maitres de stage ou par les chefs de service :

*E3P : Les internes, c'est, euh, le responsable, alors soi-disant, normalement c'est le responsable médical du service mais, euh, il devrait y avoir aussi une évaluation faite par le coordonnateur de la spécialité, pour le suivi des maquettes et je pense que, euh, ça ce n'est pas forcément fait. Et éventuellement la faculté qui devrait aussi, euh, je pense (rire), vérifier, euh, les évaluations de stage et des fois peut-être faire des évaluations au niveau, enfin de suivre le cursus, voilà. (...) ; pour les stages c'est normalement c'est le maître de stage qui évalue. (...) ; la fac devrait aussi contrôler les évaluations de stage. (...)si, euh, l'interne donne pas satisfaction dans le lieu de stage, qu'on valide un stage, alors que, il a pas du tout, euh, entre guillemets fait l'affaire, pas du tout été compétent au cours de ce stage et puis on va valider, euh, le stage et puis après ça va poser problème, hein, parce que (euh) la suite de la formation, ça veut dire qu'on va donner un diplôme à quelqu'un, euh, (réflexion) qui n'est pas bien formé et qui est pas compétent. (...). Je pense que les coordonnateurs aussi devraient mieux encadrer les internes qu'ils ont, euh. le rôle du coordonnateur c'est de voir si euh l'interne de sa spécialité à bien suivi tous les stages, a fait tous les enseignements théoriques et si il a bien suivi tous les stages obligatoires et qui rentraient dans sa maquette, pour pouvoir valider le DES à la fin. Je pense que, euh, certains ne jouent pas leur rôle. Et ne suivent pas forcément (euh) leurs internes. Et là aussi, enfin (euh), si y'a eu la mise en place de coordonnateurs pour encadrer les internes, y'a une raison aussi. donc euh voilà. Après c'est pas toutes les spécialités, c'est certaines...*

### 3.2.5. Rôle de la société civile

Le cinquième thème qui ressort de l'analyse des données est la place de la société civile dans la formation médicale.

La description des caractéristiques de la société, avec un regard particulier sur la population de cette région, est centrée surtout sur le vieillissement et les conditions de précarité :

*E2A : La génération qu'aujourd'hui a soixante ans aide ses parents qui ont donc 85 ans ou plus... euh, parfois c'est possible, parfois ce n'est pas possible parce que cette génération-là est encore au travail, parce qu'elle n'a pas la santé pour 'assurer ou parce que l'éclatement des familles fait que les parents parfois sont dans un département, puis les enfants sont ailleurs en France, et donc on ... voilà, souvent les personnes âgées se retrouvent seules avec uniquement les services sociaux et les services médicosociaux pour faire face à leur propre prise en charge.*

*E1LR : (la Charente Maritime) c'est un département très contrasté mais où il y a beaucoup de précarité et beaucoup de pauvreté. Donc il y a aussi beaucoup de problèmes de santé qui vont avec (euh), on a beaucoup de problèmes d'alcoolisme, on a beaucoup de problèmes euh de suicide, de dépression, euh voilà donc. Il y a aussi sans doute des choses à faire là-dessus*

*E4A : Les gens vivent plus longtemps, avec un cancer on arrive à vivre plus longtemps, donc... Il faut aussi accompagner ces personnes-là (...) avant, on était SDF, on ne vieillissait pas trop, aujourd'hui il y a un moyen de vieillir, dans la rue, et d'avoir des pathologies, reconnues, graves, envahissantes, difficiles, et pour lesquels il faut penser à la suite*

Certaines font des remarques de caractère plus général sur des problématiques d'actualité :

*E2P : Il y a aussi ... euh... les populations migrantes, ça, c'est très d'actualité, ça alors, là c'est un grand vide absolu, on ne sait absolument pas, il y a des directives qui sont données dans la nouvelle loi de santé mais bon, pour l'instant, on en est au bal du ciment, pour la mise en œuvre.*

*E4A : Parce que la société elle est devenue violente, les attentats, il se passe plein de choses*

Le niveau moyen des connaissances est aujourd'hui plus haut que dans le passé. De plus, l'évolution rapide des moyens de communications et la possibilité d'accéder à un grand nombre d'informations (notamment, par exemple, sur internet) déterminent des changements importants dans les attentes de la population envers les professionnels de santé. Les usagers demandent à être plus renseignés et moins « infantilisés ».

*E1LR : de plus en plus les gens sont informés, alors informés à bon ou mauvais escient parce que on trouve beaucoup de choses sur internet par exemple, mais euh par forcément de qualité ou fiable. Mais en tout cas les gens sont informés et je pense qu'ils ont de plus en plus envie de s'approprier eux-mêmes ce qui relève de leur santé et d'en être acteurs, c'est peut-être un des enjeux qu'il y a demain c'est le partage d'information et que ça beaucoup de professionnels, soit l'on pas en tête, soit sont pas prêts à l'accepter (...) Il peut y avoir un changement de culture et un changement de pratique, ça veut dire que si moi demain en tant que personne et en tant que patient euh, j'ai accès à mon dossier médical et que je décide aussi qui peut y avoir accès ou pas, ce n'est plus tout à fait la même relation avec les soignants, alors quand on est en bonne santé on va peu chez le médecin, mais pour quelqu'un qui a un suivi régulier ou qui a une maladie chronique, je pense que ça peut modifier la relation et la façon dont...*

*(...) construire des dispositifs de coordinations c'est bien, c'est indispensable mais je pense qu'aussi se mettre à la place du patient, de l'usager et essayer de simplifier aussi, et de le rendre un peu plus sachant et ben c'est aussi une partie du chemin parce que voilà. Euh. Plutôt que de dire, on va tenir les gens par la main et leur dire où ils doivent aller. Si d'emblée ils savent c'est peut-être plus simple, et plus efficace...par exemple un médecin généraliste qui fait un courrier pour un confrère spécialiste parce qu'il oriente un patient, est ce que c'est normal qui lui fasse transmettre le courrier sous pli cacheté, est-ce qu'il devrait pas soit lire le courrier à son patient avant de le remettre soit lui donner comme ça sous pli non cacheté pour que la personne puisse en prendre connaissance et le donner au médecin spécialiste.*

*Je trouve que ça a un côté infantilisant par rapport à la personne et comme si elle n'était pas la plus concernée par sa santé, par ses soins. Je trouve qu'un adulte normalement constitué, si on l'envoie chez un spécialiste pour tel ou tel examen, euh, je vois pas pourquoi ce serait secret pour lui, enfin bon, c'est vraiment un raisonnement ras des pâquerettes mais un moment en tant qu'usager aussi, euh, voilà, après euh je pense que c'est aussi une façon de travailler*

*E4A : il y a un moment, la population ne connaissait pas le dosage du doliprane, de l'aspirine, les médicaments ? Aujourd'hui, on a évolué, parce que nos parents et grands-parents nous ont un peu éduqués, donc on va à la pharmacie, on sait que si on a un rhume, on prend du doliprane et puis on va attendre, pas besoin d'un médecin généraliste, par contre on va y aller pour être remboursé, pour pas payer*

Devant toutes ces réflexions, tous ces changements, le rôle du médecin généraliste est à redéfinir. Pour la plupart des interviewés, ce rôle est à valoriser.

E4A : « quand je sors de chez un médecin, et c'est juste une prescription... Bon, on se dit bah, encore 23 euros qu'il a pris mais... Il m'a apporté quoi, comme service ? » (...) qu'ils soient respectés pour ce savoir, quoi. Pour ne pas avoir l'impression de ne plus être respecté, aussi. Je pense qu'il y a besoin de ça dans la profession. Qu'on respecte cette connaissance, quand même. ce n'est pas bien vu, enfin... (...)

... les usagers vont voir un psychologue, un ostéopathe,... ils complètent, parce qu'ils ne trouvent pas chez le médecin tout ce qui peuvent trouver ou pas sur sept ou huit professionnels. Mais le médecin, il doit y arriver à donner tout ça, quoi. Il a dix ans d'études. Il doit pouvoir porter ça. C'est... ouais, il faut enrichir le métier, quoi. Il y a quelques compétences psychiatriques qui sont aujourd'hui à la psychiatrie, et qui pourraient être conduites par des médecins, ça donnerait de l'intérêt au métier, de l'intérêt avec l'utilisateur, et puis la psychiatrie, faut la garder pour la psychiatrie, quoi, enfin, les malades... durs (rires). Sinon, tout le monde a besoin d'un psychiatre, quoi. Aujourd'hui, après, sinon, on fait quoi ?

E1P : On a un peu dévaloriser le métier de médecin généraliste dans les années 80, euh, 90, euh, parce que le jeune étudiant en médecine, il rentrait, et c'était pour devenir chirurgien, spécialiste, il visait beaucoup ça, parce que justement il voulait travailler en équipe, il ne voulait pas être isolé dans la campagne, et que le métier de médecin généraliste était dévalorisé. Aujourd'hui, on est en train de revenir en arrière parce qu'on s'est aperçu qu'on a besoin d'un premier échelon de prise en charge du patient qui est le médecin généraliste. Ce médecin généraliste, il faut valoriser son métier, et lui donner les moyens d'avoir des bonnes conditions de travail, si on veut qu'il ait envie de poursuivre, et que aujourd'hui, que, le métier, est reconnu à part entière

E2N : Parce que la médecine générale, ce n'est pas forcément ce que les étudiants en médecine vont choisir comme ça, d'emblée. Enfin, c'est ce que les médecins disent, souvent. Il y en a certains qui ont une vocation, qui ont envie de faire ça, d'être médecins généralistes, sinon les autres ... Faudrait solliciter les étudiants à choisir cette spécialité en montrant que ce n'est pas moins valorisant. Ce n'est pas ... Parce que le spécialiste a une espèce de ... d'aura, peut-être, alors que la médecine générale c'est tout-à-fait honorable ... ce n'est pas du tout... c'est très bien de choisir ça. Faudrait peut-être mieux... Après des étudiants, mieux valoriser ça en disant que c'est très intéressant, qu'on trouve certainement un type de richesse à être dans la... même dans des territoires un peu ruraux, finalement, c'est quand même bien. C'est un peu connoté défavorable. L'exercice en campagne, en plus, médecin généraliste déjà, mais en plus en plein campagne, c'est peut-être pas très bien... ce n'est pas très bien vu, quoi, ce n'est pas bien considéré, enfin. On n'a peut-être pas envie au premier abord d'aller faire ça.

Une partie des réflexions concernent, de façon plus générale, la représentation des médecins. Plusieurs interviewés parlent d'une aptitude « corporatiste » et souvent fermée du corps médical.

E2LR : les médecins, ils ont fait un certain nombre d'études et puis ils sont... ils soignent très bien les gens, hein ? Au contraire, ce n'est pas ce que je veux dire, mais parfois ils ont des idées bien arrêtées sur ... euh, sur leur profession, sur la façon dont ils doivent conduire leur travail. C'est quand même très corporatiste, le monde de la médecine.

*E3P : tout le monde, tous, vous n'êtes pas comme ça mais on sent quand même que, y'a des fois c'est de famille en famille, enfin de génération en génération, c'est quand même beaucoup fermé hein. C'est quand même un monde à part (rire). Enfin c'est quand même le (rire). On le voit bien hein, enfin comme on disait tout à l'heure, les gouvernements successifs à chaque fois, faut prendre des pincettes quand on s'attaque euh.. A un petit bout (euh) qui touche les médecins, c'est... faut marcher sur des œufs, enfin... (...)*

*C'est profession particulière (rire) (...) au niveau médical, c'est une communauté quand même assez euh, assez fermée. D'ailleurs on le voit hein, beaucoup de médecin sont mariés entre médecins quoi. Déjà rien que ça (rire). Je ne suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de place. Vous allez dire « oh lalala ». L'image de médecin (rires) Euh, non mais c'est vrai, on le voit y'a beaucoup. Même au niveau des internes donc ça me fait sourire parce que y'en a beaucoup ils sont en couple.*

Le rôle du médecin est vu comme un rôle de grande responsabilité.

*E3P : Vous exercez quand même un métier, où y'a pas mal de risques derrière quoi ! (rires)*

*E4A : qui ne travaille pas sans faire des erreurs. C'est ça qu'on demande aux médecins, pourtant. C'est un grand risque. Et c'est sûr que ce n'est pas simple*

*E1A : Moi je qui me surprends toujours c'est que... on... on vous fait complètement confiance, on vous donne... on vient vous voir et on vous dit : aidez-nous, quoi. Je trouve que c'est une responsabilité qui est super lourde et puis... on est obligé de vous faire confiance en fait. Parce qu'on n'a pas la compétence, ou les connaissances... enfin, après c'est comme tout métiers, on va voir un garagiste, il nous dit que la voiture elle a ça, si on y connaît rien, bah, on est obligé de le croire. Bon, après pour le médecin c'est différent, c'est un peu plus poussée parce que c'est notre santé, en direct, mais je trouve que c'est ... c'est une sacrée responsabilité. Et c'est aussi pour ça qu'il ne faut pas que tout le monde puisse accéder à cette formation-là. Que le cursus soit compliqué. C'est logique. Pour pas amener n'importe qui à faire ce métier, ce n'est pas possible. Sinon, on irait vers des médecins qui seraient moins performant de ce que vous êtes aujourd'hui. C'est une formation qui se doit d'être exigeant. Après quand on voit les spécialités, un chirurgien qui doit opérer du cœur, s'il n'est pas (rires)... s'il n'est pas sûr de ce qu'il fait c'est ... ce n'est pas possible, quoi (rires). Il faut qu'il soit rodé à son travail.*

Dans ce contexte se développe ensuite la réflexion sur le rôle de la société civile dans la formation des professionnels de santé.

Les représentants de la société civile sont identifiés principalement dans les élus avec leurs associations, les usagers en général, les associations d'usagers. A travers ses représentants, la société civile peut jouer son rôle dans l'amélioration du système de santé, non seulement à travers le choix des services, mais aussi à travers les organismes de contrôle.

*E2LR : Je pense qu'on peut aussi se baser sur le sens du patient, s'il n'est pas satisfait de la prise en charge, c'est lui qui va faire la première évaluation. Hein ? Moi je pense que c'est ça. Quand on n'est pas satisfait de son médecin traitant, on va voir ailleurs, quoi, eh ? (...)*

*Un usager, peut saisir le conseil de l'ordre s'il y a vraiment un manquement important, par rapport à la déontologie,...*

La faculté peut adapter ses programmes par le biais des sociétés savantes.

*E2LR : il peut y avoir, je ne sais pas, moi, des rapports, des choses comme ça, et donc, euh, les sociétés savantes, entre guillemets, en parlent pour dire ben, il faut modifier la formation, quoi. Je pense que c'est au niveau national, peut-être, que ça doit se passer, à travers des organismes comme l'HAS, ou... bah celles qu'on appelle les sociétés savantes, en fait. Qui disent que, la prise en charge telle de ce qu'on avait en 1990 ce n'est plus adéquate, et qu'il faut évoluer, et pour évoluer, il faut, le levier c'est agir sur la formation des futurs médecins. En passant par, justement, les sociétés savantes. La société savante, les sociétés savantes, entre guillemets, qui peuvent faire ces études, mettre les choses en parallèle, et dire bon, c'est là qu'il faut agir, là un peu moins, là pas du tout, quoi. Et après, justement, orienter les cursus de formation. En passant au final par les gestionnaires politiques. Puisque de toute façon, je pense que ça doit passer que par là.*

*E4N : Sur tout ce qui est formation, à la faculté, je n'ai pas le sentiment que ... le contenu de la formation doit être discuté par les usagers. La faculté peut s'informer du ressenti et des besoins identifiés par les usagers, et adapter elle-même le tir. Mais je ne pense pas qu'il faut que l'utilisateur soit reconnu comme acteur explicite et réglementaire du contenu de formation des médecins. Je pense que la faculté doit écouter, au travers des instances existantes, et des lieux d'écoute existantes, ce que les usagers ressentent, de la prise en charge qu'ils ont aujourd'hui, des soucis et des besoins de santé sur lesquels il n'y a pas de réponse et sur lesquels on pourrait évoluer, et que la faculté en écoutant, puisse intégrer dans ses modules de formation si elle... peut les intégrer. Mais je ne pense pas qu'il faut arriver jusqu'à intégrer dans l , réglementairement, dans la constitution des programmes, la place des usagers.*

*E3P : je ne pense pas que ça soit, que la société civile n'ait pas beaucoup de marge de manœuvre pour, euh, impacter, enfin (euh) apporter (euh) des arguments sur la formation médicale. Mais après je peux me tromper. Je pense que certaines personnes, enfin, après (euh) certaines personnes qui ne sont pas du corps médical, donc quelqu'un de la société, en dehors de la communauté médicale. Euh, ont certainement des choses à proposer, enfin euh, c'est possible mais je pense qu'il faut que ça soit quelqu'un qui fasse ses preuves, qui soit reconnu et qui démontre, euh, enfin que son argumentaire soit bien, euh, bien solide, euh, quand c'est présenté (euh), que c'est apporté au niveau de la communauté médicale.*

L'intervention des patients experts pendant la formation est évoquée de façon ponctuelle.

*E4P : ce qu'on pourrait très bien imaginer c'est des patients experts qui viendraient échanger sur leur pathologie à l'université. Je pense au patient diabétique, on est, il est face finalement à des futurs professionnels, en indiquant que voilà, ce qu'il ressent, comment il gère sa maladie, un petit peu comment dire, faire de l'éducation. Un petit peu plus, peut-être, au futurs professionnels, comment dire bah, certes vous faites un diagnostic, mais derrière il faut prendre en compte ce que le patient peut ressentir.*

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. La méthode**

#### **4.1.1. Population**

Pour la réalisation de ce travail, nous avons choisi la méthode des entretiens individuels ; les interviewés ont été recrutés initialement en utilisant une liste de personnes que, au sein des agences, participaient à une formation sur la coordination en soins primaires.

Nous avons ainsi recruté 9 sujets. Utiliser cette liste nous a permis de contacter directement des membres de l'ARS qui étaient pour la plupart intéressés à l'étude, ce qui nous a permis d'avoir un taux de relativement faible. Il s'agit, en fait, de personnes qui, pour leur fonction au sein de l'agence, s'occupent des activités reliées à la gestion de l'offre de soins en santé (seulement une partie des employés de l'ARS travaille dans ce domaine), et qui avaient donné leur accord pour participer à une formation sur la coordination en soins primaires en maison de santé. L'avantage a été donc le gain de temps pour la réalisation de l'étude. Toutefois, ce type de choix a été fait au prix de la variabilité des sujets interviewés, ce qui a créé un biais sur le type d'opinions fournies et la quantité de données qu'ont été collectés sur certains domaines de réflexions (par exemple, justement, le discours autour du regroupement et des structures poly disciplinaires). Cependant, le groupe choisi pour la réalisation du travail étant les membres de l'ARS, ce biais aurait pu être présent aussi à la suite d'un autre choix de recrutement.

Autrement, aucun critère de sélection n'a été véritablement choisi en amont de l'étude. Ce choix a été fait dans la tentative d'assurer, malgré le biais mentionné plus haut, une variabilité à l'intérieur du groupe des membres de l'ARS (déjà limité en tant que tel, par rapport à d'autres groupes étudié au sein du projet).

#### **4.1.2. L'entretien individuel**

Dans la plupart des thèses réalisées au sein du projet de recherche-action sur la responsabilité sociale des facultés de médecine pour le Poitou-Charentes, la méthode des focus groups a été choisie.

Pour la réalisation de ce travail, nous avons opté par la méthode des entretiens individuels. Ce choix a été orienté par la difficulté de recrutement dans la phase initiale: dans la suite de l'envoi du premier courriel, en fait, une seule réponse (sur 15 noms faisant partie de la liste initiale) a été reçue.

Les sujets ont été ensuite contactés par téléphone, mais les dates d'entretien ont été fixées avec une certaine difficulté.

Les inconvénients de cette méthode sont :

- La nécessité d'une intervention fréquente de la part de l'enquêteur (la thésarde pour ce travail) pour recentrer le discours sur le sujet, selon le guide d'entretien, quand la réflexion s'éloigne du sujet de recherche, ou, au contraire, pour stimuler le sujet interviewé à exprimer ses opinions (toujours en se tenant au guide établi) dans le cas où la quantité de données ressortissant d'un entretien semble trop faible. Cette caractéristique entraîne un risque de suggestion dans les réponses fournies, ce qui entraîne un biais à l'étude.
- La quantité de données exploitables peut être plus faible par rapport aux focus groups.
- Le temps de recueil des données est long.

En revanche, cette méthode présente comme avantage l'absence de «contamination» et d'un éventuel «effet du leader», phénomènes pour lesquels certaines réflexions peuvent être omises ou orientés par un ou plusieurs éléments d'un groupe, lors d'un entretien collectif comme celui du focus groupe.

Dans le cas de ce travail, la thésarde a été amenée, lors de certains entretiens, à inciter le discours devant des réponses souvent fermés ou devant l'absence totale de réponse ou d'avis («*Je ne sais pas*» ou «*Je n'ai pas d'avis à donner là-dessus*»). Ceci a été la difficulté majeure rencontrée pendant la réalisation des entretiens. Toutefois, il s'agit d'une difficulté rencontrée uniquement pour une partie des entretiens, et la plupart des fois, une reformulation de la question était suffisant pour relancer le discours et avoir une quantité significative de données.

#### **4.1.3. Le guide d'entretien et la réalisation des entretiens**

La difficulté de recrutement initial a déterminé aussi le choix de ne pas réaliser un premier entretien «pilote», (soit un premier entretien réalisé dans le seul but de vérifier la pertinence et l'exploitabilité du guide d'entretien qualitatif construit): la totalité des entretiens réalisés, y compris le premier, a donc été utilisée pour l'analyse des résultats. La réalisation du premier

entretien «pilote» est cependant préférable de façon général, surtout dans le cas où une modification du guide d'entretien est apportée à la suite. Dans le cadre de ce travail, aucune modification n'a été apportée après le premier entretien.

Les réajustements successifs du guide d'entretien ont permis de construire un guide d'entretien final, validé avec le directeur de cette étude, assez similaire aux guides utilisés dans les autres études menées au sein du projet recherche-action. L'avantage de cette similitude est une majeure facilité d'exploitation de l'ensemble des résultats collectés par les différents travaux de thèse, lors du passage aux phases successives du projet.

Malgré les différents ajustements du questionnaire, certaines questions posées ont nécessité plusieurs fois d'être reformulés, de manière à ouvrir la discussion, pour pouvoir obtenir des données significatives et adaptés au sujet. Notamment, lors de l'orientation du discours sur les compétences des médecins, la question étant souvent interprétée en relation aux compétences de type spécifique médical, les réponses se renfermaient parfois sur l'absence d'opinions à cause de l'absence de connaissances, ce qui était probablement dû, entre autre, à une crainte de jugement («*je ne connais pas* », «*je ne vais pas juger sur ça*»). Le même type de réaction a eu lieu, pour certains entretiens, lors des questions relatives à la formation des professionnels de santé, ce qui a été dû aussi au type de fonction recouverte au sein de l'agence: seulement un sujet sur quatorze a, en fait, un rôle en relation directe avec la faculté de médecine.

Le manque de temps de la part de l'interviewé (un appel téléphonique pendant l'entretien, ou l'impossibilité d'accorder plus de temps que prévu...) a été pour quelques entretiens un petit obstacle pour une récolte optimale des données; toutefois, tous les points prévus du guide d'entretien ont été traités dans la totalité des entretiens.

#### **4.1.4. La transcription et l'analyse des résultats**

Deux moyens d'enregistrement ont été prévus lors de chaque entretien, pour essayer de réduire au maximum les erreurs de transcription.

Certaines mots ou phrases isolées ont été mal enregistrés à cause de bruits de fond, mais aucune donnée significative n'a été perdue.

L'analyse du premier entretien a été réalisée, en accord avec la méthodologie de cette étude, selon la méthode de la triangulation pour limiter le biais interprétatif des données.

Une caractéristique a été remarquée lors de l'analyse des entretiens : le discours en général et les

opinions exprimées pendant les entretiens sont fortement « imprégnées » par la fonction recouverte par chacun des sujets interviewés. Les opinions personnelles n'ont pas manqué de sortir dans le discours ; cependant, en analysant la globalité des entretiens, chacun des membres de l'ARS a parlé pour la plupart du temps à travers le « prisme » de sa mission au sein de l'agence, dans une mesure qui a été variable en fonction soit du rôle, soit de la personnalité de chaque interviewé. Une autre caractéristique générale fortement ressentie par la thésarde dans tous les entretiens a été l'absence d'un discours spontané, en faveur d'une formulation des réflexions très recherchée, professionnelle et dépourvue de jugement personnel ; ce phénomène a eu lieu malgré la tentative de la thésarde (lorsque le risque de perte de données importantes semblait se profiler) d'orienter parfois le discours plutôt vers des opinions personnelles et de rassurer l'interviewé sur l'anonymisation et le but de la recherche. Cette caractéristique peut représenter un biais de plus par rapport aux autres travaux menés au sein du même projet et sur d'autres groupes de recherche (patients, professionnels paramédicaux, internes de médecine générale...)

## 4.2. Les résultats

### 4.2.1. L'objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le ressenti des membres de l'Agence régionale de Santé concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins de santé de la population.

#### Les besoins

Selon l'axe 1 du consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, « *la vision et la mission d'une faculté de médecine sont inspirées des besoins actuels et futurs de la société pour développer l'enseignement* ». L'identification des besoins devient donc la clef pour que la formation des professionnels soit adaptée, dans le but d'une meilleure réponse à ces besoins.

Un des concepts principaux qui ressortent des entretiens est la nécessité de la population d'un **accès aux soins** de proximité, en particulier les soins de premier recours ; l'accès aux soins doit être garanti de façon égalitaire dans tous les territoires et dans tous les milieux sociaux. La réflexion qui ressort plus fréquemment en relation à ce point est la problématique de la **démographie médicale**, soit la distribution actuellement inégale des professionnels de santé dans les territoires. Cette problématique concerne, pour la médecine ambulatoire, les médecins

généralistes, mais aussi plusieurs spécialités ; pendant les entretiens ont été cités surtout les cardiologues, les psychiatres, les dermatologues. Certains font appel aussi à l'inégale distribution du personnel médical entre les spécialités, en reliant la problématique à la possibilité que les étudiants ressortissant de la faculté ne choisissent pas en première intention la médecine générale, qui serait moins appréciée par rapport aux autres spécialités.

Selon une étude menée par l'ARS en 2014, la densité de médecins généralistes libéraux dans la région est comparable à la moyenne nationale. Cependant, ils existent des zones rurales moins favorisées que d'autres, principalement en Deux-Sèvres, au sud de la Charente et dans l'est de la Vienne. En conséquence, les temps d'accès aux soins de médecine générale s'avèrent plus longs par rapport au temps estimé sur la base de la densité en médecins de la région. Le même phénomène a été observé pour l'accès à des consultations d'autres professionnels comme les chirurgiens-dentistes et les ophtalmologues. En termes de médecine spécialisée, certaines spécialités relèvent, en revanche, d'une faible densité, en particulier la pédiatrie, ce qui amène beaucoup de médecins généralistes à prendre le relais en assurant entièrement le suivi des enfants. De plus, l'âge moyen des médecins installés, actuellement estimée autour de 52 ans, a une tendance à la hausse.

Pour ce qui concerne les établissements de santé, ce qu'on remarque sur notre région est que la totalité de l'offre de soins est concentrée dans les grandes villes : Poitiers, Angoulême, Niort, La Rochelle et Saintes, soit une ville par territoire de santé. La plupart de ces établissements ne propose qu'une partie de l'offre de soins.

Une autre problématique qui ressort de la discussion sur l'identification des besoins est l'**équité** dans l'accès aux soins. Or, l'équité est une des valeurs fondamentales selon lesquels les facultés de médecine doivent agir pour être socialement responsables.

Un des points de l'axe 2 défini par le consensus mondial déclare : « *La faculté de médecine reconnaît la communauté qu'elle dessert comme principale partie prenante et participe à la gestion d'un ensemble cohérent de services de santé pour cette population dans le respect des valeurs fondamentales : équité, qualité, pertinence, efficience.* »

Dans l'objectif d'éliminer les inégalités en santé, la loi HPST, (Hôpital, patients, santé, territoire) a introduit le principe de démocratie sanitaire, et établi la nécessité de la création d'une série d'instances dans le but de positionner l'utilisateur, et donc sa demande et ses nécessités, au centre

des décisions relatives à l'organisation du système de santé dans les territoires. L'Agence Régionale de Santé est l'organisme principal chargé de cette mission.

Le concept d'équité se développe de la réflexion sur les facteurs qui déterminent les besoins en santé de la population aujourd'hui. La précarité sociale et économique d'une partie de la population détermine un renoncement aux soins, notamment certains types de soins comme les soins dentaires et ophtalmologiques. Le vieillissement de la population détermine l'importance majorée des problématiques liées aux pathologies chroniques et surtout à l'isolement.

Une enquête menée au niveau national en 2014 par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé révèle qu'en 2012 en France, 25% des personnes interrogées ont renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. Outre les contraintes économiques, les difficultés sociales et culturelles accentuent ce phénomène.

Dans le domaine des facteurs qui déterminent l'état de santé de la population, une autre thématique ressort de cette étude : les conditions de handicap. Selon les interviewés, l'offre de soins vis-à-vis des personnes handicapées est à ce jour inadaptée. Les moyens pratiques et logistiques disponibles sont insuffisantes (par exemple, les appareils d'imagerie en général, les appareils de mammographie pour les dépistages...) ainsi que la formation des professionnels à l'approche et la prise en charge des patients handicapés : par exemple, plusieurs interviewés parlent de la préparation des fois faible des professionnels dans l'approche des personnes autistes (réflexion qui est reprise dans l'argumentation sur la formation). La problématique des personnes handicapées vieillissantes est aussi à traiter ; l'organisation du système de santé doit évoluer pour venir à la rencontre de ces personnes.

Deux autres grands principes sont évoqués dans l'identification des besoins de la société : la prévention et l'information. Dans une société dont l'âge moyenne est en hausse, comme dans notre Pays, l'impact des pathologies chroniques et des pathologies liées à l'âge est de plus en plus important, d'où la nécessité de prévention. Mais l'importance de la prévention est liée aussi à des problématiques typiques d'autres tranches d'âge, comme les maladies sexuellement transmissibles (notamment dans la population jeune) et les addictions. L'information fait aussi partie des besoins des usagers aujourd'hui : la diffusion des moyens de communication et le niveau moyen d'étude de la population en hausse, font en sorte que la demande de l'utilisateur envers le professionnel est changé : l'utilisateur ne cherche plus à être « infantilisé » par le professionnel de santé, mais demande des explications ; la relation entre médecin et malade qui en résulte est profondément changée, et ce phénomène aura tendance à s'amplifier avec les

génération successive. L'anticipation des besoins et la réflexion sur l'évolution de la société et de la demande de soins sont donc fondamentales et doivent être prises en compte par la formation des professionnels de santé : ceci est une idée qui ressort des entretiens réalisés au sein de l'étude, et constitue en même temps le premier des points principaux du consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Une autre des principales idées qui ressortent des entretiens, et qui est en accord avec les principes de base du consensus, est l'adaptation de l'offre de soins au contexte territorial. L'ARS est l'instance principale qui s'occupe de cette adaptation. Nous rappelons que cette étude a été menée sur une population qui n'avait aucun renseignement sur le concept de responsabilité sociale des facultés de médecine ; aucune documentation n'a été fournie avant les entretiens.

### Les partenariats

Selon l'axe 2 du consensus mondial, « *La faculté s'engage à travailler en étroite collaboration avec des partenaires dans le secteur sanitaire (notamment, les gestionnaires et les décideurs des politiques de santé, les services de santé, les associations professionnelles, les autres professionnels de la santé, la société civile) et avec les autres secteurs en vue d'améliorer la performance du système de santé et le niveau de santé de la population, au travers de ses missions d'enseignement, recherche et prestations de service. La qualité de ce partenariat est démontrée par la mise en place d'un processus continu de consultation avec les partenaires pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation, de recherche et de prestation de service, dans le but de répondre aux besoins de santé prioritaires* ».

L'identification des partenaires dans l'organisation du système de santé, la mise en place des partenariats et l'identification des partenariats (actuelles et potentielles) de la faculté de médecine a été la deuxième grande thématique ressortissante des entretiens réalisés pour cette étude. L'ARS est chargé d'organiser l'offre de services de santé en concertation avec les professionnels de santé et les autres partenaires.

Pour la plupart des entretiens, un discours autour des différents acteurs en santé et des partenariats entre les acteurs a été initialement abordé, pour aborder dans un deuxième temps le discours autour des partenariats qui devraient être mis en place par la faculté de médecine. Ceci a été un choix de la thésarde pour essayer de faire sortir le maximum d'opinions (et donc de données) et éviter des réponses fermées pour absence de connaissances (« *je ne connais pas la formation...* »), en abordant l'argument par un domaine de connaissance plus propre à la

fonction professionnelle de l'interviewé.

Les acteurs individués dans le système de santé sont principalement les professionnels de santé avec leur représentations, comme le Conseil de l'Ordre, les gestionnaires de santé comme l'Agence Régionale de Santé, mais aussi les dispositifs de financement et de contrôle tels que l'assurance maladie ; les élus et les associations d'élus, les usagers et les associations d'usagers, l'université. Les partenaires ont été cités en mesure différente par les différents interviewés.

Selon le document de travail intitulé « Vers l'Unité pour la santé », porté à terme en 2001 par C. Boelen et soutenu par l'Organisation Mondiale de la Santé, « *Le défi représenté par la mise en place d'un système durable de dispensation de services de santé basé sur le besoins des personnes requiert la contribution active des principaux intervenants, ou partenaires, de la santé (...). Cinq principaux partenaires ont été identifiés : Les décideurs politiques, les professionnels de santé, les gestionnaires de santé, les communautés et les institutions académiques* ».

L'individuation des acteurs en santé à l'issue de cette étude et donc en accord avec la documentation. Plusieurs interviewés remarquent toutefois l'importance d'autres institutions et d'autres intervenants, qui peuvent être variés en fonction des différents facteurs environnementaux qui sont considérés impliqués dans l'état de santé de l'individu : le milieu du travail, l'habitat, etc. En ce sens, les intervenants cités sont les employeurs, les instances de justice, les instances faisant partie du domaine du social et du domaine de l'éducation (autres que l'université, donc les écoles, etc.).

Plusieurs interviewés citent les mutuelles. A ce propos, différents sujets évoquent les débats vis-à-vis de la place que les mutuelles recouvrent, ou vont recouvrir dans le futur, dans le système de santé. L'idée commune qui en ressort est l'obligation de la part de tous les acteurs en santé et des décideurs politiques à toutes échelles, de tenir compte de la réalité de leur place dans l'organisation actuelle du système de santé, et de visualiser l'évolution des choses à partir de cette réalité, pour, justement, orienter les décisions en essayant de rejoindre les besoins en santé de la population.

Les membres de l'ARS font remarquer comme certains dispositifs sont déjà mis en place pour assurer les partenariats entre les acteurs en santé. Notamment, le partenariat entre faculté et ARS est déjà prévu pour ce qui concerne la distribution des postes d'internat en fonction de la démographie médicale. Plusieurs interviewés à ce propos ont fait remarqué que l'efficacité de ce dispositif est uniquement partielle à cause du fait qu'un pourcentage finalement important de jeunes médecins ressortissant des études quitte la région.

En parlant de **mesures incitatives**, plusieurs interviewés parlent du contrat d'engagement service public (CESP). Ce dispositif permet à un étudiant ou un interne de percevoir une bourse pour un nombre d'années, lui permettant de financer ses études. En contrepartie, l'étudiant s'engage à s'installer dans un territoire défavorisé. Ce financement est assuré par la région. Toutefois, le contrat ne prévoit pas un engagement de la part de l'étudiant signataire en particulier pour la région qui finance son contrat : il peut ainsi s'installer dans une autre région, à conditions que le territoire où il s'installe soit reconnu et identifié comme défavorisé, donc « prioritaire » ; cet aspect est vu comme positif par certains interviewés (en étant avantageux pour le futur médecin, qui peut avoir une crainte à s'engager dans un endroit précis) ; d'autres interviewés expriment leur doute, et proposent comme solutions meilleures des éventuelles mesures incitatives conçues de manière à garder les étudiants dans la même région où ils font leur études. De manière générale, la plupart des interviewés soulignent l'importance de la promotion et de la divulgation d'information sur ces mesures incitatives dans la réflexion sur l'amélioration du système de santé en termes d'accès aux soins.

D'autres dispositifs ou activités, décrites dans les entretiens, concernent des partenariats entre les agences et les autres partenaires : par exemple, les contrats locaux de santé, les conférences de territoire, les conférences régionales santé-autonomie. La faculté de médecine avec ses représentants, ne participe pas actuellement à toutes ces activités. Dans les propositions qui ressortent des entretiens, la faculté de médecine devrait renforcer les liens avec l'ARS, entre autre, à travers la participation à ces activités, puisque ceci permettrait de renforcer automatiquement les partenariats avec les autres acteurs en santé, et permettrait à la fois d'avoir une meilleure vision sur le contexte territorial, et donc, avant tout, sur l'évolution des besoins en santé du territoire où elle est positionnée.

Les partenariats entre faculté et agence devraient enfin avoir lieu sur échelle départementale autre que régionale.

L'objectif général à poursuivre est que la faculté puisse connaître en détail les problématiques liées au territoire pour pouvoir orienter la formation, ce qui est en accord avec l'axe 2 du consensus mondial pour la responsabilité sociale.

### La pratique médicale

Le discours autour de la pratique médicale se développe pour une grande partie autour de la naissance de structures pluridisciplinaires (maisons de santé et pôles de santé). La naissance de

ces structures est vue comme une évolution positive vers une organisation de la santé qui puisse rejoindre les besoins sociétaux. Ce type d'organisation doit être amélioré dans la mesure où les structures poly disciplinaires ne doivent pas être uniquement des lieux où plusieurs cabinets, de médecins et professionnels paramédicaux, se trouvent ensemble dans les mêmes locaux : un vrai projet de santé qui propose un suivi complet dans la prise en charge des patients doit être poursuivi. La préparation et la prédisposition des professionnels au travail d'équipe et la coordination optimale du travail des différents intervenants est la clef pour l'amélioration du fonctionnement de ces dispositifs.

Les centres de santé, des structures poly disciplinaires avec des médecins salariés, sont un autre type de dispositif qui existe, mais il n'est pas encore diffus dans la région, spécialement pour les soins médicaux. Il s'agit d'un type de dispositif dont la conception doit être revue et améliorée, le principal problème étant la nécessité d'une structure juridique qui organise sa mise en place et assure le financement.

A propos des types de rémunération des professionnels de santé, des nouveaux modes de rémunération complémentaires se mettent actuellement en place en parallèle avec la création des structures poly disciplinaires. Il s'agit de sommes forfaitaires dont les structures poly disciplinaires peuvent bénéficier, à condition de remplir un certain nombre de critères, dont l'utilisation d'un dossier médical partagé, l'existence d'un projet commun et la mise en place d'activités pour la prévention et la promotion de la santé.

Dans les propositions faites au fil des entretiens, en termes de nouveaux modes de rémunération, il apparaît entre autre le salariat des médecins de ville, soit une rémunération salariale qui serait assurée à un médecin (ou plusieurs) faisant partie d'une maison ou pôle de santé, ou un cabinet associé, par des médecins installés en statut libéral. Un médecin de ville installé en statut libéral pourrait ainsi recruter un collègue en lui assurant un revenu mensuel. Cette proposition pourrait venir à la rencontre des jeunes médecins qui souhaiteraient se consacrer à la médecine ambulatoire plutôt que dans des établissements, mais qui seraient « freinés » dans leur décision, justement, par la charge administrative liée au statut libéral.

La charge de tâches de type administrative qui accompagne l'exercice libéral est une autre donnée qui ressort des entretiens. Cette charge serait d'autant plus importante en cas d'orientation des professionnels vers la mise en place d'une maison ou d'un pôle de santé. Ces structures ont été créées selon un statut administratif appelé « SISA » (structure interprofessionnelle de soins ambulatoire). La difficulté de la part des professionnels de santé à

faire face à cette difficulté administrative a créé la nécessité d'un accompagnement des professionnels de la part des administrations. Une des principales activités en concertation entre ARS et professionnels de santé est à ce jour représenté justement par cet accompagnement lors d'un projet de mise en place d'une structure poly disciplinaire.

Selon les membres de l'ARS, l'évolution de l'organisation du système de santé vers ces nouveaux modes d'exercice a eu lieu pour venir à la rencontre de l'exigence de la part des nouveaux professionnels de santé, ressortissant des études, à travailler en association avec des collègues et d'autres professionnels. Cette exigence était reliée au souhait de la part des nouveau professionnels de concilier la vie professionnelle à la vie privée (et donc assurer la continuité des soins tout en prévoyant des créneaux journaliers moins longs, des éventuelles absences etc.), mais elle rencontrait, d'autre part, la nécessité d'évoluer vers une majeure coordination des soins et une majeure collaboration entre professionnels de santé, que les communautés commençaient à ressentir.

Les problématiques liées aux territoires ont déterminé, d'ailleurs, la création de dispositifs comme les réseaux de santé (par exemple, le réseau oncologique, le réseau gériatrique, etc.), ainsi que des dispositifs créés dans le but de garantir une continuité de soins entre médecine ambulatoire et hôpital (comme les dossiers de liaisons pour les établissements type EPHAD). Il s'agit, là aussi, d'indicateurs d'une évolution positive de l'organisation des soins, mais une majeure diffusion ainsi qu'une amélioration des performances est souhaitable. C'est le cas, par exemple, des MAIA ; Il s'agit de dispositifs (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) qui visent à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce sont eux aussi, des dispositifs de conception relativement récents auxquels à ce jour accède uniquement une partie de la population concernée.

Les dispositifs tels que les réseaux et les nouveaux modes d'exercice comme les maisons et pôles de santé se développent de manière assez rapide et efficiente dans notre région, notamment dans certains territoires comme le département des Deux Sèvres. Leur mise en place est toutefois encore relativement récente pour évaluer les impacts sur la santé de la population.

Selon les membres de la santé, cette évolution de la pratique médicale en termes d'organisation rencontre l'évolution des besoins en santé ; les moyens et les outils nécessaires à poursuivre

dans ce sens existent ; l'enjeu est aujourd'hui leur diffusion et perfectionnement.

Quant aux compétences des jeunes médecins, ressortissant de la formation, leurs compétences semblent tout à fait adaptés et complètes, même si la totalité des interviewés déclare de ne pas avoir les moyens pour argumenter les opinions dans ce domaine. Les jeunes médecins semblent avoir une pratique plus orientée vers la prévention et semblent être plus attentifs à l'écoute par rapport aux « anciens » médecins. Cette dernière caractéristique, ainsi que la recherche d'un aménagement différent des horaires de travail sont par quelqu'un des sujets liées au nombre de médecins femmes en croissance. Le pourcentage en hausse de femmes dans les étudiants des premières années de médecine est confirmé par les statistiques des dernières années.

La prévention et l'approche globale de la personne (soit la prise en compte non seulement de la pathologie d'organe, mais de la sphère psychologique et environnementale) sont, selon les résultats de cette étude, aussi des principes fondamentaux pour rejoindre les besoins en santé de la population. Il en est de même pour les principes de la coordination entre les professionnels et du travail d'équipe.

Dans plusieurs entretiens on retrouve la proposition de la télémédecine comme solution aux problématiques d'accès aux soins et difficulté de déplacement de la part d'une partie de la population (personnes âgées, personnes handicapées, manque de moyens dans les personnes en conditions de précarité, etc.) ; l'exemple le plus cité est celui de la radiologie : la présence de plus en plus faible de radiologues engendre la prospective de création de structures dans lesquels opérerait du personnel paramédical et/ou des médecins généralistes pour la réalisation des actes d'imagerie, et les images seraient interprétés par des spécialistes ayant leur cabinet à distance (par exemple, dans la ville proche). Pour la réalisation de cette proposition, il est nécessaire de prévoir des formations complémentaires, encadrés et reconnues, pour les paramédicaux et les médecins généralistes qui souhaiteraient s'orienter vers ce type d'activité.

Un autre exemple cité est représenté par les bilans visuels, qui peuvent être réalisés par les orthoptistes.

Dans les propositions d'amélioration, pour rejoindre une pratique médicale qui répond au mieux aux besoins identifiés, on retrouve également la délégation des tâches et le dossier médical commun, soit l'accessibilité des informations faisant partie du dossier médical du patient à tous les professionnels qui en assurent le suivi.

La délégation de certaines tâches, aujourd'hui assurés par le médecin, à un professionnel paramédical assurerait une réduction du temps de consultation et, derrière, la réduction du

temps des délais d'attente pour les patients ; grâce à la délégation des tâches, des activités de prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique pourraient également être mieux assurés.

Un dispositif qui est déjà mis en place dans la plupart des régions de France est le dispositif « Asalée » (Action de santé libérale en équipe). Le protocole Asalée a été lancé en 2004 dans les Deux-Sèvres, et autorisé ensuite au sein de la loi HPST de 2009 (hôpital, patients, santé et territoires), en 2012. Grâce à ce dispositif, un infirmier qui travaille en coordination avec un ou plusieurs médecins généralistes peut assurer quatre types d'activités :

- Le suivi du patient diabétique de type 2, incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des électrocardiogrammes (ECG), prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds;
- Le suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant prescription et réalisation des ECG ;
- Le suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométrie ;
- Les consultations de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire pour les personnes âgées.

Par rapport à ce dispositif, la donnée qui ressort des entretiens est l'absence, à ce jour, d'un cadre précis pendant la formation des infirmiers. Il n'existe pas, en fait, une orientation vers la prévention et l'éducation thérapeutique au sein de l'institut de formation pour infirmiers, mais c'est plutôt un complément de formation que les professionnels déjà formés choisissent de suivre pour s'orienter vers cette activité. Une orientation qui soit encadrée et reconnue au sein de la formation est donc à préconiser.

Pour ce qui concerne le partage du dossier médical, la totalité des interviewés posent l'accent sur l'importance de la possibilité, de la part de tous les professionnels qui s'occupent du suivi médical d'une personne, d'accéder aux informations relatives à la santé de cette personne, même si en mesure différente (un infirmier ou un autre professionnel paramédical n'accèdera pas forcément, par exemple, à la totalité des données médicales), dans le but d'une coopération optimale entre les professionnels et une prise en charge complète et pertinente. Le dossier médical partagé proprement dit (DMP), initialement appelé dossier médical personnel, est un dispositif qui est mis en place, qui collecte l'ensemble des données médicales relatives à une personne (par exemple, comptes rendus d'examens et de consultations, etc.) et qui est accessible en ligne par le patient concerné avec le numéro de sécurité sociale et un mot

de passe. Ce dispositif n'a pas encore connu à ce jour l'utilisation universelle de la part des professionnelles qui était préconisé, et son idéation est à la base de plusieurs débats. Aucun des interviewés n'est pas rentré dans l'argumentation relative à ce dispositif, qui a été évoqué de façon ponctuelle.

### L'éducation

L'axe 3 du consensus mondial établit des principes clefs qui doivent être respectés pour que la faculté de médecine soit considérée socialement responsable. Ces critères incluent :

- La préparation au travail d'équipe
- L'orientation vers l'engagement dans des activités de santé publique, incluant la promotion de la santé et la prévention des facteurs de risque
- L'orientation vers les soins de santé primaire

*« La faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérente avec l'évolution des communautés qu'ils servent, le système de santé dans lequel ils travaillent, et l'attente des citoyens. Les compétences sont définies en concertation avec les parties prenantes, y compris les autres professionnels de santé et des secteurs sociaux, considérant comme impératif un partage efficace et une délégation des tâches entre les membres de l'équipe de santé afin d'assurer des soins de qualité, accessibles à tous, et efficaces (...) La faculté de médecine produit une diversité de spécialistes en nombre suffisant. Une priorité est donnée à l'encouragement des diplômés à s'engager dans les soins de santé primaires. » (Axe 3)*

Nous retrouvons ainsi plusieurs des concepts principaux qui ressortent des entretiens soit dans les réflexions concernant proprement la formation, soit dans les réflexions concernant la pratique médicale.

Dans l'argumentation sur la formation, les membres de l'Agence Régionale de Santé posent l'accent avant tout sur le rôle prioritaire de la faculté de médecine sur l'orientation des futurs médecins vers les spécialités déficitaires dans la région et sur l'encouragement à l'exercice dans les territoires défavorisés. La diversification et la décentralisation des terrains de stage, que ce soit en médecine ambulatoire ou en établissement, sont les outils qui permettront cette orientation et qui assureront une adaptation optimale de la formation au contexte territorial et en fonction des besoins identifiés. Un renforcement des relations entre faculté et Agence doit être prévu à cet effet.

Dans ce contexte, les interviewés évoquent un fréquent décalage entre l'offre et la demande de

formation pratique. Différents établissements mineurs, notamment les hôpitaux qui se trouvent dans les petites agglomérations, souhaiteraient être éligibles aux terrains de stage et ils ne le sont pas ; dans notre région on trouve pourtant un grand nombre d'établissements de santé dans les petits territoires (par exemple, l'hôpital de Ruffec). Certains établissements ont été éligibles pour accueillir des internes et ont perdu cette prérogative (par exemple l'hôpital de Barbezieux): or, tous les sièges de l'Agence Régionale de Santé ne sont pas tenus au courant sur les raisons de ces types de choix, sur les problèmes rencontrés par les internes et, de manière générale, sur les retours autour de tout ce qui concerne la formation pratique et l'encadrement des internes dans les différents établissements. Selon quelques interviewés, d'ailleurs, les internes ne seraient pas suffisamment orientés par la faculté, ni renseignés sur la totalité des disponibilités d'accueillir des stagiaires. Dans la réalité, tous les postes disponibles pour la réalisation des stages d'internat sont occupés à chaque semestre. Toutefois, une majeure communication entre les sièges territoriaux de l'ARS et la faculté de médecine serait souhaitable.

Pour ce qui concerne la formation en termes de connaissance, le rôle principal de la faculté de médecine reste la formation de base et l'apprentissage du métier. Toutefois, il est indispensable que les médecins ressortissant de la formation soient à connaissance de la répartition des rôles et des tâches des différents professionnels de santé dans le parcours de soins d'un patient (« *qui fait quoi* ») ; ceci est un élément qui semble à ce jour déficitaire dans la formation médicale. La même réflexion s'applique à la connaissance de l'existence et du rôle de l'ARS. Il est aussi souhaitable que les nouveaux médecins soit préparés et éduqués au travail d'équipe, même si les opinions dans ce sens sont discordants : pour certains interviewés, le choix de travailler de façon coordonnée avec les autres professionnels dépend en grande mesure de la personnalité et de la volonté individuelle du professionnel. L'obligation de la faculté à l'orientation et à l'encouragement du travail en coordination est, en tout cas, une opinion unanime.

L'éducation à la prévention et à la promotion de la santé, ainsi que à la prise en charge globale du patient, sont aussi nécessaires, puisque ce sont des éléments identifiés dans les besoins de la population. Les membres de l'ARS remarquent que les nouveaux médecins semblent effectivement davantage formés sur ces domaines. Toutefois, les problématiques individuées, avant tout la pénurie de médecins dans certains territoires, et la demande accrue de soins déterminée par le vieillissement et l'augmentation des pathologies chroniques font en sorte

que le manque du temps empêche encore une application optimale de ces compétences.

Certains interviewés évoquent dans les discours les « médecines alternatives » telles que l'acupuncture, l'ostéopathie, ou les pratiques de soins alternatives de manière générale ; selon les données de l'étude, leur existence et les caractéristiques de ces types de pratique doivent être citées pendant la formation, en regard du fait que de plus en plus d'utilisateurs y ont recours.

Un accent fort est mis par les interviewés sur l'importance de formation continue pour les professionnels en exercice. Puisque l'offre de soins doit être adaptée et évoluer avec l'évolution de la société, la formation continue est indispensable. Elle est à ce jour devenue obligatoire. Toutefois, aucun contrôle ni évaluation de compétences sont prévus en ce sens pour le professionnel en exercice. Quelques interviewés se posent donc la question sur la possibilité de prévoir, dans cet esprit, des mécanismes d'évaluation des compétences pour les professionnels en exercice, l'organisme compétent pour leur mise en place étant, dans ce cas, le Conseil de l'Ordre. Une réflexion est ouverte par certains interviewés aussi sur la nécessité de réaménager l'organisation de la formation continue notamment au point de vue financier ; le financement d'une grande partie des activités de formation continue a été en fait pendant longtemps assuré par les laboratoires pharmaceutiques ; l'interdiction par la loi de cette activité a entraîné une forte réduction de ces activités surtout dans les milieux ruraux. Il est donc indispensable de trouver des alternatives qui puissent assurer le développement continu des médecins de manière efficace et indépendante.

Pour les interviewés, enfin, il serait souhaitable, non seulement pour venir à la rencontre des professionnels, mais dans le cadre de l'amélioration de la réponse aux besoins en santé, de dépasser le phénomène de « cloisonnement » des différentes professions de santé et des différentes spécialités médicales entre elles : ainsi, un médecin qui souhaiterait au cours de sa carrière s'orienter vers un métier un peu différent par rapport à la spécialité choisie et exercée, devrait en avoir, dans une moindre mesure, la possibilité. Les exemples faits concernent surtout les médecins généralistes libéraux qui souhaiteraient exercer en établissement ou s'orienter vers la médecine gériatrique. A ce jour, certaines réorientations professionnelles sont possibles, mais sans un véritable cadre en termes de formation, d'autres réorientations ne sont pas prévues. Les médecins généralistes peuvent, par exemple, devenir coordinateurs de maison de retraite ou travailler dans des établissements, y compris des services hospitaliers, sans nécessité d'une formation : par exemple, ils peuvent travailler dans des services hospitaliers de spécialisation comme la chirurgie ou la psychiatrie, pour assurer le suivi des patients hospitalisés

en dehors des soins spécifiques. En revanche, ils ne peuvent pas se réorienter vers la médecine gériatrique ou la médecine d'urgence.

La réflexion qui ressort après un regard général de l'ensemble des données et des opinions concernant la formation concerne le parallélisme avec la formation en médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers : l'enseignement par compétences est en fait en accord avec les données décrites, et avec les principes établis par le consensus mondial. L'objectif pédagogique du cursus pour le Diplôme d'Etude Supérieur en médecine générale se base en fait sur l'acquisition des six compétences :

- La prise en charge globale
- La relation soignant/malade, la communication et l'approche centré sur le patient.
- La continuité et la coordination des soins, le suivi du parcours des soins du patient.
- L'éducation en santé, le dépistage et la prévention individuelle et communautaire.
- Le premier recours et les urgences
- Le professionnalisme, soit l'engagement envers la société à répondre à ses attentes, l'engagement dans une pratique éthique et déontologique, et l'engagement à améliorer ses compétences.

Pour ce qui concerne la sélection des étudiants, les données qui ressortent de l'étude sont plus faibles par rapport aux autres domaines explorés.

La plupart des interviewés ressent la persistance d'une certaine inégalité socio-économique dans l'accès aux études médicales. D'autres (en mesure mineure) considèrent la mise en place de bourses d'études et dispositifs particuliers comme celui du contrat d'engagement pour le service public (CESP) largement suffisant à pallier aux différences économiques entre les étudiants.

Plusieurs interviewés expriment des réserves sur les critères de sélection pour l'accès aux études médicales basés uniquement sur les connaissances théoriques, notamment dans les domaines scientifiques, sans aucun autre critère complémentaire et sans possibilité de rattrapage. Ce choix créerait un refus d'accès aux études en santé à des personnes armées d'une forte motivation et empêcherait, selon certains, l'accès aux études à des potentiels « bons professionnels », y compris des personnes, justement, prédisposés davantage à l'écoute de l'autre et à la prise en charge globale. D'autre part, ce choix se ferait au prix d'une absence d'écramage de type « psychologique », ce qui donnerait la possibilité de devenir professionnels

de santé à des sujets dont l'état psychique ne le permettrait pas, à moins d'une prise en charge personnelle de l'individu.

Certains participants à l'étude proposent donc la réalisation de courtes entretiens individuels, qui demanderaient certainement du temps et un engagement de professionnels pour les réaliser, mais qui seraient faisables et bénéfiques dans le long terme sur la production de professionnels compétents.

Pour ce qui concerne les points fixés par le consensus mondial, la faculté de médecine, pour être socialement responsable, doit s'engager, entre autre :

- A orienter les programmes, l'évaluation, les ressources d'apprentissage, les méthodes d'enseignement, le développement professionnel des enseignants de manière à répondre aux besoins sociétaux.
- A aider les étudiants ressortissant de milieux défavorisés.
- A « *produire une diversité des spécialistes en accord avec les besoins liés à l'évolution de la société et les ajustements du système de santé* ». (Axe 3)

Quelques membres de l'ARS interviewés préconisent enfin une augmentation du pouvoir décisionnel des régions dans la répartition des postes d'internat. A ce jour, cette répartition est gérée au niveau national. Le bénéfice d'une décentralisation serait l'adaptation aux besoins démographiques régionaux, en concertation avec le renforcement des mesures incitatives aptes à décourager les professionnels formés à se déplacer vers d'autres régions.

Le consensus mondial se prononce aussi sur l'évaluation : « *La faculté de médecine évalue régulièrement la performance des étudiants dans l'acquisition de l'ensemble des compétences...* »

Les données de l'étude sont relativement faibles sur le domaine de l'évaluation, en particulier l'évaluation des étudiants. Selon les membres de l'ARS :

- L'autoévaluation continue pendant la pratique est une obligation de la part de chaque professionnel de santé ; elle relève de la responsabilité individuelle d'un professionnel.
- L'évaluation des étudiants est une tâche spécifique de la faculté de médecine.
- L'évaluation des professionnels en exercice doit être faite par leurs pairs.

À ce jour, aucun dispositif d'évaluation des compétences « strictu sensu » n'est prévue pour les professionnels déjà diplômés. Certains mécanismes de contrôle existent : notamment, l'assurance maladie effectue des activités de contrôle sur la base d'indicateurs tels que le

nombre d'actes, les prescriptions effectuées, etc. Les interviewés toutefois expriment leur doute sur la pertinence de ce dispositif d'évaluation en termes de compétences. D'autre part, le Conseil de l'Ordre agit également comme dispositif de contrôle, mais il intervient en se mettant en relation avec les professionnels uniquement en cas de faute professionnelle avérée. Sur ce point aussi, les interviewés expriment des réserves dans la mesure où une évaluation des professionnels serait plutôt souhaitable au fil du temps et même en dehors d'épisodes particuliers, de la même manière dont elle est prévue au sein d'autres métiers.

À propos de l'évaluation des étudiants, un des sujets évoque la nécessité d'améliorer l'efficacité du dispositif d'évaluation des internes en stage : d'une part, la faculté pourrait prévoir une deuxième évaluation du stage (surtout en cas de retours sur des difficultés rencontrés par l'interne) ; d'autre part, le coordonnateur (professionnel chargé du suivi d'un interne tout au long de sa maquette, qui vérifie la validation des stages et le cursus d'études théoriques parallèle) ne doit jamais négliger son rôle et doit travailler au fur et à mesure de façon coordonnée avec les maîtres de stage et la faculté.

### Le rôle de la société civile

Selon l'axe 10 du consensus mondial, « *Il y a un équilibre à trouver entre la préservation de l'autonomie institutionnelle et la place des différents acteurs et de la société civile pour intégrer les principes de la responsabilité sociale dans les facultés de médecine. Les communautés, où la faculté de médecine est implantée, sont régulièrement consultées pour obtenir leur avis sur le niveau de responsabilité sociale de faculté.* ».

Pour les membres de l'ARS, la faculté de médecine doit tenir compte de l'évolution de la société et adapter les programmes d'enseignement.

Dans les représentations de la société civile, les interviewés évoquent les représentants des usagers (comme les associations des patients atteints de certaines pathologies graves ou chroniques), les élus et leurs associations. Un des sujets interviewés propose un partenariat entre les usagers et la faculté de médecine à travers l'intervention de « patients experts » ou représentants des usagers pendant les cours.

Plusieurs interviewés font plutôt appel aux sociétés savantes (par exemple, l'HAS) comme organismes chargés de faire la relation entre société civile et faculté de médecine.

## Responsabilité sociale

Le groupe étudié n'ayant pas notion de la responsabilité sociale des facultés de médecine, ce concept n'a pas représenté de façon directe le fil conducteur des entretiens réalisés (ce qui n'était d'ailleurs pas préconisé). C'est l'ensemble des idées ressortissant des entretiens, qui a été analysé selon l'orientation imposée par l'objectif de l'étude. Cependant, le concept de responsabilité sociale apparaît plusieurs fois dans le discours d'un nombre significatif d'interviewés. Plusieurs sujets parlent en fait d'une responsabilité sociale des professionnels de santé comme l'obligation d'une personne, ayant choisi une profession dans le domaine de la santé, à privilégier, ou de moins à considérer, le bénéfice de la population qui souhaitent soigner dans ses choix professionnelles. L'impression qui se dégage de l'ensemble des données est que, même si une évolution dans la formation, l'organisation du système de santé et les mécanismes de contrôle et évaluation des professionnelles sont indispensables pour mieux rejoindre les besoins en santé, il appartient à la conscience individuelle de chaque individu, et donc de chaque professionnel de santé, de s'interroger sur les besoins prioritaires de la population et d'en tenir compte dans ses choix professionnelles, et ces choix sont, au fait, et davantage pour les professions de santé, parfois liés à la vie privée de la personne. L'exemple plus flagrant est le choix d'installation dans les territoires défavorisés, souvent dépourvus aussi de tout type d'autres services, et peu attractifs pour les activités de la vie privée. Un autre exemple est représenté par le choix de travail dans un établissement médicosocial plutôt qu'une installation libérale (thématique exposée concernant aussi les professionnels paramédicaux), toujours moins attractif du point de vue de la rémunération. Le même discours est appliqué à la réflexion sur l'autoévaluation et sur l'obligation de chaque professionnel en exercice de mettre à jour ses connaissances tout au long de sa pratique.

Si on voudrait, en résumé, délinéer un aperçu général des résultats de cette étude vis-à-vis de son objectif principal, selon les membres de l'ARS la responsabilité sociale de la faculté de médecine est la capacité de la faculté à:

- Former des professionnels qui soient en mesure, dans leur pratique, de répondre aux mieux aux besoins en santé de la population, en intégrant les activités de prévention et promotion de la santé.
- Former des professionnels qui soient capables de travailler de façon coordonnée avec les autres acteurs en santé, de manière à assurer la permanence, mais aussi l'efficacité et la

pertinence des soins.

- Orienter les futurs professionnels vers les soins en santé primaires et, en général, vers les secteurs prioritaires individués dans la région où elle est située.
- Adapter la formation aux besoins en santé individués dans le territoire où elle est située.
- Adapter la formation à l'évolution de la société.

#### **4.2.2. L'objectif secondaire**

L'objectif secondaire de cette étude était d'identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers. Tout comme l'objectif principal, cet objectif n'a jamais été mentionné lors de la réalisation des entretiens et l'argument n'a jamais été affronté directement. Par conséquent, une tentative d'identification de ces indicateurs ne peut qu'être effectuée de façon déductive à partir de l'analyse globale des résultats de l'étude.

Ces indicateurs pourraient être :

1. Le retentissement sur la démographie médicale, à travers le taux d'installation dans la région des médecins, généralistes et de spécialité, après individuation des besoins en densité médicale du territoire.
2. La création de partenariats dans l'enseignement et l'évaluation :
  - Avec les professionnels paramédicaux.
  - Avec les instances administratives territoriales (ARS, assurance maladie...)
  - Avec les communautés territoriales.
3. La diversification et la décentralisation des terrains de stage, en accord avec l'adaptation de la formation aux besoins territoriaux.
4. L'évaluation et la certification des médecins installés, en complément au développement médical continu.
5. L'intégration dans le cursus universitaire de programmes sur la prévention et promotion de la santé.

#### **4.3. La comparaison avec les autres travaux de thèse**

Plusieurs travaux de thèse ont été réalisés au sein du Projet de Recherche –Action sur la Responsabilité Sociale des facultés de médecine (Projet RA-RS) :

Un travail d'ouverture, présentation et explication du projet a été réalisé par Dr Tudrej

Le ressenti des internes de médecine générale a été étudié par Dr Olariu

Un travail sur le ressenti des patients a été réalisé par Dr Maillard

L'étude sur le ressenti des professionnels paramédicaux a été réalisé par Dr Bazile

La comparaison avec ces travaux de thèse, en particulier avec les études de type qualitative (internes en médecine générale, patients et professionnels paramédicaux) permet la visualisation d'une quantité surprenante de données communes :

Pour ce qui concerne la formation et de la pratique médicale :

1. La création de partenariat dans l'identification et la réponse aux besoins en santé et l'identification des partenaires en santé : décideurs politiques, gestionnaires en santé, professionnels de santé, communautés, institutions universitaires.
2. La prise en charge globale (organe, psychologique, environnement) et de l'attention envers la relation médecin-malade ; l'importance de l'écoute.
3. Le manque du temps dans la pratique quotidienne des médecins.
4. L'obstacle du cloisonnement professionnel et l'« élitisme » des médecins.
5. La « féminisation » de la profession médicale.
6. La recherche de la part des nouveaux médecins d'une meilleure conciliation entre vie professionnelle et privée.
7. La prévention et l'information.
8. La coordination entre professionnelles et du travail d'équipe.
9. La délégation des tâches
10. La coordination avec les institutions locales.
11. La diversification des terrains de stage
12. L'encouragement vers la médecine générale
13. L'interdisciplinarité dans la formation.

Au point de vue de l'organisation du système de santé :

1. La problématique de la démographie médicale.
2. La création de nouveaux métiers de coordinateur de soins.
3. Les regroupements poly disciplinaires et leurs avantages (dans la réponse aux

problématiques des territoires et dans l'évolution de la pratique médicale)

4. Le dossier médical partagé (et sa vision autant qu'outil pouvant être avantageux, mais à perfectionner)
5. La coordination ville-hôpital

Quelques autres données sont d'apparition nouvelle :

1. La décentralisation décisionnelle sur la répartition des postes d'internat.
2. La problématique du handicap
3. L'intégration des structures privées dans les terrains de stage potentiels
4. La prise en compte du rôle des mutuelles comme réalité actuelle du système de santé
5. La pertinence des soins, notamment au point de vue des dépenses.
6. Les inégalités dans l'accès aux soins.
7. La télémédecine
8. La problématique de la lourdeur administrative dans la création des structures poly disciplinaires et la nécessité d'accompagnement.

Il s'agit de thématiques pour la plupart reliées à la caractéristique du groupe d'étude (membres de l'ARS), certaines desquels concernent des domaines de compétence sortant du sujet de travail.

Autrement, la divergence principale avec les autres travaux de thèse se trouve dans le fait que la vision de la société civile et ses représentants comme intervenant dans la formation médicale n'a pas été évoquée ou argumentée par un nombre significatif d'interviewés (tout en étant citée par une partie des sujets), ce qui ne permet pas d'identifier ce principe dans les points clefs forts ressortissant des résultats de l'étude. Toutefois, ce phénomène peut être attribué au groupe d'étude qui est un peu particulier mis en relation avec les autres groupes étudiés : les patients sont la représentation principale de la société civile dans le sujet traité ; les internes de médecine générale et les professionnels paramédicaux ont une connaissance forcément plus approfondie du sujet, en ayant connu le parcours de formation. Les autres travaux de thèse, quant à eux, ont pu établir de manière plus forte dans leurs résultats, la place de la société civile dans la formation médicale et l'importance du partenariat avec la faculté de médecine.

#### **4.4. Intégration dans le projet de recherche-action**

Cette étude qualitative s'inscrit dans le projet recherche-action pour la responsabilité sociale des facultés de médecine. Ce Projet a été introduit en 2013 par une étude quantitative réalisée par Dr B. Tudrej. Depuis, plusieurs travaux de thèse ont été réalisés, dans l'objectif de recueillir les opinions et les ressentis de plusieurs groupes d'études établis. D'autres études qualitatives sont réalisées dans le même temps que ce travail.

Nous nous trouvons quasiment à la fin de la phase de diffusion et applicabilité, la première phase de ce projet. Lorsque les études qualitatives sur les différentes populations seront complétées, une méta-analyse permettra de les explorer dans leur ensemble, pour pouvoir ensuite passer aux phases successives d'expérimentation et évaluation.

## 5. CONCLUSION

A travers cette étude et dans le cadre du projet recherche-action mené par la faculté de médecine de Poitiers, nous avons essayé d'explorer le ressenti des membres de l'agence régionale de santé du Poitou-Charentes à propos de la responsabilité sociale des facultés de médecine. Il s'agit d'un principe qui est encore méconnu de la plupart des partenaires en santé dans notre région.

Cependant, les données ressortissant de cette étude, en termes d'opinions et propositions, s'alignent pour la plupart à des principes dictés par le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, publié en décembre 2010.

La faculté de médecine de Poitiers s'implique dans le projet de recherche-action depuis sa création en France. L'avancement du projet permettra, dans un premier temps, l'expérimentation de projets concrets de responsabilité sociale, ensuite la définition des normes pour l'évaluation des facultés de médecine.

La faculté de médecine de Poitiers s'engage elle-même dans une démarche de responsabilité sociale, à travers une série de dispositions incluant le choix d'implication en ce projet de recherche, et l'enseignement par compétences au sein du DES de médecine générale.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. Réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Résolution WHA 48.8 de l'Assemblée mondiale de la santé. Genève, OMS, 1995.
2. Boelen C. Vers l'Unité Pour la Santé. Défi et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de Travail. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001.
3. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine: Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Pédagogie Médicale. 2011 Apr 7;12(1):37–48.
4. Tudrej B. Responsabilité Sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche action. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.
5. Olariu V. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale. (thèse d'exercice). ( : )Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie ; 2013.
6. Maillard A-L. Responsabilité sociale des facultés de médecine : le ressenti des patients. (Thèse d'exercice). (France). Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie ; 2015.
7. Bazile M. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des professionnels paramédicaux. (Thèse d'exercice). (France). Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie ; 2015.
8. Boelen C., Heck J.E. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondiale de la Santé. 1995.
9. Boelen C. A quand une université socialement responsable? Le cas de la faculté de médecine. La Presse Médicale. 2012; 41: 1165–1167
10. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Le "Pacte territoire-santé", Pour lutter contre les déserts médicaux, dossier de presse. 2012.
11. Les ARS, un an après. Document édité par le secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales- Mars 2011. Disponible sur : <http://cediasbibli.org/>
12. Loi du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
13. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin ed. ; 2008.

14. Blanchet A., Gotman A., L'enquête et ses méthodes - L'entretien. Collection 128, Armand Colin ed. ; 2009.
15. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Collection 128, Armand Colin ed. ; 2007.
16. C. Baribeau, C. Royer, L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la *Revue des sciences de l'éducation*. Revue de Sciences de l'éducation, Volume 38, N. 1, 2012, p.23-45
17. Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J, Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale* 2008; 9 (4): 235–244
18. Boelen C, Gomes J, Grand'Maison P, Deneff JF, Jutras F, Keita M, et al. Proposition de projet de recherche - action francophone, Améliorer l'impact de la faculté médecine sur la santé : la démarche de responsabilité sociale. 2011.
19. Organisation Mondiale de la Santé. OMS. Déterminants sociaux de la santé. (internet). Disponible sur : [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)
20. Déclaration d'Alma-Ata. Conférence Internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS). 6\*12 Septembre 1978.
21. THEnet : Training for Health Equity Network; Social accountability in action. Cadre d'évaluation de THEnet pour un enseignement professionnel de la santé socialement responsable, Version 1, Monographie I. The Training for Health Equity Network, 2011.
22. Tudrej B, La Responsabilité sociale des facultés de médecine, un moyen de réconcilier les étudiants avec leur engagement médical. *Pédagogie médicale* 2013 ; 14(1) : 73-74
23. « Décimal ; Insée Poitou-Charentes n.338. Avril 2014.
24. « Décimal ; Insée Poitou-Charentes n.339. Mai 2014.

SITES INTERNET :

- 1) <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2013/01/pmed120086.pdf>
- 2) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>



## 7. ANNEXES

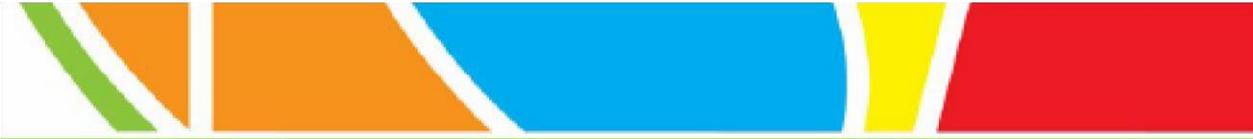
### ANNEXE 1: CONSENSUS MONDIAL



Global Consensus for  
**Social Accountability**  
OF MEDICAL SCHOOLS

Consensus Mondial  
sur la Responsabilité Sociale  
des Facultés de Médecine

Décembre 2010



**La traduction du document « Global Consensus of Social Accountability of Medical Schools », a été assurée par les membres du groupe Santé et Société de la SIFEM :**

**Charles Boelen**, consultant international, ancien coordonnateur du programme de l'OMS des ressources humaines pour la santé, France.

**José Gomes**, Département de Médecine Générale, UFR de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, France

**Joël Ladner**, Département d'épidémiologie et de santé publique, UFR de Médecine de Rouen, Université de Rouen, France

**Luce Pélissier-Simard**, professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Canada

**Dominique Pestiaux**, Centre académique de médecine générale, Faculté de médecine, Université Catholique de Louvain, Belgique

**Tewfik Nawar**, professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Canada et président du conseil d'évaluation de la CIDMEF

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les facultés de médecine firent face à des défis sans précédent pour faire en sorte que la formation des médecins soit efficace et fondée sur des bases scientifiques, comme en témoigne le rapport Flexner en 1910. En ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle, d'autres défis importants sont à relever, notamment : l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité dans la prestation des services de santé ; l'harmonisation avec les réalités sociétales ; la définition de rôles nouveaux pour les professionnels de santé ; la démonstration de l'impact des interventions sur le niveau de santé des citoyens.

Pour tenter de répondre à ces défis, 130 organisations et experts de par le monde, ayant des compétences en éducation médicale, en régulation professionnelle et en politique de santé, participèrent pendant huit mois à une séquence de trois consultations selon la méthode Delphi, couronnée par une conférence de consensus de trois jours modérée par un arbitre extérieur.

Le Consensus comprend dix directions stratégiques pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable », insistant sur des améliorations indispensables pour :

- Répondre aux besoins et défis actuels et futurs de la société
- Prioriser en conséquence l'orientation en matière d'éducation, recherche et service
- Renforcer la gouvernance et le partenariat avec d'autres acteurs de santé
- Evaluer et accréditer en vue de mesurer et d'améliorer la performance et l'impact

Une synergie entre réseaux et organisations est recommandée au niveau mondial pour la mise en œuvre du consensus, avec comme tâches :

- Un plaidoyer pour la reconnaissance de la pertinence du Consensus Mondial
- Des consultations pour l'adaptation et l'application du Consensus dans différents contextes
- Une recherche pour la confection de normes illustrant la responsabilité sociale
- Une coordination mondiale pour partager les expériences et soutenir les initiatives.

Un siècle après la publication du rapport Flexner, le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine est un jalon important qui marquera le développement de l'éducation médicale dans le monde à l'avenir.



## Introduction

Un siècle après la parution du rapport Flexner sur l'état de l'éducation médicale en Amérique du Nord, le principal défi pour l'éducation des professionnels de santé en ce XXI<sup>ème</sup> siècle réside dans la démonstration par les institutions de formation d'une meilleure contribution à l'amélioration de la performance des systèmes de santé et du niveau de santé des citoyens et des populations, non seulement par une adéquation des programmes de formation aux problèmes prioritaires de santé mais aussi par un plus grand engagement à anticiper les besoins en santé et en professionnels de santé du pays et à veiller à ce que les diplômés pratiquent là où sont les plus grands besoins en dispensant les services les plus attendus. Un nouveau paradigme d'excellence pour l'institution académique s'impose, requérant des normes et des mécanismes d'accréditation permettant de promouvoir et d'évaluer sa capacité à améliorer son impact sur la santé.

Du 10 au 13 octobre 2010, soixante-cinq délégués représentant des facultés de médecine et des agences d'accréditation à travers le monde se sont réunis à East London, en Afrique du Sud, pour finaliser le document de Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine, dont le contenu est présenté ci-après. Ce fut l'aboutissement d'une préparation et d'une interaction étendues sur deux années avec un Groupe International de Référence (GIR), composé de 130 représentants d'organisations et personnalités reconnues pour leur expertise en matière d'éducation médicale, d'accréditation et de responsabilité sociale.

Avec l'aide d'un comité de pilotage de 20 experts internationaux, les membres du GIR participèrent à une suite de trois consultations itératives selon la méthode Delphi étendue sur une période de huit mois et se terminant par la conférence de consensus. Dès la première consultation, quarante-trois pages de commentaires et suggestions furent obtenues en réponse aux trois questions ouvertes suivantes :

- Comment les facultés de médecine devraient-elles améliorer leur réponse aux futurs défis de santé dans la société ?
- Comment cette disposition devrait-elle être renforcée, y compris par des systèmes d'accréditation, d'auto-évaluation et d'évaluation par les pairs ?
- Comment mesurer les progrès faits en la matière ?

À la suite des deux consultations suivantes et de la conférence de consensus, facilitée par un expert indépendant, l'analyse des réponses fit émerger des thèmes généraux et un consensus fut obtenu sur dix axes stratégiques. Chaque axe et son contenu sont ainsi le fruit d'un processus de consultation et de négociation démocratiques garantissant le fait que le consensus fut élaboré à partir de l'expertise et de l'expérience des membres du GIR.

Axe 1 : Anticipation des besoins en santé de la société.

Axe 2 : Création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs.

Axe 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé

Axe 4 : Education basée sur des résultats escomptés.

Axe 5 : Instauration d'une gouvernance réactive et responsable.

Axe 6 : Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services.

Axe 7 : Amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services.

Axe 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.

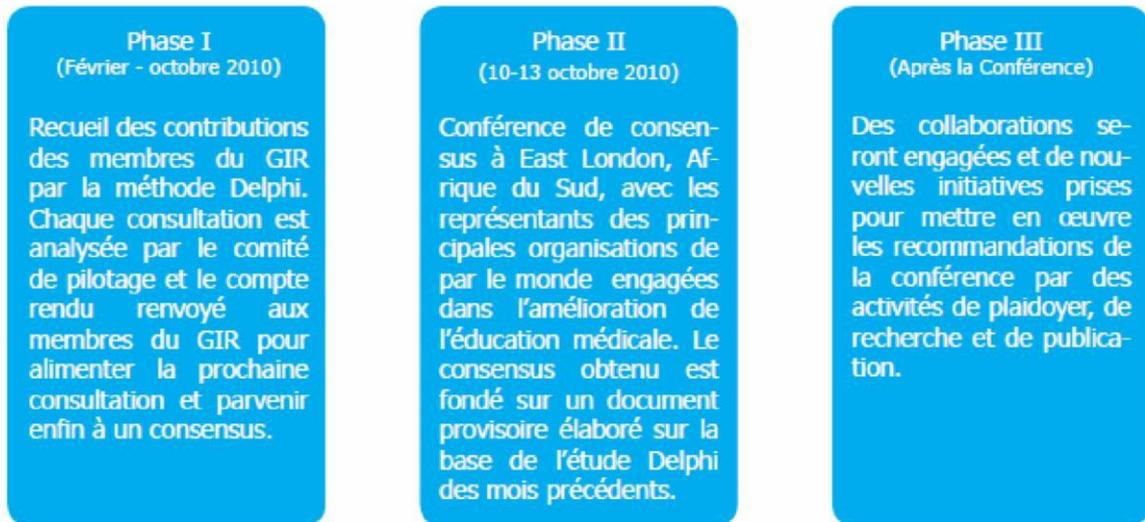
Axe 9 : Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local.

Axe 10 : Prise en compte du rôle de la société.



L'objectif général de l'initiative du Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine est d'obtenir un agrément sur un cadre conceptuel permettant aux facultés de médecine d'avoir une plus grande influence sur la performance du système de santé et sur le niveau de santé des citoyens et des populations. Ce cadre devrait prévoir un corps de normes et des méthodes d'évaluation et d'accréditation ainsi que des directives pour satisfaire à ces normes.

Pour répondre à cette aspiration, un déroulement en trois phases a été conçu :



Nous entrons dans la phase III qui exigera des efforts concertés avec un grand nombre d'organisations et de projets. Avec les organisations représentées dans le GIR et d'autres qui se joindront au mouvement, on pourra espérer des progrès vers les améliorations souhaitées.

Le document qui suit représente un consensus clairement exprimé pour une démarche de qualité suivant les dix axes stratégiques. Cette démarche, comprenant le développement de normes et de systèmes d'évaluation et d'accréditation, est toute orientée vers l'amélioration de l'impact sur la santé de la société et des citoyens, au niveau local comme au niveau mondial. Des avancées dans cette direction constitueront une remarquable contribution pour le XXIème siècle.

## Le Document de Consensus

Le consensus sur la responsabilité sociale couvre un champ s'apparentant à une vision systémique, allant de l'identification des besoins de santé à la vérification de l'impact que peuvent avoir les facultés de médecine sur ces besoins. La liste des dix axes stratégiques reflète cette séquence logique, en commençant par une appréhension du contexte social, la définition des défis et besoins de santé et la création de partenariats pour une action efficace (axes 1 et 2). Tenant compte des autres professionnels de santé, le rôle et les compétences du médecin sont évoqués (axe 3), pour servir d'inspiration aux stratégies éducationnelles (axe 4) que la faculté de médecine est appelée à mettre en œuvre, ainsi que des stratégies concordantes en matière de recherche et de prestation de services (axe 5). Des normes seront nécessaires pour permettre à la faculté d'atteindre un haut niveau d'excellence (axes 6 et 7), que l'autorité nationale se devra de reconnaître (axe 8). Alors que le concept de responsabilité sociale a valeur universelle (axe 9), les sociétés locales apprécieront en dernier ressort la pertinence des réalisations (axe 10).

### AXE 1. ANTICIPATION DES BESOINS EN SANTE DE LA SOCIETE

1.1 Le développement des facultés de médecine s'appuie sur des valeurs fondamentales qui devraient se retrouver dans tout système de santé pour répondre aux besoins de la société : qualité, équité, pertinence, utilisation responsable des ressources, esprit d'innovation, partenariat et garantie de pérennité.

1.2 La faculté de médecine reconnaît les déterminants sociaux de la santé : politiques, épidémiologiques, démographiques, économiques, culturels, et environnementaux. Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

1.3 La vision et la mission d'une faculté de médecine sont essentiellement inspirées des besoins actuels et futurs de la société pour développer l'enseignement (formation initiale, spécialisée et formation médicale continue),

la recherche (fondamentale et appliquée) et les prestations de services. La faculté de médecine anticipe les changements requis pour aboutir à un système de santé efficient et équitable et à des professionnels de la santé compétents.

### AXE 2. CREATION DE PARTENARIATS AVEC LE SYSTEME DE SANTE ET D'AUTRES ACTEURS

2.1 La faculté s'engage à travailler en étroite collaboration avec des partenaires dans le secteur sanitaire (notamment les gestionnaires et décideurs des politiques de santé, les services de santé, les associations professionnelles, les autres professionnels de la santé, la société civile) et avec d'autres secteurs en vue d'améliorer la performance du système de santé et le niveau de santé de la population, au travers de ses missions d'enseignement, recherche et prestation de services.

2.2 La qualité de ce partenariat est démontrée par la mise en place d'un processus continu de consultation avec les partenaires pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation, de recherche et de prestation de services, dans le but de répondre aux besoins de santé prioritaires. La faculté conseille les autorités locales et nationales dans la définition des politiques et des stratégies visant à établir un système de santé adapté aux besoins sociétaux.

2.3 La faculté de médecine reconnaît la communauté qu'elle dessert comme principale partie prenante et participe à la gestion d'un ensemble cohérent de services de santé pour cette population dans le respect des valeurs fondamentales : qualité, équité, pertinence et efficacité. Dans ce cadre, elle met en œuvre et évalue des modèles innovants, intégrant à la fois la santé individuelle et la santé de la population, l'enseignement et la recherche.

2.4 La faculté considère que les soins de santé primaires constituent la base de tout système de santé, et porte une attention particulière à l'articulation des services de première ligne, avec les services de niveau secondaire et tertiaire dans le domaine de l'enseignement, la recherche et la prestation des services. Elle établit un équilibre entre les disciplines pour bien répondre aux besoins de santé. Ceci se reflète dans ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

### **AXE 3. ADAPTATION AUX ROLES NOUVEAUX DES MEDECINS ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE**

3.1 La faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérentes avec l'évolution des communautés qu'ils servent, le système de santé dans lequel ils travaillent et l'attente des citoyens. Les compétences sont définies en concerta-

tion avec les parties prenantes, y compris les autres professionnels de santé et des secteurs sociaux, considérant comme impératif un partage efficace et une délégation de tâches entre les membres de l'équipe de santé afin d'assurer des soins de qualité, accessibles à tous et efficaces

3.2 La faculté de médecine prépare le médecin à un champ de compétences pertinentes aux valeurs sus-décrites et au concept de professionnalisme reconnu par les organisations compétentes. De telles compétences incluent l'éthique, le travail en équipe, l'adaptation à la diversité culturelle, le leadership et la communication.





3.3 En accord avec les besoins liés à l'évolution de la société et les ajustements du système de santé, la faculté de médecine produit une diversité de spécialistes de qualité et en nombre suffisant. Une priorité est donnée à l'encouragement des diplômés à s'engager dans les soins de santé primaires.

3.4 La faculté de médecine reconnaît qu'indépendamment de leur spécialité future, les médecins doivent être clairement engagés dans des activités de santé publique, de façon cohérente avec leurs activités cliniques. Ceci inclut des activités relatives à la promotion de la santé, la prévention des facteurs de risque et la réadaptation pour les patients et l'ensemble de la population. Les diplômés s'investissent davantage dans des activités de plaidoyer et de réforme du système de santé.

#### **AXE 4. EDUCATION BASEE SUR DES RESULTATS ESCOMPTES**

4.1 La faculté de médecine recrute, sélectionne et aide les étudiants en médecine qui reflètent la diversité sociale et les groupes défavorisés.

4.2 L'éventail complet des interventions éducatives incluant le contenu et la structure du programme, l'attribution des ressources d'apprentissage, les méthodes d'enseignement, l'évaluation de l'étudiant, le développement professionnel des enseignants et les systèmes d'évaluation sont construits pour répondre aux besoins individuels et sociétaux.

4.3 Les opportunités et les équipements pour l'apprentissage sont largement disponibles pour aider les apprenants dans l'acquisition des habiletés de développement professionnel continu ainsi que des compétences relatives à la résolution de problèmes et la négociation nécessaires aux diplômés dans leur futur rôle de leadership.

4.4 Les étudiants se voient offrir une exposition précoce et longitudinale à des expériences d'apprentissage basées dans la communauté, à la fois en théorie et en pratique, pour comprendre et agir sur les déterminants de santé et acquérir des habiletés cliniques appropriées. La faculté s'engage pleinement

à ce qu'une telle formation soit intégrée dans toutes les disciplines et qu'une utilisation optimale des ressources soit faite au bénéfice de la communauté concernée.

4.5 La faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants et ses étudiants pour mettre en oeuvre des stratégies éducatives et garantit que les diplômés possèdent les compétences attendues qu'exige un système de santé attentif aux préoccupations sociales.

4.6 La faculté de médecine évalue régulièrement la performance des étudiants dans l'acquisition de l'ensemble des compétences comme décrit dans l'axe 3.

4.7 Les méthodes et stratégies éducatives sont périodiquement révisées et actualisées en accord avec les bonnes pratiques en matière d'éducation médicale, l'évaluation de la performance des étudiants, les expériences des médecins en pratique et le retour d'information de la part des étudiants et autres parties prenantes du système de santé. De telles révisions s'intéressent particulièrement à vérifier la cohérence entre les valeurs fixées par la faculté, d'une part et les politiques et pratiques observées, d'autre part.

#### **AXE 5. INSTALLATION D'UNE GOUVERNANCE REACTIVE ET RESPONSABLE**

5.1 La faculté de médecine démontre une gouvernance et un leadership responsables pour assumer pleinement son rôle d'acteur clé dans le système de santé et dans la politique de développement des professions de santé, en intégrant les principes de responsabilité sociale dans les programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

5.2 La faculté de médecine engage l'ensemble du corps académique et les étudiants pour répondre aux besoins et aux défis de santé dans la société. Un tel engagement est re-

connu et fait l'objet d'évaluations conduites de manière systématique et critique, avec des outils certifiés.

5.3 La faculté de médecine développe des partenariats durables avec d'autres intervenants, telles que les écoles professionnelles de santé, pour optimiser les performances des uns et des autres, notamment en formant des diplômés en qualité et en quantité et en garantissant leur bon déploiement et un meilleur impact sur la santé.

5.4 La faculté de médecine s'assure que les ressources existantes sont justement distribuées et gérées de manière efficiente, et que de nouvelles ressources sont recherchées pour lui permettre de fonctionner en tant qu'institution socialement responsable. Les ressources sont utilisées pour le recrutement de cadres compétents, le bon fonctionnement, des infrastructures et la bonne mise en place de nouveaux programmes, en veillant à un juste équilibre entre tous les niveaux de prestation des services de santé.





## AXE 6. REDEFINITION DE NORMES POUR L'ÉDUCATION, LA RECHERCHE ET LA PRESTATION DE SERVICES

6.1 L'excellence académique est reconnue comme la capacité d'offrir des programmes d'éducation, de recherche et de prestation de services susceptibles de répondre au mieux aux défis et besoins en santé de la société et avoir ainsi un plus grand impact sur la santé. Suivant les principes de responsabilité sociale, l'éventail des normes reflète le continuum de l'identification des problèmes, des choix stratégiques, des processus de gestion, des résultats et de l'impact sur la santé, à la fois sur le plan individuel et populationnel.

6.2 Les normes en vigueur dans l'éducation médicale sont révisées et enrichies avec les nouvelles normes, de sorte que leur éventail comprenne les intrants (qui est formé et par qui), les processus, les résultats (ce que les diplômés réalisent une fois dans la pratique) et l'impact sur la santé. Les normes reflètent le continuum depuis la formation pré graduée

jusqu'à la formation post graduée, en incluant le développement professionnel continu. Les normes en matière de recherche et de prestation de services sont également orientées pour répondre à des besoins bien définis, et la satisfaction de ces besoins est évaluée et transmise à ceux qui en sont responsables.

6.3 Les normes relatives aux programmes d'éducation couvrent les champs suivants : la définition des compétences attendues ; la coordination avec d'autres professionnels de la santé ; la conception et la révision du curriculum ; la coordination et l'aide pour sa mise en œuvre, la formation des enseignants ; le recrutement, la sélection, le suivi et le conseil des étudiants ; l'allocation des ressources et la gestion de celles-ci ; l'évaluation des étudiants, des programmes et des enseignants ; la vérification de l'acquisition des compétences attendues pour tous les diplômés ; et enfin l'évaluation continue des choix de carrière et de l'engagement professionnel des diplômés à servir dans les zones défavorisées. Les normes



sont énoncées et gérées d'une manière à encourager l'innovation et stimuler la créativité en réponse aux besoins de la société.

6.4 Les normes relatives aux résultats et à l'impact de l'éducation couvrent les champs suivants : les choix de carrière des diplômés en réponse aux défis et besoins prioritaires de la société en matière de soins de santé, le déploiement et l'affectation de ceux-ci là où ils sont le plus nécessaires, leur capacité à répondre de manière efficace aux priorités de santé, l'amélioration de leurs conditions de travail, leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, dans le territoire où la faculté est implantée.

6.5 Les normes relatives à la gouvernance d'une faculté de médecine couvrent les champs suivants : la qualité de la gouvernance institutionnelle, la qualité du leadership, le professionnalisme des cadres académiques, l'utilisation appropriée des ressources, la capacité à créer et maintenir des partenariats forts avec les principaux acteurs du système

de santé. Tous ces éléments contribuent à l'application pratique des principes de responsabilité sociale.

6.6 Les normes d'accréditation requièrent une formation associant d'autres professionnels de la santé et vérifient les compétences des diplômés à travailler avec d'autres professionnels.

#### AXE 7. AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE EN EDUCATION, RECHERCHE ET PRESTATION DE SERVICES

7.1 La faculté de médecine s'engage dans un processus d'amélioration et de révision périodique de la qualité, guidé par des normes définies en éducation, en recherche et en prestation de services. L'adhésion à de telles normes est une partie essentielle de la responsabilité sociale des facultés de médecine.

7.2 La faculté de médecine mesure le progrès en lien avec sa responsabilité sociale par une série de mesures tant qualitatives que quantitatives qui reflètent sa performance au regard de normes valides et fiables relatives aux intrants, processus et résultats. La détermination de ces mesures doit résulter d'un dialogue avec les principaux acteurs de santé, en vue de satisfaire les besoins et défis actuels et futurs en santé.

7.3 La faculté de médecine recommande l'utilisation systématique et périodique d'outils de mesure pour son évaluation et sa démarche de qualité. Le processus est explicite, transparent, constructif et accessible aux différents acteurs de santé.

7.4 Dans sa démarche de qualité et pour prétendre devenir socialement responsable, la faculté de médecine reconnaît le rôle déterminant d'une structure de gouvernance performante, d'un leadership responsable, ainsi que de normes professionnelles pour le personnel engagé dans les domaines de l'éducation médicale, de la recherche et des prestations de services.

#### **AXE 8. INSTITUTIONNALISATION DE MÉCANISMES D'ACCREDITATION**

8.1 L'accréditation est un puissant levier pour le changement institutionnel et l'amélioration de la qualité. Elle doit être activement encouragée par les autorités académiques et sanitaires à travers le monde. L'existence d'un mécanisme dans le pays ou la région permet à toute faculté de médecine d'être accréditée par un organisme reconnu. Une accréditation est effectuée à intervalles réguliers conduisant entre-temps à des améliorations notables.

8.2 Les normes et processus d'accréditation reflètent les principes de responsabilité sociale en autant qu'ils couvrent l'état des intrants, processus, résultats et l'impact, permettant d'apprécier et de promouvoir la capacité des



facultés de médecine à répondre de façon efficace aux défis et aux besoins en santé de la société.

8.3 L'existence d'un mécanisme d'accréditation implique aussi l'existence d'un soutien aux des facultés de médecine dans leur effort à se conformer aux normes et au processus. Selon le contexte, ce soutien varie et peut aller de l'énoncé de directives favorisant la responsabilité sociale à la mise à disposition de moyens ou autres incitatifs.

8.4 L'évaluation interne est confirmée par une évaluation externe conduite par des pairs. Des représentants des acteurs de santé sont invités à participer à la définition des normes, à la sélection des évaluateurs externes et à une mise à jour régulière du système d'accréditation.

#### **AXE 9. ADHESION AUX PRINCIPES UNIVERSELS ET ADAPTATION AU CONTEXTE LOCAL**

9.1 Les principes de responsabilité sociale sont universels : ils doivent être adoptés et appliqués à travers le monde, car ils améliorent la capacité d'une faculté de médecine à mieux utiliser son potentiel pour identifier et

relever les défis de la santé et les besoins de la société dans un esprit de qualité, d'équité, de pertinence, d'innovation et d'utilisation appropriée des ressources.

9.2 Vu la mobilité internationale accrue des médecins, mais aussi des patients, la faculté de médecine est consciente des phénomènes de mondialisation. Dans le cadre du développement durable au niveau mondial, elle doit introduire des perspectives internationales dans la conception, l'organisation et la mise en oeuvre de ses enseignements.

9.3 Bien que les principes, définitions et classifications en matière de responsabilité sociale soient universels, leur adaptation au contexte local est primordiale.

9.4 Les organisations internationales actives dans les domaines de la santé et de l'enseignement supérieur, au niveau régional ou mondial, doivent préconiser les systèmes d'assurance qualité, tels que l'accréditation. Un cadre de régulation est nécessaire pour que soient appliqués les principes de la responsabilité sociale afin de mieux répondre aux besoins de santé prioritaires des pays et faire face à la crise générale des ressources humaines dans le secteur de la santé.

## AXE 10. PRISE EN COMPTE DU RÔLE DE LA SOCIÉTÉ

10.1 Il y a un équilibre à trouver entre la préservation de l'autonomie institutionnelle et la place des différents acteurs et de la société civile pour intégrer les principes de responsabilité sociale dans les facultés de médecine. Il s'agit là d'un véritable défi.

10.2 Les principaux acteurs, à savoir, les décideurs politiques, les gestionnaires d'organisations de santé, les professionnels de la santé et la société civile, sont représentés dans les équipes d'évaluation interne et externe, y compris pour l'accréditation, car la responsabilité sociale concerne directement ces acteurs.

10.3 Les communautés, où la faculté de médecine est implantée sont régulièrement consultées pour obtenir leur avis sur le niveau de responsabilité sociale de la faculté. Les résultats et les observations de l'accréditation de la faculté sont rendus publics.



## Steering Committee

**Magdalena Awases**  
Human Resources for Health (HRH), World Health Organization (WHO) Regional Office for Africa  
HRH, WHO Geneva  
Formerly with HRH, WHO

**Rebecca Bailey\***  
**Charles Boelen,**  
Co-chair \*

**Mario Dal Poz**  
**Moses Galukande\***

**Jorge Eduardo**  
**Gutiérrez Calivá**

**Dan Hunt**

**Jehu Iputo\***  
**Yusuf Irawan**  
**Ahmed Kafajel**

**Joël Ladner\***  
**Sam Leinster\***  
**Stefan Lindgren\***

**Khaya Mfenyana\***  
**Tewfik Nawa\***  
**Andre-Jacques Neusy\***  
**Björg Páldóttir\***  
**Jean Rochon**  
**Robert Woodlard,**  
Co-chair\*

HRH, WHO Geneva  
Makerere University and International Medical Group  
Asociación Castarricense de Facultades y Escuelas de Medicina (ACOFEMED)  
Liaison Committee on Medical Education (LCME)  
Walter Sisulu University  
Hasanuddin University  
Jordan University of Sciences and Technology  
Université de Rouen  
University of East Anglia  
World Federation for Medical Education (WFME) and Lund University  
Walter Sisulu University  
Université de Sherbrooke  
Training for Health Equity Network (THEnet)  
THEnet  
Université Laval  
University of British Columbia

## International Reference Group

**Mohamed Elhassan Abdalla\***  
Jazan University

**Ibrahim Abdulmeini**  
Registrar of the Medical and Dental Councils of Nigeria  
WHO/EMRO

**Walid Abubaker\***  
**Liliana Arias**

**Carol Aschenbrener**

**Makonnen Asefa\***

**Sébastien Audette**  
**Djona Avoksouma**

**Ibrahim Banihani**

**Rashad Barsoum**

**Barbara Barzansky**  
**Mourad Belaclano**

**Dan Benor**  
**John Bligh**  
**Dan Blumenthal\***  
**Bettina Borisch**  
**Rosa María Borrell-Bentz**

**Nick Busing**

**David Buso\***  
**Jim Campbell**  
**Emmanuel Cassimatis**

Columbian Association of Medical Schools, Member of Admin Committee at PAFAMS  
American Association of Medical Colleges (AAMC)  
Ethiopian Public Health Association/ World Federation of Public Health Associations (WFPHA)  
Accreditation Canada  
HRH, WHO Regional Office for Africa  
Association of Medical Schools in the Eastern Mediterranean Region  
Supreme Council of Egyptian Universities  
LCME  
Asociación Brasileña de Educación Médica, ABEM  
Ben Gurion University  
Academy of Medical Educators  
Morehouse School of Medicine  
WFPHA, Geneva  
Human Resources Development, WHO Regional Offices for the Americas/PAHO  
Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC)  
Walter Sisulu University  
Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)

**Francesca Ceietti**  
**Angel Centeno\***  
**Lincoln Chen**  
**Shakuntala Chhabra\***  
**Jan Couper\***  
**Manuel Dayrit**  
**Milton de Arruda Martins**  
**Eric de Roodenbeke**

**Jean-Francois Deneff\***

**Horacio Deza**

**Mohenu Isidore**  
**Jean-Marie Diomande**  
**Robbert Duvivier**

**Tetanye Ekoe\***  
**Amal Elouazzani\***  
**Mohamed Eisanousi\***  
**Julian Fisher**  
**Antoine Flahault**

**Cristobal Fortunato**

**Jean-Paul Francke**

**Tabeh Freeman**  
**Seble Frehywot**  
**George Gage**

**Jacob Gayle**  
**Grace George\***  
**Trevor Gibbs**  
**Charles Godue**

**Ioana Goganau\***

**Rajesh Gongal\***

**David Gordon\***

**Arcadi Gual**  
**Edward Gyader\***

**Georges Haddad**  
**John Hamilton\***  
**Bashir Hamad\***  
**Jason Hilliard**  
**Yiqun Hu**  
**Manuel Huaman**

**Muzaherul Huq**

**Yojiro Ishii**

**Marian Eslie Jacobs\***

**Susan Johnson\***

**SAS Kargbo**

**Geoffrey Kasembell**  
**Zulfiqar Khan\***  
**Michael Kidd**

**Khunying Kobchitt Limpaphayom\***

HRH, WHO Geneva  
Austral University  
China Medical Board  
MG Institute of Medical Science (MGIMS)  
University of Witwatersrand  
HRH, WHO Geneva  
University of Sao Paulo  
International Hospital Federation (IHF-FIH)  
SIFEM International French Speaking Society for Medical Education  
Association of Medical Schools of the Argentine Republic (AF-ACIMERA)  
UFR Sciences Médicales d'Abidjan  
International Federation of Medical Student Associations  
Yaounde Faculty of Medicine  
Hassan II University  
University of Gezira  
FDI World Dental Federation  
Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER)  
Ateneo de Zaboanga University  
International Association of Deans of Francophone Medical Schools (CIDMEF)  
Liberia Medical School  
George Washington University  
Afro European Medical and Research Network  
The Ford Foundation  
Walter Sisulu University  
Human Resources for Health Development, WHO Regional Office for the Americas/PAHO  
International Federation of Medical Students Associations (IFMSA)  
Patan Academy of Health Sciences  
Association of Medical Schools in Europe (AMSE)  
Fundacion Educacion Medica  
School of Medicine and Health Sciences, Ghana  
UNESCO  
University of Newcastle  
University of Gezira  
University of Colorado  
Shanghai Jiaotong University  
Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM)  
HRH, WHO Regional Office for South-East Asia  
Japan International Cooperation Agency  
Association of Medical Schools in Africa (AMSA) and University of Cape Town  
National Board of Medical Examiners (NBME) and University of Iowa  
Ministry of Health, Sierra Leone  
Afro European Medical and Research Network  
WHO Pakistan  
WONCA working party on Education  
South East Asian Regional Association on Medical Education

**Joseph Kolars**  
**Jan Maeseneer**

**Henri Manasse Jr.\***

**Dianne Manning\***  
**Maurice McGregor\***  
**Jim McKillop**

**Donald Melnick**  
**Hugo Mercer**  
**Mwapatsa Mipando\***  
**Nader Momtazmanesh\***  
**Gottlieb Monekosso\***  
**Fitzhugh Mullan**  
**Richard Murray\***  
**Jeremiah Mwangi**

**Rose Chalo Nabirye\***  
**Sophon Naphathom\***  
**Lois Nora\***

**John Nordini\***

**Jesus Noyola**

**Ezekiel Nukuro**

**Chacha Nyaigotti-Chacha**  
**Frands Omaswa**

**Alberto Oriol Bosch Martins Ovberedjo\***  
**Neil Pakenham-Walsh**  
**Jorgi Pales**

**Madalena Patricio\***

**Galina Perfilieva**

**Dominique Pestleux**  
**David Prideaux\***  
**Pablo Pulido**

**Rich Roberts**  
**Paschalis Rugarabam\***  
**Mubashar Sheikh**

**Jusie Stega-Sur\***  
**Leslie Southgate**  
**David Stern**

**Roger Strasser**

**Navin Sunderlal\***  
**Kate Tulenko**  
**Felix Vartanian\***

**Anvar Velji\***

**Kuku Vuyi**  
**Margot Weggemans**  
**Gustaaf Wolvaardt\***

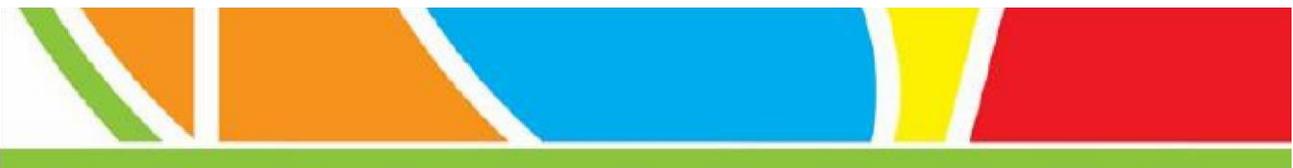
**Liz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

Bill and Melinda Gates Foundation  
The Network Towards Unity for Health (Network TUFH)  
American Society of Health-System Pharmacists  
University of Witwatersrand  
McGill University  
General Medical Council (GMC) Undergraduate Board  
NBME  
Former HRH, WHO  
University of Malawi  
Ministry of Health and Medical Education  
Global Health Dialogue  
George Washington University  
Australia  
International Alliance of Patients' Organizations  
WFPHA, Uganda  
Chulalongkorn University  
North-eastern Ohio Universities and Colleges of Medicine and Pharmacy and ICME  
Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAMER)  
Asociación Mexicana de Facultades de Medicina (AMFEM)  
HRH, WHO Regional Office for the Western Pacific  
Inter-University Council for East Africa (IUCEA)  
African Center for Global Health and Social Transformation  
Fundacion Educacion Medica  
WHO Tanzania  
Global Healthcare Information Network  
Sociedad Espanola de Educacion Medica (SEDEM)  
Association for Medical Education in Europe (AMEE)  
Country Policies, Systems and Services, WHO Regional Office for Europe  
SIFEM  
Flinders University  
Pan American Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS/FEPAFEM)  
WONCA President elect  
Hurbet Kairuki Memorial University  
Global Health Workforce Alliance (GHWA)  
University of the Philippines  
Academy of Medical Educators  
Institute for International Medical Education  
Northern Ontario School of Medicine  
University of Kwazulu Natal  
IntraHealth International  
Russian Academy of Advanced Medical Studies  
Global Health Education Consortium  
University of Pretoria  
IFMSA  
Foundation for Professional Development  
University of Pretoria  
Flinders University  
UNESCO  
Association of Medical Schools in the Western Pacific Region



Global Consensus for  
Social Accountability  
of Medical Schools

\* Indicates attendance at the GCSA conference in East London, South Africa, October 10-13, 2010



La conférence GCSA s'est tenue sous l'égide de l'Université de Colombie Britannique (Canada) et de l'Université Walter Sisulu (Afrique du Sud), à l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire de la Faculté de Médecine Walter Sisulu, un exemple remarquable de faculté de médecine socialement responsable. Nous remercions pour leur soutien : l'OMS, le réseau THEnet ( Training for Health Equity network ), la Société Internationale Francophone d' Education Médicale (SIFEM), la Fédération Mondiale d'Education Médicale ( WFME). La réalisation du projet GCSA fut possible grâce aux subsides accordés par The Atlantic Philanthropies.

Nous sommes reconnaissants à Louise O'Meara de l'Interaction Institute for Social Change d'avoir apporté son expertise externe dans la conception et la facilitation du processus de consensus.



a place of mind



The  
ATLANTIC  
Philanthropies



---

Rendez-vous sur le site :

[www.healthsocialaccountability.org](http://www.healthsocialaccountability.org)

et participez à la diffusion, la recherche développement et la collaboration internationale selon vos possibilités et votre sphère d'influence.

Pour de plus amples informations en matière de collaboration, prière de nous contacter :

Gestion

[gcsa@familymed.ubc.ca](mailto:gcsa@familymed.ubc.ca)

Charles Boelen, Co-président du comité de pilotage

[boelen.charles@wanadoo.fr](mailto:boelen.charles@wanadoo.fr)

Bob Woollard, Co-président du comité de pilotage

[woollard@familymed.ubc.ca](mailto:woollard@familymed.ubc.ca)

## **ANNEXE 2: TRANSCRIPTION INTEGRALE DES ENTRETIENS – VERBATIM**

Sur dvd

## **ANNEXE 3 : premier courriel de recrutement**

« Bonjour à toutes et tous,

*Une interne de médecine (Myriam ABUTAKIEH, basée sur Angoulême - Etudes de médecine en Italie puis Internat de médecine générale ici en PCH), réalise une **thèse sur la responsabilité sociale de la faculté de médecine.***

*Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un travail plus général, initié par le département de médecine générale il y a 1 an et qui consiste à recueillir et analyser des regards croisés sur la responsabilité sociale.*

***Mme Abutakieh a en charge l'analyse des regards issus d'agents de l'ARS.** Son travail est encadré par le Prof. Gomez, qui dirige notre Département de Médecine Générale.*

*A cette fin, elle a besoin de réaliser soit des focus groupes, soit des entretiens individuels (arbitrage en cours avec son directeur de thèse), avec des agents de l'ARS.*

*Elle s'est tournée vers moi pour savoir qui elle pourrait, au sein de l'Agence, interviewer. Je lui ai fourni vos noms et numéros de téléphone, en partant très opportunément de la liste des agents qui vont suivre avec moi la formation sur le regroupement professionnel ! J'espère que vous trouverez pertinent ce sens de l'opportunité... J'ai pensé que participer à ce travail nous apporte un angle de vue, une approche intéressante, par le recul qu'elle procure, toujours indispensable pour ne pas perdre de vue l'essentiel des choses : un essentiel qui est justifié non pas par l'urgence (que nous connaissons trop), mais plutôt par l'utilité sociale. Je nous connais assez pour préjuger que c'est un moteur pour chacun de nous.*

*En tout état de cause, vous êtes bien sûr libre d'accepter ou de refuser, ou bien encore de donner à Mme Abutakieh le nom d'un de nos collègues volontaires. »*